

Accélération de la riposte et droits de l'homme

Faire progresser les droits de l'homme dans les efforts visant à accélérer la riposte au VIH



Table des matières

Résumé exécutif	2
Introduction	4
Intégration des principes des droits de l'homme dans les efforts pour accélérer les services anti-VIH	8
Principes clés des droits de l'homme concernant les services anti-VIH	9
Principe 1 : disponibilité, accessibilité, acceptabilité et bonne qualité des services anti-VIH	12
Principe 2 : égalité et non-discrimination	15
Principe 3 : respect de la vie privée et confidentialité (secret médical)	20
Principe 4 : respect de la dignité et de l'autonomie personnelles.	22
Principe 5 : Participation et responsabilisation significatives.	26
Généralisation des programmes clés en matière de droits de l'homme parallèlement aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH	30
Conclusion	32
L'éradication du sida : une responsabilité partagée	32
Annexe	34
Liste de contrôle 1 : Services de prévention du VIH et droits de l'homme	35
Liste de contrôle 2 : Services de dépistage du VIH et droits de l'homme	41
Liste de contrôle 3 : Services de traitement du VIH et droits de l'homme	47
Références	54

Résumé exécutif

Le programme mondial du développement durable comporte l'objectif de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. L'expérience acquise à ce jour fait apparaître les progrès significatifs qui peuvent être réalisés dans la riposte au sida grâce à la mobilisation des connaissances scientifiques, de la volonté politique, des ressources financières et de la société civile.

Pour atteindre cet objectif ambitieux, l'ONUSIDA a demandé à tous les pays de mettre à profit les prochaines années (jusqu'en 2020) étant donné l'occasion unique à saisir pour généraliser rapidement la riposte au VIH dans trois domaines principaux : la prévention du VIH, le dépistage du VIH et le traitement du VIH. Cette approche axée sur une accélération de la riposte — approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU) dans la Déclaration politique de 2016 visant à mettre fin au sida, — exige de tirer parti au mieux des outils existants afin d'accélérer le rythme des progrès permettant d'atteindre des objectifs spécifiques et de mettre fin à l'épidémie du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

Malgré cette approche, il ne sera pas possible d'accélérer la riposte au VIH et d'en finir avec l'épidémie de sida sans tenir compte des droits de l'homme. L'inégalité entre les sexes continue de nuire aux efforts de lutte contre le VIH chez les femmes et les filles partout dans le monde et, bien que de nombreuses populations restent fortement touchées par le VIH, elles ne disposent pas d'un accès suffisant à des services de prévention, de dépistage et de traitement de réelle qualité. Ces populations, qui sont laissées-pour-compte dans la riposte, englobent les adolescents et les jeunes (en particulier les adolescentes et les jeunes femmes d'Afrique orientale et australe), les communautés autochtones, les prostitué(e)s, les détenus, les migrants, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels et les consommateurs de drogues par voie intraveineuse. Des obstacles aux droits de l'homme — notamment la stigmatisation et la discrimination, la violence et d'autres maltraitances, les attitudes sociales négatives et les obstacles juridiques — contribuent à la vulnérabilité à l'égard du VIH au sein de ces populations et limitent leur accès aux services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins.

Comme l'ont reconnu tous les États Membres des Nations Unies dans les résolutions de l'Assemblée générale sur le VIH,¹ la réalisation des droits de l'homme constitue un élément essentiel de la riposte au VIH. Pourtant, depuis trop longtemps, plusieurs décideurs politiques, des responsables de la mise en œuvre des programmes et des prestataires de services ont considéré les problèmes juridiques, politiques et relatifs aux droits de l'homme comme étant déconnectés des efforts (et au mieux, parallèles à ceux-ci) pour mettre en œuvre des programmes de prévention, de dépistage ou de traitement du VIH. Il importe que la modification de cette situation constitue une priorité dans les efforts visant à accélérer la riposte au VIH.

¹ Veuillez vous reporter à la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida, la Déclaration politique des Nations Unies de 2006 sur le VIH/sida, la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida : Intensification de nos efforts pour éliminer le VIH et le sida et la Déclaration politique de 2016 sur le VIH et le sida.

Ce document énonce des principes directeurs relatifs aux raisons et aux manières de déployer des efforts en vue d'accélérer les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, qui peuvent et devraient se fonder sur les droits de l'homme. Au-delà de constituer un impératif en eux-mêmes, les principes et les approches des droits de l'homme revêtent une importance capitale dans la lutte contre les obstacles entravant les services anti-VIH et pour atteindre les objectifs en matière de VIH. Les principes et les approches relatives aux droits de l'homme contribueront à tirer le maximum de la portée et de l'impact des programmes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Ils contribueront également à remédier aux difficultés potentielles des droits de l'homme et à prévenir les abus qui peuvent se produire dans le contexte des efforts urgents pour accélérer l'atteinte des objectifs de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.

En particulier, ce document décrit les principes clés des droits de l'homme, extraits des normes juridiques internationales, qui devraient guider la généralisation des services anti-VIH, et il explique brièvement comment ils s'appliquent aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Les éléments suivants précisent les principes fondamentaux des droits de l'homme de la plus haute importance :

- Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et bonne qualité des services.
- Non-discrimination et égalité.
- Respect de la vie privée et confidentialité (secret médical).
- Respect de la dignité personnelle et de l'autonomie.
- Participation significative et responsabilisation.

Ce document résume également les programmes des droits de l'homme qui devraient accompagner et/ou être intégrés aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Il fournit trois listes de contrôle pour apporter un soutien et guider les gouvernements, les donateurs, les responsables de la mise en œuvre du programme (dont les fournisseurs de services directs), les groupes de la société civile et d'autres parties prenantes lors de la conception, du suivi et de l'évaluation des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH afin de s'assurer que les résultats sont basés sur les principes et les approches des droits de l'homme, et qu'ils ne laissent personne de côté. Au fur et à mesure que le monde intensifie les actions visant à accélérer la riposte au VIH, il est temps que toutes les parties prenantes clés impliquées dans la riposte au VIH transposent des principes directeurs clairs concernant les droits de l'homme dans les programmes de prévention, de dépistage et de traitement liés au VIH.

Introduction

« Nous, chefs d'état et de gouvernement et représentants d'état et de gouvernement, réunis au Siège de l'Organisation des Nations Unies du 8 au 10 juin 2016, réaffirmons notre engagement de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, et de faire de cette réalisation notre legs aux générations présentes et futures »

2016 Déclaration politique des Nations Unies visant à mettre fin au sida, par. 1.

Nous pouvons mettre fin à l'épidémie de sida

Les pays du monde se sont engagés à le faire d'ici 2030 dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (1).

L'expérience acquise à ce jour fait apparaître les progrès significatifs qui peuvent être réalisés dans la riposte au sida grâce à la mobilisation des connaissances scientifiques, de la volonté politique, des ressources financières et de la société civile. Entre 2000 et 2015, les nouvelles infections annuelles au VIH ont diminué de 35% dans le monde (2). Entre-temps, les décès liés au sida ont diminué de 45%.

La généralisation du traitement a occupé une place centrale dans ces avancées. En 2000, moins de 1% des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avaient accès à la thérapie antirétrovirale (2). En 2015, cependant, le monde a atteint et dépassé l'objectif que 15 millions de personnes dans le monde bénéficient du traitement, la grande majorité d'entre elles se trouvant dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (3). Ces succès figurent parmi les plus grandes réalisations de l'histoire de la santé mondiale.

Mais il n'y aura pas d'éradication du sida sans faire face aux obstacles entravant les droits de l'homme et les efforts pour accélérer la riposte.

Après une décennie de progrès de grande envergure, la riposte au sida se trouve à un tournant décisif. À la fin de 2015 et sur le plan mondial, seulement 46% des adultes et 49% des enfants vivant avec le VIH bénéficiaient d'une thérapie antirétrovirale (4). Par ailleurs, 1,1 million de personnes sont décédées de maladies liées au sida rien qu'en 2015, et 2,1 millions de personnes supplémentaires ont été infectées par le VIH (2).

Des lacunes, des zones sans visibilité et l'incapacité à généraliser des programmes efficaces de prévention, de traitement et de soins du VIH pour tous compromettent nos efforts contre l'épidémie. De nombreuses populations dans le monde restent fortement affectées par le VIH mais ont un accès insuffisant à des services de prévention, de dépistage et de traitement de réelle haute qualité. Ces populations — qui englobent les adolescents et les jeunes (en particulier les adolescentes et les jeunes femmes), les prostitué(e)s, les détenus, les migrants, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues par voie intraveineuse — sont laissées-pour-compte par la riposte.²

Les obstacles aux droits de l'homme — dont la stigmatisation, la discrimination, la violence et d'autres maltraitements, les attitudes sociales négatives et les obstacles juridiques — contribuent à la vulnérabilité au VIH au sein de ces populations. Ils limitent également leur accès aux services de prévention, de dépistage, de traitement et de soins. Dans un récent rapport, l'ONUSIDA a souligné que les vulnérabilités et les obstacles liés aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes figurent parmi les raisons des déficiences alarmantes en matière de prévention du VIH et des progrès insuffisants réalisés dans la réduction des nouvelles infections par le VIH dans de nombreuses régions du monde (5).

² Le rapport sur les écarts de l'ONUSIDA de 2014 dresse une synthèse des enjeux et des défis auxquels sont confrontées les populations laissées-pour-compte dans la riposte. Voir l'ONUSIDA, le rapport sur les écarts (Genève : ONUSIDA ; 2014).

« La riposte au sida ne peut être accélérée que par la protection et la promotion de l'accès à une information, à une éducation et à des services appropriés et de haute qualité reposant sur des données factuelles, sans discrimination ni stigmatisation, en respectant pleinement les droits au respect de la vie privée, à la confidentialité (secret médical) et au consentement éclairé ... »

2016 Déclaration politique des Nations Unies visant à mettre fin au sida

Pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030, ces défis doivent et peuvent être surmontés. L'ONUSIDA a demandé à tous les pays de mettre à profit les prochaines années (jusqu'en 2020) étant donné l'occasion unique à saisir pour accélérer la riposte au VIH autour de trois domaines principaux : la prévention du VIH, le dépistage du VIH et le traitement du VIH. Cette approche axée sur l'accélération de la riposte — approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies (ONU) dans la Déclaration politique de 2016 visant à mettre fin au sida, — exige de tirer parti au mieux des outils existants afin d'accélérer le rythme des progrès pour atteindre des objectifs spécifiques d'ici 2030 de manière à ne laisser personne de côté.³ Cette atteinte signifie nécessairement de porter une attention particulière pour remédier aux obstacles aux droits de l'homme tels que la stigmatisation, la discrimination, la violence et d'autres maltraitements, ainsi que les lois et les politiques répressives qui concrétisent ou autorisent ces violations des droits fondamentaux de l'homme.

Les principes et les approches axées sur les droits de l'homme doivent faire partie des efforts pour accélérer la riposte au VIH.

L'éradication du sida relève d'une obligation incombant aux gouvernements. En prenant des mesures pour éviter l'apparition de nouvelles infections par le VIH et assurer l'accès à la prévention, au dépistage et au traitement du VIH pour tous, les gouvernements agissent dans le cadre de leur obligation de réaliser pleinement dans la durée les droits de l'homme à la vie et à l'atteinte du plus haut niveau possible de santé physique et mentale. Cette action, en corollaire, permet aux personnes de vivre pleinement et dans la dignité. Parallèlement, la protection et la promotion des droits de l'homme — en particulier ceux des personnes vivant avec le VIH et d'autres populations les plus affectées par l'épidémie — sont également nécessaires pour mettre fin au sida. Tous les États Membres de l'ONU ont reconnu la réalisation des droits de l'homme comme étant un élément essentiel de la riposte au VIH dans la Déclaration d'engagement de 2001 sur le VIH/sida, la Déclaration politique de 2006 sur le VIH/sida, la Déclaration politique de 2011 sur le VIH et le sida : Intensification de nos efforts pour éliminer le VIH et le sida et la Déclaration politique de 2016 sur le VIH et le sida : Accélérer la riposte pour lutter contre le VIH et mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 (6–9).

Depuis trop longtemps, plusieurs décideurs politiques, des responsables de la mise en œuvre des programmes et des prestataires de services ont considéré les problèmes juridiques, politiques et relatifs aux droits de l'homme comme étant déconnectés de leurs efforts (et au mieux, parallèles à ceux-ci) pour mettre en œuvre des programmes de prévention, de dépistage ou de traitement du VIH. Il importe que la modification de cette situation constitue une priorité dans les efforts visant à généraliser la riposte au VIH.

³ D'ici 2030, 95% de toutes les personnes vivant avec le VIH devraient connaître leur statut sérologique, 95% de tous ceux connaissant leur statut sérologique positif au VIH devraient recevoir un traitement et 95% des personnes recevant un traitement devraient bénéficier d'une suppression virale suffisante pour préserver leur système immunitaire et réduire considérablement une transmission ultérieure. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter les documents suivants : ONUSIDA, 90-90-90 : un objectif de traitement ambitieux pour aider à mettre fin à l'épidémie de sida (Genève : ONUSIDA ; 2014) ; ONUSIDA, Accélération de la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030 (Genève : ONUSIDA ; 2014) ; et la Déclaration politique de 2016 sur le VIH et le sida.

