



Note sur le VIH/SIDA et la protection des réfugiés, des déplacés internes et des autres personnes relevant de la compétence du HCR

1. L'impact du Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) sur la protection des réfugiés est toujours une préoccupation pour le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR). Cette note présente un aperçu de la façon dont appliquer les principes de protection des réfugiés et des droits de l'homme aux personnes relevant de la compétence du HCR¹, vulnérables au VIH et à ses conséquences et/ou vivant ou présumées vivre avec le VIH et le SIDA.

2. La présente note vise à informer les gouvernements et le personnel du HCR sur les normes reconnues en matière de VIH/SIDA et de protection des personnes relevant de la compétence du HCR, ainsi qu'à assister le HCR dans ses interventions de protection et ses mesures de mobilisation.

A. Fonder l'action sur les droits de l'homme

3. La politique du HCR relative au VIH/SIDA et la protection des réfugiés, des déplacés internes et des autres personnes relevant de la compétence du HCR s'appuie fortement sur le principe selon lequel les droits de l'homme sont à la base de tous les aspects des mesures de protection internationale du HCR. Les droits de l'homme fournissent un cadre normatif élémentaire qui régit les activités de protection et d'assistance du HCR en faveur des personnes relevant de sa compétence et affectées par le VIH et le SIDA. Afin de protéger autant que possible les droits fondamentaux et la liberté des réfugiés, des déplacés internes et des autres

Qu'est-ce que le VIH et le SIDA ?

Le VIH (virus de l'immunodéficience humaine) est un virus qui détériore le système de défense du corps humain. Le VIH infecte les cellules du système immunitaire et détruit ses fonctions, ce qui conduit alors à « l'immunodéficience ». Une personne infectée par le VIH peut paraître et se sentir en bonne santé pendant de nombreuses années. Néanmoins, la personne est toujours susceptible de transmettre le virus.

Le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) est provoqué par l'infection à VIH. Au fil du temps, le système immunitaire devient de plus en plus faible, de sorte que le corps perd son aptitude à lutter contre des infections auxquelles il pourrait normalement résister. La personne infectée développe un certain nombre d'infections et de maladies graves conduisant au bout du compte à la mort. Lorsqu'une personne séropositive contracte une ou plusieurs infections opportunistes, on dit que cette personne a le SIDA. Certaines personnes développent le SIDA peu après avoir été infectées par le VIH, d'autres vivent encore toutefois pendant des dizaines d'années avant de développer le SIDA.

¹ Les normes en matière de droits de l'homme dont il est question dans la présente note s'appliquent de la même façon à toutes les personnes relevant de la compétence du HCR, à savoir, les réfugiés et les demandeurs d'asile, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (déplacés internes), les rapatriés (réfugiés et déplacés internes qui sont retournés dans leur pays/région d'origine), et les apatrides.

personnes relevant de la compétence du HCR, notamment ceux affectés par le VIH et le SIDA, le HCR encourage les gouvernements à respecter pleinement leurs obligations au titre du droit international des réfugiés et des droits de l'homme, tel que prévu notamment par la *Convention de 1951 relative au statut des réfugiés* (dénommée ci-après la *Convention de 1951*), le *Pacte International relatif aux droits civils et politiques*, le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, la *Convention relative aux droits de l'enfant*, ainsi que par les instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme et les normes relevant du droit international coutumier.

4. La politique du HCR repose par ailleurs sur les connaissances des organismes spécialisés des Nations Unies,² ainsi que sur l'interprétation des organes des Nations Unies créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme ; des directives complémentaires figurent dans les Conclusions du Comité exécutif du HCR N° 102 (LVI) – 2005.³

5. La présente note se fonde sur les directives existantes des Nations Unies relatives aux droits de l'homme et au VIH/SIDA, en particulier sur les *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme* et sur la *Directive 6 révisée sur l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien*.⁴ Ces *Directives internationales* soulignent l'importance fondamentale de la protection des droits de l'homme dans tout programme ou toute politique efficaces visant à lutter contre le VIH et le SIDA. Les principes établis dans la présente note mettent en évidence la façon dont les orientations générales liées aux droits de l'homme s'appliquent dans le contexte de la protection des réfugiés et des personnes relevant de la compétence du HCR.

6. L'approche fondée sur les droits de l'homme est également conforme à la *Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA* adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies lors de la

² Par exemple, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), et le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (OHCHR).

³ Voir la conclusion générale du Comité exécutif (Excom) sur la protection internationale N° 102 (LVI) – 2005 paragraphe (w) qui “Reconnaît que l'accès aux soins préventifs et curatifs liés au VIH/SIDA, si possible comparable aux services offerts à la communauté hôte, est de plus en plus reconnu par les Etats comme un élément essentiel de la protection des réfugiés, des rapatriés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR ; encourage le HCR à poursuivre ses activités à cet égard, en étroite collaboration avec les partenaires compétents, en particulier dans la mise en oeuvre des objectifs fixés dans le plan de travail du Budget unifié de l'ONUSIDA, veillant à ce qu'un accent spécifique soit mis sur les droits des femmes et des enfants réfugiés atteints par cette pandémie ; et note les recommandations du Groupe de travail mondial sur l'amélioration de la coordination SIDA entre les institutions multilatérales et les bailleurs de fonds internationaux;”

⁴ OHCHR et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, HR/PUB/98/1 (1998); OHCHR/ONUSIDA, *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme, Directive 6 révisée sur l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien*, HR/PUB/2002/1 (2002) (ci-après “ *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme, Directive 6 révisée*”). En réponse à la demande de la Commission des droits de l'homme, le document *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme* a été finalisé et adopté à la Deuxième consultation internationale sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme en 1996. Bien que ces Directives ne constituent pas un instrument juridiquement contraignant, elles mettent en évidence le droit international en matière de droits de l'homme et sont conformes à celui-ci. Elles servent d'outil aux États pour élaborer, coordonner et mettre en oeuvre des politiques et stratégies nationales efficaces pour lutter contre le VIH/SIDA en ce qu'elles fournissent le cadre d'action fondée sur les droits pour lutter contre l'épidémie du VIH/SIDA, en soulignant la façon dont les normes en matière de droits de l'homme s'appliquent dans le contexte du VIH/SIDA et en traduisant ces dernières en des mesures pratiques devant être prises à l'échelon national. En 2002, la *Directive 6* a été révisée pour faire apparaître les nouvelles normes de traitement du VIH ainsi que l'évolution du droit international relatif au droit à la santé.

Session extraordinaire sur le VIH/SIDA en 2001.⁵ La Commission des droits de l'homme a également insisté sur la relation inextricable entre droits de l'homme et VIH/SIDA. Prenant note du lien critique existant entre protection des droits de l'homme et action efficace contre l'épidémie, la Commission a demandé instamment aux États, entre autres choses, de veiller à ce que les lois, les politiques et les pratiques en matière de VIH/SIDA dans leur pays respectent les droits de l'homme.⁶

B. Questions de protection liées au VIH/SIDA

7. Le HCR se soucie d'un certain nombre de questions liées à la protection des réfugiés, des déplacés internes et des personnes relevant de sa compétence, affectées par le VIH et le SIDA. La présente note aborde dix points essentiels de la protection susceptibles d'apparaître dans le contexte du VIH et du SIDA et met en lumière la politique du HCR pour chacun des points évoqués. Certains aspects de cette politique peuvent évoluer à mesure que l'accès au traitement efficace contre le VIH et le SIDA devient disponible. Ces dix points et la politique du HCR peuvent être résumés comme suit :

10 Points essentiels concernant le VIH/SIDA et la protection des réfugiés, des déplacés internes et des autres personnes relevant de la compétence du HCR

1) **Non-discrimination:** Les personnes vivant avec le VIH et le SIDA ont le droit de vivre en toute dignité, à l'abri de toute discrimination et stigmatisation. Les réfugiés, les déplacés internes et les autres personnes relevant de la compétence du HCR ne devraient pas faire l'objet de mesures discriminatoires. Les conceptions erronées selon lesquelles les réfugiés, les déplacés internes ou les autres personnes relevant de la compétence du HCR vont de pair avec une prévalence accrue du VIH et du SIDA peuvent conduire à des pratiques discriminatoires et devraient être dissipées.

