

Directives pour la fourniture du traitement antirétroviral aux migrants et aux personnes affectées par les crises en Afrique subsaharienne

Janvier 2015





Page de couverture

Photo graphique : © Benedicte Kurzen

Directives pour la fourniture du traitement antirétroviral aux migrants et aux personnes affectées par les crises en Afrique subsaharienne

Janvier 2015



Table des matières

ACRONYMES.....	3
REMERCIEMENTS.....	4
AVANT-PROPOS.....	5
DÉFINITIONS DES TERMES CLÉS RELATIFS À LA MOBILITÉ.....	6
RÉSUMÉ.....	7
Les migrations et les déplacements forcés ne doivent pas constituer un motif de refus du traitement.....	7
Ce qu'il convient de faire.....	7
Au niveau des États.....	7
Au niveau des cliniciens et des gestionnaires de programmes.....	8
Au niveau de la société civile.....	9
Pour les donateurs et les Organismes des Nations Unies.....	9
INTRODUCTION.....	11
Champ d'application.....	12
Logique.....	12
Modes de migration et de déplacement en Afrique subsaharienne.....	13
Le VIH chez les migrants et les personnes affectées par les crises.....	13
Le droit à la santé.....	14
Réalité d'accès au traitement ARV.....	14
Avancées en matière des politiques et de traitement.....	14
Faits sur les migrations, le déplacement et le traitement ARV.....	16
SECTION 1- GUIDE CLINIQUE POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ.....	19
Principes généraux.....	20
Introduction du traitement ARV et schéma thérapeutique recommandé.....	20
Pour les adultes n'ayant jamais reçu de traitement ARV.....	20
Pour les adultes déjà sous traitement ARV.....	22
Pour les enfants.....	23
Rôle des prestataires de soins de santé dans la facilitation de l'adhésion au traitement.....	24
Les barrières à l'adhésion au traitement.....	24
Traitement des co-infections et d'autres maladies liées au VIH.....	26
Prévention du VIH.....	27
Santé reproductive.....	29
Comment garantir aux sous-groupes de migrants vulnérables et aux personnes affectées par les crises l'accès au traitement ARV.....	30
SECTION 2 - CONSIDÉRATIONS OPÉRATIONNELLES POUR LES CLINICIENS ET GESTIONNAIRES DE PROGRAMMES.....	33
Définition des priorités.....	34
Programmes ARV établis dans des systèmes de santé stables.....	34
Inefficacité ou absence de programmes de traitement ARV.....	34
Comment faciliter le maintien et l'adhésion des patients au traitement.....	36
SECTION 3 - PLAIDOYER.....	39
Pour les États.....	40
Pour les cliniciens et gestionnaires de programmes.....	41
Pour la société civile.....	42
Pour les donateurs et les Organismes de l'ONU.....	42
RÉFÉRENCES.....	44
ANNEXES.....	48

Acronymes

ARV	Traitement antirétroviral
ASS	Afrique subsaharienne
AZT	Zidovudine (également connu sous le nom de ZDV)
CD4	Récepteur des cellules lymphocytaires CD4
CDV	Conseil et dépistage volontaire
CIDMF	Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles
CPIO	Comité permanent inter-organisations
CRDE	Convention relative aux droits de l'enfant
d4T	stavudine
DMU	Dispositif minium d'urgence
EFV	Efavirenz
FDT	Fumarate de disoproxil de tenofovir
HCR	Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
INNTI	Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse
IST	Infection sexuellement transmissible
M/XDR-TB	Tuberculose multi/extrême résistante aux médicaments
MSF	Médecins Sans Frontières
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAM	Programme alimentaire mondial
PDIP	Personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PPE	Prophylaxie post-exposition
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
SADC	Communauté de développement de l'Afrique australe
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMSS	Santé mentale et soutien psychologique
SNC	Système nerveux central
TB	Tuberculose
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Remerciements

Groupe de pilotage (par ordre alphabétique):

Laurie Bruns (Université de Californie, Los Angeles, Centre pour la santé mondiale), Francesca Conradie (Université de Witwatersrand (Université de Wits)/Société Sud-africaine des cliniciens du VIH), Maysoon Dahab (Consultant au Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR)), Sathyanarayanan Doraiswamy (HCR), Tom Elman (Médecins Sans Frontières), Lauren Jankelowitz (Société Sud-africaine des cliniciens du VIH), Marlise Richter (Université de Wits), Barbara Rijks (Organisation internationale pour les migrations), Paul Spiegel (HCR), Marian Schilperoord (HCR), Jo Vearey (Centre africain pour les migrations et la société, Université de Wits), et Francois Venter (Institut Wits de recherche sur la santé reproductive et le VIH/Société sud-africaine des cliniciens du VIH).

Examineurs secondaires:

Kweku Ackom (Corps médical international), Kofi Amekudzi (Organisation internationale du travail), Ludo Bok (Programmes des Nations Unies pour le développement (PNUD)), Joanmanuel Claros (Programme alimentaire mondial (PAM)), Nanzneen Damji (ONU FEMMES), Abdelhadi Eltahir (Comité international de secours), Alice Fay (Save the Children), Susana Fried (PNUD), Sarah Karmin (Fonds International des Nations Unies pour le secours à l'enfance (UNICEF)), Chewe Luo (UNICEF), Miriam Maluwa (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida), Gitau Mburu (Alliance internationale contre le VIH/Sida), Davide Mosca (Organisation internationale pour les migrations (OIM)), Nenette Motus (OIM), Alice Ouedraogo (OIM), Dhammika Perera (Comité international de secours), Fatiha Terki (PAM) et Douglas Webb (PNUD).

Concepteur graphique:

Alessandro Mannocchi, Rome

Financement:

Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Validation:

Le présent document a été validé par 15 organisations

Avant-propos

En 2007, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et la Société Sud-africaine des cliniciens du VIH ont publié *le Guide clinique pour la prise en charge antirétrovirale des personnes déplacées en Afrique australe*.^[1] Ce guide visait à fournir aux cliniciens, aux organisations non gouvernementales (ONG) et aux gouvernements des directives sur la fourniture du traitement antirétroviral (ARV) aux personnes déplacées. En effet, un guide spécifique était jugé nécessaire non seulement en raison des caractéristiques uniques de ces populations, mais aussi du fait de leur vulnérabilité particulière et de leur exclusion fréquente des services de lutte contre le VIH/sida. Ce guide clinique a clairement établi (et tel est toujours le cas) que non seulement l'échec en matière de prévention et de fourniture des soins du VIH aux personnes déplacées empêche la prévention et le traitement efficaces de cette infection, mais qu'il impacte même le traitement et la prévention efficaces du VIH chez les populations des pays d'accueil.

Quelles sont les innovations observées depuis la publication de ce guide clinique, le tout premier dans son genre?

En effet, des millions de personnes parviennent actuellement à suivre leur traitement ARV dans une multitude de contextes complexes et différents. L'inquiétude liée à un possible faible niveau d'adhésion au traitement et à l'intensification subséquente de la résistance à ce dernier dans les pays à faibles revenus a diminué. Ainsi, les études ont démontré que les personnes vivant dans ces pays présentent des résultats de traitement tout aussi bons ou meilleurs que ceux observés dans les pays stables, et que la mise à disposition du traitement ARV dans des contextes humanitaires est possible.^[2-7] Les schémas thérapeutiques ont été simplifiés et il a été démontré que ce traitement réduit la transmission secondaire.^[8] Même si un plus grand nombre de personnes a aujourd'hui accès au traitement ARV, les problèmes d'égalité s'aggravent et les populations délaissées sont souvent marginalisées et il devient parfois difficile de les atteindre. Enfin, l'Organisation mondiale de la santé a publié ses nouvelles lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH en 2013.^[9]

Quelles sont les innovations apportées dans ces directives?

Ces directives ont été étendues pour inclure tous les types de migrants et de personnes affectées par les crises, y compris celles déplacées de force. La principale raison de la mise à disposition du traitement ARV à ces populations, ainsi que les barrières et les solutions éventuelles y sont les mêmes, à savoir leur mobilité, l'absence de statut de résidence légale ou de permis de travail, les barrières culturelles et linguistiques, le manque d'accès aux services de santé acceptables et financièrement accessibles, ainsi que l'absence de protection sociale (notamment l'assurance maladie). Alors que le premier guide clinique justifiait la mise à disposition du traitement ARV aux personnes déplacées, cette actualisation insiste sur le fait que les migrations et les déplacements forcés ne doivent pas constituer un motif de refus de traitement. À cet effet, des recommandations claires ont été formulées aux États, aux cliniciens, aux gestionnaires de programmes, à la société civile, aux donateurs et aux Organismes des Nations Unies.

Les personnes en déplacement et celles ayant des antécédents migratoires ont le droit d'accès aux soins du VIH, notamment au traitement ARV. L'offre des soins du VIH repose sur des fondements juridiques et éthiques solides, et est de plus en plus considérée comme importante du point de vue de santé publique. Nous espérons que tout lecteur du présent guide opérationnel se joindra à notre cause pour permettre de garantir aux migrants et aux personnes affectées par les crises un accès au traitement ARV et à la continuité du traitement que ces personnes méritent.



Paul Spiegel
Organisations des Nations Unies
Haut Commissariat des Nations
Unies pour les réfugiés



Francesca Conradie
Société Sud-africaine
des cliniciens du VIH



Francois Venter
Institut Wits de recherche sur la
santé reproductive et le VIH

Définitions des termes clés relatifs à la mobilité

MIGRANTS

Même s'il n'existe aucune définition universellement admise du terme «migrant», l'ONU définit un migrant comme une personne ayant résidé dans un pays étranger pendant plus d'un an, indépendamment des causes, volontaires ou involontaires, ou des moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer. Ainsi, les personnes qui effectuent des voyages de courte durée, notamment les touristes et les hommes d'affaires ne peuvent pas être considérés comme des migrants. Cependant, l'usage courant inclut certains types de migrants temporaires, à savoir les travailleurs agricoles saisonniers qui se déplacent momentanément pour semer ou récolter des produits agricoles^[10]

- **Migrations internes:** Il s'agit des mouvements de populations d'une région à l'autre à l'intérieur d'un même pays dans le but de s'y établir. Ce type de migration peut être temporaire ou permanent. Les migrants internes se déplacent certes, mais ils le font uniquement à l'intérieur de leur pays d'origine (par ex. les migrations rurales-urbaines).
- **Migrations internationales:** Elles renvoient au mouvement des personnes qui quittent leur pays d'origine ou pays de résidence habituel pour s'établir, de façon permanente ou temporaire, dans un autre pays. Une frontière internationale est ainsi franchie.
- Un **travailleur migrant** est une personne appelée à exercer ou qui exerce une activité rémunérée dans un pays dont elle n'a pas la nationalité.^[11]
- Les migrants et les membres de leurs familles sont considérés comme (a) **munis de papiers** ou **en situation régulière** s'ils ont reçu l'autorisation d'entrer, de séjourner et d'exercer une activité rémunérée dans l'État d'emploi, conformément à la loi en vigueur dans cet État et aux accords internationaux auxquels cet État est partie; et (b) Ils sont considérés comme **sans papiers** ou **en situation irrégulière** s'ils ne remplissent pas les conditions visées dans le sous-alinéa (a) (Article 5 du CIDMF).^[11]
- De façon plus générale, un migrant **en situation irrégulière** est une personne qui, du fait de son entrée non autorisée, de la violation d'une condition d'entrée, ou de l'expiration de son visa, ne dispose pas de statut juridique dans un pays de transit ou d'accueil. Cette définition concerne, entre autres, les personnes entrées légalement dans un pays de transit ou d'accueil, mais qui y ont séjourné pendant une durée plus longue qu'autorisée, ou qui y exercent subséquemment un emploi non autorisé (ces personnes sont également appelées «migrants non autorisés/sans papiers/ clandestins ou migrants en situation irrégulière»). Le terme «irrégulière» est préféré à «illégal», car ce dernier revêt une connotation criminelle et est perçu comme un refus de l'humanité aux migrants.^[10]
- Un **commerçant transfrontalier** est une personne qui traverse une frontière internationale à des fins commerciales.
- Un **travailleur migrant saisonnier** est un travailleur migrant dont l'activité, ou la migration au titre d'emploi dépend, par essence, des facteurs saisonniers et ne se déroule que durant une période de l'année.^[11]
- **Les victimes de la traite des personnes** sont des personnes recrutées, transportées, transférées, détenues et commercialisées par des menaces ou l'utilisation de la force ou d'autres formes de coercition; par l'enlèvement, la fraude, la tromperie, l'abus de pouvoir ou du fait de leur position vulnérable ou de l'octroi et la réception des paiements ou des avantages en afin d'obtenir leur accord d'être sous le contrôle d'un tiers à des fins d'exploitation. Cette exploitation inclut, pour le moins, la prostitution d'autres personnes ou d'autres formes d'exploitation sexuelle, les travaux ou services forcés, l'esclavage ou les pratiques similaires, l'asservissement ou le prélèvement d'organes.^[12]

PERSONNES AFFECTÉES PAR LES CRISES

- Un **réfugié** est une personne qui a fui son propre pays pour des raisons de race, de religion, de nationalité, d'appartenance à un groupe social particulier, d'opinion politique, ou de conflit/guerre civil(e), et qui ne peut y retourner de peur d'être persécutée.
- Un **demandeur d'asile** est une personne qui revendique un statut de réfugié, mais dont la revendication n'a pas encore définitivement été examinée.
- Une **personne déplacée à l'intérieur de son propre pays (PDIP)** est une personne qui a été forcée de fuir son lieu de vie brusquement ou de façon inopinée, du fait d'un conflit armé ou interne, de violations systématiques des droits de l'homme, ou d'une catastrophe naturelle, mais qui continue à résider à l'intérieur des frontières de son pays.
- Une **personne non déplacée affectée par des crises** est une personne frappée, soit par un conflit ou une catastrophe naturelle mais qui continue de vivre dans sa communauté d'origine.