« La fin de l'épidémie de sida impliquera des progrès dans tout l'éventail des droits : civil, culturel, économique, politique, social, sexuel et ayant trait à la reproduction. La défense des droits de toute personne — dont les enfants, les femmes, les jeunes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogue, les prostitué(e)s et les clients, les transsexuels et les migrants — revêt une importance vitale pour assurer l'accès aux services permettant de sauver des vies humaines. Grâce à la réalisation de leurs droits, les personnes laissées-pour-compte vont pouvoir aller de l'avant, au premier plan de la démarche pour mettre fin au sida, — bien informées, mobilisées et engagées et disposant des moyens pour se prendre en charge. »

**Stratégie de l'ONUSIDA
2016-2021**

Les principes et les approches axées sur les droits de l'homme s'exercent à plusieurs niveaux et de diverses manières pour renforcer la riposte au VIH en créant un environnement plus propice aux services de prévention, de dépistage et de traitement. Il s'agit notamment du (a) niveau individuel, (b) niveau de la politique et du programme, et (c) niveau de la population.

Au niveau individuel, le respect et la protection des droits de l'homme permettent aux personnes exposées au risque de contracter le VIH ou les personnes vivant avec le VIH de bénéficier des services de prévention, de dépistage et de traitement. Cela renforce également la confiance dans les systèmes de soins de santé auprès des personnes individuelles, ce qui est essentiel à l'efficacité des programmes de santé publique. Par exemple, les programmes de sensibilisation des prestataires de soins de santé visant à réduire la stigmatisation et les attitudes discriminatoires vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH et des populations clés ; la protection des personnes contre la discrimination dans les établissements de soins de santé, assurant le respect du consentement éclairé dans le dépistage et le traitement, et la protection de la confidentialité du patient, sont des mesures qui se renforcent mutuellement qui permettent aux personnes de demander et d'accéder aux services anti-VIH.

L'application des principes des droits de l'homme au niveau des politiques et des programmes exige de l'attention quant à la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des services anti-VIH. (Ces éléments clés du droit à la santé sont examinés plus en détail ci-dessous.) Les principes des droits de l'homme contribuent également à attirer l'attention sur les personnes les plus marginalisées qui sont confrontées aux plus grands obstacles à l'accès. Ces principes exigent et permettent la participation des communautés concernées à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services anti-VIH, ce qui les rend plus efficaces.

Au niveau de la population, la protection et la promotion des droits de l'homme créent un environnement juridique, social et économique plus favorable, améliorant ainsi l'accès (et l'adoption) des services de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et d'accompagnement du VIH. L'abrogation des lois répressives et des politiques stigmatisantes qui nuisent aux populations à risque spécifiques exposées au VIH et la protection de ces populations contre la violence et la discrimination sécurisent et facilitent l'accès des personnes appartenant à ces populations aux services anti-VIH, ce qui par là-même, protège et renforce leur santé et celle d'autrui. Le fait de faire progresser l'éducation aux droits de l'homme — et la promotion d'une culture du respect des droits de l'homme en droit et plus largement dans la société — contribue également à engager, responsabiliser et mobiliser les communautés dans la protection et la réalisation de leurs droits, notamment dans le droit à des services de qualité.

Les principes et les approches axées sur les droits de l'homme sont particulièrement opportuns au moment où des mesures ont été prises pour généraliser rapidement les services anti-VIH parce qu'ils aideront à maximiser la portée et l'impact de ces programmes, ce qui contribue à la réalisation du droit à la santé. Ils prêteront également main forte pour relever les défis potentiels relatifs aux droits de l'homme et à l'égalité des sexes et pour prévenir les abus qui peuvent se produire dans le contexte d'efforts urgents déployés pour accélérer les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.

À propos de ce document d'orientation

Ce document énonce des principes directeurs relatifs aux raisons et aux manières de déployer des efforts en vue d'accélérer les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, qui peuvent et devraient se fonder sur les droits de l'homme. En particulier, il met en évidence qu'au-delà de constituer un impératif en eux-mêmes, les principes et les approches axées sur les droits de l'homme revêtent une importance capitale pour faire face aux obstacles entravant les services anti-VIH et pour atteindre les objectifs en matière de recul de la séropositivité.

Ce document comporte des exemples concrets qui illustrent l'importance d'intégrer les droits de l'homme dans les programmes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH. Il décrit également des programmes spécifiques consacrés aux droits de l'homme pour éliminer la stigmatisation et la discrimination et pour faciliter l'accès à la justice si cela s'avère nécessaire, tous ces éléments étant complémentaires aux ripostes efficaces au VIH.

En particulier, il comprend les éléments suivants :

- Une description des principes clés des droits de l'homme, qui devraient instruire la généralisation des services anti-VIH, et la manière dont ils s'appliquent aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH en particulier.
- Une brève présentation des principaux programmes consacrés aux droits de l'homme qui devraient accompagner et/ou être intégrés aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.
- Trois listes de contrôle (qui figurent dans l'Annexe) pour apporter un soutien et guider les gouvernements, les donateurs, les responsables de la mise en œuvre du programme (dont les fournisseurs de services directs), les groupes de la société civile et d'autres parties prenantes dans la conception, le suivi et l'évaluation des programmes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH afin de s'assurer que les résultats sont basés sur les principes et les approches axées sur les droits de l'homme, et qu'ils ne laissent personne de côté.

Intégration des principes des droits de l'homme dans les efforts pour accélérer les services anti-VIH

« L'idée maîtresse est de mener l'action adéquate au bon endroit, pour les bonnes personnes et de la bonne manière ».

ONUSIDA. Le sida en chiffres 2015.
Genève : ONUSIDA, 2015.

L'éradication de l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 est un objectif ambitieux. Elle nécessite des progrès rapides en vue de la réalisation des objectifs clés en matière de prévention, de dépistage et de traitement du VIH à atteindre d'ici 2020. Ces objectifs concernent notamment la réduction du nombre de nouvelles infections au VIH à moins de 500 000 personnes, la réduction du nombre de décès liés au sida à moins de 500 000 personnes et l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH (10, 11).

La réalisation de ces objectifs exigera de se concentrer sur les pays, les lieux et les populations qui pâtissent des pires conséquences de l'épidémie (4, 10, 12, 13). La généralisation rapide des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH constitue donc un impératif pour les droits de l'homme et une nécessité de santé publique. Cependant, il convient d'assurer que tout en accélérant la riposte pour mettre fin au sida, les services anti-VIH continuent à respecter, protéger et assurer les droits de l'homme, notamment ceux des populations particulièrement touchées par le VIH. Ces populations — qui sont particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH et au refus de soins contre le VIH dans différents contextes et de différentes manières — sont notamment les suivantes :

- Adolescents et jeunes (en particulier les adolescentes et les jeunes femmes).
- Personnes vivant avec le VIH.
- Prostitué(e)s.
- Hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.
- Transsexuels.
- Consommateurs de drogue.
- Prisonniers et autres détenus.

Parmi ces groupes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les prostitué(e)s et leurs clients, les transsexuels, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, ainsi que les prisonniers et les autres détenus sont considérés comme des populations clés. Ces populations clés sont souvent victimes de lois répressives ou de politiques de stigmatisation et elles figurent parmi les populations les plus susceptibles d'être exposées au VIH (14). L'analyse des données mises à la disposition de l'ONUSIDA incite à penser que plus de 90% des nouvelles infections à VIH en Asie centrale, en Europe, en Amérique du Nord, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord en 2014 ont eu lieu parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels (13). De plus, la permanence de l'inégalité endémique entre les sexes — notamment des taux de pauvreté plus élevés, des restrictions à la participation à la vie publique, la violence et le harcèlement fondés sur l'appartenance sexuelle et la difficulté d'accès aux services de santé en matière de sexualité et de procréation non discriminatoires et respectueux des droits — continuent également à saper les efforts visant à lutter contre le VIH chez les femmes et les filles.

« Le fondement de la riposte au sida repose sur un engagement absolu à protéger les droits de l'homme. Rien d'autre que la discrimination zéro n'est acceptable. »

ONUSIDA. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. Genève : ONUSIDA, 2014.

En se fondant sur le vaste corpus de normes relatives aux droits de l'homme, cette section dégage un ensemble de principes clés qu'il importe d'intégrer au développement et à la fourniture des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.

Principes clés des droits de l'homme concernant les services anti-VIH

Voici les cinq principes clés les plus importants en matière de droits de l'homme lors de la généralisation des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH :

- Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et bonne qualité des services.
- Non-discrimination et égalité.
- Respect de la vie privée et confidentialité (secret médical).
- Respect de la dignité personnelle et de l'autonomie.
- Participation significative et responsabilisation.

Ces principes clés découlent des traités et des instruments internationaux et régionaux existants concernant les droits de l'homme qui imposent des obligations aux états. Notamment, ces traités comprennent les instruments et les traités fondamentaux relatifs aux droits de l'homme du système des Nations Unies,⁴ ainsi que les principaux traités et instruments relatifs aux droits de l'homme adoptés par divers organes régionaux.⁵ La mesure dans laquelle les états ont accepté d'être lié par les traités relatifs aux droits de l'homme varie, mais chaque État Membre de l'ONU a ratifié au moins un des traités fondamentaux des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme et 80% des États Membres en ont ratifié quatre ou plus (15). De surcroît, les principes qui sous-tendent les droits énoncés dans ces traités relèvent souvent du droit interne des pays, provenant de lois constitutionnelles protégeant certains droits fondamentaux ainsi que d'autres lois et règlements qui donnent effet à l'exercice des droits de diverses façons (par exemple, les lois protégeant le respect de la vie privée, la protection contre la discrimination dans diverses situations, ou l'interdiction des agressions sexuelles ou d'autres formes de violence).

⁴ Les instruments fondamentaux du système international moderne des droits de l'homme sont constitués par la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966) et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966). Les autres traités fondamentaux relatifs aux droits de l'homme du système des Nations Unies sont la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965), la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979), la Convention contre la torture et autres formes de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (1984), la Convention relative aux droits de l'enfant (1989), la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990), la Convention internationale pour la protection de toutes les personnes issues de la disparition forcée (2006) et la Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006). Pour la liste complète et le texte intégral de tous les traités fondamentaux des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme, nous vous invitons à consulter la page web du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) : <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CoreInstruments.aspx>. D'autres traités de l'ONU servent également à protéger les droits de l'homme de divers groupes (tels que les réfugiés) ou dans des contextes spécifiques (par exemple, l'éducation ou le travail).

⁵ Au nombre des exemples, mentionnons la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981), la Convention européenne des droits de l'homme (1950), la Charte sociale européenne révisée (1996), la Convention américaine sur les droits de l'homme (1969) et le Protocole de San Salvador à cette convention (1988) et la Charte arabe des droits de l'homme (2004). La mesure dans laquelle ces traités comportent le même niveau de protection des droits de l'homme que ceux énoncés dans les traités de l'ONU varie considérablement. Au niveau des Nations Unies, d'autres traités ont été adoptés dans certains systèmes régionaux qui traitent plus en détail des droits de populations spécifiques (femmes, enfants, prisonniers, réfugiés, etc.) ou des préoccupations spécifiques en matière de droits de l'homme (telles que la torture ou les droits du travail).

Les traités internationaux entraînent des obligations juridiques contraignantes qui s'imposent aux gouvernements.⁶ Mis à part les traités juridiquement contraignants, des principes importants des droits de l'homme reconnus par les états peuvent également apparaître, généralement sous forme non contraignante, dans des déclarations et des résolutions de diverses sortes adoptées par les états au sein de l'Assemblée générale des Nations Unies ou de ses organes subsidiaires tels que le Conseil des droits de l'homme.

Des documents d'orientation importants concernant les normes relatives aux droits de l'homme peuvent également apparaître dans les sources suivantes :

- Les différents comités d'experts ou groupes de travail (dénommés « organes de traités ») dans les systèmes des Nations Unies (ou régionaux) qui surveillent la conformité des états à leurs obligations en matière de droits de l'homme en vertu de divers traités.
- Les différents rapporteurs spéciaux et autres experts indépendants (ce qu'il est convenu d'appeler les « procédures spéciales » dans le système des Nations Unies), qui entreprennent des recherches analytiques et des missions par pays, et mènent des consultations avec des états, des experts universitaires, des organisations de la société civile et des organisations intergouvernementales des Nations Unies et d'autres organisations pour prêter leur concours à la définition et au développement du contenu des normes internationales relatives aux droits de l'homme.
- Les agences et les programmes spécialisés des Nations Unies établis par les états, produisent des documents d'orientation techniques dans divers formats qui reflètent les normes relatives aux droits de l'homme ou qui contribuent à définir les politiques, les programmes et les services qu'il convient de prévoir afin de respecter les normes relatives aux droits de l'homme. Par exemple, l'ONUSIDA et le HCDH ont produit les *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*, qui fournissent aux états des documents d'orientation permettant de traduire les normes internationales relatives aux droits de l'homme en mesures d'application concrètes dans le contexte du VIH (16).

Sources des normes, des principes et des documents d'orientation des droits de l'homme

- Traités ratifiés par les états à l'ONU ou au niveau régional.
- Droit international coutumier.
- Déclarations et résolutions adoptées par les états.
- Commentaires, recommandations et conclusions des comités d'experts des droits de l'homme.
- Rapporteurs des droits de l'homme et autres experts indépendants se voyant conféré un mandat par les états.
- Documents d'orientation techniques d'agences spécialisées des Nations Unies et d'autres organisations internationales.
- Constitutions nationales et autres lois.

