



**Politique du  
UNHCR en matière  
de traitement  
antirétroviral  
pour les réfugiés**

**Janvier 2007**



**UNHCR**  
The UN Refugee Agency

© UNHCR, 2007. Tous droits réservés.

La reproduction et la distribution à toute fin éducationnelle et non commerciale sont autorisées sans accord écrit préalable du titulaire des droits d'auteurs à condition que la source soit pleinement reconnue. La reproduction pour revente ou à d'autres fins commerciales, ou toute traduction quelque soit la raison, est interdite sauf autorisation écrite du titulaire des droits d'auteurs. Les candidatures pour une telle permission doivent être adressées à l'unité VIH/SIDA du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) à l'adresse [hiv aids@unhcr.org](mailto:hiv aids@unhcr.org).

La Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés ont pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'UNR ne sauraient être tenus responsables des préjudices subis de fait de son utilisation.

Un exemplaire de ce document peut être obtenu gratuitement auprès:

UNHCR – HIV Unit  
CP 2500  
1202 Genève, Suisse  
Email: [hiv aids@unhc.org](mailto:hiv aids@unhc.org)  
<http://www.unhcr.org/hiv aids>

Photo de couverture:  
Jack Redden / UNHCR / 2007  
Sara Dang / 2007

Projet graphique:  
Alessandro Mannocchi, Rome



# Politique du HCR en matière de traitement antirétroviral pour les réfugiés

## Table des matières

A) Introduction .....	2
B) Objectif de la politique et champ d'application .....	2
C) Ampleur du défi.....	3
D) Considérations relatives aux droits humains régissant la politique du HCR en matière de traitement antirétroviral.....	4
E) Considérations clés régissant l'offre et l'utilisation du traitement antirétroviral dans le cadre des opérations du HCR.....	6
F) Principes clés régissant l'offre et l'utilisation du traitement antirétroviral dans le cadre des opérations du HCR.....	6
G) Interventions essentielles en matière de traitement et médicaments antirétroviraux.....	7
H) Comment garantir l'offre d'interventions essentielles en matière de traitement et médicaments antirétroviraux pour les réfugiés? .....	10
I) Références.....	11
J) Notes .....	12

## A) Introduction

Introduit dans les années 90, le traitement antirétroviral est venu améliorer de façon spectaculaire le pronostic de l'infection à VIH, suscitant un espoir nouveau chez les millions de personnes affectées par l'épidémie mondiale de VIH/SIDA. Sur les 39 millions de personnes qui vivent actuellement avec le VIH dans les pays à faible et moyen revenu, 6,5 millions ont besoin de ce traitement ; à fin 2005, elles n'étaient que 1,3 millions<sup>1</sup> à en bénéficier. Le traitement antirétroviral n'est pas synonyme de guérison ; les effets secondaires sont nombreux, et la question de la pharmacorésistance est très préoccupante. Toutefois, ce traitement améliore grandement la qualité de vie, en ce sens qu'il réduit la morbidité et la mortalité chez les personnes porteuses du VIH. Le traitement antirétroviral a ainsi redonné de la vitalité à des communautés entières. L'instauration d'un traitement antirétroviral ne s'impose pas chez toutes les personnes séropositives, mais seulement chez celles qui présentent un déficit de l'immunité - révélé par des symptômes cliniques et des examens sanguins bien précis.

Ces dernières années, la communauté internationale s'est résolument engagée à faire en sorte que les médicaments antirétroviraux (ARV) soient plus largement disponibles, et accessibles au plus grand nombre - l'objectif final étant l'accès universel. A cet effet, un certain nombre d'initiatives impliquant gouvernements, organisations internationales et donateurs multilatéraux et bilatéraux, ont été prises, y compris l'élaboration du Programme plurinationnel [Banque mondiale] de lutte contre le VIH et le SIDA en Afrique ; la création du Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ; le Plan d'urgence du Président des Etats-Unis contre le VIH/SIDA (PEPFAR) ; et l'Initiative "3 millions d'ici 2005", conduite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et devenue ultérieurement l'Initiative pour l'Accès universel<sup>1</sup>. Ces initiatives ont contribué à une baisse importante du prix des ARV, à des améliorations technologiques et à la production de lignes directrices plus claires qui ont simplifié l'utilisation des traitements reposant sur les médicaments antirétroviraux.