Résumé

Les directives exposées dans le présent document s'appliquent tant aux migrants internes qu'aux internationaux, ainsi qu'aux populations affectées par les crises humanitaires. Les premiers incluent les travailleurs migrants et les chercheurs d'emploi et les deuxièmes les réfugiés, les demandeurs d'asile, les PDIP, les apatrides et les personnes non déplacées et affectées par des crises. Ces populations sont ci-après désignées collectivement comme **migrants et personnes affectées par les crises**.

LES MIGRATIONS ET LES DÉPLACEMENTS FORCÉS NE DOIVENT PAS CONSTITUER UN MOTIF DE REFUS DU TRAITEMENT

Les migrants et les personnes affectées par les crises et vivant avec le VIH sont souvent confrontées à d'énormes défis d'accès aux soins et au traitement efficace du VIH en Afrique subsaharienne (ASS).

Compte tenu de la nature principalement interne des migrations en ASS et des données de plus en plus nombreuses sur l'aptitude des migrants et des personnes affectées par des crises à adhérer avec succès au traitement du VIH (surtout dans un contexte où l'adhésion peut souvent s'avérer non optimale dans des régions caractérisées par l'absence de crise), les cliniciens du VIH doivent insister sur l'amélioration du traitement et encourager tous les patients à y adhérer et à le maintenir, indépendamment de leur statut de migrants. **Les soins et la prise en charge appropriés ne doivent être refusés à aucun individu sous le prétexte de leurs antécédents migratoires et de leur éventuel départ.**

Ceci est d'autant plus vrai que l'ASS et l'Afrique australe en particulier ont enregistré des avancées majeures en matière de politiques de lutte contre le VIH et d'expansion du traitement de cette infection, une situation susceptible de favoriser un accès plus équitable au traitement ARV.

CE QU'IL CONVIENT DE FAIRE

La continuité du traitement et l'accès des migrants et des personnes affectées par les crises au traitement peuvent être améliorés grâce à des adaptations simples aux politiques et pratiques récentes, et à la réduction du fardeau ou du coût supplémentaire. Afin de relever ces défis, des mesures doivent être adoptées, notamment :

AU NIVEAU DES ÉTATS

1. *Faire appliquer les lois, politiques et pratiques intégrant des approches de traitement équitables et efficaces et subvenir aux besoins des migrants et des personnes affectées par les crises et vivant avec le VIH (Ex; schémas thérapeutiques simples, à dose fixe non toxique et régionalement harmonisés; extension du renouvellement des prescriptions; fourniture décentralisée du traitement gratuit dans tous les points de distribution)*
2. *Abroger les lois, politiques et pratiques restrictives qui refusent aux migrants et aux personnes affectées par les crises l'accès aux services de prise en charge, de soins, de traitement et de prévention du VIH, y compris le traitement ARV efficace.*

3. Amener tous les acteurs de l'ASS à adopter des « *carnets de santé simples*» et à assurer la reconnaissance de ces dernières afin de garantir le droit au traitement sans autres exigences de stadification ou de tests sérologiques. Des mesures doivent également être prises afin de permettre aux personnes non détentrices de ces carnets d'avoir également un accès rapide aux soins essentiels.
4. Renforcer l'engagement préalable pris vis-à-vis de l'Unité africaine, en identifiant et en luttant contre les sentiments et attitudes xénophobes qui amènent le personnel soignant à limiter l'accès aux services de santé et au traitement.
5. Renforcer *les systèmes de contrôle et d'évaluation* en vue de l'amélioration du suivi des patients qui se déplacent entre les différents sites de traitement (par ex. à l'aide d'identificateurs uniques des patients).
6. Encourager *l'intégration* des programmes d'offre de traitement ARV dans d'autres programmes de prise en charge (notamment la prévention, le soutien psychologique et l'aide alimentaire et nutritionnelle).

AU NIVEAU DES CLINIENS ET DES GESTIONNAIRES DE PROGRAMMES

1. Faire du bien-être des patients une priorité, en s'assurant que *toutes les personnes ayant besoin du traitement le reçoivent*, indépendamment de leurs antécédents de mobilité ou de leur statut de migrant.
2. *Élaborer des plans d'urgence* pour l'offre du traitement ARV dans les pays en proie aux crises et les pays d'origine de migrants. Ces plans d'urgence doivent inclure l'utilisation des carnets de santé et le prolongement de la durée de renouvellement des médicaments entre les visites.
3. *Encourager des pratiques médicales non discriminatoires* et jouer un rôle actif dans la réduction et la répression des comportements discriminatoires, ainsi que dans l'élimination des idées reçues concernant les migrants et les personnes affectées par les crises.
4. *Identifier et signaler toute pratique, politique ou loi restrictive* contraire à la législation nationale qui garantit aux migrants internationaux, aux réfugiés, aux demandeurs d'asile, aux PDIP et aux apatrides l'accès aux soins de santé.
5. *Assurer la liaison avec d'autres programmes en vue d'une fourniture continue des soins.*

AU NIVEAU DE LA SOCIÉTÉ CIVILE

1. Renforcer les capacités et le leadership des groupes de patients, notamment ceux vivants avec le VIH, en vue de la défense de leurs droits.
2. Collaborer avec les migrants et les groupes faisant le plaidoyer pour leurs droits afin de susciter une prise de conscience sur la xénophobie et de protester contre ce fléau ainsi que toute autre forme de discrimination liée à l'accès aux soins de santé en général, et au traitement du VIH en particulier.
3. Encourager et aider les gouvernements à respecter leurs obligations internationales relatives aux droits de l'homme et à mettre en œuvre des stratégies inspirées des meilleures pratiques au profit de tous les patients séropositifs, indépendamment de leur statut de migrant ou de leurs antécédents de déplacement.
4. Intensifier la mise en réseau et l'échange d'informations entre les groupes communautaires et les décideurs.

POUR LES DONATEURS ET LES ORGANISMES DES NATIONS UNIES

1. Les Organismes des Nations Unies chargés de fournir directement des soins aux migrants et aux populations affectées par les crises doivent assurer un accès au traitement à toutes les personnes qui en ont besoin, indépendamment de leurs antécédents de mobilité ou de leur statut migratoire.
2. Encourager et aider les gouvernements à respecter leurs obligations internationales relatives aux droits de l'homme et à mettre en œuvre des stratégies inspirées des meilleures pratiques au profit de tous les patients séropositifs, indépendamment de leur statut de migrant ou de leurs antécédents de déplacement.
3. Encourager les gouvernements à tenir compte des besoins des migrants et des personnes affectées par les crises dans les propositions de financement et à mobiliser des ressources en vue d'intégrer ces besoins dans les politiques et programmes nationaux de lutte contre le VIH.
4. Aider les gouvernements à définir les normes et à identifier un ensemble de services pour les réfugiés, les migrants, les demandeurs d'asile, les PDIP et les apatrides. Il s'agit également d'aider les gouvernements à développer des systèmes de collecte et d'analyse des données et à intégrer ces données dans l'élaboration des politiques et des programmes.





Introduction

Introduction

CHAMP D'APPLICATION

Les présentes directives sont une mise à jour du *Guide clinique pour la prise en charge antirétrovirale des personnes déplacées, Afrique du sud, 2007*.^[1] Elles comprennent trois sections. **La première section offre aux professionnels de la santé des directives cliniques** sur la fourniture du traitement ARV aux migrants et aux personnes affectées par les crises. Ces directives ne remplacent pas les directives cliniques nationales, mais plutôt les complètent en clarifiant des options spécifiques de traitement chez ces groupes. **La deuxième section montre aux gestionnaires de programmes de traitement ARV** comment aborder la mobilité des patients et définir les priorités dans des situations de crises, ainsi que des stratégies afin de renforcer au maximum l'adhésion et le maintien des patients dans le traitement. **La troisième section indique aux décideurs et aux acteurs de la société civile** comment fournir des soins VIH de qualité et intensifier l'accès au traitement chez les migrants et les personnes affectées par les crises.

LOGIQUE

Ces directives actualisées tiennent compte de deux avancées majeures observées en ASS et dans le monde. Il s'agit premièrement d'un ensemble de données de plus en plus nombreuses sur l'adhésion au traitement ARV et sur les risques et les vulnérabilités liés au VIH chez les migrants et les populations affectées par les crises; et, deuxièmement, des récentes avancées enregistrées en matière de politiques et du traitement ARV, tel que le démontre l'intensification remarquable du traitement dans la région et l'élaboration des *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH 2013 de l'OMS*.^[9] Par ailleurs, afin de tenir compte des modes de migration et de déplacement inter-indépendants en ASS, le champ d'application du présent guide a été élargi pour inclure les migrants et les populations affectées par les crises, qu'ils soient déplacés ou non. Les migrants et les personnes déplacées ne se situent pas toujours dans des catégories mutuellement exclusives (par ex., dans un contexte de crise complexe, un migrant régulier pourrait également devenir une PDIP ou un réfugié).^[13]

Dans le cadre des présentes directives sur le traitement ARV, il est peut-être plus important d'appréhender la façon dont elles complètent les lignes directrices 2013 de l'OMS.^[9] Alors que les lignes directrices de l'OMS fournissent des indications sur quand initier le traitement, les schémas thérapeutiques à utiliser, les critères cliniques pour fournir le traitement et faire le suivi du patient, ces directives entendent aider à la mise en place de ces recommandations dans les situations d'accueil de migrants et de populations affectées par les crises en ASS. Plus précisément, notre objectif ici est d'aider le clinicien dans le processus de traitement des patients (de la préparation et initiation du traitement à son maintien et continuité) par un recours détaillé à l'historique ou à l'intention de voyage du patient. Il s'agit également d'aider les gestionnaires de programmes à améliorer leur capacité à fournir des services en situations de crise.

MODES DE MIGRATION ET DE DÉPLACEMENT EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE

Dans ces directives, nous visons les migrants et les populations affectées par les crises. En général, un migrant peut être défini comme une personne qui se déplace à l'intérieur de son propre pays et/ou qui traverse les frontières internationales avec ou sans papiers, en particulier pour des raisons économiques. Nous définissons les populations affectées par les crises comme des personnes dont la vie est impactée par une guerre, des conflits et/ou des catastrophes naturelles, qu'elles aient dû quitter leur pays (ex : réfugiés, demandeurs d'asile et PDIP) ou non. La réalité est que les populations se déplacent et migrent pour diverses raisons, notamment d'ordre économique et sécuritaire, entre autres.

L'ASS est une région caractérisée par de nombreux types de migration. Les travailleurs migrants, les chercheurs d'emploi, les professionnels qualifiés, les réfugiés et les personnes déplacées —en situation régulière et irrégulière— se déplacent tous au sein d'un continuum de circulation interne, intra-régionale et internationale, avec la plupart des pays servant, à un moment donné, de points d'origine, de transit, et de destination.^[14] Parmi ces modes de migration complexes et inter-indépendants, les migrations rurales -urbaines auxquelles s'associe aussi la mobilité saisonnière, apparaissent comme le mode de migration dominant en ASS.^[15] A cause d'un mélange de conflits politiques, de guerres et/ou catastrophes naturelles, la région est également une terre d'accueil pour plus de 3,6 millions de réfugiés, représentant ainsi plus de 35% des réfugiés du monde. La région compte également plus de 6, 8 millions de PDIP.^[16]

LE VIH CHEZ LES MIGRANTS ET LES PERSONNES AFFECTÉES PAR LES CRISES.