⁶ En outre, certaines normes fondamentales des droits de l'homme bénéficient d'une protection universelle en vertu de ce qu'on appelle le droit international coutumier dans tous les pays, c'est-à-dire la pratique générale des états consistant à accepter ces droits au titre de leurs obligations légales. Ces obligations s'appliquent indépendamment du fait que les états les ont codifiées dans les traités internationaux ou le droit interne.

Enfin, d'autres organisations internationales ont pris des mesures pour intégrer les normes relatives aux droits de l'homme dans les services anti-VIH et assurer la responsabilisation. Par exemple, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) a adopté des normes minimales en matière de droits de l'homme qui font désormais partie intégrante de chaque accord de subvention. Entre autres conditions, tout programme soutenu par des fonds provenant d'une subvention du Fonds mondial doit assurer un accès non discriminatoire aux services pour tous (y compris les personnes placées en rétention), et les programmes doivent respecter et protéger le consentement éclairé, la confidentialité et le droit au respect de la vie privée concernant la prévention, le dépistage, le traitement ou les autres services de santé rendus dans le cadre du VIH, de la tuberculose et du paludisme.

En 2017, le Fonds mondial a publié un note d'information technique sur le VIH, les droits de l'homme et l'égalité des sexes qui vient en appui aux candidats au financement afin d'inclure et généraliser dans leurs programmes de subventions du Fonds mondial la suppression des obstacles liés aux droits de l'homme et à l'égalité entre les sexes entravant l'accès aux services anti-VIH et pour mettre en œuvre des approches du VIH fondées sur les droits de l'homme et tenant compte de la sexospécificité (17).

Bien qu'il soit important de comprendre que les normes relatives aux droits de l'homme sont finalement enracinées dans les normes juridiques que les gouvernements ont acceptées et réaffirmées à plusieurs reprises, les prestataires de services n'ont pas besoin de disposer d'une connaissance approfondie de tous ces instruments et de leurs sources juridiques. En d'autres termes, ce document d'orientation tente de synthétiser les principes et les éléments à prendre en considération les plus importants, et de les appliquer au contexte de la prévention, du dépistage et du traitement du VIH.

Les principes des droits de l'homme sont interconnectés et se renforcent mutuellement. À titre d'exemple, la protection de la vie privée concernant les informations personnelles en matière de santé est importante si les services doivent être accessibles et acceptables. Cet aspect peut également se révéler particulièrement important pour les jeunes, les femmes et les filles, et les membres des populations clés, ce qui rend nécessaire d'assurer un accès égal aux services pour tous. De même, le fait d'assurer l'accessibilité des services exige que les personnes ne subissent pas de discrimination lorsqu'elles les demandent ou en reçoivent. Le respect de l'autonomie personnelle dans la prestation des services anti-VIH constitue un aspect essentiel de l'acceptabilité et de la bonne qualité de ces services, et ce respect doit s'appliquer d'une manière égale à tous les utilisateurs du service. Cette redondance entre les principes clés dans le contexte des services anti-VIH illustre le fait reconnu dans le droit international, que les droits de l'homme sont indivisibles et interdépendants — c'est-à-dire que la jouissance d'un droit dépend souvent de la capacité d'exercer d'autres droits et l'amélioration d'un droit facilite souvent l'exercice des autres.

Afin d'aider à guider et à suivre l'inclusion effective des cinq principes et approches clés en matière de droits de l'homme dans les efforts pour accélérer la prévention, le dépistage et le traitement du VIH, la suite de ce chapitre couvre ce qui suit :

- Présenter le contenu et la pertinence de ces principes clés interdépendants dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services anti-VIH.
- Expliciter concrètement ce que chaque principe exige pour les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.

Ces principes sont transposés en listes de contrôle qui se trouvent dans l'annexe de ce document d'orientation.

Principe 1 : disponibilité, accessibilité, acceptabilité et bonne qualité des services anti-VIH

En quoi consiste le principe ?

Le droit au plus haut niveau de santé possible exige que les gouvernements veillent à ce que les biens, services et informations sur la santé soient disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité (également appelés exigences AAAQ).⁷

- La disponibilité signifie que « des établissements de santé publique et des centres de soins de santé, des biens et des services opérationnels, ainsi que des programmes, doivent être disponibles en quantité suffisante » (18).
- L'accessibilité signifie que « les biens et les services doivent être accessibles à tous sans discrimination », et cela comprend une accessibilité physique et géographique ainsi qu'une accessibilité économique ou financière (c.-à-d. le caractère abordable en termes de prix) (18).
- L'acceptabilité signifie que tous les « centres, biens et services de soins de santé doivent être respectueux de l'éthique médicale et des différences culturelles, c'est-à-dire respectueux de la culture des personnes individuelles, des minorités, des peuples et des communautés, en tenant compte des différences entre les sexes et des exigences du cycle de vie, ainsi qu'être conçus de manière à respecter la confidentialité (secret médical) et améliorer l'état de santé des personnes concernées » (18).
- Les exigences de qualité incluent le fait que « tout en étant culturellement acceptables, les centres, les biens et les services de soins de santé doivent également être scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité » (18).

Quelles sont les implications au niveau de l'accélération des mesures de prévention, de dépistage et de traitement du VIH ?

Les produits, services et informations suivants pour l'association de mesures de prévention, de dépistage et de traitement du VIH devraient être disponibles, conformément aux recommandations de l'OMS et de l'ONUSIDA :

- Programmation de préservatifs et de lubrifiants (comprenant les préservatifs masculins et féminins).
- Services de réduction des risques (dont les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues et la thérapie de substitution aux opioïdes).
- Services de qualité du dépistage du VIH.
- Médicaments antirétroviraux pour la prophylaxie post-exposition (PEP) et la prophylaxie pré-exposition (PrEP).
- Médicaments antirétroviraux pour le traitement des personnes vivant avec le VIH et traitements contre les infections opportunistes.
- Circoncision masculine médicale volontaire (VMMC, *Voluntary medical male circumcision*).
- Accès aux services d'infection sexuellement transmissibles (IST).
- Programmes sociaux et comportementaux, dont une éducation sexuelle complète (12, 19, 20).

⁷ Le droit à la santé englobe certaines obligations fondamentales minimales des gouvernements, notamment : (a) assurer l'accès aux centres, biens et services de soins de santé sur une base non discriminatoire, en particulier pour les groupes vulnérables ou marginalisés ; (b) la fourniture de médicaments essentiels, tels que définis de temps à autre par la directive de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (c'est-à-dire la Liste modèle de l'OMS des Médicaments essentiels, mise à jour périodiquement et disponible en ligne à l'adresse <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>) ; et (c) assurer la répartition équitable de tous les centres, biens et services de soins de santé (18).

Il importe que les biens, services et informations ci-dessus soient disponibles pour tous ceux qui en ont besoin selon les modalités suivantes :

- En quantité et en nombre de sujets traités suffisants.
- Dans des endroits accessibles, en ce compris les zones urbaines et les zones rurales, et dans des endroits facilement accessibles à tous ceux qui en ont besoin (dont les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés).
- Dans des formes et des modes qui répondent aux risques spécifiques de ceux qui les utilisent et qui sont adaptés à leurs besoins.
- Mis à disposition gratuitement ou à un coût abordable.
- Grâce à des produits de base fabriqués selon les normes et les procédures internationales qui garantissent la sécurité, la qualité et l'efficacité.

En outre, les gouvernements doivent généraliser la disponibilité des services anti-VIH en procédant comme suit :

- Assurer la répartition équitable d'un nombre suffisant de centres, de programmes et de personnel de soins de santé dûment formé et rémunéré pour fournir des services anti-VIH d'une manière proportionnée aux besoins locaux.
- Intégrer les services anti-VIH dans d'autres services de santé comme autre moyen d'aider à généraliser la disponibilité des programmes anti-VIH.

Les gouvernements doivent accélérer les efforts visant à rendre accessibles les services anti-VIH en supprimant tout obstacle juridique, politique ou pratique qui entrave l'accès directement ou indirectement. Ces obstacles peuvent inclure ce qui suit :

- Supprimer toute exigence et éliminer toute pratique qui requiert que le conjoint ou le partenaire d'une femme doive donner son autorisation ou doit être informé que la femme bénéficie de services anti-VIH (par exemple, les préservatifs, la PEP, la PrEP, le dépistage ou le traitement). De même, supprimer toute exigence et éliminer toute pratique qui requiert l'autorisation des parents ou du tuteur pour les adolescents qui demandent des services anti-VIH.⁸
- Prendre des mesures pour éliminer les obstacles physiques et autres pour que les personnes vivant avec un handicap soient en mesure d'accéder aux services anti-VIH.
- Envisager d'attribuer la responsabilité des services de santé pénitentiaire aux ministères de la santé plutôt qu'aux ministères en charge des prisons. Cela améliorera l'accès des détenus aux services anti-VIH et assurera que ces derniers sont équivalents à ceux disponibles dans la communauté.

Les gouvernements doivent également promouvoir l'accessibilité et l'acceptabilité des services anti-VIH, en particulier auprès des jeunes, des femmes et des filles, des personnes vivant avec un handicap, des populations autochtones et d'autres populations clés en prenant des mesures

⁸ Une étude récente a révélé que l'un des principaux obstacles à l'adoption des services de dépistage du VIH et de conseils chez les adolescents en Afrique subsaharienne est l'obligation de l'autorisation parentale ou du tuteur en ce qui concerne les mineurs(21). L'élimination de ces obstacles et l'adoption de cadres juridiques et politiques qui soutiennent l'accès indépendant aux services de dépistage du VIH chez les adolescents de moins de 18 ans constitue une étape nécessaire et importante pour accroître l'accessibilité à une population clé affectée par l'épidémie (22).

pour réduire les obstacles à l'accès (comme la peur de la stigmatisation, la discrimination, l'incrimination et d'autres abus). Voici quelques exemples de la façon de réduire ces obstacles :

- Des programmes complémentaires visant à assurer la protection (et éventuellement l'élimination) concernant la stigmatisation, la discrimination et l'incrimination injuste des personnes vivant avec le VIH et des populations clés (comme les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des prostitué(e)s et des consommateurs de drogue). De tels programmes seront nécessaires pour assurer l'accessibilité et l'acceptabilité des services anti-VIH parmi ceux qui sont préoccupés des répercussions d'être identifiés comme positifs au VIH et/ou d'appartenir à une population stigmatisée et criminalisée.
- La sensibilisation et participation de la communauté aux efforts de prévention et de dépistage du VIH, en particulier parmi les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les membres des populations clés (hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, prostitué(e)s et consommateurs de drogues par voie intraveineuse).
- Les programmes visant à améliorer l'autonomie économique des femmes et des filles et à lutter contre la violence fondée sur l'appartenance sexuelle.

Il est nécessaire que les gouvernements assurent également l'accessibilité économique (c'est-à-dire le caractère abordable en termes de prix) de la prévention du VIH (par exemple, des préservatifs, du matériel d'injection stérile, des kits PEP, PrEP, VMMC), des outils de dépistage (par exemple des kits de test) et des traitements (c'est-à-dire des médicaments). Cela peut être réalisé en procédant comme suit :

- Adopter et/ou avoir recours à des lois, à des politiques et à des initiatives qui augmenteront le caractère abordable en termes de prix (par exemple, la réglementation des prix et la prévention contre les prix abusifs).
- Promulguer des lois relatives à la propriété intellectuelle et à la concurrence qui améliorent les conditions de concurrence entre les fabricants de produits pharmaceutiques afin de réduire les prix et d'utiliser les latitudes offertes par ces lois à cette fin.
- Abaisser ou éliminer les frais d'utilisation qui peuvent représenter des obstacles à l'accès aux services de prévention et de dépistage du VIH ainsi que pour les tests de charge CD4 et virale.

Le fait d'assurer la qualité des biens, des services et de l'information sur le VIH est essentiel à la fois pour leur acceptabilité et pour leur effectivité à l'égard des utilisateurs. Cela requiert les éléments suivants :

- Les services doivent être fondés sur des données factuelles.
- Les produits de base doivent respecter les normes relatives au produit.
- L'information doit être précise et accessible dans différents formats pour un large éventail de publics présentant différents niveaux de compréhension.
- Les services doivent être fournis de manière à respecter les normes relatives aux droits de l'homme.
- Les prestataires de soins de santé doivent avoir reçu une formation en matière d'attitudes et de pratiques éthiques et non discriminatoires.
- Des mécanismes de recours doivent exister en cas de violation des droits de l'homme dans les établissements de soins de santé.

Pour assurer l'acceptabilité des services anti-VIH dans toutes les populations qui en ont besoin, il est important que les gouvernements, les établissements de santé et les prestataires de services suivent des documents d'orientation techniques tels que les principes directeurs de l'OMS pour les services de dépistage du VIH — qui comprennent « les 5 C » (consentement, confidentialité, conseils, résultats corrects des tests et connexion aux soins) — et les principes directeurs de l'OMS sur le traitement du VIH, comprenant les recommandations adaptées aux populations spécifiques (23). En particulier, il convient que les services accomplissent ce qui suit :

- Les programmes de dépistage du VIH ne doivent pas inclure des approches coercitives. Par ailleurs, un élément indissociable d'une approche basée sur les droits de l'homme des services de dépistage du VIH consiste à assurer le consentement éclairé aux tests, ce qui requiert des informations adéquates préalables aux tests qui sont accessibles et compréhensibles par la personne en voie d'être l'objet d'un test.
- Il importe que les programmes garantissent l'exactitude dans l'établissement d'un diagnostic, par exemple en ayant recours à des tests de diagnostic de bonne qualité (par exemple, des tests de diagnostic rapide préqualifiés par l'OMS) et en mettant en œuvre les stratégies de test recommandées par l'OMS.⁹
- Il convient que les programmes entreprennent des activités visant à améliorer l'acquisition de connaissances en matière de prévention et de traitement, étant donné que cela améliore l'acceptabilité et la faisabilité de la prévention et du traitement du VIH, en particulier lorsque le traitement est de longue durée (comme c'est le cas pour le VIH) (24).