## B) Objectif de la politique et champ d'application

La politique du Haut Commissariat des Nations Unies en matière de traitement antirétroviral pour les réfugiés (HCR) définit des orientations à l'intention du HCR, de ses partenaires opérationnels et d'exécution, et des pays hôtes, concernant l'offre des différentes formules de traitement antirétroviral disponibles : traitement de courte durée pour la prévention de la transmission mère-enfant (PTME), prophylaxie post-exposition (PPE) pour faire obstacle à une éventuelle invasion par le VIH à l'issue de circonstances bien précises, et traitement au long cours. Le présent document énonce les objectifs relatifs à l'offre des traitements et médicaments antirétroviraux aux réfugiés, et il définit l'engagement et les responsabilités que doivent assumer les bureaux du HCR afin de réaliser ces objectifs. Ce document constitue un complément des énoncés de politique et des principes directeurs relatifs au VIH/SIDA<sup>2-5</sup> précédemment élaborés par le HCR, et il est dans le droit-fil des recommandations internationales portant sur le traitement antirétroviral<sup>1, 6-8</sup>. Comme pour l'ensemble des politiques et programmes de lutte contre le VIH/SIDA, les interventions faisant appel aux médicaments antirétroviraux doivent être reliées aux programmes de prévention, de soins et d'appui. Le traitement antirétroviral ne doit pas être mis en œuvre en tant qu'intervention parallèle ; il doit plutôt s'inscrire dans le cadre d'un programme intégré de lutte contre le VIH/SIDA - programme lui-même relié à d'autres services existants (santé reproductive, protection, nutrition, éducation et services sociaux).

Cette politique en matière de traitement antirétroviral concerne avant tout les réfugiés ; cependant, la plupart des principes consignés dans le présent document valent également pour les autres personnes relevant de la compétence du HCR, y compris les personnes déplacées à l'intérieur d'un territoire, sachant cependant que l'éventail d'activités et le degré d'implication du HCR dépendront du mandat, des responsabilités spécifiques et des niveaux d'engagement du HCR eu égard à ces personnes.

En ce qui concerne les demandeurs d'asile, il convient de faire une distinction entre l'offre de médicaments antirétroviraux à titre préventif (par exemple PTME et PPE), et l'offre du traitement antirétroviral à visée thérapeutique qui implique le long terme. La politique régissant l'offre d'antirétroviraux à titre préventif vaut pour les demandeurs d'asile tout comme pour les réfugiés. En ce qui concerne l'offre du traitement antirétroviral de longue durée aux demandeurs d'asile, plusieurs facteurs sont à prendre en compte parmi lesquels la perspective d'une pérennisation de l'offre de ce traitement, ce qui renvoie à l'éventualité d'une installation définitive de la personne dans le pays d'accueil, suite à l'octroi d'un statut de réfugié ou d'une protection complémentaire, ou à la possibilité pour le demandeur d'asile dont la requête est refusée de rester bénéficiaire de son traitement après son retour dans son pays d'origine.

## C) Ampleur du défi

Le nombre de personnes relevant de la compétence du HCR (réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur d'un territoire, et rapatriés - personnes déplacées et réfugiés de retour chez eux - demandeurs d'asile et apatrides) a augmenté de 6% en 2005, pour atteindre les 20,8 millions - les réfugiés représentant 40 pour cent de ce total<sup>9</sup>. De nombreux pays d'accueil croulent eux-mêmes sous le poids du VIH, et n'ont souvent ni la capacité ni la volonté d'offrir à ces populations les services anti-VIH dont elles ont besoin. En n'offrant ni la prévention ni la prise en charge de l'infection à VIH aux réfugiés et aux personnes déplacées, on ne fait pas que bafouer leurs droits ; on compromet également l'efficacité de l'effort global de prévention et de soins, et, en l'occurrence, on fait courir des risques aux populations des pays d'accueil. A fin 2003, le séjour moyen d'un réfugié dans son pays d'accueil était estimé à 17 ans<sup>10</sup> - d'où l'intérêt de gérer les besoins des réfugiés en matière de lutte contre le VIH<sup>2</sup>.

Lors de la Session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA en 2001,<sup>11</sup> les gouvernements ont reconnu que *"les populations déstabilisées par les conflits armés, les situations d'urgence humanitaire et les catastrophes naturelles, en particulier les réfugiés et les personnes déplacées, et notamment les femmes et les enfants, sont plus exposées au risque d'infection à VIH ; et [qu'il faut] intégrer les composantes VIH/SIDA dans les programmes d'aide internationale;"* La session a demandé à *"l'ensemble des organismes des Nations Unies, des organisations régionales et internationales, et des organisations non gouvernementales, participant à la fourniture et à l'acheminement de l'aide internationale vers les pays et régions affectés par des conflits, ..., d'intégrer d'urgence les éléments relatifs à la prévention, aux soins et à l'information concernant le VIH/SIDA dans leurs plans et programmes."*<sup>11</sup> Dans le cadre de cette Session spéciale, et dans bien d'autres occasions de ce type, il a donc été reconnu que le VIH constituait un facteur crucial à prendre en compte dans le contexte d'un déplacement forcé.<sup>12</sup>