Les données sur la proportion de réfugiés et de personnes affectées par les crises et vivant avec le VIH sont rares. De fait, il existe encore moins de données sur les besoins du traitement ARV chez ces populations. Une étude récente menée par Suphanchaimat et al. (2014) n'a identifié que trois publications sur la prévalence du VIH chez les migrants internationaux et les réfugiés en ASS. [17] En Afrique du sud, environ 22 à 29% des migrants étaient infectés par le VIH entre 2003 et 2007. Dans d'autres pays, notamment au Kenya, en Ouganda, au Rwanda, au Soudan, en Tanzanie et en Zambie— des taux de prévalence du VIH oscillant entre 0,6 et 5% ont été observés chez les réfugiés résidant dans les différents camps pendant la période 2001-2005.^[18-20]

LE DROIT À LA SANTÉ

L'offre des services de traitement du VIH aux migrants et aux personnes affectées par les crises est fortement ancrée dans les droits, lois et politiques internationales relatives aux droits humains et humanitaires, ainsi que dans la déontologie médicale (Encadré 1).^[21] La protection offerte en vertu de ces lois et en particulier, en vertu de l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,^[22] et de l'article 16 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples consacre le droit qu'a « toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ».^[23]

L'interprétation de ces lois a également accru un peu plus la norme « d'accessibilité, d'acceptabilité, d'abordabilité et de haute qualité » en matière des services de soins de santé, sans aucune discrimination (axée par exemple sur le genre, l'orientation sexuelle, la nationalité, l'origine ethnique, la langue, l'état de santé, etc.). Bien plus, la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés^[24] stipulait que les États ne peuvent limiter la jouissance de tout droit humain ou discriminer contre les non ressortissants d'un pays sur la base de la « race, de la couleur, du genre, de la langue, de la religion, de l'opinion politique ou autre opinion, de l'origine nationale ou sociale, des biens, du statut de naissance ou autre statut ». Cette loi stipulait en même temps que la nationalité ne doit pas servir de motif de discrimination en matière d'offre des soins de santé et d'autres droits reconnus dans le pacte. La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés dispose également que les réfugiés doivent bénéficier du même niveau d'accès aux services de santé que celui offert aux populations d'accueil. Cette loi a été renforcée par la Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) de 2008, qui insiste sur la nécessité d'éviter des disparités dans les états de santé et l'accès aux services de santé entre les migrants et les populations d'accueil. La loi précise également que pour garantir aux migrants les droits à la santé, il importe de réduire la discrimination ou la stigmatisation, et de supprimer les barrières à l'accès aux interventions préventives et curatives qui, pour les populations d'accueil, sont des droits essentiels à la santé.^[25]

Il est évident que les cliniciens et les agents de santé qui prennent en charge les personnes déplacées sont tenus d'obéir aux mêmes principes que pour n'importe quel autre patient, indépendamment de la nationalité ou de l'origine ethnique; ces principes sont notamment le respect intrinsèque de la vie humaine et la fidélité au serment d'agir dans l'intérêt suprême du patient pendant l'offre des soins médicaux.

RÉALITÉ D'ACCÈS AU TRAITEMENT ARV

Même s'il existe des lois internationales qui garantissent le droit universel à la santé et malgré le consensus croissant autour du fait que les migrations et les crises humanitaires ne doivent pas limiter l'accès aux services de lutte contre le VIH en tant que droit humain inaliénable, le traitement a souvent été refusé aux membres de ces groupes, même dans les pays qui offrent un accès de qualité au traitement. Ces membres sont appelés à négocier non seulement les barrières logistiques communes à l'accès au traitement telles que les coûts de déplacement applicables à de nombreuses populations d'accueil, mais aussi les barrières systémiques, au rang desquelles les politiques de traitement restrictives, et le statut juridique incertain qui conduisent à la peur de l'identification au sein des structures publiques.

AVANCÉES EN MATIÈRE DES POLITIQUES ET DE TRAITEMENT

Les efforts déployés en vue d'améliorer l'accès et de faciliter l'adhésion au traitement ARV chez les personnes vivant avec le VIH, indépendamment de leur statut migratoire ou de déplacement, ont été favorisés par les récentes avancées en matière des politiques et de traitement du VIH (voir encadré 2). Même si tous les pays de l'ASS ne connaissent pas ces avancées, une tendance positive croissante est cependant observée, en particulier dans les États membres de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC).

Encadré 1: Autres traités régionaux et internationaux des droits de l'homme relatifs au droit des migrants aux soins de santé ^[21]

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques^[26] et la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale,^[27] qui ont été tous deux ratifiés par la plupart des États membres de la SADC, interdisent la discrimination basée sur la race, la couleur, le genre, la langue, la religion, l'opinion politique et autre opinion, la nationalité ou l'origine sociale, les biens, le statut de naissance ou autre statut.

La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples,^[23] qui a été ratifiée par tous les États membres de la SADC, interdit la discrimination fondée sur plusieurs raisons, notamment la race, l'origine ethnique, la langue, le statut social et autre statut. D'une façon significative, la Charte stipule que toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre et que les États parties s'engagent à prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie.

La Convention relative au statut des réfugiés,^[24] qui a également été ratifiée par tous les membres de la SADC, à l'exception de l'Île Maurice, renferme d'importants principes et normes internationaux. Cette Convention oblige les États parties à ne pas discriminer contre les réfugiés sur la base de la religion, la race ou du pays d'origine.

L'Article 12 de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (CEDAF)^[28] définit l'obligation d'adopter des mesures appropriées pour garantir aux femmes l'accès aux services de santé et aux soins médicaux, sans discrimination, notamment ceux à la planification familiale. Cette convention définit également l'obligation de garantir les soins de santé maternelle et infantile.

Les articles 23 et 24 de la *Convention relative aux droits de l'enfant* (CRDE)^[29] reconnaissent le droit de tous les enfants à la santé et identifient plusieurs étapes pour la réalisation de ce droit.

La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles ^[30] reconnaît, sans équivoque, le droit à l'égalité de traitement en matière d'accès à la santé et de services sociaux pour les migrants travailleurs munis de papiers, ainsi que pour les membres de leurs familles et les ressortissants.

En 2008, l'AMS a adopté la résolution 61.17 sur la santé des migrants.^[25] Un rapport élaboré par le Secrétariat de l'OMS, en appui de la résolution de l'AMS, a identifié quatre principes fondamentaux pour une approche à la santé publique afin de répondre aux besoins des migrants et des communautés d'accueil en matière de santé, à savoir: (1) éviter les disparités dans les états de santé et l'accès aux services de santé entre les migrants et les populations d'accueil; (2) limiter la discrimination ou la stigmatisation, et supprimer les barrières qui empêchent les migrants d'accéder aux interventions préventives et curatives, au niveau qu'aux droits essentiels à la santé dont jouissent les populations d'accueil; (3) réduire la mortalité et la morbidité excessives liées aux migrations et aux déplacements depuis les zones de conflits ou de catastrophes, grâce à des interventions salutaires; et (4) réduire l'impact négatif du processus de migration sur les résultats sur la santé des migrants.

Encadré 2: Avancées récemment observées en matière de politiques et du traitement du VIH en ASS

1. Les infrastructures et systèmes de santé offrant le traitement ARV ont été renforcés.
2. De larges cohortes de patients et d'excellents protocoles de prise en charge en vue de l'amélioration du maintien des patients sous ARV ont été mis en place.
3. Des recommandations ont été simplifiées permettant d'introduire le traitement ARV, indépendamment du taux des cellules CD4 pour de nombreuses populations de patients.
4. De nouveaux médicaments et associations médicamenteuses fixes et plus faciles à prendre.
5. Des preuves tangibles démontrent que les migrants et les personnes affectées par des crises peuvent parfaitement adhérer au traitement même dans des situations de crise, grâce à une prise en charge appropriée.
6. Les transferts de tâches ont été effectués en vue de la promotion de la fourniture du traitement par les infirmières.
7. Les recommandations pour l'introduction du traitement ont été simplifiées.
8. Le prolongement des périodes de renouvellement des médicaments, notamment entre 1 et 6 mois a davantage été reconnu et accepté.
9. Des engagements régionaux ont été pris afin d'harmoniser les documents de santé et les régimes de traitement.
10. L'efficacité du traitement ARV dans la prévention de la transmission du VIH et les coûts humains et financiers associés aux nouvelles infections ont été reconnus.

FAITS SUR LES MIGRATIONS, LE DÉPLACEMENT ET LE TRAITEMENT ARV

- Les décisions sur l'accès au traitement ARV doivent s'inspirer des faits sur la façon dont les personnes affectées par les crises vivent, voyagent, suivent le traitement et recherchent des soins de santé. Cette section présente les meilleures données disponibles sur les migrations et les déplacements en matière d'offre du traitement ARV:^[31]

Les migrations internes constituent le mode de migration dominant en ASS

- La migration est un phénomène complexe qui ne se limite pas à la traversée des frontières internationales. En ASS, une large proportion de migrants sont en fait des nationaux qui effectuent des déplacements à l'intérieur de leur propre pays.^[32] Même si les migrants internes ne sont pas confrontés aux mêmes problèmes de santé que les non-ressortissants du pays, ils peuvent néanmoins rencontrer certaines difficultés à accéder aux services de santé, à cause de leur mobilité, de leur manque familiarité et des différences de langues dans leur communauté d'origine.

Les migrants peuvent jouir d'un meilleur état de santé que les populations de leurs pays d'accueil et n'ont donc pas à faire peser de lourdes charges financières sur la société d'accueil et le système de santé du pays^[21]

- Les migrants courent un plus grand risque d'un mauvais état de santé, non pas à cause de leur statut de migrants, mais du fait de la présence des contraintes structurelles dans le processus de migration et des

barrières érigées dans le pays d'accueil. Dans le cas du VIH, les soins et le traitement sont de plus en plus disponibles en ASS et il n'existe aucun fait établissant le mouvement de masse des populations au-delà des frontières en vue d'un accès au traitement ARV.

Les déplacements des travailleurs réguliers et saisonniers sont souvent prévisibles et planifiables

- Car la plupart des plans de voyages chez les migrants sont prévisibles et suivent des modèles saisonniers (par exemple les congés de fin d'année, les saisons des semailles et les fêtes religieuses) et diffèrent en fonction du genre.

Malgré le fait qu'ils soient déplacés, les réfugiés installés dans des camps tendent à avoir les mêmes niveaux de comportements à risque face au VIH que les communautés d'accueil environnantes

- S'il est vrai que les personnes déplacées sont exposées à l'exploitation, aux abus, les faits observés indiquent cependant qu'ils existent des facteurs de «protection» (notamment un meilleur accès et plus sécurisé aux services des soins de santé) susceptibles de réduire les risques de transmission du VIH, surtout dans les camps de réfugiés.
- Les personnes installées dans les camps de réfugiés et les habitants des villages voisins font état des mêmes niveaux de comportements à risque face au VIH et de vulnérabilité à la violence, notamment la violence basée sur le genre.^[33]

Les résultats du traitement chez les personnes affectées par des crises sont similaires à ceux observés chez les personnes non affectées.^[2-7]

- Les résultats cliniques (notamment la suppression virologique et la réduction de la mortalité) chez les personnes déplacées sont similaires à ceux observés chez les personnes non déplacées.^[2, 3, 4, 6]
- L'adhésion et le maintien auto-signalés dans le traitement chez les personnes déplacées, une fois à leur destination, sont similaires à ceux observés chez les personnes non déplacées.^[2, 5, 7]
- L'interruption des services cliniques et du traitement pendant les périodes de crises aiguës est très souvent limitée en termes de durée.^[3, 34]
- Les niveaux d'interruption du traitement sont inférieurs à la suite de crises aiguës.^[34, 35]

Les migrants et les personnes affectées par des crises développent des structures de prise en charge alternatives

- Il existe le plus souvent des réseaux de prise en charge rapprochés et étendus des personnes affectées parmi les migrants et les personnes déplacées, identiques à ceux destinés à la population pays d'accueil. Même si ces réseaux ne peuvent pas toujours inclure des réseaux de prise en charge plus classiques, ils offrent néanmoins des moyens alternatifs efficaces pour garantir l'adhésion au traitement ARV, tels que la mise à contribution du personnel clinique, des conseillers et des groupes de soutien.^[6, 36]

Les régimes de traitement ARV font de plus en plus l'objet d'une harmonisation dans la région

- Dans de nombreuses sous-régions de l'ASS, on note une tendance à l'harmonisation des schémas thérapeutiques ARV qui pourrait davantage permettre aux patients en déplacement, au-delà ou à l'intérieur des frontières internationales, de suivre le même traitement ARV dès leur arrivée à leur destination.



A young girl with two braids is sitting on a white plastic chair. She is wearing a green dress with a floral pattern. The background is a textured wall. The lighting is warm and soft.

Section 1- Guide clinique
pour les professionnels de santé

Section 1 - Guide clinique pour les professionnels de santé

Comme signalé dans l'introduction, ces directives complètent les directives cliniques nationales en clarifiant les options de traitement en cas de migration et de crise. De fait, ce guide a pour principal objectif d'aider les agents de santé dans le processus de traitement des patients (de la préparation et l'introduction du traitement à son adhésion et sa continuité) par un recours détaillé à l'historique du patient et à son intention de voyager.

PRINCIPES GÉNÉRAUX

- Le traitement ARV est un traitement salubre. Comme chez tous les patients, *le traitement ARV doit être introduit sur la base des directives nationales ou des lignes directrices 2013 de l'OMS*, indépendamment du statut de migration ou de déplacement, *à condition qu'il soit cliniquement nécessaire et que le patient soit disposé et motivé à y adhérer.*
- Même si le schéma thérapeutique pourrait en être modifié, des antécédents migratoires ou la possibilité de voyage ne devraient pas constituer un motif de refus ou de retard du traitement.
- Au niveau du suivi, comme chez tous les patients, un accent particulier doit être mis sur le renforcement de la capacité du patient à adhérer au traitement.
- Chez les patients dont le traitement a été interrompu, l'accent doit être mis sur la prévention des interruptions du traitement dans l'avenir, et sur sa réintroduction dans les meilleurs délais. De plus, l'absence de services de laboratoire ne devrait pas constituer un motif de retard dans la réintroduction du traitement. Se référer aux lignes directrices 2013 de l'OMS pour les recommandations sur le moment de l'utilisation des tests par rapport à la mise en place du traitement, ainsi que des tests rapides qui ne nécessitent pas de services de laboratoire.

INTRODUCTION DU TRAITEMENT ARV ET SCHÉMA THÉRAPEUTIQUE RECOMMANDÉ

POUR LES ADULTES N'AYANT JAMAIS REÇU DE TRAITEMENT ARV.