Principe 2 : égalité et non-discrimination

En quoi consiste le principe ?

L'égalité et la non-discrimination sont des principes fondamentaux des droits de l'homme qui constituent le fondement de la réalisation de tous les autres droits de l'homme. Comme indiqué ci-dessus, il existe une obligation fondamentale minimale incombant aux états de veiller à ce que les centres, les biens et les services de soins de santé soient répartis équitablement et d'assurer l'accès à ces services sur une base non discriminatoire(18). De même, les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH doivent être accessibles sans discrimination, en ce compris sur la base du statut socioéconomique (c'est-à-dire qu'ils doivent être abordables pour tous) et doivent être acceptables (c'est-à-dire respecter la culture et les besoins des populations spécifiques).

Les principes de la non-discrimination et de l'égalité sont renforcés considérablement dans le cadre d'une multitude d'instruments internationaux et de documents d'orientation relatifs aux droits de l'homme, notamment en ce qui concerne diverses populations affectées de manière plus que proportionnelle par le VIH (dont les jeunes, les femmes et les filles, les populations autochtones et les populations clés). L'égalité des hommes et des femmes dans la jouissance de tous les droits de l'homme, dont le droit à la santé, est réitérée à maintes reprises dans le droit international.¹⁰

⁹ Pour en savoir plus sur le problème du diagnostic erroné et des documents d'orientation pour assurer la qualité des services de dépistage, notamment les préoccupations en matière de droits de l'homme soulevées par un diagnostic erroné, nous vous invitons à consulter les Annexes 8, 9 et 14 des Directives consolidées de l'OMS sur les services de dépistage du VIH (23).

¹⁰ Au nombre des exemples, mentionnons ce qui suit : Articles 2.2 et 3 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ; Articles 2.1 et 3 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques ; Articles 1, 3 et 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; paragraphe 1 de la Recommandation générale n° 5 : Les femmes et le VIH/sida (1990) ; et les paragraphes 29 et 36 de la Recommandation générale n° 24 : Femmes et santé (1999).

De même, divers traités, résolutions et déclarations des états les engagent à répondre à des préoccupations particulières concernant la discrimination et l'accès inégal aux biens, aux services et aux informations en matière de santé de diverses populations, telles que les minorités raciales, les peuples autochtones, les enfants et les adolescents, les personnes âgées, certains migrants, les prisonniers et les autres personnes placées en détention (25–40). Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU a souligné que le principe de non-discrimination doit inclure la discrimination à la fois formelle (telle que celle dans les lois ou les politiques) et la discrimination substantielle (comme l'adoption de mesures spéciales pour surmonter les attitudes ou les conditions qui perpétuent la discrimination dans la pratique) (41). La discrimination directe et indirecte est interdite par le droit international des droits de l'homme.¹¹

Quelles sont les implications au niveau de l'accélération des mesures de prévention, de dépistage et de traitement du VIH ?

Chaque personne a besoin d'un niveau d'accès équitable aux services qui peuvent aider à prévenir la transmission du VIH, telles que l'information de base de la prévention et les produits de base qui leur sont accessibles. Il est également nécessaire que chaque personne ait l'opportunité de bénéficier d'un dépistage du VIH dans le cas où elle aurait été exposée à une éventuelle infection (que ce soit par l'activité sexuelle, le partage de matériel d'injection contaminé, la grossesse ou la naissance, etc.), alors que les personnes qui sont diagnostiquées comme étant positives au VIH ont besoin de se voir offrir la possibilité de recevoir des soins médicaux (notamment une thérapie antirétrovirale). L'égalité de base dans la jouissance du droit à la santé nécessite l'accès pour tous.

¹¹ La discrimination directe se produit lorsqu'un individu est traité moins favorablement qu'une autre personne dans une situation similaire pour une raison liée à un motif interdit ; par exemple, dans les situations où l'emploi est refusé aux personnes vivant avec le VIH en raison de leur statut sérologique à l'égard du VIH. La discrimination indirecte se réfère à des lois, des politiques ou des pratiques qui semblent neutres au pied de la lettre, mais qui ont une incidence disproportionnée sur l'exercice des droits de l'homme. Par exemple, le fait d'exiger un certificat de naissance pour l'inscription d'un enfant à l'école peut constituer une discrimination à l'égard des minorités ethniques ou des non-ressortissants qui ne possèdent pas de certificat ou à qui on a refusé d'en délivrer. Voir le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. General Comment 20: Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Article 2, para 2). E/C.12/GC/20, 10 June 2009.

Réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH parmi les travailleurs du secteur de la santé en Thaïlande

Bien que la Thaïlande offre un dépistage et un traitement du VIH gratuits dans le cadre de son système de soins de santé universel, les données de l'enregistrement du traitement en 2012 indiquent que la moitié des personnes vivant avec le VIH ont commencé un traitement tardif lorsqu'elles avaient un nombre de CD4 inférieur à 100. Les autorités sanitaires ont reconnu la stigmatisation liée au VIH comme constituant un obstacle à l'adoption des services, et elles ont fixé comme objectif de réduire de moitié la stigmatisation et la discrimination liées au VIH d'ici à 2016. Pour comprendre et faire face à cette situation, une recherche multilatérale, ayant reçu l'appui du ministère de la Santé, a révélé que plus de 80% des travailleurs du secteur de la santé interrogés manifestaient au moins une attitude négative envers les personnes vivant avec le VIH, alors qu'approximativement 20% d'entre eux avaient observé des collègues qui n'étaient pas disposés à fournir des services aux personnes vivant avec le VIH ou leur avaient fourni des services inférieurs aux normes établies. Plus de la moitié des répondants ont utilisé des mesures de protection personnelle inutiles — telles que le port de deux paires de gants chirurgicaux — lorsqu'ils interagissent avec des personnes vivant avec le VIH. Parmi les personnes vivant avec le VIH qui ont été interrogées, environ un quart d'entre elles ont déclaré éviter de demander un traitement dans les structures sanitaires locales en raison de la crainte d'une divulgation ou d'un mauvais traitement, et environ un tiers a déclaré que leur statut sérologique a été divulgué sans leur consentement. L'enquête a également enregistré des données relatives à la stigmatisation par rapport aux populations clés.

Les données factuelles ont déclenché une accélération de l'action à l'échelle du système. Le Ministère de la santé publique de la Thaïlande, en collaboration avec la société civile et des partenaires internationaux, a pris des initiatives visant à sensibiliser un large éventail de travailleurs du secteur de la santé, y compris ceux travaillant dans des milieux de travail non cliniques. Les premiers résultats amènent à penser que l'amélioration de l'attitude des travailleurs du secteur de la santé n'est pas seulement essentielle pour fournir de meilleurs soins aux personnes vivant avec le VIH, mais qu'elle apporte également des avantages sociaux au sens large parce que les professionnels de la santé sont très appréciés et considérés comme des modèles sociaux. Le programme pilote a également confirmé que la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins de santé peuvent être mesurées régulièrement, les informations recueillies servant de base à la planification et à la gestion de l'action et à l'évaluation des résultats (4).

L'urgence de la généralisation des services ne peut pas constituer une excuse à une discrimination injustifiée dans la sélection des populations pour lesquelles l'extension du service constitue une priorité ou dans les lieux où il se produit. Les décisions quant à la façon et au lieu où il convient de procéder à la généralisation doivent reposer sur des données factuelles, et non sur des hypothèses préjudiciables ou sur un refus discriminatoire de reconnaître les populations les plus touchées et nécessitant des services. En effet, le fait d'asseoir dans la durée la discrimination dans l'accès aux services, plutôt que d'être guidé par des données factuelles, rendra plus difficile l'accès universel nécessaire pour mettre fin à l'épidémie du sida.

Les principes de non-discrimination et d'égalité exigent les éléments suivants en ce qui concerne les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH :

- Il importe que les biens, les services et l'information sur le VIH soient disponibles pour tous. Les services doivent être délibérément conçus et rendus en vue d'atteindre équitablement toutes les populations dans le besoin, notamment les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés. Ces services doivent être fournis de manière non discriminatoire afin de permettre et encourager l'accès des populations dans le besoin. Une telle action nécessite des politiques et des pratiques qui interdisent clairement la discrimination injustifiée dans la prestation des services et fournissent une voie de recours en cas de discrimination fondée sur le sexe, la race, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression sexuelle, le statut sérologique à l'égard du VIH, l'usage ou la dépendance à la drogue, le commerce du sexe, l'invalidité, l'incarcération et d'autres motifs. Par exemple, il est discriminatoire de procéder à un dépistage des femmes sans leur consentement éclairé parce qu'elles sont enceintes ou de refuser la thérapie antirétrovirale à une personne qui utilise des drogues illicites (par exemple, en raison de l'hypothèse préjudiciable qu'en raison de leur consommation de drogue, ils n'adhèreront pas ni ne tireront profit d'un traitement). De même, il est discriminatoire de pratiquer la ségrégation envers les patients atteints du VIH, de leur refuser les procédures médicales ou de leur imposer des frais supplémentaires pour les services (42).
- La réalisation de l'égalité dans les services et les programmes de prévention du VIH peut également nécessiter un accent particulier placé sur la fourniture et la généralisation de services pour les populations qui sont affectées de manière plus que proportionnelle par le VIH et qui sont souvent laissées-pour-compte dans la réponse au VIH, notamment les détenus, les personnes ayant des handicaps physiques ou autres, les prostitué(e)s, les consommateurs de drogue, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ou les transsexuels, les migrants, les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, et les adolescents et les jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes.
 - Des programmes de prévention du VIH sont requis d'urgence pour lutter contre l'épidémie chez les prisonniers. Dans certains milieux, la prévalence du VIH chez les personnes placées en détention peut être jusqu'à 50 fois plus élevée que dans la population générale (13).
 - Il est nécessaire de prendre des mesures positives pour s'assurer que les services sont accessibles aux personnes ayant un handicap physique ou autre, car elles représentent l'une des populations les plus larges et les plus démunies (13).
 - Il est discriminatoire de refuser de faire aboutir et diffuser des informations et du matériel de prévention du VIH pour les prostitué(e)s, les consommateurs de drogue, les homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, ou les transsexuels en raison de la conviction que cela nécessite d'aborder leurs pratiques sexuelles, les comportements ou l'identité sexuelle d'une manière factuelle.

- De même, il est discriminatoire de sous-financer les services de santé, notamment les services anti-VIH, pour les communautés autochtones.
- Les populations de migrants, de réfugiés et de personnes déplacées à l'intérieur du pays sont souvent moins bien desservies en services anti-VIH et en services de santé.
- Les adolescents et les jeunes, en particulier les adolescentes et les jeunes femmes dans certaines régions, comme l'Afrique orientale et australe, courent un risque accru d'infection par le VIH.
- En fournissant un traitement lié au VIH ou d'autres services de santé, il convient de prendre soin d'éviter ou, au minimum, de minimiser le risque de discrimination ultérieure ou d'autres violations des droits de l'homme (comme la violence) contre ceux qui ont recours à ces services (43). Par exemple, le respect et la protection du droit à la vie privée sont importants afin de respecter la dignité personnelle et l'autonomie des personnes lors de la divulgation de leur statut sérologique à l'égard du VIH ou d'autres informations personnelles, et cela contribue à la protection contre d'autres violations.
- De même, il convient de prendre soin d'éviter les efforts de prévention, de dépistage et de traitement du VIH qui augmentent la stigmatisation, la discrimination ou d'autres violations des droits de l'homme déjà vécues par les personnes vivant avec le VIH, les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés. Par exemple, il convient d'éviter que des messages de prévention du VIH puissent conduire à ce que certaines populations servent de boucs émissaires en tant que vecteurs de la maladie, qu'il s'agisse des prostitué(e)s, des consommateurs de drogue, des homosexuels ou d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des transsexuels ou les personnes considérés comme étant des étrangers. La stigmatisation diminue l'adhérence au traitement (44, 45).

Étant donné la prévalence du VIH plus élevée parmi les populations clés et leur fardeau plus lourd en ce qui concerne le sida qui est en partie enraciné dans les inégalités sociales, économiques et juridiques, l'assurance d'un accès équitable et non discriminatoire aux services nécessitera des efforts pour éliminer ces obstacles dans l'environnement dans lequel les services anti-VIH doivent être fournis. Par exemple, il est nécessaire de supprimer les lois, les politiques et les pratiques discriminatoires qui refusent ou restreignent l'accès aux services anti-VIH et leur utilisation en faveur de populations spécifiques. Cela indique l'importance de divers programmes de droits de l'homme — tels que les campagnes « Connaissez vos droits », l'accès aux services juridiques, les efforts de réforme du droit et les actions en justice stratégiques — pour créer un environnement plus propice favorisant l'adoption des services anti-VIH. (Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter les paragraphes qui suivent concernant la généralisation des programmes de droits de l'homme.)