2) **Accès aux soins de santé liés au VIH et au SIDA :** Les réfugiés, les déplacés internes et les autres personnes relevant de la compétence du HCR bénéficient au même titre que les autres du « droit qu'a toute personne de bénéficier du meilleur état de santé possible physique et mentale. » Ce droit permet l'accès non discriminatoire à des services équivalents à ceux offerts à la communauté d'accueil. En ce qui concerne le VIH et le SIDA, afin de respecter et d'observer le droit au meilleur état de santé possible physique et mentale, les États doivent prendre des mesures pour que toute personne ait accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH et au SIDA. Cela comprend nécessairement l'accès à la thérapie antirétrovirale (ART).

3) **Accès aux procédures d'asile et protection contre l'expulsion et le refoulement:** Le statut VIH d'un demandeur d'asile n'est pas une entrave à l'accès aux procédures d'asile. Le droit à la protection contre le refoulement est la pierre angulaire du droit international des réfugiés et le statut VIH ne peut pas être un motif d'exception à ce principe. Le statut VIH ne fait pas non plus partie des motifs justifiant l'expulsion vers un pays tiers.

4) **Protection contre la détention arbitraire et les restrictions illégitimes de la liberté de circulation:** La détention ou les restrictions de la liberté de circulation des personnes vivant avec le VIH et le SIDA violeraient les droits fondamentaux à la liberté et la sécurité de la personne, ainsi que le droit à

⁵ Résolution de la Session extraordinaire des Nations Unies sur la "Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA" (A/RES/S-26/2), annexe (adoptée le 27 juin 2001) (ci-après "Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur la VIH/SIDA"). Cette Session extraordinaire sur le VIH/SIDA, convoquée par l'Assemblée générale du 25 au 27 juin 2001, a répondu à l'accélération alarmante de l'épidémie du SIDA et à son impact mondial.

⁶ Résolution de la Commission des droits de l'homme 2005/84, "La protection des droits de l'homme dans le contexte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA)", E/CN.4/RES/2005/84, 61^{ème} réunion (21 avril 2005), (ci-après "Résolution de la CDH sur la protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA"), paragraphe 12 du préambule et paragraphe 5.

la liberté de circulation, si elles ne se fondaient que sur le statut VIH avéré ou présumé d'une personne. Aucune raison de santé publique ne justifie les restrictions de ces droits du seul fait du statut VIH d'une personne. De surcroît, de telles restrictions seraient discriminatoires.

5) **Respect de la confidentialité et de la vie privée:** En principe, les données personnelles sont confidentielles et ne devraient pas être communiquées sans le consentement de la personne concernée; ces données incluent celles liées à l'état de santé de la personne. Ceux qui ont accès à l'état de santé des personnes relevant de la compétence du HCR doivent prendre les mesures appropriées pour préserver le caractère confidentiel des données.

6) **Fourniture de conseil et test volontaires (CTV):** Les programmes de CTV jouent un rôle important dans la prévention de la transmission du VIH et permettent de fournir aux personnes des informations précises sur le virus. En l'absence de normes appropriées, le respect de la confidentialité pourrait toutefois ne pas être observé et cela conduirait à des problèmes de protection. Le HCR appuie les programmes de CTV tant que les normes internationales sont respectées, et encourage l'égalité d'accès des personnes relevant de sa compétence aux programmes de CTV existants, ou la mise en place de tels programmes en coopération avec les gouvernements et les partenaires.

7) **Exemption du dépistage obligatoire :** Le HCR s'oppose fermement au dépistage obligatoire des demandeurs d'asile, des réfugiés, des déplacés internes et des autres personnes relevant de sa compétence dans la mesure où cela est contraire aux normes appropriées en matière de droits de l'homme. L'OMS et l'ONUSIDA ont affirmé qu'il n'y avait pas de raison de santé publique justifiant le dépistage obligatoire du VIH puisque le dépistage n'empêche pas l'introduction ou la propagation du VIH. Les intérêts de santé publique seront les mieux servis si l'on encourage le conseil et le test volontaires dans un environnement où la confidentialité et la vie privée sont préservées.

8) **Accès à des solutions durables :** L'accès à des solutions durables ne devrait pas être compromis par le statut VIH d'un réfugié ou d'un membre de la famille. En ce qui concerne le **rapatriement volontaire**, le droit au retour d'une personne dans son pays d'origine ne peut pas être refusé sur la base du statut VIH. Pour ce qui est de **l'intégration sur place**, il est essentiel de garantir l'accès aux services de santé liés au VIH et au SIDA sur un pied d'égalité avec les ressortissants du pays d'accueil pour pouvoir protéger les droits fondamentaux des réfugiés. Dans le contexte de la **réinstallation**, bien que le HCR s'oppose au dépistage du VIH préalablement à celle-ci, certains pays de réinstallation exigent des examens de santé avant le départ, y compris le dépistage du VIH. Lors du dépistage, les droits de l'homme devraient être respectés et les normes en matière de **conseil et test volontaires** observées. Lorsque les États refusent l'entrée à des personnes séropositives ou atteintes du SIDA, des dérogations automatiques devraient être accordées aux candidats à la réinstallation.

9) **Besoins de protection des femmes, des filles et des garçons liés au VIH :** Les femmes et les filles sont touchées de manière disproportionnée par le VIH et le SIDA et les inégalités entre les sexes peuvent jouer un rôle important dans les problèmes de protection auxquels elles font face, par exemple, concernant l'exposition accrue à la violence. Des mesures appropriées doivent être prises pour les protéger contre la violence et l'exploitation sexuelles et physiques. Il faut également veiller particulièrement aux enfants affectés par le VIH, notamment aux orphelins et aux enfants rendus vulnérables par le VIH.

10) **Accès à l'information et à l'éducation en matière de VIH:** Le droit à la santé concerne non seulement le traitement du VIH mais aussi l'éducation au VIH. Les États et le HCR devraient veiller à ce que l'information sur le VIH et le SIDA soit largement diffusée aux réfugiés, aux déplacés internes et aux autres personnes relevant de leur compétence, en particulier l'information sur la prévention et les soins liés au VIH ainsi que l'information sur la santé sexuelle et génésique.

8. La politique du HCR relative à chacune de ces questions est détaillée ci-dessous avec les principes juridiques internationaux sur lesquels se fonde cette politique.

B.1 Non-discrimination

9. Les personnes relevant de la compétence du HCR vivant avec le VIH et le SIDA font face à de nombreuses formes de discrimination, notamment concernant l'emploi, le logement, et les soins de santé. Cette discrimination peut être le fait des autorités gouvernementales, des fournisseurs de services, de membres de la communauté d'accueil ainsi que d'autres réfugiés. Les personnes vivant avec le VIH et le SIDA ont le droit de vivre en toute dignité, à l'abri de toute discrimination, la non-discrimination faisant partie des principes les plus fondamentaux du droit international en matière de droits de l'homme.