Préparation du patient

- Le patient doit prendre une décision dûment éclairée avant de commencer le traitement ARV.
- Comme pour les autres maladies chroniques, le soutien psychologique et les conseils sont nécessaires. Ceux-ci doivent porter sur le mode de prise du traitement, l'optimisation de l'adhésion au traitement, la réduction des interruptions de ce dernier et les dispositions à prendre en cas d'interruption.
- Afin de s'assurer que le patient comprend les informations fournies, des conseils doivent être prodigués dans sa langue maternelle en tenant compte des spécificités culturelles. Cette mesure s'applique aux réfugiés et aux migrants internationaux, mais peut également être importante pour les PDIP et les migrants internes venant d'autres parties du pays. Le HCR dispose de services de traduction pour les réfugiés et autres personnes concernées.
- En cas d'un refus éclairé du traitement ARV, des conseils soutenus doivent être prodigués. Surtout, l'accès aux interventions alternatives, notamment à la prophylaxie et au traitement des infections opportunistes ou à la malnutrition, ne doit pas être limité.

Choix du schéma thérapeutique

- Suivez les directives nationales de votre pays. En cas d'absence de directives nationales, référez-vous aux lignes directrices 2013 de l'OMS.^[9]

Raisons pour lesquelles il importe de conseiller au patient de rester sous vos soins pendant une période de temps précise une fois qu'il a commencé le traitement ARV.

- Si le voyage est imminent et qu'il est fort probable que le traitement ARV ne soit pas disponible dans la destination souhaitée, encouragez le patient à rester sous vos soins pendant au moins trois mois afin de contrôler les effets secondaires éventuels et l'adhésion au traitement. Si par la suite le voyage s'avère toujours nécessaire, il importe de lui fournir un stock de médicaments pour une durée de 3 à 6 mois, si possible. Vous devez par la suite fortement conseiller au patient de se rendre au site de traitement ARV le plus proche, généralement présent dans toute grande ville ou une capitale, même dans les pays les plus pauvres. Si le patient insiste pour migrer sans délai vers un lieu n'offrant pas d'accès aux ARV, les risques et les avantages d'un report du traitement plutôt qu'une introduction immédiate doivent être minutieusement évalués.
- Dans le cas où le patient vient juste de commencer le traitement et s'il est cliniquement instable (notamment toute personne présentant des infections opportunistes aiguës, des personnes atteintes d'une anémie aiguë, ou d'un dysfonctionnement hépatique), encouragez le à rester sous vos soins pendant 3 mois, dans la mesure du possible, afin de contrôler sa réaction au traitement et de gérer tout syndrome de reconstruction immunitaire qui pourrait survenir.
- Un patient atteint de tuberculose (TB), notamment une tuberculose multi/extrêmement résistante aux médicaments (M/XDR-TB), doit être fortement encouragé à résider dans un lieu où il est possible de recevoir le traitement, étant donné qu'il constitue un danger d'infection pendant le voyage. Des recommandations doivent être faites pour que le patient ait accès aux services compétents pour le traitement de la TB. En effet, il importe de diriger le patient vers un service offrant le traitement approprié, car tous les programmes nationaux de traitement de la TB n'offrent pas le traitement des M/XDR-TB.

Raisons pour lesquelles il importe de conseiller au patient de se procurer le traitement dès son arrivée à destination.

- Dans le cas où le voyage est imminent et que le traitement n'est pas urgent (par exemple lorsque les cellules lymphocytaires T portant le récepteur CD4 sont élevées et/ou lorsque aucun critère de traitement immédiat n'est rempli), et si vous pouvez confirmer que le patient peut avoir accès aux ARV une fois à destination, il peut être plus prudent de lui conseiller de se procurer le traitement à son arrivée.
- Chez les femmes enceintes, les patients atteints de la TB, les patients ayant une co-infection à l'hépatite et chez les enfants, le traitement doit être introduit conformément aux directives nationales ou aux lignes directrices 2013 de l'OMS.^[9]

POUR LES ADULTES DÉJÀ SOUS TRAITEMENT ARV

Préparation du patient

- Obtenez les antécédents médicaux, sociaux et du traitement ARV complets (sans oublier la vérification de la lettre de référence du patient, sa boîte de médicaments et son carnet de santé, si possible).
- Identifiez les raisons de l'interruption du traitement, le cas échéant.
- Si possible, effectuez un test sérologique de confirmation dans le cas où le patient ne présente aucune donnée sur son statut ou son traitement.
- Encouragez le patient à prendre une décision éclairée de poursuivre ou de recommencer le traitement ARV. Comme pour les autres maladies, il est déterminant de prodiguer les conseils au patient dans sa langue maternelle en tenant compte des spécificités culturelles.

Introduction du traitement

- Étant donné que le patient est actuellement sous traitement ARV, insistez pour poursuivre le traitement (voir le choix de régime ci-dessous) sans délai.
- Si possible, effectuez un test de la charge virale lors de la première visite, cependant n'hésitez **pas** à poursuivre le traitement afin d'obtenir des résultats sur la charge virale.
- Les conseils et les soutiens pour l'adhésion au traitement doivent être fournis au patient sur le nouveau site afin de l'informer sur les services de prise en charge disponibles.

Choix du schéma thérapeutique

- En général, essayez d'harmoniser le protocole et la formulation des médicaments avec ce que le patient est plus susceptible de suivre au cours de la prochaine année, lorsque c'est possible. Dans le cas où le voyage est très imminent, essayez, si possible, d'harmoniser le traitement avec celui disponible dans le lieu de destination du patient.
- L'intensification de l'harmonisation des schémas thérapeutiques à travers la région facilite davantage le processus, étant donné qu'en général, la plupart des patients en ASS reçoivent actuellement le traitement à une dose fixe, soit un comprimé, une fois par jour. La deuxième ligne tend à être plus variée. Cependant, aussi longtemps qu'un traitement basé sur l'inhibiteur de protéase est disponible, le changement de traitement est généralement possible.
- Cependant, si le patient suit un traitement différent de celui du programme national, déterminez si cette différence est due aux effets secondaires (par exemple le patient ne prend pas de fumarate de disoproxil de tenofovir [FDT] à cause d'un dysfonctionnement rénal, ou de l'efavirenz à cause d'une psychose ou de la Zidovudine [ZDV] à cause d'anémie).
 - Si le protocole national favorise le traitement actuel du patient, maintenez-le et initiez le suivi en fonction de l'algorithme local (sauf pour le traitement basé sur la stavudine (d4T), où le FDT ou la ZDV sont préférés). Si possible, quand vous changez le traitement d4t, examinez la fonction rénale du patient (pour le FDT) ou l'hémoglobine (pour la ZDV) ainsi que la charge virale.

- Dans le cas où le patient suit un schéma thérapeutique non connu depuis peu, on changera généralement pour le traitement de première intention selon les directives nationales en faisant un suivi scrupuleux.
- Enfin, les protocoles de traitement nationaux pourraient offrir de nouvelles ou meilleures perspectives de traitement et celles-ci doivent être évaluées par un professionnel de la santé qualifié.
- En cas d'interruption du traitement ARV, il convient d'en déterminer les causes.
 - Dans la majorité des cas, l'interruption survient à cause des ruptures de stocks; si cela arrive, reprenez le traitement le plus tôt possible.
 - Si l'adhésion constitue le problème, explorez les facteurs à l'origine de la faible adhésion du patient au traitement et tenez compte de ces problèmes pour décider de la meilleure manière de recommencer le traitement.
 - De façon générale, cependant, les migrants et les personnes affectées par des crises présentent les mêmes niveaux d'adhésion au traitement que les personnes non-déplacées.^[2-7]
 - Si cette situation est due aux effets secondaires, des options médicamenteuses subséquentes doivent être soigneusement évaluées.
- Dans bien des cas, le patient peut avoir été sous des associations d'ARV en doses fixes sur son site de traitement antérieur et cette situation peut signifier une augmentation importante du nombre de comprimés si les associations à dose fixe ne sont pas disponibles dans le nouveau site. Les modifications doivent être minutieusement expliquées au patient pendant les sessions de conseil pour l'adhésion au traitement et une prise en charge supplémentaire sera nécessaire.

POUR LES ENFANTS

- Comme chez les adultes, la décision de commencer le traitement chez les enfants doit être conforme aux directives nationales ou aux lignes directrices de l'OMS, en l'absence de directives nationales.
- Les sirops se présentent en grands volumes et il peut être difficile de les transporter et de les réfrigérer. Cet aspect est particulièrement important pour les personnes qui effectuent de longues distances et il doit être pris en considération lors de la prise de décisions cliniques. Si possible, prenez des comprimés dispersibles, et s'ils ne sont pas disponibles, prenez d'autres formulations thermostables.
- Chez les mineurs non accompagnés, vous devrez peut-être suivre une procédure juridique spécifique ou vous accorder sur le tuteur/fournisseur de soins. Ces processus doivent être expédiés le plus rapidement possible afin d'éviter des retards dans l'introduction ou la poursuite du traitement ARV. Pour les enfants réfugiés, contactez le HCR afin d'obtenir de l'aide.

RÔLE DES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ DANS LA FACILITATION DE L'ADHÉSION AU TRAITEMENT

Les niveaux d'adhésion chez les migrants et les personnes affectées par les crises sont généralement similaires à ceux observés chez les personnes sans antécédents de mobilité.^[2,7] Par conséquent, il n'existe aucune donnée en faveur du retrait du traitement sur la base du risque de la non-adhésion. La principale barrière à l'adhésion au traitement signalée par les migrants et les personnes déplacées, similaire à celle observée dans l'ensemble de la population, est le fait de voyager loin de son domicile. D'autres barrières notamment l'insécurité alimentaire,^[37-40] la dissimulation des médicaments devant les autres, le début récent du traitement ARV,^[41] la peur d'être stigmatisé,^[6,40] et l'incapacité de se soustraire à ses obligations professionnelles pour se rendre à la clinique,^[6] ont toutes été signalées dans l'ensemble de la population.^[42] Les principales barrières spécifiques à l'adhésion signalées chez les personnes affectées par les crises sont des antécédents de torture,^[37] la détention et la déportation vers les pays sans accès au traitement.

LES BARRIÈRES À L'ADHÉSION AU TRAITEMENT

Les déplacements loin du domicile sont courants en ASS et constituent le défi principal à l'adhésion tant pour l'ensemble de la population que pour les migrants et les personnes affectées par les crises^[42, 44] Les déplacements peuvent être prévus et planifiés (par ex. les migrations saisonnières, la mobilité associée au travail, ou les voyages de retour au pays pour congés) ou non planifiés (cas notamment des conflits et des catastrophes naturelles susceptibles d'entraîner des déplacements forcés). Il importe de discuter et d'élaborer un plan de traitement pour la durée du voyage avec votre patient avant et lors de l'initiation du traitement. Ce plan de traitement doit être évalué et mis à jour au cours de chaque visite de suivi. Il peut inclure une combinaison des stratégies suivantes :

- Si possible, munir le patient d'un ***carnet de santé dans différentes langues*** contenant les informations essentielles suivantes:
 - nom, schéma thérapeutique, dernière charge virale et/ou CD4 et date, autre médicaments administrés et date.
 - Il est possible de perdre son carnet de santé. Par conséquent, les patients doivent connaître leurs antécédents médicaux de base et être capables de les présenter verbalement ou de les enregistrer dans leurs téléphones portables.

CARNET DE SANTÉ

Nom:

Numéro d'identification unique de la clinique:

Nom de la clinique:

Lieu de la clinique:

Numéro de téléphone de la pharmacie/clinique

Médicament(s) en cours	Date de début du traitement	Date du dernier renouvellement de la prescription	nombre de jours prescrits
1.			
2.			
3.			

Dernière charge virale (si disponible):

Date:

Dernier CD4 (si disponible):

Date:

Date:

Signature du clinicien

- Conseillez le patient d'informer le clinicien en cas de déplacement planifié afin que les éléments suivants soient fournis:
 - Une lettre de référence spécifiant l'état de santé du patient et son historique de traitement
 - Notez que l'agent de santé au site de destination ne comprend pas forcément la langue du site d'origine. Utilisez des noms et termes génériques (tels que ténofovir, TB, méningite cryptococcace) et les abréviations ou acronymes internationalement reconnus (tels que PTME pour la prévention de la transmission mère-enfant et CDV pour conseil et dépistage volontaire du VIH).
 - Un **approvisionnement** en médicaments pour 3 mois si possible voire pour une période plus longue.
 - Si un approvisionnement plus long n'est pas possible, pensez à fournir un **stock d'ARV d'urgence** pouvant être utilisé en cas de déplacement urgent (2 à 4 semaines donneront assez de temps au patient pour trouver des alternatives d'accès à son traitement ARV). [39, 41, 43, 45, 48] Ce stock d'urgence doit être périodiquement révisé afin de vérifier les dates de péremption des médicaments, et est beaucoup moins souhaitable que les approvisionnements ordinaires de plus longue durée.
 - Une carte spécifiant les sites alternatifs pour le renouvellement du traitement ARV en fonction des déplacements anticipés [41, 47, 49-50] (par ex. Le programme de Médecins Sans Frontières (MSF) pour les migrants en Afrique du Sud fournit aux bénéficiaires une carte des sites de traitement au Zimbabwe)^[3].
- En cas d'interruption inévitable du traitement ARV, encouragez le patient
 - A rechercher une continuité des soins uniquement à travers des programmes publics ou établis et de demander des conseils sur l'interruption sécurisée.¹
 - Évitez de partager le traitement ARV et/ou de le réduire ou de l'interrompre dans le but de prolonger la durée du stock.