L'offre de services anti-VIH aux populations déplacées est une entreprise difficile, mais capitale<sup>13</sup>, fermement ancrée dans le Droit international des droits humains. De ce fait, toute activité décidée par les Etats et par le HCR doit cadrer avec le Droit international des droits humains et des réfugiés. La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés précise dans son article 23 que *“les Etats Contractants accorderont aux réfugiés résidant régulièrement sur leur territoire le même traitement en matière d'assistance et de secours publics qu'à leurs nationaux”* et cette disposition recouvre *“l'assistance et les secours publics”* en rapport avec les besoins et services sanitaires<sup>ii</sup>. La protection conférée en vertu du Droit international des droits humains, et en particulier l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, va plus loin dans la mesure où il couvre *“le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale”*.<sup>iii</sup> En vertu des obligations afférentes aux droits humains, qui concernent toute personne sur le territoire ou sous la juridiction d'un Etat partie aux traités en question, et qui incluent le principe de la non discrimination, tout pays d'asile est tenu de garantir aux réfugiés, comme il le fait pour ses nationaux, l'égalité d'accès, sans discrimination aucune, aux services de santé existants. Malheureusement, souvent les besoins des réfugiés en matière de lutte contre le VIH (prévention, soins et traitement) ainsi que des personnes relevant de la compétence du HCR telles que les personnes déplacées à l'intérieur d'un territoire<sup>14</sup>, ne sont pas pris en compte dans les plans stratégiques nationaux des gouvernements ou dans les propositions nationales concernant le VIH/SIDA soumises aux principaux donateurs<sup>15</sup>. Cette omission nuit à la fois aux populations affectées, et aux populations environnantes<sup>2</sup>.

## **D) Considérations relatives aux droits humains régissant la politique du HCR en matière de traitement antirétroviral**

1. Les réfugiés (comme les demandeurs d'asile, les personnes déplacées à l'intérieur d'un territoire et les autres personnes relevant de la compétence du HCR) peuvent comme quiconque bénéficier du *“droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale”*, ainsi que le précise explicitement le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR)<sup>iv</sup>, indépendamment de leur nationalité ou de la nature de leur séjour.<sup>v</sup>
2. Ce droit exige des Etats parties qu'ils prennent les mesures nécessaires à *“la création de conditions propres à assurer tous des services et soins médicaux en cas de maladie”* (Article 12 (2) (d) ICESCR).<sup>vi</sup>
3. Les médicaments antirétroviraux ont été intégrés à la liste [OMS] des médicaments essentiels, avec mention du fait que leur utilisation à des fins médicales reflète le droit que toute personne a de jouir d'un état de santé mentale et physique aussi bon que possible.
4. Le respect du droit à la protection et à l'exercice des droits humains relève essentiellement de la responsabilité des Etats et concerne toutes les personnes sur le territoire d'un Etat ou placées sous sa juridiction.
5. Le concept de *“réalisation progressive”* ne décharge pas les Etats de la responsabilité de faire face de façon urgente, prompte et efficace, aux crises et aux besoins sanitaires aigus. Comme le Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels l'a expliqué dans son commentaire général N<sup>o</sup> 14 sur le droit au meilleur état de santé possible ((Art. 12), par. 31) : *“Le fait que la réalisation du droit à la santé s'inscrit dans le temps ne devrait pas être interprété comme privant les obligations de l'Etat partie de tout contenu effectif. Une réalisation progressive signifie plutôt que les Etats parties ont pour obligation précise et constante d'œuvrer aussi rapidement et aussi efficacement que possible pour appliquer intégralement l'article 12.”*

6. Comme pour tous les autres droits sociaux, le droit au *“meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint”* demande aux Etats parties au ICESCR de *“s'engage[r] à agir, tant par... [leur] effort propre que dans le cadre de l'aide et de la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de leurs 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”*.<sup>vii</sup> Le renvoi explicite à l'aide et à la coopération internationales précise que la coopération et l'assistance fournies par le biais du HCR ou avec son aide constituent un moyen auquel les Etats peuvent recourir pour remplir les obligations en matière de droits humains prévues dans le pacte du ICESCR, y compris en ce qui concerne les réfugiés.
7. De par son mandat, le HCR est tenu d'offrir une protection internationale aux réfugiés, avec pour objectif *“d'assurer ... [aux réfugiés] l'exercice le plus large possible des droits de l'homme et des libertés fondamentales”*,<sup>viii</sup> qui, compte tenu du Droit international des droits humains, implique le droit au meilleur état de santé mentale et physique susceptible d'être atteint.
8. Ce mandat s'exerce avant tout sous forme de promotion de politiques et de pratiques, et d'aide aux Etats (par ex : par des mesures de développement de leurs capacités, y compris des conseils et une aide technique) pour leur permettre de s'acquitter de leur obligation de protection vis-à-vis des personnes relevant de la compétence du HCR ; toutefois, les mesures de substitution et la fourniture d'une assistance directe, y compris une assistance médicale, font partie des moyens bien établis que le HCR utilise pour exercer sa mission de protection au niveau international, en particulier lorsque les Etats ne peuvent ou ne veulent pas remplir pleinement leurs obligations en matière de droits humains vis-à-vis des réfugiés ou d'autres personnes relevant de la compétence du HCR.
9. Cependant, à titre individuel un réfugié ne peut exiger du HCR telle ou telle forme d'assistance spécifique, comme l'offre de médicaments antirétroviraux. Toutefois, si le HCR s'engage à fournir directement une assistance médicale, elle sera accordée toujours selon le même principe - à savoir, contribuer au meilleur état de santé physique et mentale - et sans discrimination. Le principe de non discrimination n'interdit pas certaines variations dans l'application de la politique - par exemple, l'offre d'un traitement préférentiel aux femmes et aux enfants dans certaines circonstances ; toutefois, la démarche devra intégrer les connaissances médicales les plus à jour, se fonder sur une évaluation pertinente du cas des personnes concernées et sur des objectifs légitimes, et respecter le principe de la proportionnalité.
10. Les sections ci-après consacrées aux considérations et principes clés régissant l'utilisation des antirétroviraux dans le cadre des opérations du HCR (voir E. et F.) posent les bases d'une action sur le terrain conforme aux principes de consentement et de confidentialité et reflétant les considérations ci-dessus relatives aux droits humains.