Afin de catalyser les actions mondiales et locales visant à lutter contre la discrimination dans les soins de santé, l'ONUSIDA et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé de l'OMS ont lancé le 1^{er} mars 2016 le Programme pour zéro cas de discrimination dans les structures de soins. Le programme vise à rassembler les parties prenantes concernées en vue de la cohérence des efforts communs vers un monde où chacun, partout, est capable de recevoir ou de fournir des soins de santé sans discrimination. Le programme donne la priorité à l'action visant à assurer le rôle de leadership politique et d'engagement, à généraliser la mise en œuvre de ce qui fonctionne pour éliminer la discrimination et renforcer la responsabilisation (42).

Principe 3 : respect de la vie privée et confidentialité (secret médical)

En quoi consiste le principe ?

Le droit au respect de la vie privée — et le devoir correspondant des prestataires de services de protéger la confidentialité (secret médical) — sont enracinés dans les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme (46, 47), ainsi que dans diverses déclarations et résolutions concernant les obligations dans les soins de santé qui ont été adoptées à la fois par les états et les organisations internationales des professionnels de la santé.¹² Cela se manifeste également au niveau des pays dans le droit interne ou les règlements nationaux et dans les normes de pratiques professionnelles souvent contraignantes à l'égard des prestataires de soins de santé et d'autres services. Le document d'orientation des meilleures pratiques internationales, notamment des agences spécialisées des Nations Unies, insiste également sur le respect de la vie privée et de la confidentialité dans la prestation des services anti-VIH (16,23).

Certaines limites à la vie privée et une certaine divulgation du statut sérologique à l'égard du VIH sans le consentement de la personne peuvent être autorisées dans des circonstances limitées pour des raisons impérieuses, mais seulement si la loi l'autorise. En outre, toute infraction à la confidentialité de cette nature, y compris une atteinte légalement autorisée ou nécessaire, doit être aussi limitée que possible, protégeant par là-même le droit au respect de la vie privée dans la plus grande mesure possible.¹³

Quelles sont les implications au niveau de l'accélération des mesures de prévention, de dépistage et de traitement du VIH ?

Dans le contexte de la prévention, du dépistage et du traitement du VIH, le droit au respect de la vie privée requiert ce qui suit :

- Les personnes recevant des services ont le droit de savoir quelles informations sont recueillies à leur sujet par les prestataires de services offrant des programmes de prévention du VIH, des services de dépistage ou le traitement (ou les soins médicaux s'y rapportant). Les prestataires doivent répondre aux questions des utilisateurs du service à ce sujet et fournir sur demande une copie de leurs enregistrements à l'utilisateur du service.¹⁴

¹² Au nombre des exemples, mentionnons ce qui suit : Article 9 de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme (2005) ; Déclaration de Genève de l'Association médicale mondiale (AMM) (adoptée pour la première fois en 1948, modifiée pour la dernière fois en 2006) ; le Code international d'éthique médicale de l'AMM (adopté pour la première fois en 1949, modifié pour la dernière fois en 2006) ; la Déclaration de Lisbonne sur les droits du patient de l'AMM (adoptée pour la première fois en 1981, récemment affirmée telle qu'amendée en 2015) ; et la Déclaration de l'AMM sur le VIH/sida et la profession médicale (2006). Tous les documents sont disponibles en ligne via <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/index.html>. Parmi les autres exemples, citons les infirmières et les droits de l'homme : Déclaration de position du Conseil international des infirmières (2001), Code international d'éthique des sages-femmes de la Confédération internationale des sages-femmes (2008, récemment révisé et adopté à nouveau en 2014) et la Déclaration de Madrid sur les normes éthiques pour la pratique psychiatrique de l'Assemblée générale de l'Association mondiale de psychiatrie (adoptée pour la première fois en 1996, modifiée pour la dernière fois en 2002).

¹³ Certains droits de l'homme sont absolus (par exemple, le droit à la vie, l'absence d'expérimentation médicale sans consentement libre et l'absence de torture ou d'autres traitements cruels, inhumains ou dégradants). Ce sont des droits intangibles, ce qui signifie qu'aucun gouvernement n'est autorisé à les violer ou à les limiter en aucune circonstance. Il arrive cependant que des limites à certains autres droits soient justifiées, dans le cadre de certains principes restrictifs, afin d'atteindre des objectifs importants et légitimes. Au premier rang figurent les principes selon lesquels toute limitation des droits doit utiliser les moyens les moins restrictifs nécessaires pour atteindre l'objectif qui sous-tend la limitation, et qu'aucune limitation à un droit ne peut être arbitraire, déraisonnable ou imposée de manière discriminatoire. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter les ressources suivantes : Nations Unies, Principes de Syracuse relatifs aux dispositions limitatives et dérogatoires du Pacte international relatif aux droits civils et politiques du Conseil économique et social de l'ONU, E/CN.4/1985/4, 1985 (disponible à partir de <http://hrlibrary.umn.edu/instreet/siracusapinciples.html>) ; et les paragraphes 46 à 69 des Principes de Limbourg sur la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, dans : Droits économiques, sociaux et culturels : manuel pour les institutions nationales des droits de l'homme (New York et Genève : Nations Unies ; 2005), p. 125-35 (disponible sur <http://www.ohchr.org/Documents/Publications/training12en.pdf>).

¹⁴ Pour justifier la non-divulgation de ces informations, il doit y avoir une justification impérieuse dans le meilleur intérêt de cet utilisateur particulier ou la nécessité de protéger les droits légitimes d'une autre personne.

- Le droit au respect de la vie privée doit être respecté, protégé et assuré dans tous les services anti-VIH. Cela impose aux prestataires de services un devoir correspondant pour assurer que toutes les informations relatives à l'accès d'une personne aux services anti-VIH, à son statut sérologique et à son traitement demeurent confidentielles.
 - Il importe que les prestataires de services ne demandent pas plus d'informations personnelles que nécessaires pour fournir le service en question conformément aux normes des bonnes pratiques professionnelles en matière de soins de santé.
 - Dans la mesure du possible, il convient que les services anti-VIH soient localisés et conçus de manière à faciliter l'accès sans que les personnes soient obligées de s'identifier en tant que personnes séropositives ou à la recherche de services anti-VIH. Par exemple, des panneaux de signalisation hautement visibles qui indiquent qu'un centre médical rend des services anti-VIH compromettent le respect de la vie privée et créent un obstacle à l'accès.
 - La configuration physique des services de santé doit s'efforcer de garantir la confidentialité de la prestation directe des services (par exemple, l'administration d'un test de dépistage du VIH) et la confidentialité dans les communications échangées entre les utilisateurs de services et les prestataires de services (par exemple, des espaces privatifs aménagés pour les conseils pré et post-test, pour les discussions concernant les résultats d'un test de dépistage du VIH ou des tests afin de surveiller la charge virale et la résistance aux médicaments, pour les discussions à propos des options et des effets du traitement, pour les prescriptions de médicaments et les discussions concernant les problèmes de santé connexes).
 - Les politiques et les protocoles dans les services anti-VIH doivent garantir au moins la confidentialité — et de préférence l'anonymat, lorsque cela est réalisable en pratique — pour réduire davantage le risque de violations de la vie privée. Cela comprend les pratiques de collecte et de stockage d'informations personnelles en matière de santé et de protection contre toute divulgation non autorisée ou usage abusif de ces informations. Par exemple, les dossiers des patients ne doivent pas être marqués ou rangés d'une manière visible qui permettrait de dévoiler le statut sérologique à l'égard du VIH d'une personne à des observateurs occasionnels. Les informations contenues dans les dossiers des patients, qu'ils soient sous forme de papiers ou sous forme électronique, ne doivent être accessibles qu'au personnel de santé autorisé qui est soumis à des règles claires, connues et appliquées concernant la confidentialité de l'information sur les patients. Il importe que les informations soient raisonnablement protégées contre tout accès non autorisé d'autres personnes au moyen de dispositifs de sécurité physiques (par exemple des bureaux fermés à clé et des unités de stockage accessibles uniquement aux prestataires de services autorisés) et/ou au moyen de dispositifs de sécurité numériques dans le cas des enregistrements sous forme électronique (par exemple, la protection par mot de passe et le cryptage des données).¹⁵ Il convient de consulter les communautés en relation avec les techniques utilisées pour recueillir et stocker les données personnelles sur la santé et le VIH et de dûment tenir compte de leurs préoccupations relatives à la protection de ces données.
 - Le droit au respect de la vie privée doit être assuré pour tous. Il faut reconnaître que ce n'est pas le cas en toutes circonstances, en particulier pour les femmes, les adolescents et les jeunes adultes, les personnes vivant avec un handicap, les prisonniers ou les membres des populations clés qui peuvent également tomber sous le coup de restrictions injustifiées quant à la confidentialité de leur dossier médical dans différentes situations.

¹⁵ Voir Groupe de travail ONUSIDA/OMS, Principes directeurs sur les questions éthiques dans la surveillance du VIH (Genève : OMS ; 2013) (disponible sur <http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/2013package/module2/en/>).

- Le droit au respect de la vie privée dans les services anti-VIH doit s'étendre au-delà de la simple préservation de la confidentialité du statut sérologique à l'égard du VIH : il doit également protéger la confidentialité des autres informations sur la santé ou les informations à caractère personnel obtenues dans le cadre de la prestation de services. La divulgation de l'information peut exposer une personne à la stigmatisation, à la discrimination, à l'incrimination, à la violence ou à d'autres abus. En fonction de la situation, cela peut inclure des informations sur l'orientation sexuelle d'une personne ou des pratiques sexuelles particulières, l'identité ou l'expression sexuelle, la prostitution, la consommation de drogues ou la dépendance à l'égard des drogues (et le traitement de la toxicomanie), l'appartenance ethnique, le statut de migrant, le casier judiciaire antérieur, le statut socioéconomique pour ne citer que quelques exemples.

« Les médecins doivent expliquer clairement le but d'un test de dépistage du VIH, les raisons pour lesquelles il est recommandé et les conséquences d'un résultat de test positif. Avant d'administrer un test, il convient que le médecin dispose d'un plan d'action en cas de résultat de test positif. Un consentement éclairé doit être obtenu auprès du patient avant le dépistage ... Il convient que des conseils et des tests anonymes librement consentis pour dépister le VIH soient mis à la disposition de toutes les personnes qui le demandent, ainsi que des mécanismes adéquats d'accompagnement post-test. »

**Association médicale mondiale.
Déclaration sur le dépistage du VIH et la profession médicale, 2006.**

Principe 4 : respect de la dignité et de l'autonomie personnelles.

En quoi consiste le principe ?

Le respect de la dignité et de l'autonomie de l'individu est un principe fondamental qui est au cœur des services anti-VIH. Pour atteindre les objectifs de prévention et de traitement du VIH dans le monde entier, la libre et pleine coopération de chaque personne est nécessaire. Pour s'en assurer, cela exige de mettre fin aux approches coercitives ou aux programmes non volontaires qui sapent la confiance et la coopération avec les services de santé, ce qui démobilise alors les efforts pour mettre un terme à l'épidémie. Les principes de dignité, d'autonomie et d'autodétermination sont particulièrement préoccupants pour les femmes, les jeunes (en particulier les filles), les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés, qui peuvent tous être victimes de normes sociales, de contraintes économiques ou même d'une législation qui limite leur prise de décision autonome, notamment dans le contexte de la santé.

Les associations de professionnels de la santé ont réitéré à maintes reprises la nécessité de respecter le consentement éclairé dans la prestation des services de santé, y compris dans le contexte du VIH.¹⁶ L'importance de respecter l'autonomie personnelle dans le contexte de la santé a également été souligné en ce qui concerne diverses populations dont les droits ont été violés ou sont menacés dans les établissements de soins de santé. À titre d'exemple, les femmes enceintes ont fait l'objet de programmes intensifs pour augmenter le dépistage du VIH et la connexion au traitement afin de prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Toutefois, les études amènent à penser que la coercition et l'insuffisance des conseils conduisent à ce que les femmes sont moins susceptibles de prendre connaissance du résultat de leur examen. Elles sont donc moins susceptibles de commencer un traitement pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant et pour leur propre santé, ou pour adhérer à un tel traitement (50, 51). C'est pourquoi il est important de se rappeler que dans tous les efforts visant à augmenter le dépistage, le consentement éclairé et les conseils sont essentiels pour s'assurer que la femme ayant fait l'objet d'un dépistage prend connaissance des résultats et agit sur base de cette connaissance.

¹⁶ Pour un exemple, voir Association médicale mondiale, Déclaration sur le VIH/sida et la profession médicale, octobre 2006 (disponible sur <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/a25/index.html>).

Dix considérations relatives aux droits de l'homme, à l'engagement communautaire et à l'égalité des sexes pour la validation de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant

Les pays qui demandent la validation de l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant doivent respecter et se conformer aux principes suivants relatifs aux droits de l'homme, à la participation communautaire et à l'égalité des sexes :

1. Non-criminalisation de la transmission de la mère à l'enfant
2. Pas de dépistage et ni de traitement obligatoires ou contraints.
3. Consentement éclairé.
4. Pas d'avortement, ni de contraception, ni de stérilisation forcés ou contraints.
5. Confidentialité (secret médical) et respect de la vie privée.
6. Égalité et non-discrimination.
7. Disponibilité, accessibilité, acceptabilité et qualité des services.
8. Responsabilisation, participation et engagement communautaire.
9. Pas de violence fondée sur l'appartenance sexuelle.
10. Accès à la justice, recours et réparation.