L'insécurité alimentaire a également été signalée comme une barrière majeure à l'adhésion au traitement chez les migrants et les personnes affectées par les crises. Le lien entre l'aide alimentaire et l'adhésion au traitement n'a pas encore été formellement étudié chez ces groupes de population. Cependant, une revue récente et systématique menée sur l'ensemble de la population a relevé que dans 8 études sur les 10 incluses, l'offre de l'aide alimentaire pourrait améliorer l'adhésion au et/ou l'achèvement du traitement et des soins du VIH. Il en est de même du traitement ARV et du traitement de courte durée sous observation directe de la TB (DOTS). Les auteurs de l'étude ont conclu que l'aide alimentaire pourrait non seulement constituer une stratégie déterminante au niveau biologique, mais aussi au niveau comportemental en vue de l'amélioration de l'adhésion au traitement ARV.^[51]

Une évaluation nutritionnelle inspirée du guide 2013 de l'OMS chez les adultes et les enfants doit être menée afin d'évaluer la nécessité de fournir des suppléments alimentaires au début du traitement. La perte de poids ou l'échec de reprise du poids ou du maintien d'un poids normal à chaque étape de l'infection à VIH ou du traitement ARV, doit motiver d'autres évaluations et des stratégies appropriées.^[9]

1 En cas d'interruption forcée du traitement, les patients sous ténofovir ou suivant un régime de traitement basé sur l'inhibiteur de protéase **peuvent arrêter tous les médicaments en toute sécurité** et reprendre la posologie aussi tôt qu'un approvisionnement fiable est disponible. Si possible, les patients sous un régime de traitement à doubles nucléosides (ZDV, d4T ou ABC [abacavir] suivi du 3TC [lamivudine] et d'un INNTI [Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse]) doivent recevoir un approvisionnement continu pendant une semaine afin de réduire le risque de développement de la résistance à l'INNTI. Il importe de souligner que lorsque l'approvisionnement de cette dose continue n'est pas opérationnellement possible, les patients doivent tout simplement cesser de prendre tous les médicaments, peu importe le régime de traitement.

TRAITEMENT DES CO-INFECTIONS ET D'AUTRES MALADIES LIÉES AU VIH

Tuberculose

- Les directives nationales doivent être respectées.
- Il n'existe presque pas de contre-indications à l'introduction du traitement standard de la TB.
- Le traitement ARV doit être fourni à tous les patients séropositifs atteints d'une TB active, ainsi qu'à ceux atteints d'une TB résistante aux médicaments, indépendamment de leur taux de cellules CD4.
- Chez un patient co-infecté à la TB et au VIH, il importe en premier lieu de traiter la TB. L'intervalle de temps entre le début du traitement de la TB et le traitement ARV dépend du taux des cellules CD4 du patient.
- Le transfert des patients infectés par la TB sensible aux médicaments d'un site à l'autre peut être effectué de façon relativement simple. Cependant, certains pays n'ont pas encore élargi l'accès aux médicaments antituberculeux de seconde intention, notamment les aminosides et les quinolones. De plus, de nombreux pays ne disposent pas d'infrastructures de laboratoire pour diagnostiquer la M/XDR-TB. Par conséquent, il est conseillé de vérifier l'état du programme de la TB multi-résistante dans le site de destination avant de recommander les patients atteints de la M/XDR TB. Si le lieu où les patients envisagent de se rendre n'offre pas d'accès au traitement, il est très important de leur conseiller de ne pas partir sans avoir achevé leur traitement.

Autres maladies

- Vous devez également penser à donner des conseils appropriés sur le paludisme, la typhoïde, la trypanosomiase, l'hépatite virale, le choléra, l'amibiase, la rougeole et sur d'autres maladies courantes en ASS, qui sont susceptibles d'affecter les personnes vivant avec le VIH. Même si le paludisme ou d'autres pathologies importantes ne sont pas endémiques dans certains pays, les fournisseurs de soins de santé doivent tenir compte de ces maladies dans le diagnostic des patients.
- Tenez compte des maladies endémiques associées au SIDA dans d'autres pays, qui pourraient ne pas être courantes dans le pays d'accueil (notamment le kala-azar en Somalie et au Sud-Soudan; et l'histoplasmosse au Zimbabwe).
- Faites des évaluations et surtout restez vigilants aux problèmes liés à la santé mentale et au soutien psychologique (SMSS) chez les personnes issues des zones de conflits. Entreprendre d'obtenir des antécédents médicaux auprès du patient peut provoquer l'inquiétude, la dépression et des réactions au stress. Il convient donc de tout mettre en œuvre pour assurer la disponibilité d'un soutien psychologique approprié à travers des structures communautaires qui apportent des solutions psychologiques, ou via des services SMSS spécialisés.
- Chez les individus à risque du fait d'un déplacement non planifié, songez à leur fournir un stock d'urgence ou des renouvellements de médicaments prophylactiques de plus longue durée et de première et deuxième intention (notamment le cotrimoxazole, l'isoniazide et le fluconazole), comme chez les patients sous traitement ARV.

PRÉVENTION DU VIH

- Dans l'ensemble, les programmes de prévention combinés intégrant des stratégies supplémentaires axées à la fois sur les personnes vivant ou non avec le VIH offrent une perspective réjouissante pour la prévention du VIH. Ces programmes ont pour double objectif de réduire la contagiosité (à travers notamment, le traitement ARV, les préservatifs, le traitement des infections sexuellement transmissibles (STI) chez des individus séropositifs) et la sensibilité (cas de nombreuses interventions chez les personnes affectées par le VIH).^[52]
- De fait, dans certains cas, les migrants et les personnes affectées par des crises se déplaceront vers des régions à forte prévalence du VIH, surtout lorsqu'ils voyagent à l'extérieur de l'Afrique australe dans la sous-région (tels que de la Somalie au Botswana), mais aussi des zones rurales vers des zones urbaines au sein d'un pays ou de la sous-région. Ces personnes doivent être informées du risque accru du VIH, d'autant plus que leurs connaissances des méthodes de prévention, telles que les préservatifs, peuvent être très limitées. D'emblée, partez du principe qu'il n'existe pas de connaissances de base sur la prévention.
- Chez les individus vivant déjà avec le VIH, des messages de prévention doivent être réitérés afin de prévenir de nouvelles transmissions. Les messages de prévention, verbaux ou écrits, doivent être communiqués, si possible, dans la langue maternelle du patient. De plus, insistez sur l'importance pour les partenaires sexuels de se faire tester, surtout les personnes vivant avec le VIH. Assurez-vous de fournir au patient un approvisionnement supplémentaire en préservatifs avant son voyage.

Prévention de la transmission mère-enfant

- En cas de déplacement vers des sites dotés des programmes PTME fonctionnels, il convient de conseiller aux femmes enceintes de rechercher immédiatement des programmes PTME locaux dès leur arrivée à leur destination, et de leur fournir des médicaments en quantité suffisante. Cependant, les aspects liés la durée, au mode de transport et aux modalités à l'arrivée doivent être dûment abordés.
- Une lettre de recommandation claire est importante à tout moment, tant pendant la période prénatale que postnatale, en plus d'un « carnet de santé » qui résume, dans la mesure du possible, les traitements suivis.
- Dans bien des pays, toutes les femmes enceintes testées séropositives sont introduites au traitement, indépendamment de leur taux de cellules CD4, ce à tout moment pendant leur grossesse. Cependant, dans le cas contraire, et si la femme doit effectuer incessamment un voyage alors qu'approche sa date d'accouchement, vous devez penser à lui procurer assez de médicaments PMTE pour elle-même et pour son bébé, une fois qu'il sera né, et dans le cas où elle accouche au cours du voyage ou se rend dans un lieu dépourvu de programmes PMTE. Comme chez tous les adultes face à un déplacement imminent avant le début de leur traitement, des conseils avisés sont fortement recommandés.
- Dans de rares cas, vous pourrez rencontrer une femme enceinte en provenance d'un site dans lequel il n'existe pas de services PMTE. Chez les femmes enceintes, la recommandation actuelle dans un nombre croissant des pays de la région, est d'introduire très tôt le traitement (dès les 14 premières semaines). Cependant, dans le cas de migrations, de déplacements et de manque d'accès aux services, le traitement peut être introduit dès le premier contact. Dans ce cas, des conseils avisés sur le PMTE sont importants.

Violence basée sur le genre et prophylaxie post-exposition (PPE)

La violence sexuelle peut s'accroître au lendemain des crises (par ex., les catastrophes naturelles, les conflits) et peut être liée aux migrations. Dans le cas d'une précédente agression sexuelle, un soutien et des soins systématiques appropriés doivent être fournis conformément aux directives nationales. Fait plus important encore, la PPE doit être fournie le plus tôt possible, de préférence, au cours des 72 heures qui suivent l'exposition éventuelle.

- Si les directives nationales excluent les migrants ou les personnes affectées par les crises, le traitement doit être disponible dans d'autres centres (par ex., dans les centres d'aide aux victimes d'agression sexuelle, les ONG, les organisations confessionnelles et les cliniques privées). Pour les réfugiés n'ayant pas d'accès à la PPE à travers un service local, contactez le HCR.
- En plus de la PPE et dans le cadre de l'ensemble clinique des services de santé offerts aux victimes d'agression sexuelle, des soins appropriés des blessures, y compris la vaccination contre le tétanos, le traitement présomptif des IST (en deux semaines) et la vaccination contre l'hépatite B doivent être fournis, conformément aux régimes nationaux. Une contraception d'urgence (d'environ 120 heures) en vue de la prévention des grossesses doit être offerte. Les services de prise en charge des victimes de viol doivent inclure l'offre ou la recommandation de l'avortement sans risque, conformément à la loi en vigueur.
- Des échantillons médico-légaux doivent être collectés lorsque des installations existent afin de faire des analyses.
- Des interventions psychologiques (notamment le soutien psychologique en cas de traumatisme) et la recommandation pour une aide sociale et juridique sont indispensables.^[53]

Conseil et test de VIH

Toutes les personnes, notamment lorsque l'épidémie est généralisée, doivent être encouragées à se faire régulièrement dépister de façon volontaire et confidentielle. Même si le diagnostic précoce du statut sérologique doit être fait périodiquement, il existe certaines mises en garde:

- Le statut sérologique ne doit avoir aucun impact sur le statut juridique d'un migrant ou d'une personne déplacée dans la région. Toutefois, de nombreux patients peuvent souhaiter dévoiler leur séropositivité ou choisir de garder l'anonymat pour de nombreuses raisons, notamment celles d'ordre sécuritaire. Les agents de santé doivent fournir des soins de manière à protéger les patients et leurs familles. Ils doivent également rassurer les patients que leur vie privée et leur confidentialité seront respectées.
- Dans le cas où le test du VIH est obligatoire, les agents de santé doivent garantir un soutien psychologique et des conseils, ainsi qu'un consentement éclairé, et expliquer les conséquences éventuelles du résultat d'un test sérologique positif.
- Dans des situations d'urgence extrême, l'intérêt de mobiliser des services déjà limitées dans le cadre des campagnes CDV doit être évalué par rapport aux besoins immédiats en matière de santé (notamment, la flambée des maladies, les zones à faible taux de prévalence du VIH).

SANTÉ REPRODUCTIVE

Les migrants et les personnes affectées par les crises doivent avoir un accès immédiat et illimité à l'ensemble des services de la santé reproductive.

Les services complets en matière de la santé reproductive incluent des méthodes sécurisées, efficaces, accessibles et acceptables de planification familiale au choix. L'accès aux services dédiés aux grossesses et aux accouchements sans risques, et qui offrent aux couples les meilleures chances d'avoir un enfant en bonne santé et une famille saine, doivent être disponibles. Lorsque la population nationale a accès au dépistage du cancer du col de l'utérus ou aux vaccins contre le papillomavirus, les mêmes possibilités doivent être offertes aux migrants et aux personnes affectées par les crises. Cette égalité d'accès doit également être disponible dans le cadre des services d'avortement sans risques, conformément la loi en vigueur.

Le Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé reproductive en cas de crise doit être appliqué lorsque les structures et les systèmes de santé ont été détruits ou ne fonctionnent pas à leur niveau optimal.^[54] Le DMU inclut un ensemble de pratiques prioritaires pour les professionnels des soins de santé. Cet ensemble de pratiques vise à prévenir et à lutter contre la violence sexuelle; à prévenir la mortalité et la morbidité maternelle et infantile excessive; à réduire la transmission du VIH; et à concevoir de manière harmonisée des services de santé reproductive complets.

La prévention positive doit être encouragée en fournissant aux personnes séropositives des informations et des moyens, notamment des préservatifs et d'autres services de prévention pour elles-mêmes, ainsi que pour leurs partenaires et leurs familles.