## E) Considérations clés régissant l'offre et l'utilisation des médicaments antirétroviraux dans le cadre des opérations du HCR

1. Les réfugiés habitent souvent pendant des années dans des **zones d'installation relativement stables**, au sein du pays hôte. A la fin de 2003, la durée moyenne du séjour des populations réfugiées dans leur pays hôte était de 17 ans.<sup>10</sup>
2. Une minorité de réfugiés dans de nombreux pays **trouvent déjà par eux-mêmes des moyens nouveaux d'obtenir un traitement antirétroviral**.
3. Les personnes déplacées en raison d'un conflit qui ont dû interrompre leur traitement antirétroviral ne sont pas plus à risque de résistance accrue aux ARV que d'autres populations, à condition qu'elles puissent reprendre ce traitement sans tarder et en se conformant strictement à la prescription médicale. La plus grande menace d'apparition d'une pharmacorésistance reste avant tout associée aux personnes qui prennent ces médicaments de façon anarchique. Cette menace ne concerne pas davantage les populations déplacées de force que les autres populations.<sup>6</sup>

## F) Principes clés régissant l'offre et l'utilisation du traitement à base d'antirétroviraux dans le cadre des opérations du HCR

1. Les dispositifs et services de dépistage du VIH ainsi que l'éventualité de l'offre des ARV <sup>6</sup> seront prévus dès les **tout premiers stades d'une réponse d'urgence** face à un déplacement forcé.<sup>16</sup>
2. **La poursuite du traitement antirétroviral** est une priorité, le but étant de garantir l'efficacité de ce traitement et d'éviter l'apparition d'une pharmacorésistance. Le HCR et ses partenaires doivent veiller à ce que ce traitement continue d'être fourni aux personnes qui le suivaient déjà avant le conflit et/ou le déplacement.
3. Comme pour toutes les interventions de santé publique, les réfugiés doivent bénéficier de **services équivalents** à ceux qui sont proposés aux communautés hôtes environnantes - sachant qu'il faut veiller à assurer les services essentiels minimaux ;<sup>3,17</sup> ceci vaut pour tous les types de zone d'installation (par exemple camps et environs des camps).
4. Entamer les interventions uniquement lorsque sont réunis les **critères minimaux pour mettre en œuvre ces activités** (en ce qui concerne, par exemple, les ressources disponibles, l'effectif en personnel suffisamment formé, les protocoles, la confidentialité, l'encadrement)<sup>3</sup>, tels qu'énoncés dans des principes directeurs arrêtés au niveau international.
5. **Se conformer aux protocoles de diagnostic et de traitement de la communauté hôte**, à moins qu'ils ne soient inefficaces, qu'ils ne reposent pas sur des preuves scientifiques, ou qu'ils ne soient pas conformes aux principes de consentement et de confidentialité (par exemple, traitement antipaludique à la Chloroquine dans les régions où il existe une résistance à ce produit).<sup>3</sup>
6. **Inscrire dans la durée l'offre** du traitement antirétroviral est un défi clé à relever. En principe, ce traitement doit être pris à vie. Mais le garantir n'est pas forcément possible dans les pays en développement ou les plus démunis, indépendamment d'un conflit ou d'un déplacement de population. Les principaux donateurs qui soutiennent la lutte contre le VIH sont nombreux à offrir des fonds pour 2 à 4 ans,



avec possibilité (mais sans garantie) de financement ultérieur ; les donateurs qui soutiennent l'action humanitaire fonctionnent autrement, et offrent des fonds pour un an.<sup>2</sup> **Le HCR recommande de s'assurer, avant de mettre en œuvre des programmes de traitement antirétroviral au long cours, qu'un financement pour au moins une année est disponible.** Le but est d'obtenir une reconduction de ce financement, de sorte que les personnes qui ont besoin d'ARV puissent rester sous traitement.

7. **Les programmes "Pilotes"** sont une solution pour offrir un service important aux réfugiés et à d'autres personnes relevant de la compétence du HCR, avec l'espoir de susciter l'offre de cette même prestation à la population locale. A mettre en œuvre conformément aux politiques nationales de façon à assurer l'harmonisation, dans l'esprit des Trois Principes<sup>ix</sup>.