10. Conformément au *Pacte international sur les droits civils et politiques* et au *Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels*, les droits énoncés dans ces instruments doivent être exercés sans aucune discrimination quant à la race, à la couleur, au sexe, à la langue, à la religion, à des opinions politiques ou autres, à la nationalité et à l'origine sociale, aux biens, au statut de naissance ou autre. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ainsi que le Comité des droits de l'enfant ont interprété l'expression « autre situation » dans les dispositions sur la non-discrimination des instruments internationaux appropriés relatifs aux droits de l'homme comme incluant l'état de santé, y compris le VIH et le SIDA.⁷ La discrimination fondée sur le statut VIH et SIDA, qu'il soit avéré ou présumé, est par conséquent proscrite par les normes internationales existantes en matière de droits de l'homme.

11. Le principe de la non-discrimination permet néanmoins l'élaboration de stratégies spécifiques faisant une différence entre des groupes de personnes spécifiques. Les critères de distinction doivent être raisonnables et objectifs, la différenciation devant s'appuyer sur un objectif légitime au regard de la législation relative aux droits de l'homme, et les moyens utilisés devant être proportionnels à la réalisation de cet objectif.⁸ En conséquence, l'accès privilégié à un programme particulier de soins de santé liés au VIH ou au SIDA d'un groupe marginalisé ou défavorisé de la société ou de groupes ayant des besoins spéciaux, par exemple, les femmes enceintes infectées ou affectées par le VIH et le SIDA, ne violerait pas le principe de non-discrimination.

12. Par ailleurs, les conceptions erronées selon lesquelles les réfugiés, les déplacés internes et les autres personnes relevant de la compétence du HCR vont de pair avec une prévalence accrue du VIH pourraient conduire à des pratiques discriminatoires et devraient être dissipées.⁹ Les gouvernements devraient promouvoir activement la non-discrimination par des programmes d'éducation et d'information publiques permettant au grand public de mieux comprendre la nature du VIH et du SIDA et devraient veiller à ce que ces programmes, ainsi que les rapports

⁷ Voir l'Observation générale du Comité des droits économiques, sociaux et culturels N° 14 (2000) sur l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels E/C.12/2000/4, (ci-après "Observation générale N°14 du CDESC"), paragraphes 18-19 et l'Observation générale N°3 (2003) du Comité des droits de l'enfant relatif au « VIH/SIDA et les droits de l'enfant », CDE/GC/2003/3, (ci-après "Observation générale N°3 du CDE"), paragraphe 9. La Commission des droits de l'homme a également interprété l'expression "autre situation" comme incluant l'état de santé: voir Résolution du CDH sur la protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA, note de bas de page 6 ci-dessus, paragraphe 16 du préambule.

⁸ Voir l'Observation générale N°18 du Comité des droits de l'homme sur la "Non-discrimination", HRI/GEN/1/Rev.7 (10 novembre 1989), paragraphe 13; Comité pour l'élimination de la discrimination raciale (CEDR), Recommandation générale N° 30 « Discrimination à l'égard des non-citoyens », CERD/C/64/Misc.11/rev.3 (23 février-12 mars 2004); Recommandation N°14 du CEDR « Définition de la discrimination », HRI/GEN/1/Rev.7 (22 mars 1993).

⁹ Des éléments de preuve laissent à penser que la prévalence du VIH parmi les réfugiés est souvent plus faible que parmi les populations du pays qui les accueille, et ce en raison d'un certain nombre de facteurs, notamment de la mobilité et de l'accessibilité réduites de la population qui pourraient faire baisser la transmission du VIH. Voir PB Spiegel, "HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action", *Disaster*, 28(3), (2004), 322-39.

des médias, ne créent pas de stéréotypes négatifs ou ne stigmatisent pas les réfugiés, les déplacés internes, ou les autres personnes relevant de la compétence du HCR. Selon la Directive 9 des *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, les États devraient, par exemple, promouvoir la diffusion de matériels destinés à faire changer les attitudes discriminatoires et stigmatisantes du public associées au VIH/SIDA.¹⁰

13. Conformément à ces principes, les réfugiés, les déplacés internes et les autres personnes relevant de la compétence du HCR qui vivent avec le VIH et le SIDA ne devraient pas faire l'objet de mesures discriminatoires fondées sur les motifs susmentionnés, et en particulier, sur leur état de santé.

B.2 Accès aux soins de santé liés au VIH et au SIDA

14. L'une des préoccupations majeures pour toute personne vivant avec le VIH et le SIDA est l'accès aux soins de santé, notamment l'accès approprié à la thérapeutique salvatrice telle que la thérapie antirétrovirale (ART).¹¹ L'accès aux soins de santé est l'un des droits prévus par la Convention de 1951¹² et il a aussi été reconnu comme un droit fondamental par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels devant être accordé sans discrimination aucune.

15. Comme pour d'autres droits sociaux, le droit « au meilleur état de santé physique et mentale possible » exige que chacun des États-parties au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels « s'engage à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives ».¹³

16. Le droit d'accès aux soins de santé découle de l'obligation des États-parties au Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels d'assurer l'accès, sans discrimination aucune, au meilleur état de santé physique et mentale possible.¹⁴ L'un des

¹⁰ Voir les *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, note de bas de page 4 ci-dessus, paragraphe 40. Voir aussi l'Observation générale *Accès à l'information et à l'éducation en matière de VIH* du CDESC N°14, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphe 36, ainsi que la partie B.10 ci-dessus *Accès à l'information et à l'éducation en matière de VIH*.

¹¹ La thérapie antirétrovirale est une association de médicaments qui empêche la réplication du VIH à différents stades du cycle de réplication virale. La thérapie antirétrovirale se divise généralement en trois composantes: 1) la prophylaxie post-exposition ; en général, traitement de 28 jours donné aux victimes de viol pour réduire les chances de transmission du VIH; 2) la prévention de la transmission mère-enfant ; traitement de courte durée avec un ou plusieurs antirétroviraux donnés aux femmes enceintes pendant le travail et au nouveau-né pour réduire les chances de transmission du VIH à ce dernier ; et 3) la thérapie antirétrovirale à long terme, consistant en l'association de médicaments antirétroviraux tout au long de la vie donnés aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA qui remplissent certains critères d'éligibilité.

¹² Au titre de l'Article 23 de la *Convention de 1951*, les réfugiés séjournant légalement dans le pays d'accueil peuvent bénéficier de l'aide sociale et médicale au même titre que les ressortissants.

¹³ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, Article 2(1).

¹⁴ Voir Article 2(1) du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et l'Article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Voir aussi l'Observation générale du Comité des droits de l'homme N° 31, “ La nature de l'obligation juridique générale imposée aux États-parties au Pacte ”, CCPR/C/21/Rev.1/Add.13 (29 mars 2004), paragraphe 10 et l'Observation générale N°14 du CDESC, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphes 12, 34 et 52. L'exception au titre de l'Article 2(3) du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels qui permet aux pays en développement de faire une distinction entre ressortissants et non-ressortissants est limitée aux droits économiques. En outre, le droit à la santé est reconnu notamment par l'Article 5 (e) (iv) du *Pacte international pour l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*, les Articles 11.1 (f) et 12

éléments importants de cette obligation est la création des conditions qui permettraient à tous d'accéder de façon non discriminatoire aux services et aux soins médicaux en cas de maladie ou de traitement de l'épidémie.¹⁵ Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a interprété le droit à la santé comme incluant l'obligation des États de *respecter* le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les demandeurs d'asile et les immigrants en situation irrégulière, aux soins de santé prophylactiques, thérapeutiques et palliatifs.¹⁶ En outre, selon le Comité, les États-parties ont l'obligation fondamentale d'assurer les soins de santé primaires et de fournir les médicaments essentiels.¹⁷

17. En matière de VIH et de SIDA, pour pouvoir respecter et exercer le droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, les États doivent prendre des mesures et les mettre en œuvre aussi rapidement et efficacement que possible pour que toute personne ait accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien liés au VIH et au SIDA.¹⁸ Cela comprend forcément la thérapie antirétrovirale.