COMMENT GARANTIR AUX SOUS-GROUPES DE MIGRANTS VULNÉRABLES ET AUX PERSONNES AFFECTÉES PAR LES CRISES L'ACCÈS AU TRAITEMENT ARV

Femmes et filles

Il est généralement reconnu que le faible statut social et les rapports de force inégaux entre les hommes et les femmes accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles, en particulier en dehors du cadre familial. En effet, les femmes et les filles sont souvent plus exposées à des violences sexuelles, à l'exploitation et à l'infection à VIH. Cette situation peut empirer en temps de crise. Par conséquent, des efforts spécifiques sont nécessaires en vue de protéger les femmes et les filles, et de leur assurer un accès aux informations et aux services.^[55] Cet objectif peut être atteint en partie (1) en reconnaissant l'intérêt de la mise en œuvre des lois nationales protégeant les droits des femmes et filles migrantes; (2) en accordant aux femmes migrantes un statut juridique indépendant, plutôt que de leur attribuer un statut dépendant de celui de leurs proches de sexe masculin ou de leurs époux, ce qui peut leur fournir une protection importante; (3) en renforçant l'accès aux services de santé confidentiels; (4) en garantissant, s'il y a lieu, la disponibilité des agents de santé de sexe féminin pour fournir des services aux femmes et aux filles; et (5) en renforçant les services pour les groupes difficilement accessibles tels que les migrants récents et ceux présentant des handicaps, au moyen de programmes de sensibilisation.

Orphelins, enfants séparés et vulnérables

La nature du déplacement entraîne souvent la séparation des familles. Une augmentation du nombre d'orphelins, d'enfants séparés et non accompagnés du fait des conflits peut être observé. Il peut en être de même des maladies endémiques transmissibles. Les enfants déplacés peuvent également être accompagnés d'un proche ou d'une autre personne adulte qui n'est pas un proche. En cas d'inquiétudes sur les dispositions concernant les soins de l'enfant, veuillez-vous référer aux services sociaux pour évaluation. Des conseils spécialisés peuvent être requis pour ces enfants. La Croix-Rouge/le Croissant-Rouge, l'UNICEF et d'autres organisations facilitent la recherche des familles et leur regroupement, ou la prise en charge temporaire des enfants dans des familles d'accueil et leur retour dans leurs pays d'origine.

La CRDE de 1989 est le principal instrument juridique sur la protection des enfants, et stipule que l'intérêt supérieur de l'enfant doit constituer une considération de premier ordre pour toute action relative aux enfants. L'identification d'un intérêt supérieur dans le cas d'un migrant non accompagné et d'un enfant réfugié devrait garantir une contribution appropriée de l'enfant sans discrimination. Elle devrait également permettre de tenir dûment compte de l'opinion de l'enfant en fonction de son âge et de sa maturité. De plus, l'identification d'un intérêt supérieur doit impliquer des décideurs spécialisés dans les domaines pertinents, notamment les experts en protection de l'enfant, et concilier tous les facteurs importants afin d'évaluer la meilleure option^[56].

Personnes détenues ou déportées

Du fait des restrictions d'entrée, de séjour ou de résidence liées au VIH, ou dans le cadre des procédures de déportation entamées pour des raisons d'immigration, les migrants ou les demandeurs d'asile séropositifs peuvent être détenus et placés à garde vue en attendant d'obtenir le résultat de la procédure d'immigration, de déportation ou de déterminer leur statut de réfugié. De nombreux États ne disposent pas de structures appropriées pour garantir la continuité du traitement ARV aux détenus en attente de déportation ou pour protéger leurs droits contre les déportations arbitraires.^[57] Encouragez les patients à partager les coordonnées de la clinique avec leur famille, dans le cas où le traitement ARV est fourni au détenu pendant sa détention et/ou avant sa déportation.^[57, 58] Les ONG telles que MSF ou la Croix-Rouge/le Croissant-Rouge fournissent souvent des services de santé aux migrants, aux demandeurs d'asile et aux réfugiés dans des centres de détention d'immigration. Ces ONG peuvent jouer un rôle important dans la garantie d'un accès (continu) au traitement ARV dans un tel contexte.

Les travailleurs du sexe

Les études soulignent la forte corrélation entre le travail du sexe et la migration.^[59] L'état de santé et le risque de VIH chez les professionnels du sexe masculin, féminin et les transsexuels sont fonction de la dépendance économique au travail du sexe, à la sécurité de l'environnement de travail et au degré d'intervention des services de santé. Les études montrent en effet que les travailleurs du sexe migrants transfrontaliers ont moins d'accès aux soins de santé que leurs collègues non migrants,^[34,35] et qu'ils sont confrontés à plus de discrimination, ainsi qu'à d'autres difficultés pour accéder aux soins de santé et aux services sociaux et juridiques.^[60,61] Par conséquent, pour faciliter la prévention du VIH et d'autres IST, des programmes de services de santé doivent être élaborés afin de répondre aux attentes spécifiques des travailleurs du sexe migrants. De plus, les travailleurs du sexe migrants doivent non seulement participer à la conception et à la planification des programmes de santé, mais aussi servir de pairs éducateurs et d'agents de sensibilisation.





Section 2 - Considérations opérationnelles pour les cliniciens et gestionnaires de programmes

Section 2 - Considérations opérationnelles pour les cliniciens et gestionnaires de programmes.

Cette section traite principalement des urgences humanitaires et inclut également des informations appropriées aux différents contextes des migrants. Ces informations visent les planificateurs impliqués dans la conception des programmes de traitement ARV afin de:

- définir les priorités en matière de l'offre du traitement ARV.
- encourager le maintien et l'adhésion au traitement.

DÉFINITION DES PRIORITÉS

Les priorités en matière de lutte contre le VIH dépendent du contexte de déplacement et du type de programme ARV disponible aux migrants et aux personnes affectées par les crises. Vous trouverez ci-dessous, nos recommandations en matière de programmes, selon qu'un patient sous traitement ARV se déplace vers un site doté d'un système offrant le traitement ARV ou non.

PROGRAMMES ARV ÉTABLIS DANS DES SYSTÈMES DE SANTÉ STABLES

Pour les programmes établis dans lesquels les services sont continus et où le système de santé plus élargi est stable, il importe de mettre un accent particulier sur la continuité et la facilitation de l'adhésion au traitement, ainsi que sur la réduction des barrières d'accès à ce dernier. Il importe aussi impérativement d'insister sur le rapprochement et l'intégration des services. Dans les pays caractérisés par des épidémies généralisées, le traitement ARV doit être fourni dans le cadre des soins prénataux et dans les cliniques de traitement de la TB.^[9]

INEFFICACITÉ OU ABSENCE DE PROGRAMMES DE TRAITEMENT ARV

Pendant la phase de crise aiguë causée par un conflit ou une catastrophe naturelle, le déplacement de masse peut survenir, provoquant un déplacement des populations vers des zones sécurisées, où la fourniture du traitement ARV n'est pas bien au point ou alors vers des sites où ce traitement est absolument inexistant. Heureusement, la deuxième possibilité est devenue rare au cours des cinq dernières années, marquées par une intensification des programmes ARV dans toute l'ASS. Même dans les pays caractérisés par un faible niveau d'accès aux services de traitement ARV ou n'offrant pas de tels services (par ex. au Libéria, en République Démocratique du Congo, au Sud Soudan, et en République Centrafricaine), une forte et rapide coordination pourrait garantir la mise en place accélérée de meilleurs services de traitement ARV. La priorité des programmes de lutte contre le VIH doit consister à garantir la continuité des soins aux patients déjà sous ARV, ainsi que le traitement symptomatique du VIH et la fourniture de la PTME.

Les directives du Comité permanent inter-organisations (CPIO) en matière de lutte contre le VIH dans le contexte des crises humanitaires précisent la série minimale de services de prévention, de traitement, de soins et de prise en charge du VIH pour les personnes affectées par les crises humanitaires. Il s'agit notamment : (1) de la prévention de la transmission du VIH dans les services de soins de santé; (2) de l'offre de l'accès aux préservatifs masculins et féminins de meilleure qualité; (3) de la fourniture de la PPE pour l'exposition professionnelle ou non professionnelle; (4) du traitement des IST; (5) de la PTME; (6) de la fourniture des soins aux personnes vivant avec des maladies liées au VIH; et (7) de l'offre du traitement ARV aux personnes qui en ont besoin.^[62]

Plus précisément, les activités liées à la fourniture du traitement ARV dans les situations de crises humanitaires doivent consister en :

Intervention minimale

- identifier les adultes et les enfants ayant besoin d'un traitement ARV continu.
- fournir le traitement ARV aux personnes l'ayant déjà reçu par le passé.

Intervention élargie

- garantir la continuité des services des soins aux personnes vivant avec le VIH, y compris les soins à domicile.
- fournir un accès au CDV
- adopter et intensifier les programmes ARV

Les directives CPIO insistent également sur la nécessité d'étendre la riposte multisectorielle afin de prévenir la transmission du VIH. Ceci inclut la sensibilisation au VIH et le soutien communautaire; la protection; la sécurité alimentaire, la nutrition et le soutien des moyens de subsistance; l'éducation; la création des revenus; les centres d'accueil; la coordination et la gestion des camps; l'eau et l'hygiène; et les programmes de lutte contre le VIH en milieu de travail.^[62]

COMMENT FACILITER LE MAINTIEN ET L'ADHÉSION DES PATIENTS AU TRAITEMENT

Les stratégies axées sur chaque patient afin d'améliorer l'adhésion au traitement font l'objet de réflexions dans la section sur le guide clinique (voir section 1). Les facteurs des systèmes de santé qui limitent l'adhésion au traitement chez les migrants et les personnes affectées par les crises sont très semblables à ceux observés chez les populations stables; ces facteurs incluent les coûts liés au traitement; ^[37, 40] la rupture des stocks des médicaments ARV, ^[44] et la limite des capacités d'offre du traitement. ^[37, 44] La mise sur pied d'un **plan d'urgence** est une stratégie confirmée dans l'amélioration de l'adaptabilité des programmes du traitement ARV aux situations de crise dans lesquelles le déplacement est anticipé. ^[34, 45, 47-49]

Le plan d'urgence peut inclure des éléments suivants:

- Le ravitaillement et approvisionnement de la clinique en un **stock tampon** de médicaments ARV en cas de rupture des stocks. ^[47, 48]
- **La prévision des stocks** afin d'anticiper sur la possibilité de fournir un renouvellement de médicaments de plus longue durée (entre 3 et 6 mois par patient). Cette mesure est particulièrement applicable aux migrants pendant les congés et les périodes de migration saisonnière.
- L'identification des moyens de **communication d'urgence** avec les patients pendant les périodes d'instabilité. ^[34, 48]
- **La création d'un plan de mobilisation des agents de santé** au sein de la communauté afin de suivre et d'identifier activement les patients n'ayant pas observé leur traitement. ^[44, 49]

Dans l'ensemble, les cliniciens et les gestionnaires de programmes doivent mettre un accent particulier sur :

- **L'intégration des services du VIH** dans les programmes nationaux. Les services fournis aux migrants et aux personnes affectées par les crises doivent être intégrés, si possible, dans les programmes nationaux ^[3, 44, 63]
- **L'amélioration de la communication entre patients et fournisseurs de soins.** La mise à contribution des membres de la famille ou de la communauté comme interprètes présente le risque de violation de la confidentialité et de la diffusion inappropriée des informations aux patients. Cette pratique doit être évitée, dans la mesure du possible. De plus, le patient peut être réticent à fournir des informations sincères lorsqu'il est un proche de l'interprète. Il convient donc de tout mettre en œuvre pour utiliser les services d'un interprète indépendant formé sur l'importance du respect de la confidentialité. Pour les réfugiés, il importe de ne pas les référer à l'ambassade de leur pays, de peur de mettre en péril leur statut de demandeur d'asile. Cependant, cette mesure peut être une option, pour d'autres personnes déplacées (notamment pour les migrants économiques). Pour une assistance aux réfugiés, veuillez contacter le HCR qui est capable de proposer des interprètes appropriés.
- **La formation d'agents de santé** pour discuter de manière non-critique du traitement avec toute la sensibilité aux particularités culturelles. L'agent de santé doit maintenir des normes et pratiques professionnelles, indépendamment des traditions ou des pratiques culturelles, d'ethnicité ou de religion, même si cette mesure pourrait exiger plus de temps et d'effort.
- **La résolution du problème de l'insécurité alimentaire** en tant qu'une barrière majeure à l'adhésion au traitement pour les migrants et les personnes affectés par des crises. ^[37-40] Cet objectif peut être atteint en renforçant le système de recommandation entre les antennes sanitaires et les programmes de protection sociale, y compris ceux offrant une aide ou bons ou fonds alimentaires.
- **L'identification et la fourniture d'informations afin de contrer toute croyance xénophobe** chez les agents de santé peut amener ces derniers à refuser de fournir des soins de santé appropriés aux migrants et aux personnes déplacés ou à les retarder.
- **La reconnaissance du droit des migrants détenus** et la promotion de la poursuite du traitement ARV lorsqu'ils sont sous détention.





Section 3 - Plaidoyer

Section 3 - Plaidoyer

Garantir l'accès aux migrants et aux personnes affectées par des crises est une affaire de tous. Les personnes en déplacement et celles ayant des antécédents migratoires ont le droit de bénéficier des soins du VIH, y compris du traitement ARV. La fourniture des soins du VIH repose sur des fondements éthiques et juridiques solides. Tous les lecteurs du présent guide opérationnel doivent se joindre à notre cause pour garantir aux migrants et aux personnes affectées par des crises l'accès au traitement ARV et la continuité du traitement qu'ils méritent. La présente section met un accent particulier sur les promoteurs de la santé publique, les groupes de la société civile et les groupes d'intérêt et fournit des stratégies et des actions pour chaque groupe d'acteurs.