## G) Interventions essentielles en matière de traitement et médicaments antirétroviraux

Les paragraphes ci-après présentent les interventions essentielles en matière de traitement et médicaments antirétroviraux, et expliquent quel type d'intervention proposer aux réfugiés face à tel ou tel cas de figure. Les antennes du HCR devront évaluer avec soin les moyens à disposition pour répondre aux besoins de l'ensemble des réfugiés et des autres personnes relevant de la compétence du HCR dans les pays concernés, de façon à identifier les lacunes éventuelles et à évaluer la nécessité 1) d'un renforcement des capacités en matière d'offre du traitement et des médicaments antirétroviraux, 2) d'une action de persuasion en faveur de l'intégration des besoins des réfugiés dans les programmes existants qui offrent le traitement et les médicaments antirétroviraux, ou 3) de programmes nouveaux (co-) financés par le HCR.

### 1. Prophylaxie post-exposition (PPE)

Traitement antirétroviral sur vingt-huit (28) jours, qui réduit la probabilité d'une invasion virale après exposition à une source de séropositivité VIH éventuelle :

- a. L'offre d'une PPE constitue une intervention essentielle dans le cadre de la prise en charge clinique des victimes d'un viol, et fait partie des programmes de gestion du problème de la violence sexuelle et sexospécifique, qui sont destinés aux réfugiés, aux personnes déplacées à l'intérieur d'un territoire, et aux autres personnes relevant de la compétence du HCR.<sup>3,8,13</sup>
- b. Exposition au VIH hors contexte professionnel (par exemple les cas de viol) : une personne doit bénéficier de la prophylaxie post-exposition dans les 72 heures qui suivent l'exposition, conformément aux principes directeurs du pays hôte ou des Nations Unies.<sup>8</sup>
- c. La PPE sera mise en œuvre dans tous les cas d'exposition professionnelle (par exemple piqûre d'aiguille), conformément aux principes directeurs des Nations Unies et des ONG relatifs à l'offre d'un traitement prophylactique après exposition au VIH dans le cadre du travail.

### 2. Prévention de la transmission mère-enfant (PTME)

Offre d'antirétroviraux à une femme enceinte séropositive ainsi qu'au nouveau-né pour réduire la probabilité de la transmission du VIH de la mère à l'enfant :

- a. Les programmes de PTME seront mis en œuvre pour les réfugiés dès que possible.
- b. Dans les cas de rapatriement vers des sites sans point d'accès connu aux ARV ou médiocrement approvisionnés en ARV, il sera conseillé à la femme enceinte et à sa famille de retarder le rapatriement et de ne repartir qu'après l'accouchement, afin d'aller jusqu'au bout du programme de PTME ; le même conseil est prodigué pour le traitement antituberculeux.

- c. S'il existe des programmes de PTME dans les zones de retour, des programmes transfrontaliers seront créés de façon à coordonner le suivi de la PTME et l'aiguillage des femmes enceintes diagnostiquées en début de grossesse qui insistent pour rentrer chez elles, afin que mère et nouveau-né bénéficient d'une prise en charge, d'un traitement et d'un suivi appropriés.
- d. Les programmes de PTME doivent être aussi polyvalents que possible et inclure au minimum des soins de santé maternelle et infantile complets ; des services de conseil et de dépistage ; le conseil et l'appui, pour une alimentation sûre du nourrisson, et des soins obstétricaux optimaux ; le traitement antirétroviral de courte durée pour les femmes enceintes infectées par le VIH et les nouveau-nés ; les services de planification familiale (dont le conseil) reliés aux services de conseil et de test VIH volontaires. Ces programmes sont tenus de se conformer aux normes internationales<sup>7</sup>.
- e. La question de l'offre d'autres prestations associées à la PTME, tels que le traitement antirétroviral au long cours et la prise en charge de la mère, sera étudiée dans tous les programmes de PTME.

### 3. **Offre du traitement antirétroviral au long cours (visée thérapeutique)**

Pour les personnes séropositives qui réunissent les critères médicaux justifiant l'instauration du traitement ARV (lequel se prend à vie). La démarche sera fonction du cas de figure, l'idée maîtresse étant de garantir la durabilité du traitement. On distinguera les scénarios suivants :