18. Selon le Comité des droits de l'enfant, il est désormais largement reconnu que le traitement et les soins complets contre le VIH incluent la thérapie antirétrovirale.¹⁹ Les conclusions du Comité sont renforcées d'autant que l'on considère la thérapie antirétrovirale comme un médicament essentiel assurant la survie et que cette thérapie figure dans la Liste des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Enfin, la communauté internationale a reconnu que l'accès aux médicaments dans le contexte du VIH et du SIDA est

de la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* et par l'Article 24 de la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Différents instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme reconnaissent également le droit à la santé, par exemple, la *Charte sociale européenne révisée* (Art. 11), la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples* (Art. 16) et le *Protocole additionnel de la Convention américaine relative aux droits de l'homme dans le domaine des droits économiques, sociaux et culturels* (Art. 10).

¹⁵ En ce qui concerne la question de l'accès non discriminatoire aux soins de santé, selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels "proscrit toute discrimination dans l'accès aux soins de santé et aux éléments déterminants de la santé ainsi qu'aux moyens et titres permettant de se les procurer, qu'elle soit fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, un handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle, la situation civile, politique, sociale ou autre, dans l'intention ou avec pour effet de contrarier ou de rendre impossible l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la santé." Voir Observation générale N°14 du CDESC, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphe 18.

¹⁶ Voir Observation générale N°14 du CDESC, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphe 34.

¹⁷ Voir Observation générale N°14 du CDESC, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphe 43.

¹⁸ Voir *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme. Directive 6 révisée*, note de bas de page 4 ci-dessus, paragraphe b. de la session 15. Voir aussi l'Observation générale N014 du CDESC, note de bas de page 7 ci-dessus, ainsi que la Résolution de la Commission des droits de l'homme 2005/23, *Accès aux médicaments dans le contexte de pandémies, telles que celles de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme*, E/CN.4/RES/2005/23, 61^{ème} réunion (15 avril 2005) (ci-après "Résolution de la CDH sur l'accès aux médicaments dans le contexte de VIH/SIDA"), paragraphe 1, dans lequel il a été reconnu que " l'accès aux médicaments, dans le contexte de pandémies telles que celles de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme, est un des éléments essentiels pour la réalisation progressive du droit de chacun de jouir pleinement du meilleur état de santé physique et mentale possible." La Commission a aussi invité les États, au paragraphe 3, à élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales « afin de rendre progressivement effectif l'accès de tous aux produits, services et informations liés à la prévention, ainsi que de permettre l'accès de toutes les personnes infectées ou touchées par des pandémies, telles que celles de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme » et au paragraphe 7(a) « à s'abstenir de prendre des mesures de nature à empêcher ou à limiter l'accès de tous, dans des conditions d'égalité, à des produits pharmaceutiques ou des techniques médicales,..., utilisés pour combattre des pandémies telles que celles de VIH/sida, de tuberculose et de paludisme ou les infections opportunistes les plus courantes qui y sont associées. »

¹⁹ Observation générale N°3 du CDE (2003), note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphe 28.

l'un des éléments fondamentaux permettant d'arriver progressivement au plein exercice du droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible.²⁰

19. En ce qui concerne les enfants et le droit à la santé, les États-parties à la Convention relative aux droits de l'enfant ont l'obligation, entre autres choses, de fournir l'assistance médicale et les soins de santé nécessaires à tous les enfants résidant sur leur territoire et d'assurer les soins de santé prénatals et postnatals aux mères.²¹ En conséquence, le Comité des droits de l'enfant a fait observer que pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH, « les États-parties doivent prendre des mesures, y compris la fourniture de médicaments essentiels, par exemple, les médicaments antirétroviraux, la dispense appropriée de soins anténatals, obstétriques et post-partum, et l'accessibilité aux services de conseil et test volontaires pour les femmes enceintes et leurs partenaires. »²²

20. Sur la base des principes relatifs aux droits internationaux des réfugiés et des droits de l'homme susmentionnés, et compte tenu du fait que l'accès sur un pied d'égalité et non discriminatoire à la thérapie antirétrovirale est un élément fondamental de l'exercice du droit au meilleur état de santé physique et mentale possible, les gouvernements d'accueil qui adhèrent aux instruments mentionnés ci-dessus devraient veiller à ce que les réfugiés, les déplacés internes et les autres personnes relevant de la compétence du HCR aient accès, à part égale et de manière non discriminatoire, aux programmes nationaux existant en matière de santé et de VIH ou leur équivalent. Cela inclut l'accès aux programmes nationaux de thérapie antirétrovirale, ou leur équivalent, et l'accès aux médicaments essentiels disponibles pour la population d'accueil.

21. En outre, on devrait reconnaître la thérapie antirétrovirale comme une fonction de santé publique en ce qu'elle contribue à empêcher la propagation du virus.²³ C'est particulièrement le cas pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME) ainsi que pour la prophylaxie post-exposition.²⁴ La thérapie antirétrovirale remplit également une fonction de santé publique puisqu'elle maintient les personnes en vie et en bonne forme et les incite à bénéficier des programmes de CTV qui les amèneront vers les services de prévention et de soins liés au VIH.

22. Le HCR plaide en faveur de l'accès sans réserve et non discriminatoire des réfugiés, des déplacés internes et des autres personnes relevant de sa compétence aux systèmes de santé gouvernementaux et de l'intégration de ces personnes dans les programmes d'assistance à l'échelle internationale et le bénéfice par ces personnes de mesures de création de capacité.²⁵

²⁰ Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/SIDA, note de bas de page 5 ci-dessus, Articles 15 et 23.

²¹ Voir Article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant. Le Comité des droits de l'enfant a interprété les obligations des États-parties au titre de la Convention des droits de l'enfant comme incluant le droit des enfants à l'accès durable et sur un pied d'égalité aux soins et traitements complets, y compris aux médicaments nécessaires au traitement du VIH, aux biens et aux services sans discrimination aucune ; Observation générale N°3 du CDE, note de bas de page 7 ci-dessus.

²² Observation générale N°3 du Comité des droits de l'enfant, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphe 26.

²³ Selon la recherche médicale, "il a été estimé, d'après une analyse de cohorte longitudinale, que la thérapie antirétrovirale réduit l'infection entre partenaires jusqu'à 60%." Voir Porco TC, Martin JN, Page-Shafer KA, Cheng A, Charlebois E, Grant RM, Osmond DH, "Decline in HIV infectivity following the introduction of highly active antiretroviral therapy" *AIDS* Vol. 18 (2 janvier 2004) pages 81-88.

²⁴ Voir note de bas de page 11 ci-dessus.

²⁵ Pour obtenir davantage d'informations, veuillez consulter la Politique du HCR relative à la thérapie antirétrovirale (à venir).

B.3 Accès aux procédures d'asile et protection contre l'expulsion et le refoulement

23. Les réfugiés et les demandeurs d'asile vivant ou présumés vivre avec le VIH et le SIDA peuvent être exposés aux risques de l'expulsion ou du refoulement de leur pays d'asile en raison de leur statut VIH ou, en tant que demandeurs d'asile, peuvent se voir refuser les procédures d'asile. L'état de santé ou le statut VIH d'un demandeur d'asile ne devrait pas constituer une raison légitime de refuser les procédures d'asile à un individu. En outre, le droit à la protection contre le refoulement est la pierre angulaire du droit international des réfugiés et le statut VIH ne peut constituer quelque motif d'exception que ce soit à ce principe.