POUR LES ÉTATS

Le droit international contraint les gouvernements à protéger les droits de tous, y compris le droit à la santé des migrants et des personnes affectées par des crises, notamment leur droit d'accès aux services de santé de qualité. Il les contraint également à se pencher sur tout problème fondamental lié à leur état de santé. La croissance économique, la mondialisation, l'intégration régionale et les déplacements continus provoqués par des crises se traduisent toujours en une plus forte mobilité tant sur le plan interne qu'au-delà des frontières. C'est la raison pour laquelle, garantir aux migrants et aux personnes affectées par des crises l'accès à des services de santé de qualité ne constitue pas seulement un droit humain impératif, mais aussi un droit à la santé publique.

Les stratégies qui doivent être adoptées par l'État afin de renforcer l'accès des migrants et des personnes affectées par des crises aux soins de santé doivent consister notamment à :^[25]

1. Faire appliquer les lois, les politiques et les pratiques qui intègrent des approches de traitement équitables et efficaces et qui répondent aux besoins des migrants et des personnes affectées par les crises et vivant avec le VIH (notamment à travers l'association de régimes de traitement simples et à dose fixe non toxique et régionalement harmonisés, l'extension du renouvellement des médicaments, la fourniture décentralisée du traitement gratuite dans tous les points de distribution).
2. Exploiter les données de plus en plus nombreuses sur les caractéristiques des migrations, le risque et l'adhésion au traitement ARV afin d'adopter des politiques éclairées au lieu de s'appuyer sur des hypothèses non fondées qui font passer les migrants /personnes affectées pour des fardeaux.
3. Obliger l'état de s'assurer que les lois et les politiques sont conformes aux traités ratifiés sur les droits de l'homme, en cas d'obstacles juridiques pour l'accès au traitement (voir Encadré 1).
4. Identifier de façon proactive et supprimer les barrières à la mise en œuvre des traités régionaux qui garantissent la santé, en particulier dans le cas des migrants internationaux (voir Encadré 1) et encourager le signalement et la documentation des abus et le non-respect des politiques.
5. Renforcer les engagements préalables pris vis-à-vis de l'Unité africaine en identifiant et en réprimant les sentiments et attitudes xénophobes qui amènent le personnel soignant à limiter les services de santé et de traitement.
6. Harmoniser les dossiers médicaux des patients et valider le carnet de santé régional que les patients doivent utiliser pour voyager à l'intérieur du pays ou au-delà des frontières.
7. Renforcer les systèmes de contrôle et d'évaluation afin d'améliorer le suivi des patients voyageant entre différents sites de traitement.
8. Encourager l'intégration des programmes de distribution du traitement ARV à d'autres programmes de prise en charge (par ex. la prévention, le soutien psychologique et l'aide alimentaire et nutritionnelle).

9. Réviser les normes nationales en matière de déportation des personnes vivant avec le VIH afin de garantir le respect du droit international qui interdit de déporter toute personne dans un pays où le traitement est inexistant ou inaccessible, et où sa vie serait en danger.
 - Si possible, contactez les autorités sanitaires et les fournisseurs proactifs des soins de santé dans chaque pays du déporté, élaborer un plan afin de continuer à assurer une fourniture continue des soins, et éventuellement, fournissez un approvisionnement temporaire en médicaments si nécessaire.^[57]

Bien que les lois dans l'ensemble de la région soient en faveur d'une offre de services de traitement illimité aux migrants et aux personnes affectées par les crises, dans la pratique, ces populations font souvent l'objet de discrimination, notamment dans le domaine de l'emploi. Aussi, des soins médicalement indispensables leur sont souvent refusés.^[21] Les personnels agissant au nom des donateurs et des Organismes des Nations Unies, de la société civile, des cliniciens et des gestionnaires de programmes doivent donc s'assurer que les États respectent ces lois nationales comme suit:

POUR LES CLINIENS ET GESTIONNAIRES DE PROGRAMMES

1. Insister sur le bien-être des patients, en s'assurant que toutes les personnes ayant besoin du traitement le reçoivent, indépendamment de leurs antécédents de mobilité ou de leur statut migratoire. La discrimination sur la base de la mobilité d'un individu est contraire à l'éthique et contredit les récentes données qui indiquent chez les migrants et les personnes affectées par des crises des niveaux d'adhésion au traitement comparables à ceux observés chez les populations non-déplacées.^[2-7]
2. Élaborer des plans d'urgence pour l'offre du traitement ARV, en particulier dans les pays en proie aux crises et les pays d'origine de migrants. Les plans doivent inclure l'utilisation des carnets de santé et le prolongement de la durée de renouvellement des prescriptions entre les visites.
3. Encourager les pratiques médicales non discriminatoires et jouer un rôle actif dans la réduction et la répression des comportements discriminatoires, ainsi que dans la dissipation des mythes autour des migrants et des personnes affectées par les crises. Les cliniciens et les gestionnaires de programmes doivent s'opposer à la mise en œuvre de politiques d'accès restrictives. Ils doivent également identifier et signaler les pratiques auprès des organisations de défense des droits de l'homme et des ONG.
4. Instituer un mécanisme pour les patients afin de signaler les cas d'abus et de discrimination.
5. Assurer la liaison avec d'autres programmes en vue de l'offre continue des soins.
6. Assurer un renforcement approprié des capacités du personnel
 - en organisant des formations sur le guide clinique pour l'introduction du traitement ARV et en apportant une assistance aux migrants et aux personnes affectées par les crises. Ce type de formation doit insister sur le fait que le traitement ne doit pas être refusé uniquement pour des raisons basées sur les antécédents migratoires d'un individu ou sur son éventuel éloignement du site clinique.
 - Former le personnel à la sensibilité, notamment aux composantes sur la clarification des valeurs, aux méthodes de lutte contre les comportements xénophobes et discriminatoires et aux modes de migration de façon générale, afin qu'ils puissent acquérir des connaissances approfondies (c'est-à-dire comprendre les raisons pour lesquelles les personnes se déplacent, qui elles sont et les services dont elles ont besoin). Il importe également d'inclure une formation sur la discrimination et la violence basées sur le genre.
7. Respecter la confidentialité du dossier médical du patient.

POUR LA SOCIÉTÉ CIVILE

1. Les groupes de défense des droits des migrants et des personnes affectées par les crises et les promoteurs de la santé publique doivent collaborer avec d'autres organisations de défense des droits humains afin de sensibiliser sur les droits et de protester contre les politiques de traitement restrictives et la xénophobie, le cas échéant.
2. Renforcer les capacités et l'esprit d'initiative des groupes communautaires, notamment ceux vivant avec le VIH, en vue de la promotion de leurs propres droits.^[64]
3. Encourager et aider les gouvernements à respecter leurs obligations internationales dans le cadre du droit international humanitaire et à mettre en œuvre des stratégies inspirées des meilleures pratiques pour tous les patients séropositifs, indépendamment de leur statut migratoire ou de leurs antécédents de déplacement. Intensifier le réseautage et l'échange d'informations entre les groupes communautaires et les décideurs.

POUR LES DONATEURS ET LES ORGANISMES DE L'ONU

1. Les Organismes de l'ONU chargés de fournir directement des soins aux migrants et aux populations affectées par les crises doivent assurer un accès au traitement à toutes les personnes qui en ont besoin, indépendamment de leurs antécédents de mobilité ou de leur statut migratoire.
2. Aider les gouvernements à élaborer des normes et à identifier un ensemble de services pour les réfugiés, en mettant en place des systèmes de collecte et d'analyse des informations et en utilisant ces informations pour appuyer les politiques et les programmes.^[63]
3. Encourager les gouvernements à tenir compte des besoins des migrants et des personnes affectées par les crises dans les propositions de financement et à mobiliser des ressources en vue d'intégrer lesdits besoins dans les politiques et programmes nationaux de lutte contre le VIH.

Références

1. HCR et la Société des cliniciens du VIH d' Afrique australe, *Guide clinique pour la prise en charge antirétrovirale des personnes déplacées, Afrique du Sud*. 2007, HCR: Genève, disponible sur le lien : <http://www.unhcr.fr/4b151c620.html>
2. Mendelsohn, J.B., et al., *Is Forced Migration a Barrier to Treatment Success? Similar HIV Treatment Outcomes Among Refugees and a Surrounding Host Community in Kuala Lumpur, Malaysia*. *AIDS Behav*, 2013.
3. O'Brien, D.P et al., *Provision of antiretroviral treatment in conflict settings: the experience of Medecins Sans Frontieres*. *Confl Health*, 2010. 4:p.12
4. Kiboneka, A., et al., *Combination antiretroviral therapy in population affected by conflict: outcomes from large cohort in northern Uganda*. *Bmj*, 2009. 338: p. b201.
5. Garang, P.G., et al., *Adherence to antiretroviral therapy in conflict areas: a study among patients receiving treatment from Lacor Hospital, Uganda*. *AIDS Patient Care STDS*, 2009. 23(9): p. 743-7.
6. McCarthy, K., et al., *Good treatment outcomes among foreigners receiving antiretroviral therapy in Johannesburg, South Africa*. *Int J STD AIDS*, 2009. 20(12): p. 858-62.
7. Bygrave, H., et al., *Trends in loss to follow-up among migrant workers on antiretroviral therapy in a community cohort in Lesotho*. *PLoS One*, 2010. 5(10): p. e13198.
8. Cohen, M.S., et al., *Prevention, of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy*. *N Engl J Med*, 2011. 365(6): p. 493-505.
9. OMS, *Lignes directrices unifiées sur l'utilisation des antirétroviraux pour le traitement et la prévention de l'infection à VIH*, OMS, Éditeur. 2013, OMS: Genève, disponible sur le lien : <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/arv2013/fr/>
10. Organisation internationale pour les migrations , *Droit international de la migration N°25 : Glossaire sur la migration*, OIM, Éditeur. 2011, OIM: Genève.
11. Organisation des Nations Unies, *Convention internationale relative à la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles*. G.A. res. 45/158, annexe, 45 ONU. GAOR Supp. N° 49A) at 262, U.N. Doc. A/45/49 (1990), entré en vigueur le 1 juillet 2003 . (Convention internationale sur les droits des travailleurs migrants).
12. Office des Nations Unies contre les drogues et le crime, *Régime des Nations Unies visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants*, qui complète la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée. 2000.
13. Khoser, K., *Protecting Migrants in Complex Emergencies, in GCSP Policy Paper, G.C.f.S. Policy*, Editeur. 2012, Centre politique de sécurité de Genève : Genève.
14. Adepoju, A., *Recent trends in international migration in and from Africa. In International Conference on Migration and Development: Opportunities and Challenges for Euro-African Relations*. 2006: Rome.
15. Oucho, O.J. et L.A. Oucho, *Migration, Urbanisation and Health Challenges in Sub-Saharan Africa*. 1993: Nairobi.

16. Agence des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), *Tendances semestrielles du HCR 2013*. 2013, disponible sur le lien suivant: <http://www.unhcr.org/52af08d26.html>.
17. Suphanchaimat, R., et al., *HIV/AIDS health care challenges for cross-country migrants in low- and middle-income countries: a scoping review*. HIV AIDS (Auckl), 2014. 6: p. 19-38.
18. National AIDS and STI Control Program. 2011. *Sentinel surveillance for HIV and Syphilis infection among pregnant women from antenatal clinics in Kenya, 2011*. NASCOP: Nairobi, Kenya, disponible sur le lien: <http://www.nascop.or.ke/3d>.
19. Stephen, H. et B. Roberts, *A case study of the provision of antiretroviral therapy for refugees in Tanzania*. Med Confl Surviv, 2009. 25(2): p. 134-47.
20. Spiegel, P., et al., *Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review*. Lancet, 2007. 30(369(9580)): p. 2187-95.
21. Organisation internationale pour les migrations, *Droit des migrants à la santé en Afrique australe*, OIM, Editeur: Prétoria 2009.
22. Assemblée générale des Nations Unies, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*. 16 décembre 1966, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 993, p. 3, disponible sur le lien suivant: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b36c0.html>.
23. Organisation de l'Unité Africaine (OUA), *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ("Charte de Banjul")*. 27 juin 1981, CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), disponible sur le lien suivant: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3630.html>.
24. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention relative au statut des réfugiés 28 juillet 1951*, Nations Unies, Recueil des traités, Vol. 189, p. 137, disponible sur le lien: <http://www.refworld.org/docid/3be01b964.html>.
25. Assemblée mondiale de la santé, *Résolution 61.17 'Santé des migrants'*. 2008.
26. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention internationale relative aux droits civils et politiques*. 16 décembre 1966, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 999, p. 171, disponible sur le lien: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3aa0.html>.
27. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*. 21 décembre 1965, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 660, p. 195, disponible sur le lien: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3940.html>.
28. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes*. 18 décembre 1979, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 1249, p. 13, disponible sur le lien: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3970.html>.
29. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention relative aux droits de l'enfant*. 20 novembre 1989, Nations Unies, Recueil des traités, vol. 1577, p. 3, disponible sur le lien: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b38f0.html>.