- a. *Pour les réfugiés qui bénéficiaient d'un traitement ARV dans leur pays d'origine avant la fuite, tous les efforts seront faits pour que le traitement soit repris rapidement.*
  - i. Si le traitement antirétroviral est disponible dans la région où séjourne le réfugié, le réfugié sera aiguillé sans retard vers les services existants afin qu'il puisse poursuivre son traitement.
  - ii. Si le traitement ARV n'est pas disponible dans la région, des mesures seront prises sans tarder pour déplacer le réfugié et sa famille vers un endroit adéquat où l'offre du traitement est possible, ou pour mettre en place les services pertinents dans la région concernée, dans le cadre d'une initiative concertée impliquant le HCR, le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH (dont le HCR est membre), le Gouvernement hôte, et des ONG.
- b. *En ce qui concerne les réfugiés qui ne bénéficiaient pas du traitement ARV avant de fuir, au minimum, ce traitement doit être offert lorsqu'il est disponible pour les populations environnantes.*
  - Chaque situation est différente, et selon la prévalence du VIH parmi les populations, la disponibilité des fonds affectés au VIH, et d'autres facteurs, ce principe peut être amené à évoluer vers une autre formule durant la période d'élargissement de l'offre du traitement antirétroviral.
- c. *Dans les situations où le rapatriement librement consenti est considéré comme imminent, les considérations suivantes régiront la décision d'offrir le traitement ARV.*
  - i. Le traitement ARV sauve la vie, et il faut envisager de l'offrir aux réfugiés indépendamment de l'imminence du rapatriement.
  - ii. Si le traitement ARV est déjà disponible dans le pays d'origine et accessible dès le retour, il n'y a pas de raisons de ne pas entamer la mise en œuvre du traitement, ou de la retarder. Toutefois, le plan opérationnel de rapatriement doit prévoir des mesures visant à permettre aux rapatriés sous ARV de continuer leur traitement.
    - Il doit être entendu que, en vertu du droit à la liberté de mouvement, les rapatriés

- seront autorisés à retourner vers les régions où la poursuite du traitement ARV peut être garantie, et recevront à cet effet l'aide nécessaire.
- Le HCR, de concert avec le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH, les ONG et les gouvernements, doit s'employer à faire en sorte qu'il y ait une bonne communication et des liens solides avec les programmes nationaux des deux pays (ou avec d'autres organisations si les gouvernements n'offrent pas le traitement ARV à ces populations). De préférence, ces interventions seront pleinement intégrées aux systèmes de santé, au lieu de fonctionner comme des programmes parallèles.
  - Les questions telles que les protocoles de traitement ARV, l'observance et d'autres facteurs clés, doivent être préalablement examinées, d'où la nécessité d'initiatives régionales/sous-régionales à même d'harmoniser les protocoles de traitement et de médicaments.
- iii. Si le traitement ARV ne peut pas être rapidement mis à disposition dans le pays d'origine au moment du retour, le ou la réfugié(e) doit en être informé(e), et il ou elle doit recevoir toute l'information nécessaire sur la situation médicale et sur les options qui lui sont offertes, et notamment sur les possibilités de rester (temporairement) dans le pays d'asile ; à partir de là, il ou elle peut prendre une décision en toute connaissance de cause.
- Si un réfugié ne souhaite pas rentrer chez lui parce qu'il ne pourra pas, à son retour, bénéficier d'un traitement qui lui sauve la vie, le HCR, compte tenu du fait qu'un rapatriement doit être librement consenti, ne saurait participer activement au renvoi de la personne en question, et doit plaider avec force afin qu'elle soit autorisée à rester dans le pays d'asile pour des raisons humanitaires jusqu'à ce que les services médicaux adéquats soient disponibles dans le pays d'origine.
  - Dans le même temps, le HCR, le Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH et d'autres organisations doivent plaider pour que le traitement ARV soit disponible dans le pays d'origine et en particulier dans les régions où rentrent les rapatriés, et contribuer à la coordination de l'action menée à cette fin. L'action peut consister en mesures novatrices telles que :
    - Approvisionnement transfrontalier en ARV.
    - Action concertée avec les ONG pour établir des programmes de traitement ARV dans certaines régions, tandis que le gouvernement s'organise pour inscrire dans la durée l'offre de ce traitement.
    - Aider la personne à rester dans une région du pays d'origine où le traitement ARV est disponible, jusqu'à ce que ce traitement soit disponible dans sa région d'origine.
- d. *Le rapatriement librement consenti, dans le cas de ceux qui suivent déjà un traitement ARV*
- Se reporter à la section G)3.c.ii-iii, tout en notant en particulier ceci : lorsqu'un réfugié suit déjà un traitement ARV, et qu'il insiste pour être rapatrié bien que le traitement ne soit pas disponible dans le pays d'origine et pas susceptible de l'être rapidement, il faut bien expliquer à cette personne les conséquences médicales d'une interruption du traitement, et s'assurer qu'elle a compris les explications. Le conseil et la décision du réfugié reposeront sur une base informative convenable.
- e. *Protocoles thérapeutiques différents entre le pays hôte et le pays d'origine*
- Les protocoles nationaux de traitement ARV seront appliqués, sauf dans certaines circonstances (voir F.5).
  - Se faire conseiller peut être nécessaire, lorsqu'il faut passer d'un protocole à un autre.

## H) Comment garantir l'offre des interventions essentielles en matière de traitement et médicaments antirétroviraux pour les réfugiés ?