À la lumière de ces défis en matière des droits de l'homme, l'ONUSIDA et l'OMS — ainsi que la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH (ICW) et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) — ont développé un ensemble de 10 éléments à prendre en considération se rapportant aux droits de l'homme, à l'égalité entre les sexes et à l'engagement communautaire qui doivent être intégrés dans le processus de validation des pays pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (voir dix éléments à prendre en considération). Ce processus marque la première fois dans l'histoire de la santé publique que les garanties relatives aux droits de l'homme sont considérées comme une condition préalable à la validation de l'élimination de la maladie (52).

Quelles sont les implications au niveau de l'accélération des mesures de prévention, de dépistage et de traitement du VIH ?

Faisant écho au principe du respect de l'autonomie, l'ONUSIDA et l'OMS ont affirmé l'importance du consentement éclairé dans le dépistage du VIH. Si les personnes individuelles ou les communautés perdent confiance dans les agents de santé parce qu'ils craignent que les agents de santé vont soumettre leur matériel biologique à un test de dépistage du VIH sans consentement, ce manque de confiance pourrait avoir un effet dissuasif sur l'accès aux services de santé en général. Par ailleurs, le fait que les femmes soient affectées de manière plus que proportionnelle par des approches coercitives et non volontaires du dépistage du VIH souligne l'impact discriminatoire et différent selon les sexes du relâchement des mesures de protection visant à assurer le consentement éclairé.

Veiller à ce qu'un patient fournisse un consentement éclairé spécifique à un test de dépistage du VIH signifie qu'avant de procéder à un test, le fournisseur du dépistage doit s'assurer que le patient individuel dispose d'une compréhension approfondie d'au moins certaines informations clés. Mais il ne faudrait pas y voir l'exigence d'une approche onéreuse et uniforme appliquée à chaque rencontre fournisseur-patient, ce qui représenterait une utilisation inefficace du temps et exigerait des ressources tant pour le patient que pour le système de santé. Dans le contexte de leur interaction avec un patient individuel, les prestataires du dépistage peuvent et devraient être en mesure de déterminer dans quelle mesure la personne a besoin de plus ou moins d'informations afin de comprendre la signification d'un test de dépistage du VIH. Ce facteur devrait leur permettre d'adapter leur mode d'intervention en conséquence.

Le respect, la protection et l'atteinte de la dignité personnelle et de l'autonomie des services anti-VIH signifient ce qui suit :

- Le dépistage du VIH ne doit être entrepris qu'avec un consentement volontaire et informé qui (a) traite spécifiquement des tests de dépistage du VIH et (b) est conforme aux directives de l'OMS sur les services de dépistage du VIH. Étant donné que le consentement ne peut être présumé, les prestataires de services peuvent régulièrement offrir des tests de dépistage du VIH, mais ils doivent obtenir un consentement éclairé expressément formulé (procédure « opting in ») avant d'effectuer un quelconque dépistage. De même, il importe que l'autotest de dépistage soit volontaire et ne soit pas utilisé pour tester une autre personne sans son consentement.
- Les campagnes de test de masse (par exemple, les initiatives de type « Know Your Status » ou « Connaissez votre statut sérologique ! » en porte-à-porte ou de village-à-village) comportent des risques accrus de conduire à des tests qui ne sont pas totalement volontaires ou qui ne se fondent pas sur un consentement éclairé. Cela ne permet pas non plus de protéger adéquatement la confidentialité ni de garantir la qualité des tests. Il convient d'aborder chacune de ces initiatives avec prudence et d'intégrer des mesures concrètes telles que le contrôle et la responsabilisation afin de contribuer à s'assurer qu'elles fournissent effectivement des conseils de qualité sur le VIH et des tests qui respectent les droits (dont le consentement éclairé et la confidentialité) (voir ci-dessous).

Les préoccupations relatives aux droits de l'homme dans les initiatives de masse de dépistage du VIH : enseignements retirés de la campagne Know Your Status du Lesotho

Ces dernières années, des pressions se sont manifestées, en particulier dans certains pays présentant une forte prévalence en Afrique subsaharienne, afin de mettre en œuvre des initiatives à grande échelle de dépistage du VIH dans le cadre de la communauté. On peut s'attendre à ce que l'intérêt pour de telles approches augmente dans le contexte des efforts visant à généraliser plus rapidement les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH afin d'atteindre les objectifs d'accélération de la riposte d'ici 2020 et de mettre fin à l'épidémie du sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

L'expérience acquise dans la mise en œuvre de la campagne de test Know Your Status au Lesotho en 2005 (et dans d'autres pays d'Afrique subsaharienne) exige de la prudence quant à la conception et à la mise en œuvre de telles approches. Un rapport publié par Human Rights Watch et l'Alliance pour le sida et les droits pour l'Afrique australe (ARASA) après la mise en œuvre de la campagne du Lesotho indique que « même si ces programmes ont un potentiel réel, leur impact peut être limité s'ils entraînent ou contribuent, — intentionnellement ou non, — à des violations des droits fondamentaux de l'homme » (54). Les chercheurs ont également constaté que « la mise en œuvre de la campagne s'est heurtée à de multiples problèmes, entraînant une formation et une supervision médiocres des conseillers, parfois des liaisons laissant à désirer avec d'autres services après les tests, et des mécanismes insuffisants pour assurer le respect des droits de l'homme et la responsabilisation des efforts du gouvernement. Dans les endroits où la campagne a été menée de manière plus intensive, la protection des droits de l'homme, ainsi que l'intégrité des conseils et des dépistages fournis, semblaient les plus menacées. » (53)

Dans le cadre de l'accélération de la riposte par la prévention, le dépistage et le traitement du VIH, il faut retirer des enseignements importants de ces expériences, dont le fait de prendre en compte les risques liés aux droits de l'homme et de veiller à ce que ceux qui testent un VIH positif soient liés au traitement et aux soins. Comme le souligne le rapport de Human Rights Watch et ARASA, ces campagnes nécessitent une planification minutieuse, un financement suffisant, une bonne formation, une large coordination, une surveillance adéquate et la participation de la société civile, qui peuvent jouer un rôle essentiel dans la responsabilisation et le signalement des violations éventuelles des droits de l'homme. Sans ces éléments, ces programmes risquent de ne pas atteindre l'ambition de leurs objectifs — comme cela s'est produit au Lesotho — ou pire, ils risquent de porter préjudice à la cause qu'ils ont pour mission de servir. (53)

- Aucun traitement anti-VIH ou d'autres programmes (comme le traitement pour une IST ou une toxicomanie) ne peut être imposé sans le consentement éclairé. De même, aucune coercition sur le traitement du VIH en cours ou sur sa poursuite n'est autorisée. Dans le cas où un prestataire de services effectue un suivi avec les patients pour surveiller la conformité au traitement et maintenir une connexion aux soins — y compris après un rendez-vous manqué — aucune coercition dans le traitement n'est autorisée. De même qu'il n'est pas autorisé d'exclure un patient du traitement du VIH si le patient ne consent pas à une telle poursuite du dépistage.¹⁷
- Aucun prestataire de services ne peut traiter un patient d'une manière qui constituerait une torture ou un autre traitement cruel, inhumain ou dégradant sous le couvert du traitement (pour le VIH, la toxicomanie ou un autre état de santé).
- Aucune loi ne peut autoriser — et aucun prestataire de services ne doit engager — une stérilisation forcée, coercitive ou involontaire de femmes, notamment en fonction de leur statut sérologique à l'égard du VIH (55).

Principe 5 : Participation et responsabilisation significatives.

En quoi consiste le principe ?

Il y a quelques décennies, les gouvernements ont reconnu l'importance d'une participation significative à la prise de décisions concernant la politique de santé. Selon la Déclaration d'Alma-Ata, tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés (56). Le fait de permettre et d'encourager la participation est considéré comme une obligation fondamentale des états en ce qui concerne leur responsabilité pour la réalisation du droit à la santé (18). Dans le contexte du VIH, les personnes vivant avec le VIH ont souligné l'importance centrale de leur participation pour rendre efficace la réponse, et le principe d'une plus grande participation des personnes vivant avec le VIH (GIPA) a été approuvé à plusieurs reprises par les États Membres de l'ONU, notamment dans chacune des quatre résolutions de l'Assemblée Générale des Nations Unies sur le VIH adoptées entre 2001 et 2016.¹⁸ La logique et le principe sous-jacents s'appliquent également en ce qui concerne l'engagement significatif des populations particulièrement affectées par le VIH : si les programmes se doivent d'être plus efficaces, les bénéficiaires visés doivent être impliqués de manière significative dans leur conception.¹⁹

¹⁷ Un bon exemple de dépistage des malades perdus de vue qui respecte les droits de l'homme et qui est exempt de toute coercition est matérialisé par l'expérience de Médecins Sans Frontières dans ses cliniques dans la colonie de peuplement informelle de Kibera à Nairobi, au Kenya. Les patients sont régulièrement contactés par un travailleur social par téléphone, par une visite en personne, ou les deux à la fois, très peu de temps après avoir manqué un rendez-vous médical. Cependant, il est demandé aux patients s'ils veulent participer ou non. Ils ne sont pas exclus du traitement s'ils ne consentent pas au dépistage. Les résultats sur trois ans ont montré que très peu de patients ont refusé de fournir des informations de contact et que le nombre de patients perdus par le suivi a diminué de près de la moitié tout en respectant les droits des patients(54).

¹⁸ Un exemple du principe GIPA se trouve dans The Denver Principles (1983) (disponible sur http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/gipa1983denverprinciples_en.pdf)

¹⁹ Au nombre des exemples, mentionnons ce qui suit : Réseau juridique canadien VIH/sida, Alliance internationale contre le VIH/sida, Institut de la société ouverte et Réseau international de personnes qui consomment des drogues, Rien à propos de nous sans nous — un manifeste de personnes qui consomment des drogues illégales (2008) (disponible sur <http://www.aidslaw.ca/site/nothing-about-us-without-us-a-manifesto-by-people-who-use-illegal-drugs/?lang=en>) ; et le Réseau juridique canadien VIH/sida, l'Alliance internationale contre le VIH/sida, l'Institut de la société ouverte, Rien à propos de nous sans nous — une implication plus grande et significative de personnes qui consomment des drogues illicites : un impératif pour la santé publique, l'éthique et les droits de l'homme, édition internationale (Toronto : Réseau juridique canadien VIH/sida, Alliance internationale pour le VIH/sida, Open Society Institute ; 2008) (disponible sur <http://www.aidslaw.ca/site/nothing-about-us-without-us-greater-meaningful-involvement-of-people-who-use-illegal-drugs-a-public-health-ethical-and-human-rights-imperative-international-edition/?lang=en>).

De même, il doit y avoir de la responsabilisation quant à la manière dont ils sont conçus et mis en œuvre, et le suivi et l'évaluation de ces programmes doivent inclure l'évaluation de la façon dont ils reflètent les normes relatives aux droits de l'homme. À nouveau en la matière, l'implication significative des populations affectées est essentielle.

Quelles sont les implications au niveau de l'accélération des mesures de prévention, de dépistage et de traitement du VIH ?

Une participation significative est importante pour les services anti-*VIH* de diverses manières :

- Les programmes de prévention, de dépistage et de traitement du *VIH* posent nécessairement des problèmes culturellement sensibles tels que la sexualité et la consommation de drogues. L'implication des communautés dans la conception et dans la mise en œuvre des programmes réduit considérablement le risque d'efforts bien intentionnés mais inadéquats, et elle augmente également les possibilités d'identifier les éventuels obstacles sociaux, culturels ou juridiques qui devront être traités pour faciliter l'accès aux services.
- L'implication des populations les plus affectées par le *VIH* — notamment les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés qui doivent être atteintes par les services anti-*VIH* — est essentielle à la conception et à la prestation efficaces de ces services et à assurer qu'ils sont disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité. Leur implication contribue à instruire les décisions concernant les outils conviviaux spécifiques de prévention (par exemple, quels matériels d'injection plus sûrs sont nécessaires et préférés ou quelles informations sur l'âge du consentement et les approches sensibles aux jeunes sont nécessaires pour faciliter l'adoption des services anti-*VIH* pour les adolescents et les jeunes). La participation de ces populations contribue également à identifier les problèmes potentiels liés à l'exercice des droits de l'homme ou d'autres obstacles se rapportant à l'efficacité qui doivent être traités, soit dans le cadre du service lui-même (par exemple, l'amélioration de la configuration physique d'une clinique pour maximiser le respect de la vie privée) ou dans l'environnement dans lequel il s'exerce (par exemple, le harcèlement de la police et la violence contre des communautés particulières, une protection juridique inadéquate du respect de la vie privée, les obstacles liés à l'âge du consentement ou la stigmatisation alimentée par le fait d'être considéré comme coupable d'infractions).
- De même, la participation est essentielle à la réalisation des objectifs de traitement du *VIH*. La thérapie antirétrovirale est un engagement à vie, nécessitant l'engagement continu des personnes vivant avec le *VIH*. La réussite de la fourniture d'autres services de santé qui soutiennent l'adhésion à la thérapie antirétrovirale (comme la thérapie de substitution aux opioïdes chez certains consommateurs de drogue) nécessite également un engagement volontaire et continu des personnes affectées. La participation des communautés et des utilisateurs des services peut identifier les défis liés à l'adhésion au traitement qu'il est nécessaire de relever. Ces défis peuvent être liés aux effets néfastes de certains régimes médicamenteux, aux procédures inutilement lourdes ou à la discrimination rencontrée dans les services de santé, ou à des obstacles environnementaux plus larges (comme la difficulté à maintenir le respect de la vie privée sur l'état de santé pour éviter la stigmatisation ou la discrimination). L'expérience révèle que l'inclusion des communautés affectées dans la conception et la mise en œuvre des programmes de traitement du *VIH* permet de s'assurer que ces programmes sont appropriés et contribuent à faire évoluer les perceptions sociales du *VIH* et des personnes vivant avec le *VIH* (en l'occurrence qu'elles peuvent être activement impliquées non seulement dans la conception de programmes de traitement contre le *VIH*, mais aussi leur mise en œuvre) (57–60). Dans le contexte des efforts visant à généraliser les services anti-*VIH*, les modèles de prestation de services communautaires sont plus importants que jamais (61). Il sera nécessaire de chiffrer ces modèles, de les doter de ressources et de les inclure dans les plans nationaux pour généraliser la riposte au *VIH*.