30. Assemblée générale des Nations Unies, *Convention internationale relative à la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leurs familles*. 18 décembre 1990, A/RES/45/158, disponible sur le lien: <http://www.refworld.org/docid/3ae6b3980.html>.
31. OMS, et al., *Consensus statement. Delivering antiretroviral drugs in emergencies: neglected but feasible*. 2006, disponible sur le lien: http://www.who.int/hac/techguidance/pht/HIV_AIDS_101106_arvemergencies.pdf.
32. Fonds des Nations Unies pour le développement, *Overcoming barriers: Human mobility and development, Rapport sur le développement*, Fonds des Nations Unies pour le développement, Editeur. 2009, New York.
33. Spiegel, P., et al., *High risk sex and displacement among refugees and surrounding populations in 10 countries: the need for integrating interventions*. AIDS 2014;28:761-71
34. Yoder, R.B., et al., *Long-term impact of the Kenya postelection crisis on clinic attendance and medication adherence for HIV-infected children in western Kenya*. J Acquir Immune Defic Syndr, 2012. 59(2): p. 199-206.
35. Walldorf, J.A., et al., *Recovery of HIV service provision post-earthquake*. AIDS, 2012. 26(11): p. 1431-6.
36. Vearey, J., *Migration, access to ART and survivalist livelihood strategies in Johannesburg*. African Journal of AIDS Research, 2008. 7(3): p. 361-374.
37. Olupot-Olupot, P., et al., *Adherence to antiretroviral therapy among a conflict-affected population in Northeastern Uganda: a qualitative study*. AIDS, 2012. 22(14): p. 1882-4.
38. Ghose, T., et al., *Surviving the aftershock: postearthquake access and adherence to HIV treatment among Haiti's tent residents*. Qual Health Res, 2013. 23(4): p. 495-506.
39. O'Laughlin, K.N., et al., *Testing experiences of HIV positive refugees in Nakivale Refugee Settlement in Uganda: informing interventions to encourage priority shifting*. Confl Health, 2013. 7(1): p. 2.
40. UNHCR, *Support to Antiretroviral Therapy Adherence amongst Urban Refugees in Kuala Lumpur, Malaysia*. 2013, HCR: Genève, disponible sur le lien: <http://www.unhcr.org/4683b0522.pdf>.
41. Khawcharoenporn, T., et al., *Access to antiretroviral therapy during excess black-water flooding in central Thailand*. AIDS Care, 2013. 25(11): p. 1446-51.
42. Mills, E.J., et al., *Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis*. JAMA, 2006. 296(6): p. 679-90.
43. Rutta, E., et al., *Prevention of mother-to-child transmission of HIV in a refugee camp setting in Tanzania*. Glob Public Health, 2008. 3(1): p. 62-76.
44. HCR, *Poursuite du traitement antirétroviral pour les réfugiés ivoiriens au Libéria pendant la phase de crise (2011-2012)*. 2013, HCR: Genève, disponible sur le lien : <http://www.unhcr.org/51c01dda9.pdf>.
45. Dolgin, E., *In Haiti, collapsed AIDS clinics fret over new challenges*. Nat Med, 2010. 16(3): p. 242.
46. Pape, J.W., et al., *The GHESKIO field hospital and clinics after the earthquake in Haiti--dispatch 3 from Port-au-Prince*. N Engl J Med, 2010. 362(10): p. e34.
47. Ojikutu, B., *Emergency Planning for HIV Treatment Access in Conflict and Post-Conflict Settings, in AIDSTAR-One : CASE STUDY SERIES*, I. John Snow, Editeur. 2011, John Snow, Inc.: Virginie, EU.
48. MSF, *Providing antiretroviral therapy for mobile populations: Lesson learned from a cross border ARV programme in Musina, South Africa*, MSF, Editeur. 2012.
49. Vreeman, R.C., et al., *Impact of the Kenya post-election crisis on clinic attendance and medication adherence for HIV-infected children in western Kenya*. Confl Health, 2009. 3: p. 5.

50. Veenstra, N., et al., *Unplanned antiretroviral treatment interruptions in southern Africa: how should we be managing these?* Global Health, 2010. 6: p. 4.
51. de Pee, S., et al., *Assessing the impact of micronutrient intervention programs implemented under special circumstances--meeting report.* Food Nutr Bull, 2011. 32(3): p. 256-63.
52. Kurth, A.E., et al., *Combination HIV prevention: significance, challenges, and opportunities.* Curr HIV/AIDS Rep, 2011. 8(1): p. 62-72.
53. World Health Organization, *Do's and don'ts in community-based psychosocial support for sexual violence survivors in conflict-affected settings*, OMS, Editeur. 2012: Genève.
54. Women's Refugee Commission, *Minimum Initial Service Package in Emergencies*. 2006, disponible sur le lien: <http://www.unhcr.org/4e8d6b3b14.pdf>.
55. UN Division for the Advancement of Women, *Report of the expert group meeting on "Good practices in combating and eliminating violence against women"* 17-20 mai 2005, Vienne, disponible sur le lien: <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-gp-2005/docs/FINALREPORT.goodpractices.pdf>.
56. HCR, *Guidelines on Determining the Best Interests of the Child- Community Development, Gender Equality & Children*. 2008 HCR: Genève, disponible sur le lien: <http://www.unhcr.org/4566b16b2.pdf>.
57. Human Rights Watch, *Returned to Risk: Deportation of HIV-Positive Migrants*, H.R. Watch, Editeur. 2009, Human Rights Watch: New York.
58. Bulbulia, A., et al., *Guidelines for the prevention and treatment of HIV in arrested, detained and sentenced persons.* The Southern African Journal of HIV Medicine, 2008. 33: p. 21-33.
59. Organisation internationale pour les migrations, *HIV vulnerability among female sex workers along Ghana's Tema-Paga transport corridor*. 2012, disponible sur le lien: http://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/pbn/docs/HIV-Vulnerability-among-FSWs-along-Tema_Paga-Transport-Corridor.pdf.
60. TAMPEP European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers, *Sex Work Migration Health*, TAMPEP, Editeur. 2009: Amsterdam, disponible sur le lien: http://tampep.eu/documents/Sexworkmigrationhealth_final.pdf.
61. ONUSIDA, *Note d'orientation de l'ONUSIDA: VIH et Travail du sexe*, ONUSIDA, Editeur. 2007: Genève, disponible sur le lien: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2009/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en.pdf.
62. Comité permanent inter-organisations, *Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings*, Mars 2010, JC1767E, disponible sur le lien: <http://www.refworld.org/docid/521469794.html>.
63. ONUSIDA et HCR, *Note de politique générale sur le VIH et les réfugiés*, ONUSIDA, Éditeur. 2006: Genève, disponible sur le lien: <http://www.unhcr.org/4683b0522.pdf>.

Annexes

Annexe 1: Études de cas

Cas n°1: THEMBI (Afrique australe)

Thembi travaille grâce à un permis obtenu dans un pays voisin de son pays d'origine. Elle a commencé le traitement ARV dans son pays, il y a un an. Elle se rend dans son pays tous les 3 mois pour se réapprovisionner en médicaments. Elle ne pourra se rendre dans son pays que dans 6 mois et a perdu sa lettre clinique de recommandation. Elle affirme être sous ténofovir, 3TC et névirapine à dose journalière, et envisage de faire un enfant avec son nouveau mari. Avant, elle recevait le D4T, cependant elle a développé une neuropathie et est revenue au ténofovir. Elle dispose d'un stock de médicaments suffisant pour plus d'une semaine.

L'accès au site de traitement ARV lui a été refusé par le programme du gouvernement de son pays d'emploi pour des raisons qui semblent essentiellement xénophobes. Thembi se rend chez un praticien privé, mais ne dispose pas de moyens financiers pour payer sa dose de créatinine, l'évaluation de sa charge virale ou son taux de cellules CD4. Le praticien ne parvient pas à obtenir son dossier médical auprès de la clinique dans son pays. Du point de vue clinique, elle se porte bien. Thembi indique observer une parfaite adhésion au traitement et affirme que sa charge virale antérieure, effectuée il y a 6 mois, était bonne.

Le praticien la met en garde contre le fait que l'introduction d'un nouveau médicament unique en lieu et place du ténofovir face à un régime virologique défaillant présente un risque de résistance à ce médicament, si aucune charge virale n'est effectuée afin de confirmer la suppression.

Le praticien persuade Thembi de payer pour sa charge virale, à l'aide de fonds collectés auprès de l'église de sa localité. Le résultat s'avère imprécis. Le praticien aborde avec Thembi les risques et les avantages du passage de la névirapine à l'efavirenz, qui est beaucoup plus conforme aux directives nationales du pays dans lequel elle travaille. Elle demande de rester sous névirapine, malgré la confirmation de l'innocuité de l'efavirenz par le praticien, car elle souhaite éviter les effets indésirables liés au système nerveux central. Il la rassure sur le haut niveau de sécurité qu'offre la névirapine à long terme et que son opinion est tout à fait appréciable. Il lui demande également d'essayer d'obtenir son ancien dossier médical, le plutôt possible. Le médecin conseille à Thembi de retourner dans son pays si des effets indésirables surviennent, et de voir si son église dispose encore de ressources financières pour assurer le suivi de sa charge virale.

Commentaire du cas: La xénophobie est une attitude courante et néfaste chez les fournisseurs de soins de santé. Il convient d'encourager les migrants et de favoriser leur accès aux services de soins de santé, car tous les personnels ou toutes les cliniques ne sont pas xénophobes. Il importe également d'adopter des politiques qui les empêchent de renvoyer les patients dans leur pays.

Enfin, les fournisseurs de soins de santé doivent, dans la mesure possible, signaler ces incidents auprès des organismes réglementaires comme des violations du code éthique.

Cas N°2: MACHOZI (Afrique centrale)

Machozzi est une femme mariée, âgée de 28 ans et issue d'un pays frappé par un conflit en Afrique centrale. Comme la plupart des femmes de sa région, Machozzi n'est jamais allée à l'école. Il y a quatre ans, elle a été prise en otage par un groupe de soldats qui ont envahi la région et l'ont forcé de porter leurs marchandises alors qu'elle travaillait dans ses champs. Elle a été par la suite forcée d'épouser l'un des commandants.

Au cours des quatre mois suivants, elle a été victime l'objet de viols répétés. Finalement, Machozzi a pu s'échapper des mains de ses ravisseurs, et de peur d'être une fois de plus leur victime, elle a fui vers un pays voisin, en tant que demandeuse d'asile. Elle s'est installée dans une petite ville où elle survit grâce au petit commerce. Ensuite au cours des six mois suivants, elle a commencé à perdre du poids. Elle a également constaté des éruptions cutanées persistantes sur son corps. Au départ, elle a cru avoir été empoisonnée par l'une des femmes du marché, mais finalement l'infirmière du centre de santé l'a convaincu d'effectuer un test du VIH. Le test s'est révélé positif et elle a été recommandée à une clinique de traitement du VIH.

Le médecin ayant pris en charge Machozzi à la clinique a classé son cas au stage clinique 3 de l'OMS. Il lui a prescrit le cotrimoxazole et ordonné un test d'évaluation du taux des cellules CD4. Le résultat des CD4 révélait 124 cellules/mm³ et le médecin a décidé de préparer Machozzi au début du traitement ARV. Cependant, lorsqu'on a expliqué sa situation à Machozzi, elle a semblé ne rien comprendre. En effet, elle a informé le médecin de sa décision de retourner dans son pays et par conséquent, qu'elle ne pouvait plus revenir à la clinique. Le médecin lui a expliqué la nécessité de rester dans son pays d'asile et de commencer le traitement ARV. Même si elle a acquiescé de la tête, Machozzi a une nouvelle fois insisté pour retourner dans son pays. Elle a dit au médecin qu'elle comptait emporter avec elle ses médicaments dans son pays, au cas où ils seraient indispensables.

Le médecin a approuvé cette option. Machozzi venait tout juste d'être diagnostiquée, et même si elle semblait comprendre le diagnostic, le médecin n'en était pas sûr à cause de la différence des langues et de la courte durée de leur rencontre. Un décompte de pilules de cotrimoxazole indiquait qu'il lui restait encore quelques médicaments. Le médecin a demandé à Machozzi de décrire les structures sanitaires de son village. Machozzi a décrit le petit centre de santé de base situé en ville, où travaille une seule infirmière et qui se trouve à une heure de marche. Elle a également fait part du coût élevé de la consultation auprès de l'infirmière et de l'absence récurrente de médicaments dans le centre de santé. Au regard de l'état de préparation d'alors de Machozzi au traitement ARV, de l'incertitude qui pesait sur son avenir dès son retour dans son pays d'origine et de la piètre qualité du système de santé local, le médecin a décidé de ne pas la mettre sous traitement ARV avant son départ. Il a plutôt, conseillé à Machozzi d'essayer de s'insérer dans le programme d'une ONG luttant contre le VIH une fois dans son pays. Il lui a en outre remis un stock de comprimés de cotrimoxazole pour une durée de 3 mois, et lui en a bien indiqué la posologie. Enfin, il lui a rédigé une lettre décrivant ses antécédents médicaux et lui en a expliqué le contenu.

Commentaire du cas: La prise en charge du patient peut être très complexe dans ces circonstances, et il n'est pas possible de trouver une solution parfaite. Cependant, offrir au patient des options et lui expliquer la situation aussi clairement que possible, tout en permettant que les informations parviennent à la prochaine clinique, permet parfois aux agents de santé de l'autre site de traitement de comprendre cette complexité. Le but étant de permettre à ces derniers d'intervenir efficacement.