Financer des interventions en matière de traitement et médicaments antirétroviraux ne se limite pas à couvrir le coût des médicaments. L'offre du traitement implique bien d'autres frais : transport, tests de laboratoire et traitement des effets secondaires. Selon la taille et le profil de la population réfugiée, différentes solutions sont possibles pour offrir le traitement et les médicaments antirétroviraux, notamment : utiliser les services gouvernementaux existants ; intégrer l'offre du traitement et des médicaments antirétroviraux dans les programmes des partenaires qui assurent déjà des services médicaux ; faire appel à un partenaire opérationnel ou d'exécution spécialisé dans ce domaine ; passer par un médecin partenaire ou par un système permettant au réfugié d'obtenir le traitement nécessaire auprès du secteur privé, moyennant le remboursement au prestataire.

### 1. **Prophylaxie post-exposition (PPE)**

a. La PPE est une intervention essentielle d'une durée de 28 jours (voir G.1).<sup>8,13</sup> Elle figure sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS. Le HCR doit veiller à ce que la PPE soit disponible dans l'ensemble de ses programmes au cours de toutes les phases. Lorsque ni les gouvernements, ni les autres institutions des Nations Unies ni les ONG n'offrent la PPE, le HCR doit faire appel à ses propres programmes et ressources financières, afin d'offrir ce traitement.

### 2. **Prévention de la transmission mère-enfant**

a. La PTME est une intervention essentielle mise en oeuvre ponctuellement : elle est offerte à la mère pendant la grossesse et le travail (selon un protocole bien précis) ainsi qu'au nouveau-né ; la question de l'offre du traitement antirétroviral au long cours pour la mère est examinée ci-après – voir G.2)

b. S'il y a lieu, et si cela est faisable, la PTME doit être offerte aux populations réfugiées. Lorsque ni les gouvernements, ni les autres institutions des Nations Unies, ni les ONG n'offrent la PTME, le HCR doit faire appel à ses propres programmes et ressources financières afin de la proposer.

### 3. **Offre du traitement antirétroviral au long cours**

a. Le traitement antirétroviral au long cours est une intervention essentielle qui s'inscrit dans la durée. Il figure sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS.

b. Dans la mesure du possible, le gouvernement hôte assumera le coût du traitement antirétroviral pour les réfugiés, en intégrant la question des réfugiés dans les programmes nationaux et dans les propositions candidates à un financement. Dans la mesure où de nombreux pays à faible revenu hébergent des réfugiés, la plupart ou la totalité des fonds viendront des donateurs. Les raisons justifiant que les gouvernements hôtes assument le coût du traitement ARV pour les réfugiés sont nombreuses :

- Considérations ayant trait aux droits humains (voir D.).
- Volume important des fonds octroyés par des donateurs internationaux bilatéraux et multilatéraux, pour aider les gouvernements hôtes à financer l'offre du traitement antirétroviral aux populations réfugiées ; ces fonds sont essentiellement fournis aux gouvernements et non pas aux institutions des Nations Unies. En conséquence, les gouvernements peuvent inclure les populations relevant de l'aide humanitaire, y compris les réfugiés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR, dans leurs activités de collecte de fonds pour la lutte contre le VIH et

dans leurs propositions sur le même thème destinées aux donateurs en vue d'obtenir un financement. Cette façon de procéder n'enlèvera rien à leurs citoyens, et sera d'un meilleur rapport coût-efficacité que la création de systèmes parallèles.

- Le nombre de réfugiés ayant besoin du traitement ARV est très faible par rapport aux quelque 6,5 millions de personnes à travers le monde qui, selon les dernières estimations, auraient besoin de ce traitement. Sur les 8,9 millions de réfugiés relevant de la compétence du HCR\*, actuellement environ 25 000 à 35 000 auraient besoin d'un traitement ARV. En conséquence, il vaudrait mieux - en termes d'efficacité - que les pays hôtes assurent l'offre du traitement ARV aux réfugiés par le biais de leurs services de santé publique, en association avec d'autres organisations travaillant déjà pour les réfugiés, plutôt que ce soit une autre entité qui le fasse toute seule.
- c. Au cas par cas, le HCR et les ONG qui disposent de fonds affectés pour une année au moins pourraient décider de financer l'offre du traitement ARV au long cours, tout en continuant de plaider pour l'intégration des besoins des réfugiés dans le programme national des pays hôtes relatif à l'offre du traitement ARV.