24. Au titre de la *Convention de 1951*, ainsi que du droit international coutumier, les États n'ont pas le droit d'expulser les réfugiés vers un pays où leur liberté serait menacée en raison de leur race, de leur religion, de leur nationalité, de leur appartenance à un groupe social particulier ou de leurs opinions politiques. Bien que certaines dispositions de la *Convention de 1951* autorisent exceptionnellement l'expulsion vers un pays tiers (Article 32) ou le refoulement des réfugiés (Article 33(2)), de telles mesures, si elles ne se fondaient que sur le statut VIH et SIDA, violeraient la *Convention de 1951* et/ou l'obligation de non-refoulement au titre du droit international coutumier.

25. Les motifs d'exception au principe de non-refoulement prévus par l'Article 33(2) de la *Convention de 1951* sont restreints et doivent être interprétés de manière restrictive et être appliqués avec beaucoup de précaution. Cette exception ne s'applique qu'aux réfugiés pour lesquels il existe des motifs raisonnables de les considérer comme un danger pour la sécurité du pays dans lequel ils se trouvent, ou à ceux qui, ayant été condamnés par un jugement définitif pour un délit grave spécifique, constituent un danger pour la communauté du pays. L'Article 32 de la *Convention de 1951*, établit par ailleurs les motifs exceptionnels liés à la sécurité nationale ou à l'ordre public en vertu desquels les réfugiés résidant légalement sur le territoire peuvent être expulsés vers un pays tiers où ils ne risqueront pas d'être persécutés.

26. Une personne vivant avec le VIH ou le SIDA ne fait pas partie des exceptions liées à la sécurité nationale prévues par les Articles 32 et 33(2) de la *Convention de 1951*.²⁶ En outre, il convient de noter que selon les travaux préparatoires de la *Convention de 1951*, ceux qui ont rédigé les exceptions liées à la sécurité nationale prévues par l'Article 32 n'entendaient pas autoriser l'expulsion des réfugiés pour des motifs sociaux tels que l'indigence, la maladie mentale ou physique ou l'invalidité. Les raisons morales ne peuvent pas non plus être un motif pour invoquer l'Article 32 de la *Convention de 1951*.²⁷

²⁶ Ces articles sont applicables lorsqu'un réfugié représente un danger potentiel grave pour la sécurité du pays dans lequel il se trouve, et lorsque le refoulement ou l'expulsion de ce réfugié est nécessaire pour éliminer le danger et que ces mesures servent de mécanisme de dernier recours respectant le principe de proportionnalité. Voir *Factum of the Intervenor United Nations High Commissioner for Refugees, Suresh v. Minister of Citizenship and Immigration*, SCC No. 27790 (Can) ainsi que *UNHCR Advisory Opinion regarding the scope of the "danger to the security of the country" exception under Article 33(2) of the 1951 Convention relating to the Status of Refugees, letter to Paul Engelmayer Esq.* (6 Jan. 2006). Voir aussi, E. Lauterpacht and D. Bethlehem, *The scope and content of the principle of non-refoulement: Opinion*, in E. Feller, V. Türk et F. Nicholson (eds.), *Refugee Protection in International Law: UNHCR's Global Consultations on International Protection*, Cambridge University Press 2003, pp. 87-177, paragraphes 162-179 et Atle Grahl-Madsen, *Commentary on the Refugee Convention 1951*, (1963), pp. 201-204 et 232-236.

²⁷ Travaux préparatoires, *Convention de 1951* ; voir Paul Weis, *The Refugee Convention, 1951* Cambridge University Press, Cambridge (1995), pp. 305-324.

B.4 Protection contre la détention arbitraire et les restrictions illégitimes de la liberté de circulation

27. Le droit à la liberté et à la sécurité des individus ainsi que le droit d'être à l'abri de la détention arbitraire, constituent des normes fondamentales qui ne devraient pas être ébranlées par le simple statut VIH d'un individu.²⁸ Ces droits s'appliquent à quiconque relevant de l'autorité d'un État, quand bien même ces individus séjourneraient illégalement sur le territoire.

28. Pour ce qui concerne la liberté de circulation et au droit de choisir son lieu de résidence, ces droits ne s'appliquent qu'aux individus résidant légalement sur le territoire. Par conséquent, les réfugiés, les demandeurs d'asile et les autres personnes relevant de la compétence du HCR résidant légalement sur le territoire d'un pays d'accueil et qui sont infectés par le VIH ou atteints du SIDA ne devraient pas faire l'objet de restrictions concernant leur liberté de circulation.²⁹ Bien que certaines restrictions liées à la liberté de circulation soient autorisées par l'Article 12(3) du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, telles que celles liées à la santé publique, ces exceptions ne constituent que rarement un motif légitime de restriction dans le contexte du VIH et du SIDA et enfreindraient probablement le principe de non-discrimination.³⁰

29. En vertu des *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, aucune raison de santé publique ne justifie la privation du droit d'un individu à la liberté (qu'il s'agisse de quarantaine, de détention dans des colonies ou des centres spéciaux, ou d'isolement) sur la base de son statut VIH.³¹ En outre, toute restriction du droit à la liberté et à la sécurité d'un individu ou du droit à la liberté de circulation sur la base de son statut VIH présumé ou avéré uniquement est discriminatoire et ne peut pas être justifiée par une raison de santé publique.³² Le VIH et le SIDA ne sont pas des maladies qui se transmettent dans les activités de la vie quotidienne et la transmission peut être empêchée par des moyens moins restrictifs, par exemple par l'éducation et la sensibilisation du public ainsi que par des programmes de CTV encourageant les comportements à moindre risque.

30. Les réfugiés, les déplacés internes et les autres personnes relevant de la compétence du HCR ne devraient donc pas être détenus ni se voir imposer des restrictions de leur liberté de circulation sur la base de leur statut VIH uniquement.

²⁸ Voir l'Article 9 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Ce droit est aussi garanti par un certain nombre d'instruments régionaux relatifs aux droits de l'homme, tels que l'Article 5 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales, l'Article 6 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, et l'Article 7 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme.

²⁹ Voir l'Article 26 de la Convention de 1951 ainsi que l'Article 12 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

³⁰ Pour qu'une restriction des droits fondamentaux soit légitime, l'État doit établir que cette restriction est prévue par la loi et est appliquée conformément à celle-ci, qu'elle a un objectif spécifique et qu'elle est nécessaire, et les mesures prises pour réaliser cet objectif doivent être proportionnelles au but poursuivi ; autrement dit, ces mesures doivent être les moins restrictives possible. Par ailleurs, toute restriction doit être compatible avec les droits, par exemple, le droit à la non-discrimination. Bien que les États aient invoqué des raisons de santé publique pour restreindre les droits de l'homme dans le contexte du VIH et du SIDA, les mesures qu'ils ont prises ne sont peut-être pas les moins restrictives possible, elles ont peut-être été imposées de manière discriminatoire et pourraient être, par conséquent, illégitimes ; voir *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, note de bas de page 4 ci-dessus, paragraphes 82-83.

³¹ *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, note de bas de page 4 ci-dessus, paragraphes 110-113.

³² *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, note de bas de page 4 ci-dessus, paragraphes 104-105.

B.5 Respect de la confidentialité et de la vie privée

31. Une autre question de protection cruciale à laquelle font face les personnes relevant de la compétence du HCR et vivant avec le VIH ou le SIDA concerne la confidentialité et le caractère privé de leur statut VIH qui, s'ils étaient violés, pourrait les mettre en danger. En principe, les données personnelles sont confidentielles et ne devraient pas être communiquées sans le consentement préalable de la personne concernée ; cela vaut pour les données relatives à l'état de santé de la personne.