- Les communautés jouent également un rôle important dans le suivi et l'évaluation : elles peuvent aider à garantir que les normes de qualité sont respectées dans les services anti-VIH, contribuant ainsi à une plus grande confiance dans les services de santé et les informations et initiatives de prévention. Une telle confiance et un engagement communautaire continu sont nécessaires pour atteindre les objectifs de prévention et de traitement (61).

La responsabilisation est essentielle à la réalisation des droits de l'homme, et il sera indispensable de déployer des efforts visant à accélérer la réalisation des objectifs de prévention et de traitement du VIH qui doivent être atteints si le monde veut mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030. Cela comprend la responsabilisation en ce qui concerne la mobilisation des ressources nécessaires et de prendre les mesures nécessaires pour protéger et promouvoir les droits de l'homme si les objectifs doivent être atteints. De même, les gouvernements doivent être tenus responsables de leurs obligations de respecter les droits en n'y interférant pas ou en ne les endiguant pas, afin de protéger les individus et les groupes contre les atteintes aux droits de l'homme commises par d'autres et de respecter les droits de l'homme en prenant des mesures positives pour faciliter leur exercice.

Une responsabilisation effective nécessite ce qui suit :

- Suivi et évaluation pour évaluer si un pays progresse au cours du temps vers une réalisation du droit à la santé grâce à une collecte adéquate des données (qui saisit également le fait que les populations clés bénéficient ou non d'un accès équitable aux services).
- Mécanismes pour que les états et d'autres (comme les prestataires de services anti-VIH) soient responsables de respecter leurs obligations en matière de droits de l'homme.
- Sensibilisation et capacité de la part des individus et des communautés, à la fois à participer au suivi et à l'évaluation et à avoir recours aux mécanismes de responsabilisation.

Une responsabilisation effective peut être obtenue grâce à une variété de processus et d'institutions qui varieront d'une situation à l'autre. Cela peut inclure des mécanismes au niveau d'un programme ou d'un service donné, ou des mécanismes nationaux, régionaux et même internationaux pour responsabiliser les gouvernements. En veillant à ce que les mécanismes de responsabilisation soient accessibles, il faut cependant en premier lieu que les détenteurs de droits soient conscients de leurs droits, ce qui signifie que les individus doivent connaître leurs droits et comment les faire valoir. Par conséquent, la fourniture des informations constitue un élément d'une responsabilisation accessible et effective. Les personnes qui subissent des violations des droits de l'homme doivent également avoir accès à des recours porteurs d'effets dans des délais raisonnables. C'est pourquoi certains des programmes relatifs aux droits de l'homme décrits ci-dessous sont si importants et pourquoi ils doivent être soutenus et élargis en tant que compléments clés à la généralisation rapide des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH de manière à refléter les principes des droits de l'homme.

Mettre fin aux ruptures de stock pour soutenir des réponses efficaces au VIH : un mécanisme de responsabilisation pour faire fonctionner le traitement

En 2013, six organisations de la société civile ont créé un consortium, dénommé Stop Stock Outs Project (SSP), pour surveiller la disponibilité dans le secteur public sud-africain des médicaments antirétroviraux pour le VIH, les médicaments contre la tuberculose (TB), les vaccins ordinaires pour l'enfance et d'autres médicaments essentiels. Les membres du consortium sont le Rural Health Advocacy Project (Projet de défense de la santé en milieu rural) (RHAP), l'Association des médecins ruraux de l'Afrique du Sud (RuDaSa), la Société des médecins du VIH de l'Afrique du Sud, SECTION27, Médecins Sans Frontières (MSF) et la Campagne d'action pour le traitement (TAC).

Au cours des quatre dernières années, le SSP a mis en place une ligne d'assistance téléphonique pour les patients et les professionnels de la santé pour signaler les ruptures de stock, et il a développé une structure de rapports pour communiquer avec le Département de la santé de l'Afrique du Sud en cas de ruptures de stock. Le SSP collabore également avec diverses parties prenantes pour résoudre les problèmes de ruptures de stock et de pénuries rencontrés par les patients et les professionnels de la santé dans les centres sanitaires de l'ensemble du pays, et il préconise un changement de politique qui contribuera à renforcer tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Au cours des trois dernières années, le SSP a fait participer les autorités locales, provinciales et nationales dans la recherche de solutions aux ruptures de stock, notamment par le biais de mécanismes visant à améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

Des initiatives similaires visant à surveiller et à remédier aux ruptures de stock et à accroître l'accès au traitement anti-VIH existent dans plusieurs autres pays, où elles constituent des initiatives essentielles pour soutenir la responsabilisation dans la riposte au VIH. L'extension de ces programmes sera cruciale parallèlement aux efforts visant à accélérer la riposte au VIH (62).

Généralisation des programmes clés en matière de droits de l'homme parallèlement aux services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH

« Trente ans après l'épidémie du VIH, nous avons toujours une discrimination et une stigmatisation majeures liées au VIH, ainsi que des lois et des services d'application des lois qui détournent les personnes des services anti-VIH. De telles situations sapent la riposte au VIH dans le monde entier. Cela ne changera que si nous procédons à des investissements majeurs dans des programmes visant à réduire cette stigmatisation et à accroître l'accès à la justice pour les personnes touchées par le VIH. »

Michel Sidibé, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, août 2011

Bien que les efforts visant à résoudre les problèmes juridiques et de droits de l'homme dans les programmes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH soient nécessaires pour mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030, ils ne sont pas suffisants. Pour atteindre cet objectif, ils doivent être accompagnés d'engagements et d'actions intentionnels pour traiter les environnements politiques, juridiques et sociaux dans lesquels les ripostes au VIH ont lieu. Des problèmes de plus grande ampleur — tels que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, la marginalisation, l'exclusion sociale, la violence et l'inégalité entre les sexes — et leur impact sur l'épidémie de VIH devraient être confrontés.

Afin de protéger les personnes affectées par le VIH et venir en appui à des ripostes efficaces au VIH, l'ONUSIDA recommande que chaque riposte nationale au VIH inclue des programmes clés pour réduire la stigmatisation, la discrimination et les autres violations des droits de l'homme et pour améliorer l'accès à la justice. Ces programmes contribuent non seulement à réaliser les droits fondamentaux de l'homme, mais aussi à la réussite des programmes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH.

Comme l'indique l'ONUSIDA, sept programmes clés en matière de droits de l'homme sont nécessaires dans toutes les ripostes au VIH.

1. Les programmes de réduction de la stigmatisation et de la discrimination, tels que l'utilisation de campagnes médiatiques pour lutter contre la discrimination, notamment dans les milieux professionnels et les structures scolaires, qui mesurent la stigmatisation ainsi que la mobilisation des collègues et le soutien apporté pour les personnes vivant avec le VIH et le soutien par ces dernières.
2. Les services juridiques liés au VIH, notamment l'information juridique, les conseils et la représentation, les formes alternatives ou communautaires de règlement des différends et les litiges stratégiques.
3. Le suivi et la réforme des lois, des règlements et des politiques relatives au VIH, notamment l'examen de l'incidence des lois et de l'application des lois sur la riposte au VIH, les actions de plaidoyer et le lobbying pour la réforme du droit, l'engagement des législateurs et la promotion de la promulgation et de l'application des lois, des règlements et des lignes directrices qui interdisent la discrimination et l'accès d'accompagnement à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien du VIH.
4. Les programmes d'amélioration des connaissances juridiques (Connaître vos droits), notamment les campagnes de sensibilisation, la mobilisation et l'éducation communautaires, la sensibilisation des collègues et les lignes d'assistance téléphonique.

5. La sensibilisation des législateurs et des agents chargés de l'application des lois sur les problèmes, notamment le VIH et la manière dont il est (n'est pas) transmis, les conséquences de l'activité policière sur les droits de l'homme et la riposte au VIH, la formation du personnel pénitentiaire et l'information et la sensibilisation sur le VIH et leurs aspects relatifs aux droits de l'homme pour les législateurs, les procureurs, les avocats et les leaders traditionnels et dirigeants religieux.
6. La formation pour les professionnels de la santé sur les droits de l'homme et l'éthique médicale liée au VIH, notamment la formation pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins de santé pour les prestataires de soins de santé individuels, les administrateurs de soins de santé et les organismes de réglementation des soins de santé.
7. La réduction de la discrimination à l'égard des femmes dans le contexte du VIH, comprenant ce qui :
 - Les programmes pour renforcer l'environnement juridique et politique pour lutter contre l'inégalité entre les sexes et la violence.
 - Les réformes des lois sur la violence familiale et de l'application des lois pour protéger les femmes et éliminer les obstacles aux services anti-VIH.
 - Les réformes de la propriété, de l'héritage et de la garde pour assurer l'égalité des droits pour les femmes.
 - Les programmes visant à réduire les normes nuisibles au principe de l'égalité entre les sexes et les pratiques traditionnelles qui contribuent au risque de VIH.
 - Amélioration de l'accès à l'éducation et possibilités d'autonomisation économique pour les femmes (63, 64).

Malgré cela, et en dépit de la reconnaissance réitérée par les états que la prise en compte des droits de l'homme est essentielle à une riposte efficace au VIH, le financement de tels programmes, largement mis en œuvre par les organisations de la société civile, reste insuffisant et est menacé, même si le monde a convenu que l'on doit accélérer rapidement la riposte au VIH afin de mettre fin à l'épidémie de sida d'ici 2030. Comme l'a conclu une étude de 2015,

« Une partie réduite du financement annuel actuel consacré à la riposte mondiale contre le VIH vient en appui à la programmation des droits de l'homme ... Les estimations de l'ONUSIDA situent les dépenses mondiales annuelles de la riposte des droits de l'homme au VIH à approximativement 137 millions USD. Il s'agit d'une part infime des 19,1 milliards USD consacrés en 2013 à la riposte globale au VIH dans les pays à revenu faible ou à revenu intermédiaire. Même si elles ne sont pas directement comparables, ces données sont compatibles avec les données du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida (GARPR) de l'ONUSIDA, qui montrent que 0,13% du total des dépenses relatives au sida rapportées à l'ONUSIDA par les pays à faible et moyen revenu sont alloués à la programmation liée aux droits de l'homme. » (65)

Dans le but de traiter cette situation et de faire avancer l'Objectif stratégique 3(c) de sa Stratégie 2017-2022 sur l'élimination des obstacles aux services, le Fonds mondial s'est aligné sur les sept programmes clés des droits de l'homme recommandés par l'ONUSIDA et a présenté un module qui les concerne dans sa demande de financement. De surcroît, le Fonds mondial a mis à la disposition de 20 pays des fonds catalytiques pour généraliser les sept programmes clés pour réduire les obstacles aux droits de l'homme en matière de services anti-VIH (66).

Conclusion

Il ne fait plus aucun doute que la prévention et le traitement du VIH sont interconnectés et se renforcent mutuellement. Comme l'a souligné l'ONUSIDA,

« Le traitement soutient la réalisation des objectifs de prévention du VIH en réduisant la charge virale et la transmission du [VIH]. Les programmes de prévention favorisent la réalisation des objectifs 90-90-90 [traitement] de diverses façons. La communication de la prévention améliore la demande pour le dépistage, tandis que les programmes de prévention communautaires peuvent intégrer toujours plus la génération de la demande pour une [thérapie antirétrovirale] ayant lieu à un stade précoce et le soutien à l'adhésion pour les personnes vivant avec le VIH. » (67)

La protection et la promotion des droits de l'homme doivent également être reconnues comme un complément essentiel à la prévention du VIH, aux efforts de dépistage et de traitement, et elles doivent être intégrées à ces efforts.

L'assurance de l'accès aux biens, aux services et aux informations nécessaires pour prévenir l'infection, la réception d'un diagnostic et le fait d'avoir accès à un traitement efficace sont nécessaires pour la réalisation du droit à la santé. L'élimination de la discrimination et d'autres obstacles sociaux et juridiques aux services de prévention, de dépistage et de traitement accroît la portée et l'impact de ces services. Cela nécessite non seulement le respect et la protection des droits de l'homme dans la fourniture des programmes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH, mais également de faire face à de plus grands obstacles aux droits de l'homme dans l'environnement plus large dans lequel ces services se déroulent. Le fait de ne pas répondre à ces défis en matière de droits de l'homme dans la riposte — et le fait d'accorder une attention insuffisante aux besoins de toutes les populations, notamment les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés — entravent les efforts déployés pour mettre fin à l'épidémie. Il ne sera tout simplement pas possible d'accélérer la riposte au VIH et mettre fin à l'épidémie de sida sans tenir compte des droits de l'homme.