## I) Références:

1. WHO. Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents in resource-limited settings: towards universal access; <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/adult/en/>. Geneva, 2006 revision.
2. UNAIDS, UNHCR. Strategies to support the HIV-related needs of refugees and host populations. Geneva: UNAIDS Best Practice Collection, 2005.
3. Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. VIH et Plan stratégique pour les réfugiés 2005-07. Genève: HCR, 2005.
4. UNHCR. Field Experience: Evaluation of the introduction of post-exposure prophylaxis in the clinical management of rape survivors in Kibondo refugee camps, Tanzania. Geneva: UNHCR, 2005.
5. UNHCR, WFP. Integration of HIV/AIDS activities with food and nutrition support in refugee settings: specific programme strategies. Geneva: UNHCR and WFP, 2004.
6. WHO. HIV drug resistance; <http://www.who.int/hiv/drugresistance/en/>. Geneva, 2006.
7. WHO. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants in resource-limited settings: towards universal access; <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/PTME/en/index.html>. Geneva, 2006.
8. WHO, UNHCR. Clinical management of rape survivors. Geneva, 2004.
9. United Nations High Commissioner for Refugees, 2006. Global refugee trends; <http://www.unhcr.org/statistics/STATISTICS/4486ceb12.pdf>. Geneva, 2005.
10. Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Situations de réfugiés prolongées, Comité permanent 30<sup>e</sup> réunion. EC/54/SC/CRP.14. Genève, 10 juin 2004.
11. Assemblée générale des Nations Unies. Déclaration d'engagement sur le VIH/SIDA, Genève: Nations Unies et ONUSIDA, 2001.
12. Spiegel PB. HIV/AIDS among conflict-affected and displaced populations: dispelling myths and taking action. *Disasters*. 2004;**28**(3):322-339.
13. Inter-Agency Standing Committee (IASC). Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings. Geneva: IASC reference group, 2004.
14. Spiegel P, Harroff-Tavel H. HIV/AIDS in internally displaced persons in 8 priority countries. Geneva: UNHCR and IDD, OCHA, 2005.
15. Spiegel P, Nankoe A. UNHCR, HIV/AIDS and refugees: lessons learned. *Forced Migration Review* 2004;**19**:21-23.
16. Ellman T, Culbert H, Torres-Feced V. Treatment of AIDS in conflict-affected settings: a failure of imagination. *Lancet* 2005;**365**(9456):278-80.
17. Steering Committee for Humanitarian Response. The Sphere project: humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Geneva: Sphere Project, 2004.

## J) Notes

- i L'Initiative "3 millions d'ici 2005" prévoit d'offrir, d'ici 2005, le traitement antirétroviral à 3 millions de personnes dans les pays les plus durement touchés ; lors du récent Sommet du G-8 à Glen Eagles (2005), un appel a été lancé pour élever cet objectif afin de concrétiser l'accès universel à ce traitement d'ici 2010.
- ii De plus, l'article 24 de la Convention de 1951 prévoit une égalité de traitement en ce qui concerne la "sécurité sociale", avec seulement de toutes petites réserves.
- iii De même dans l'article 24 de la Convention sur les droits de l'enfant "*Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation*", et la clause précise les mesures appropriées connexes devant être prises par un Etat partie.
- iv L'art 12, par. 1 du ICESCR déclare : "*Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale pouvant être atteint*".
- v Comme tous les droits énoncés dans le ICESCR, le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'il lui soit possible d'atteindre doit être respecté, protégé et appliqué sans aucune discrimination, ainsi que le prévoit l'art. 2 par. 2 du ICESCR selon lequel "*Les Etats parties au présent Pacte s'engagent à garantir que les droits qui y sont énoncés seront exercés sans discrimination aucune 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 ou toute autre situation*." Compte tenu des liens étroits entre le droit au niveau le plus élevé possible de santé mentale et physique, et le droit à la vie que reconnaît explicitement l'article 6 de l'ICCPR, un renvoi peut également être fait au Commentaire général 31 (CCPR/C/21/Rev.1/Add.13) du Comité des droits de l'homme sur la nature de l'obligation juridique générale imposée aux Etats parties au Pacte (par. 10), où le Comité précise que "*Aux termes du paragraphe 1 de l'article 2, les Etats parties sont tenus de respecter et garantir à tous les individus se trouvant sur leur territoire et à tous ceux relevant de leur compétence les droits énoncés dans le Pacte. Cela signifie qu'un Etat partie doit respecter et garantir à quiconque se trouvant sous son pouvoir ou contrôle effectif les droits reconnus dans le Pacte même s'il ne se trouve pas sur son territoire. . . la jouissance des droits reconnus dans le Pacte, loin d'être limitée aux citoyens des Etats parties, doit être accordée aussi à tous les individus, quelle que soit leur nationalité ou même s'ils sont apatrides, par exemple demandeurs d'asile, réfugiés, travailleurs migrants et autres personnes qui se trouveraient sur le territoire de l'Etat partie ou relèveraient de sa compétence*."
- vi Art. 12, par. 2 du ICESCR: "*Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer : a) la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ; b) l'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ; c) la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ; d) la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie*."
- vii Art 2 par. 1 du ICESCR: "*Chacun des Etats parties du présent Pacte 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*."
- viii Préambule à la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés.
- ix Les "*Trois Principes*" définis par l'ONUSIDA, pour que les ressources soient utilisées avec un maximum d'efficacité et d'efficacités, et pour garantir une action rapide et une gestion orientée vers les résultats : Un cadre commun d'action contre le VIH/SIDA, au service de la coordination des travaux de l'ensemble des partenaires. Une instance nationale de coordination de la lutte contre le SIDA, à représentation large, multisectorielle. Un système de suivi et d'évaluation à l'échelon pays.
- x A l'exclusion des réfugiés palestiniens, couverts par une autre entité des Nations Unies : l'UNRWA