32. Le droit à la vie privée tel que prévu par l'Article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques concerne la confidentialité et le caractère privé des informations sur l'état de santé d'un individu, y compris sur le statut VIH. En conséquence, les personnes ayant accès à l'état de santé des personnes relevant de la compétence du HCR, par exemple les professionnels de santé, les conseillers, le personnel du HCR ou des partenaires d'exécution, doivent veiller à prendre les mesures appropriées pour maintenir le caractère confidentiel des informations. Les décisions à prendre sur l'enregistrement éventuel du statut VIH devraient se faire à la lumière de considérations liées la protection des individus (par exemple, pour pouvoir fournir une assistance spéciale ou établir un ordre de priorité des cas), et si ce statut est enregistré, il faudra alors maintenir l'enregistrement dans un endroit sûr dont l'accès sera restreint.³³

33. Si, dans un objectif particulier, les informations concernant l'état de santé d'un individu doivent être divulguées à une tierce partie, il faudra obtenir au préalable le consentement éclairé de la personne concernée. Le consentement éclairé permet de prodiguer des conseils appropriés sur les raisons de communiquer les données et sur les personnes auxquelles elles le seront, ainsi que sur les conséquences d'un refus du consentement. Les violations de la confidentialité porteraient non seulement atteinte au droit à la vie privée d'un individu mais génèreraient aussi des problèmes de protection pour la personne concernée, par exemple le refoulement, le rejet par des membres de la famille ou de la communauté, la violence ou des menaces de violence, ou un traitement discriminatoire dans l'accès aux services. Le respect de la vie privée est aussi dans le meilleur intérêt de santé publique car cela fera augmenter le nombre de personnes se sentant en sécurité et libres de recourir aux mesures de la santé publique, par exemple aux services de prévention et de soins du VIH/SIDA.³⁴

34. Le droit à la vie privée s'applique aussi aux familles, y compris les enfants. En conséquence, les membres de la famille (comprenant les conjoints ou les parents) ne devraient pas être informés du statut VIH d'un proche sans le consentement préalable de la personne concernée. La personne devrait toutefois être vivement conseillée d'informer son conjoint et ses partenaires sexuels.

35. Le CDE réitère l'obligation selon laquelle les enfants jouissent également du droit à la vie privée, y compris dans le domaine de la santé.³⁵ Les services de conseil et test volontaires devront toutefois accorder une attention toute particulière à l'évolution de l'enfant et il faudra en principe obtenir le consentement des parents en fonction des meilleurs intérêts de l'enfant et en tenant dûment compte de législation nationale en vigueur. Bien que les informations sur le statut VIH des enfants ne doivent pas être divulguées à des tierces personnes, y compris aux parents, sans le consentement préalable de l'enfant, cet élément est évidemment fonction de l'âge et de la maturité de l'enfant ainsi que de la détermination de ses meilleurs intérêts.³⁶

³³ Voir *UNHCR Handbook for Registration*.

³⁴ *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, note de bas de page 4 ci-dessus, paragraphes 97-98.

³⁵ Voir l'Article 16 de la Convention relative aux droits de l'enfant. Voir aussi Observation générale N°3 du CDE, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphes 22-24.

³⁶ Observation générale N°3 du CDE, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphes 22-24.

36. Des mécanismes novateurs doivent peut-être être mis en place pour que les services fournis aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA, en particulier dans les installations de réfugiés et de déplacés internes, ne mettent pas en péril la confidentialité (il s'agit, entre autres choses, de veiller à ce que les soins à domicile ou les rations supplémentaires soient fournies à toutes les personnes souffrant de maladies chroniques qui remplissent les critères et pas seulement aux personnes vivant avec le VIH et le SIDA). Par ailleurs, ceux qui fournissent des services de santé aux réfugiés, aux déplacés internes et aux autres personnes relevant de la compétence du HCR devraient être habilités à protéger la confidentialité et la vie privée en recevant des orientations précises en la matière et une formation sur la façon de le faire.

B.6 Fourniture de conseil et test volontaires

37. La dispense de programmes de conseil et test volontaires (CTV) joue un rôle important dans la prévention de la transmission du VIH car cela permet de fournir aux individus des informations précises sur le virus. Cependant, si des normes appropriées ne sont pas en place, des manquements à la confidentialité pourraient se produire et générer des problèmes de protection (voir ci-dessus) ou encore, la personne concernée pourrait ne pas recevoir les conseils dont elle a besoin pour comprendre les conséquences du virus, ni les programmes et/ou les traitements disponibles pour elle et sa famille.

38. Par conséquent, pour que les normes de CTV soient acceptables, le dépistage des individus doit être **confidentiel**, être accompagné de **conseil** avant et après le dépistage, et être effectué uniquement avec le **consentement éclairé et volontaire de la personne**.³⁷ Le conseil avant et après le dépistage devrait être réalisé par du personnel **qualifié** et **professionnel**. Lors du conseil avant le dépistage, il faudra chercher le consentement éclairé du patient. Le conseil après le dépistage devrait être prodigué indépendamment des résultats du test: le conseil sur la prévention du VIH est valable aussi bien pour les séronégatifs que pour les séropositifs. Le conseil sur les possibilités d'aiguillage et de programmes de soutien, y compris les possibilités de thérapie antirétrovirale, est nécessaire pour les personnes dont le test est positif.

39. Selon les recommandations de l'ONUSIDA et de l'OMS, lorsque des services efficaces de prévention et de traitements comprenant la thérapie antirétrovirale sont fournis, les dispensateurs de soins de santé devraient systématiquement proposer le dépistage du VIH à l'occasion ou dans le cadre d'examens médicaux à certaines catégories de patients.³⁸ Par exemple, lorsque la PTME existe, les praticiens devraient proposer le dépistage du VIH aux femmes enceintes, lequel sera réalisé sauf objection particulière. Les conditions minimales liées à la confidentialité et au consentement éclairé s'appliquent dans ces situations.

40. Le HCR encourage les programmes de CTV tant que les normes susmentionnées sont respectées. Le HCR promeut activement l'égalité d'accès des personnes relevant de sa

³⁷ Selon l'ONUSIDA/OMS, les informations minimum dont les patients ont besoin pour pouvoir donner un consentement éclairé sont : (i) les bénéfices du test en termes de prévention et de prise en charge clinique ; (ii) le droit du patient de refuser le test ; (iii) les services de suivi qui lui seront proposés et ; (iv) dans l'éventualité d'un résultat positif, l'importance d'anticiper le besoin d'informer toute personne exposée au risque qui autrement ne le saurait pas. Voir *Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH*, juin 2004.

³⁸ Selon l'ONUSIDA/OMS, les dispensateurs de soins de santé devraient proposer systématiquement le dépistage du VIH dans les situations suivantes : (1) patients faisant l'objet de dépistage d'infections sexuellement transmissibles; (2) dans le contexte d'une grossesse si la thérapie antirétrovirale préventive de la transmission mère-enfant est disponible; (3) patients examinés dans les services de santé cliniques ou communautaires où le VIH est prévalent et où le traitement antirétroviral existe. Voir *Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH*, note de bas de page 37 ci-dessus.

compétence aux programmes existants de CTV ou la mise en place de tels programmes en coopération avec les gouvernements et les partenaires.

B.7 Exemption du dépistage obligatoire

41. Le dépistage obligatoire du VIH imposé par certains États peut générer des conséquences graves en matière de protection pour les réfugiés, les déplacés internes et les autres personnes relevant de la compétence du HCR, telles que le refoulement, la détention ou le refus des droits fondamentaux.

42. Le HCR s'oppose fermement au dépistage obligatoire du VIH des réfugiés, des déplacés internes et des autres personnes relevant de sa compétence, étant donné qu'il est contraire aux normes appropriées en matière de droits de l'homme. Le droit à la vie privée, tel que prévu par l'Article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques par exemple, comprend l'obligation de respecter le caractère privé des informations et l'intégrité physique ; ce dernier élément fait référence à la sécurité de la personne. Le dépistage obligatoire peut, par conséquent, violer ou conduire à la violation du droit à la liberté de la personne, ou du droit à la non-discrimination.³⁹ Le Comité des droits de l'enfant a déclaré explicitement que "les États-parties doivent s'abstenir d'imposer le dépistage obligatoire des enfants dans toute circonstance et veiller à ce qu'ils n'y soient pas soumis."⁴⁰

43. L'OMS et l'ONUSIDA ont conclu qu'aucune raison de santé publique ne justifie l'imposition du dépistage obligatoire du VIH puisqu'il n'empêche pas l'introduction ou la propagation du VIH et que le dépistage du VIH sur une base volontaire et accompagné de conseil approprié avant et après le test favorisera probablement davantage un changement de comportement que le dépistage obligatoire.⁴¹ En outre, les mesures de dépistage obligatoire pourraient être contre-productives en ce qu'elles peuvent obliger les personnes exposées à des risques élevés d'infection à VIH à passer dans la clandestinité et par conséquent, à les priver de l'accès aux programmes d'éducation et de conseil. Il est donc dans le meilleur intérêt de santé publique de promouvoir le conseil et le test volontaire dans un environnement où la confidentialité et la vie privée sont préservées.⁴² Néanmoins, dans l'intérêt de santé publique, le dépistage du VIH doit être effectué lorsque le sang ou autre produit humain, et non une personne, est contrôlé avant de servir à une autre personne.

44. Dans ce contexte, le HCR s'oppose au dépistage obligatoire lorsque celui-ci est une condition préalable à l'octroi de droits et d'avantages aux réfugiés, aux déplacés internes ou aux autres personnes relevant de sa compétence, par exemple pour l'admission sur un territoire, l'accès aux procédures d'asile ou aux permis de résidence.

³⁹ Voir *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, note de bas de page 4 ci-dessus, paragraphe 97.

⁴⁰ Observation générale N°3 du CDE, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphe 23.

⁴¹ Voir *Déclaration de politique de l'ONUSIDA/l'OMS sur les tests VIH*, note de bas de page 37 ci-dessus. Voir aussi la Résolution 45.35 de l'Assemblée mondiale de la Santé, Quarante-cinquième Assemblée mondiale de la Santé (14 mai 1992) qui a reconnu que "aucun fondement lié à la santé publique ne justifie les mesures limitant les droits de l'individu, notamment les mesures établissant le dépistage obligatoire". En outre, selon les *Directives internationales concernant le VIH/SIDA et les droits de l'homme* "Le dépistage obligatoire du VIH peut constituer une privation de liberté et une violation au droit à la sécurité de la personne ... Aucune raison de santé publique ne justifie le dépistage obligatoire du VIH."; voir la note de bas de page 4 ci-dessus, paragraphes 98 et 113.

⁴² Voir la Déclaration conjointe de l'OIM et de l'ONUSIDA sur les restrictions liées au déplacement des personnes porteuses du VIH, juin 2004

B.8 Accès aux solutions durables

45. Dans le cadre de son mandat de protection internationale, le HCR doit, en coopération avec les États, chercher des solutions durables pour les réfugiés. La mise en place de solutions durables ne devrait pas être ébranlée par le statut VIH d'un réfugié ou d'un membre de la famille, en particulier lorsque cela pourrait conduire à une violation des droits fondamentaux ou lorsque cela pourrait causer de graves difficultés ou exacerber des problèmes de protection. L'état de santé d'un individu peut aussi nécessiter l'établissement d'un ordre de priorités des cas.

46. En ce qui concerne le **rapatriement volontaire**, le droit au retour d'une personne dans son pays d'origine est prévu sans restriction aucune par l'Article 12(4) du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et par l'Article 13(2) de la Déclaration universelle des droits de l'homme et ne peut pas être refusé sur la base du statut VIH. En outre, le dépistage obligatoire du VIH ciblant spécifiquement les rapatriés en raison de leur retour ou de leur provenance d'une installation de réfugiés ou de déplacés internes peut constituer une discrimination et/ou une violation des droits de l'homme (voir ci-dessus le paragraphe B.7 *Exemption de dépistage obligatoire*). Des programmes de CTV confidentiels pour les rapatriés, ainsi que pour les autres personnes relevant de la compétence du HCR dans les zones de retour, devraient néanmoins être dispensés dans la mesure du possible. Par ailleurs, l'obligation des États d'assurer la **réintégration** des rapatriés et de respecter leurs droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels n'est pas remise en cause par le statut VIH des individus concernés.

47. Lorsque les réfugiés bénéficient de la thérapie antirétrovirale dans le pays d'asile, un retour progressif peut être nécessaire pour pouvoir assurer la continuité du traitement dans le pays d'asile si celui-ci n'est encore pas disponible dans le pays d'origine. L'unité de la famille devrait être respectée et préservée dans ces situations. Des mesures pour étendre la couverture du traitement dans les zones de retour devraient être prises par les gouvernements avec l'appui des donateurs, des ONG et du HCR, en coordination et en coopération avec le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/SIDA.⁴³

48. De même, en ce qui concerne **l'intégration sur place**, comme indiqué ci-dessus, il est essentiel d'assurer l'accès aux services de santé locaux liés au VIH et au SIDA sur un pied d'égalité avec les ressortissants dans le pays d'accueil afin de protéger les droits fondamentaux des réfugiés. Il est vivement encouragé d'intégrer des programmes liés au VIH et au SIDA parmi les personnes relevant de la compétence du HCR et les communautés d'accueil environnantes.

49. En principe, le HCR s'oppose au dépistage du VIH en tant que conditions préalables à la **réinstallation**. Néanmoins, certains pays de réinstallation exigent un contrôle de santé avant le départ, y compris le dépistage du VIH. Lorsque le dépistage est effectué, les droits fondamentaux liés à la vie privée, à la sécurité, à la non-discrimination, ainsi qu'aux principes d'autonomie, de consentement éclairé et de confidentialité doivent être respectés, en particulier pour veiller à ce que les mécanismes en place de dépistage et de notification des résultats n'exposent pas les réfugiés à la stigmatisation ou à des problèmes de protection. Pour ce qui concerne la conseil, il est d'une importance majeure que la personne concernée comprenne pleinement les raisons et les conséquences éventuelles du dépistage. Par ailleurs, les normes mentionnées au paragraphe B.6 *Fourniture de conseil et test volontaires* devraient au minimum être respectées.

⁴³ Pour obtenir plus d'informations, voir la Politique du HCR relative à la thérapie antirétrovirale (à venir).

50. En ce qui concerne la notification des résultats, dans le cas où un individu serait séropositif, la transmission des résultats devrait se faire avec délicatesse, de manière à respecter la vie privée et à fournir des informations complètes sur les conséquences et les solutions possibles. Des procédures visant à s'assurer que ces normes sont respectées devraient être mises en place et appuyées par les États. Si des États refusaient l'entrée sur le territoire à des individus séropositifs ou atteints du SIDA, des dérogations automatiques devraient être accordées pour les cas de réinstallation.

B.9 Besoins de protection des femmes, des filles et des garçons relatifs au VIH

51. Les femmes et les filles sont touchées par l'épidémie de manière disproportionnée en ce qu'elles représentent une part croissante des personnes atteintes par le virus. Les inégalités entre les sexes jouent aussi un rôle important dans les problèmes de protection auxquels les femmes font face, et des études montrent que la violence à l'égard des femmes et des filles fait non seulement augmenter le risque d'infection au VIH, mais aussi que les femmes séropositives auraient plus de chances de faire l'objet de violence ou de menaces de violence de la part de leurs partenaires et/ou de leur famille.⁴⁴

52. Dans les situations de déplacement forcé, le risque d'être exposé à la violence physique et sexuelle peut être exacerbé et, par conséquent, les États, le HCR et ses partenaires doivent veiller à ce que des mesures appropriées soient prises pour protéger les femmes, les filles et les garçons contre la violence ou l'exploitation sexuels, comprenant l'assistance suffisante et appropriée qui permettrait à ces personnes d'éviter les transactions sexuelles contre de la nourriture, un abri ou d'autres biens de première nécessité. D'autres mesures pour prévenir l'infection au VIH, par exemple des campagnes d'information, devraient être prises de manière à atteindre les femmes et les enfants. Les besoins de protection des femmes et des enfants séropositifs ou vulnérables du fait du VIH ou du SIDA doivent également être suivis, notamment concernant l'exposition éventuelle au risque de violence domestique, les obstacles à l'accès des femmes aux soins et au traitement, la stigmatisation et la discrimination, l'abandon éventuel par la famille ou encore les responsabilités supplémentaires de soins aux familles, en particulier pour les enfants et les femmes âgées.

53. Une attention toute particulière doit aussi être accordée aux enfants affectés par le VIH, notamment aux orphelins ou à ceux que le VIH a rendus vulnérables. Cette attention est nécessaire pour s'assurer que le statut VIH d'un enfant, ou d'un membre de la famille, ne génère pas d'autres problèmes de protection, tels que l'isolement, le manque d'accès à l'éducation et que les besoins de protection des foyers dont le chef de famille est un enfant sont pris en considération.⁴⁵

54. Comme indiqué au paragraphe B.2 *Accès aux soins de santé liés au VIH et au SIDA*, la prophylaxie post-exposition aux victimes de viol, et la PTME aux femmes enceintes sont indispensables pour pouvoir réduire les risques de transmissions du virus et devraient par

⁴⁴ La Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA de l'UNGASS, note de bas de page 4 ci-dessus, fait apparaître clairement l'aspect sexospécifique de l'épidémie à l'Article 14 en soulignant que « l'égalité entre les sexes et l'émancipation des femmes sont des conditions essentielles pour réduire la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH/sida »; dans l'Article 47, les États Membres des Nations Unies s'engagent à « intensifier les efforts pour atteindre ces objectifs et pour combattre les stéréotypes et les comportements sexistes, ainsi que les inégalités entre les sexes en ce qui concerne le VIH/sida, en encourageant la participation active des hommes et des garçons »; Voir aussi *UNAIDS, UNFPA and UNIFEM, Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*, (2004); ainsi que *The Global Coalition on Women and AIDS, Stop Violence against Women: Fight AIDS*, N°2, disponible à l'adresse suivante : <http://womenandaids.unaids.org>.

⁴⁵ Voir Articles 13, 17 et 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant ainsi que l'Observation générale N°3 du CDE, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphes 16-17.

conséquent être des activités prioritaires. Les professionnels de la santé devraient être formés à reconnaître les signes de violence fondée sur l'appartenance sexuelle et à prodiguer des soins médicaux, et être formés aux services de conseil et d'aiguillage.

B.10 Accès à l'information et à l'éducation en matière de VIH

55. Le droit à la santé inclut non seulement l'accès au traitement, mais aussi l'éducation au VIH.⁴⁶ Les États et le HCR devraient fournir largement des informations sur le VIH et le SIDA aux réfugiés, aux déplacés internes et aux autres personnes relevant de la compétence du HCR, en particulier des informations sur la prévention et les soins en matière de VIH ainsi que des informations sur la santé sexuelle et génésique.

56. Conformément aux droits à la santé et à l'information contenus dans la Convention relative aux droits de l'enfant, les États-parties devraient veiller à ce que les enfants aient le droit d'accéder aux informations appropriées sur la prévention et les soins du VIH/SIDA. Ces informations devraient être pertinentes, appropriées et être fournies en temps utile ainsi qu'être présentées de manière à respecter les différents niveaux de compréhension des enfants.⁴⁷

C. Autres

Pour obtenir des informations sur la planification stratégique et les programmes relatifs au VIH/SIDA, veuillez consulter le document *Refugees, HIV and AIDS: UNHCR's Strategic Plan 2005-2007. 2007* et les sites web du HCR sur le VIH/SIDA (www.unhcr.ch/hiv-aids (Anglais) et www.unhcr.fr/cgi-bin/texis/vtx/protect?id=401915744 (Français)).

Division des services de la protection internationale
HCR
5 avril 2006

⁴⁶ Le Comité des droits sociaux, économiques et culturels a interprété l'accès à l'information, y compris le droit à rechercher, à recevoir et à communiquer les informations et les idées concernant les questions de santé, comme une composante du droit à la santé. Le Comité a aussi indiqué que le droit prévu par l'Article 12(2)(c) du Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels – en vertu duquel les États-parties doivent prendre les mesures nécessaires pour la prévention, le traitement et la lutte contre les maladies – “nécessite de mettre en place des programmes de prévention et d'éducation portant sur des questions de santé liées au comportement, telles que les maladies sexuellement transmissibles, et le VIH/SIDA en particulier”; Voir l'Observation générale N°14 du CDESC, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphes 12 et 16. Par ailleurs, le droit de toute personne à l'éducation est reconnu par la Déclaration universelle des droits de l'homme qui stipule à l'Article 26 que: “L'éducation doit viser au plein épanouissement de la personnalité humaine et au renforcement du respect des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Elle doit favoriser la compréhension, la tolérance et l'amitié ...”

⁴⁷ Pour obtenir d'autres orientations, voir l'Observation générale N°3 du CDE, note de bas de page 7 ci-dessus, paragraphes 16-17.

Documentation complémentaire:

- Refugees, HIV and AIDS: UNHCR's Strategic Plan 2005-2007.
- Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations. UNAIDS, UNHCR Best Practice Collection, 2005.
- UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing, June 2004.
- Committee on the Rights of the Child (CRC), *General Comment No. 3* (2003) on 'HIV/AIDS and the rights of the child'.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. Geneva: IASC reference group; 2003.
- OHCHR/UNAIDS, *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines. Revised Guideline 6 on access to prevention, treatment, care and support*, HR/PUB/2002/1 (2002) and OHCHR and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, *HIV/AIDS and Human Rights: International Guidelines*, HR/PUB/98/1 (1998).
- Refugees and HIV/AIDS, Executive Committee of the High Commissioner's Programme, Standing Committee, 20th mtg., U.N. Doc. EC/51/SC/CRP.7 (15 Feb. 2001).
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights, *General Comment No. 14* (2000) on the right to the highest attainable standard of health (Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights).
- UNHCR Policy Regarding Refugees and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), UNHCR/IOM/78/98, UNHCR/FOM/84/98 (1 Dec. 1998).
- UNHCR Policy and Guidelines Regarding Refugee Protection and Assistance and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), UNHCR/IOM/82/92, UNHCR/FOM/81/92 (12 Nov. 1992).
- UNHCR Policy and Guidelines regarding Refugee Protection and Assistance and Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), UNHCR/IOM/70/88, UNHCR/FOM/63/88 (6 May 1988).