Ce document d'orientation a expliqué pourquoi les efforts visant à généraliser la prévention, le dépistage et le traitement du VIH doivent être fondés sur les droits de l'homme, mais il a également indiqué la manière dont cela peut être réalisé. Au fur et à mesure que le monde intensifie les actions visant à accélérer la riposte au VIH, il est temps que toutes les parties prenantes clés impliquées dans la riposte au VIH utilisent les approches présentées dans ce document.

L'éradication du sida : une responsabilité partagée

En reconnaissant le droit au plus haut niveau de santé possible (et à d'autres droits), l'Article 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels prévoit également qu'ils ont chacun une obligation légale d'assistance internationale et de coopération pour aider à réaliser pleinement le droit pour toute personne (68). Des traités plus récents, dont la Convention relative aux droits de l'enfant, affirment cette responsabilité partagée (30). Dans le cadre du droit à la santé, cette obligation d'assistance et de coopération internationale exige que les pays facilitent l'accès aux centres, aux biens et aux services de soins de santé essentiels dans d'autres pays dans la mesure du possible, et de fournir l'aide nécessaire lorsqu'elle est requise, selon la disponibilité des ressources (18).

Il est incontestable qu'un investissement financier non négligeable, mais matériellement possible, est nécessaire pour atteindre les objectifs de prévention et de traitement du monde.²⁰ L'ONUSIDA rapporte que les pays à revenu faible et intermédiaire ont répondu à l'appel à la responsabilité partagée. Au cours des cinq dernières années, l'investissement intérieur dans les ripostes au sida de ces pays a augmenté de 46%, atteignant 10,8 milliards USD en 2015. Toutefois, il subsiste un considérable déficit en matière d'investissements. L'atteinte des objectifs rapides approuvés par l'Assemblée générale des Nations Unies nécessitera 7 milliards USD supplémentaires d'ici 2020 (69). L'atteinte de ce niveau d'investissement (26 milliards USD) d'ici 2020 et le maintien du niveau des investissements nécessaires jusqu'en 2030 ainsi que leur concentration sur la fourniture des services anti-VIH les plus efficaces aux personnes se trouvant dans le plus grand besoin dans l'ensemble du cycle de vie, permettra de sauver des millions de vies supplémentaires et d'éviter des dizaines de millions d'infections supplémentaires au VIH.

La responsabilité partagée ne signifie pas nécessairement une responsabilité identique. En vertu du droit international des droits de l'homme, il existe une hiérarchie claire des obligations en vertu de laquelle l'obligation première de réaliser les droits repose clairement sur chaque état souverain : il s'agit d'une obligation nationale et l'obligation complémentaire incombe à la communauté internationale. D'un point de vue national, l'obligation partagée liée au VIH consiste à dépenser un maximum de ressources disponibles sur les biens et services liés au VIH et à demander la coopération et l'assistance internationales (si cela s'avère nécessaire) pour continuer à progresser vers la pleine réalisation du droit à la santé. De manière correspondante, la communauté internationale a l'obligation de s'engager dans une assistance et une coopération internationales pour élargir la riposte au sida afin de parvenir à des objectifs convenus au niveau mondial pour le VIH, la santé et le développement durable.

La mobilisation importante visant à généraliser la prévention, le dépistage et le traitement du VIH a été sans précédent à l'échelle mondiale. Des ressources considérables ont été mobilisées et une approche multisectorielle a été menée, ce qui a impliqué des responsables de la santé publique, des cliniciens, des politiciens, des communautés touchées, des forces armées, du monde juridique et des dirigeants de la société civile, des entreprises et du travail, travaillant tous ensemble pour lutter contre la propagation de l'infection par le VIH et réduire la mortalité due au sida (70). En particulier, la généralisation des services dans les pays en développement a été une manifestation de ce principe de responsabilité partagée, et il reste essentiel que la communauté internationale mette fin au sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 par la réalisation des objectifs de prévention et de traitement convenus.

La mobilisation de ressources suffisantes, tant au niveau national qu'international, est et restera un défi majeur. Bien que le principe de la responsabilité partagée des droits de l'homme soit valable pour tous les éléments de la santé (et d'autres droits socio-économiques), la riposte mondiale au sida se distingue comme étant l'une des applications les plus directes et les plus soutenues du principe (71). Cet investissement mondial partagé dans l'éradication du sida — pour surmonter l'un des plus grands défis de la santé publique sur le plan mondial — ne peut finalement réussir sans s'assurer que nous respectons, protégeons et assurons les droits de l'homme dans notre riposte.

Faisons preuve de sérieux pour mettre fin au sida.

²⁰ Pour les estimations des ressources, voir ONUSIDA, Accélération de la riposte : mise à jour sur les investissements nécessaires dans la riposte au sida (Genève : ONUSIDA ; 2016) (disponible sur http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/unaids_fast-track_update_investments_needed).

Annexe

Listes de contrôle des droits de l'homme pour accélérer les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH

Les listes de contrôle des droits de l'homme pour accélérer les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH présentent des questions fondamentales en vue d'apporter une aide aux gouvernements nationaux, aux responsables de la mise en œuvre des programmes VIH, à la société civile et aux donateurs en assurant que les plans, les programmes et les activités visant à accélérer la riposte au VIH traitent de manière appropriée les problèmes et les considérations à prendre en compte relatifs aux droits de l'homme. Ces listes peuvent être utilisées dans différents contextes, notamment dans le développement et l'examen des plans stratégiques nationaux de lutte contre le VIH, dans les plans d'accélération de la riposte et dans les propositions de financement de la lutte contre le VIH aux mécanismes tels que le Fonds mondial pour lutter contre le VIH, la tuberculose et le paludisme.

Les services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH font partie d'une suite continue de services ; ils se renforcent mutuellement et il convient qu'ils soient intégrés. Au moment où les avantages de la prévention du traitement du VIH ont été démontrés, d'autres raisons expliquent l'intégration des services anti-VIH. Toutefois, aux fins de clarté et de commodité, les problèmes, les principes et les considérations relatives aux droits de l'homme qui sont applicables dans les efforts visant à accélérer la riposte sont décrits dans trois domaines programmatiques : la prévention du VIH, le dépistage du VIH et le traitement du VIH. Par conséquent, il existe trois listes de contrôle des droits de l'homme qui traitent de ces domaines. Bien que cette présentation implique une certaine répétition, le format garantit que chaque liste de contrôle peut être utilisée comme un document indépendant.

Il importe que les listes de contrôle soient utilisées avec la Note d'information technique du Fonds mondial sur le VIH, les droits de l'homme et l'égalité entre les sexes, qui fournit des conseils pratiques sur la manière de mettre en œuvre et de généraliser les sept programmes clés de l'ONUSIDA pour réduire la discrimination et élargir l'accès à la justice dans le contexte du VIH (17). Les listes de contrôle peuvent être complétées par des questions et des informations contenues dans les Engagements nationaux et moyens d'action (NCPI).²¹

²¹ Le NCPI vise à mesurer les progrès réalisés dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques, des stratégies et des lois liées à la riposte au VIH, ainsi qu'à promouvoir la consultation et le dialogue sur la riposte au VIH entre les parties prenantes nationales. Il s'agit d'un questionnaire de ligne d'action composé de deux parties : La Partie A remplie par les autorités nationales et la Partie B complétée par la société civile et d'autres partenaires non gouvernementaux. L'INPC est soumis à l'ONUSIDA par les pays tous les deux ans dans le cadre du rapport sur le cadre mondial de suivi du sida et sert d'outil de suivi et de responsabilisation sur l'environnement politique lié à la riposte au VIH. Pour de plus amples informations sur le cadre mondial de suivi du sida et le NCPI, nous vous invitons à consulter le document des lignes directrices sur le suivi global du sida 2017 situé à l'adresse http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_en.pdf.

Liste de contrôle 1 : Services de prévention du VIH et droits de l'homme

Les services de prévention du VIH impliquent la série complète des programmes biomédicaux, comportementaux et structurels qui forment ensemble une prévention combinée. Ces programmes comprennent les produits, les services et les informations qui suivent :

- Programmation complète de préservatifs et de lubrifiants (comprenant les préservatifs masculins et féminins).
- Services complets de réduction des risques (comprenant les programmes de distribution d'aiguilles et de seringues, la thérapie de substitution aux opioïdes, etc.).
- Programmes sociaux et comportementaux (comprenant les programmes éducatifs).
- Prophylaxie post-exposition (PEP) et la prophylaxie pré-exposition (PrEP).
- Accès aux services d'infection sexuellement transmissibles (IST), vaccins programmés et autres soins de santé.
- Circoncision masculine médicale volontaire (VMMC).
- Les interventions structurelles, notamment l'élimination des lois, politiques et pratiques qui entravent l'accès aux services de prévention et le soutien à l'autonomisation des communautés. Pour les femmes et les filles, ces interventions structurelles comprennent des programmes visant à améliorer la faculté d'action et à résoudre la violence (par exemple, les transferts de liquidités et le maintien des filles dans les écoles) (12, 19, 20).

Les services de dépistage du VIH et l'utilisation de médicaments antirétroviraux comme traitement par des personnes chez qui le VIH a été diagnostiqué sont également des éléments clés de la prévention combinée. L'application des principes et des normes en matière de droits de l'homme aux services de dépistage du VIH est traitée dans la Liste de contrôle 2 ; leur application au traitement contre le VIH est couverte dans la Liste de contrôle 3.

Disponibilité, accessibilité et acceptabilité des services de prévention du VIH

- Le gouvernement a-t-il un plan ou un programme national pour généraliser les services de prévention du VIH ? Le plan a-t-il été entièrement budgétisé et les sources de financement ont-elles été identifiées (y compris des sources internationales, si nécessaire) ?
- Le plan de généralisation vise-t-il à assurer que les services appropriés de prévention du VIH sont disponibles et répartis de manière adéquate dans tout le pays, en fonction des données disponibles sur la répartition géographique de la prévalence et de l'incidence du VIH et des populations les plus touchées par l'épidémie ?
- Le plan adapte-t-il à bon escient les services de prévention du VIH avec les programmes les plus appropriés pour répondre à chaque groupe de population, notamment les femmes et les filles, les adolescents et les jeunes, les communautés autochtones, les personnes vivant avec un handicap, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, les prostitué(e)s, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels et les prisonniers ?

- Quelles sont les mesures mises en place ou mises en œuvre pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services de prévention du VIH pour tous les groupes de population, notamment les femmes et les filles, les adolescents et les jeunes, les communautés autochtones, les personnes vivant avec un handicap, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, les prostitué(e)s, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels et les prisonniers ? Les questions importantes à prendre en considération sont les suivantes :
 - Quelles sont les mesures prises par le gouvernement pour assurer une répartition adéquate d'un nombre suffisant de centres, de programmes et de personnel de soins de santé et d'autres travailleurs de la communauté adéquatement formés et rémunérés afin de fournir des services de prévention du VIH proportionnés aux besoins des situations dans l'ensemble du pays ?
 - Les produits de base, les services et les informations nécessaires à la prévention du VIH sont-ils disponibles gratuitement ? Si le paiement de frais est exigé pour l'un de ces éléments, quelles mesures sont en place pour s'assurer qu'ils ne constituent pas un obstacle aux personnes ou aux ménages ne disposant pas des ressources suffisantes pour payer ces frais ?
 - Quelles sont les mesures en place permettant de prévenir et de réagir efficacement aux ruptures de stock des produits de base de prévention du VIH ?
 - Quelles sont les mesures prises pour améliorer la sensibilisation, la connaissance et la compréhension du VIH, la manière dont le VIH peut être évité, la disponibilité des services de prévention du VIH et les droits dont les personnes disposent dans la recherche et la réception de ces services ?
 - Les services de prévention du VIH incluent-ils une éducation sexuelle mise à disposition des adolescents et les jeunes ?
 - Les connaissances et les compétences sur le VIH et sur les options de prévention du VIH sont-elles mises à leur disposition de manière compréhensible ?
 - Les adolescents et les jeunes sont-ils capables d'avoir accès à ces connaissances ainsi qu'aux produits de base et aux services dont ils ont besoin pour réduire leur risque d'infection ?
 - Les adolescents peuvent-ils accéder aux produits de base et aux services sans qu'il soit nécessaire de disposer du consentement des parents ou du tuteur et d'une protection totale du respect de leur vie privée ?
 - Existe-t-il des activités de sensibilisation, notamment une sensibilisation ciblée à toutes les populations qui en ont besoin, comme les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les communautés autochtones et les populations clés, qui fournissent des informations accessibles au public concernant les services disponibles en matière de prévention du VIH et concernant la manière d'y accéder ?
 - Des efforts sont-ils déployés en faveur des personnes vivant avec un handicap en vue d'éliminer les obstacles physiques et autres aux services de prévention du VIH ? Les personnes en milieu carcéral (ou celles qui sont détenues par l'état de quelque autre manière) ont-elles accès aux informations, aux produits de base et aux services de prévention du VIH équivalents à l'accès dont bénéficient les personnes ne se trouvant pas dans un établissement pénitentiaire ?
 - Les migrants au pays (ou ceux qui s'y trouvent déjà) ont-ils accès aux services de prévention du VIH sur la même base que les ressortissants du pays ?

- Quelles restrictions, le cas échéant, s'appliquent et à quelles catégories de migrants sont-elles appliquées ? Ces restrictions sont-elles conformes aux normes relatives aux droits de l'homme et aux recommandations en matière de santé publique ?²²
- Les consommateurs connus ou soupçonnés de drogues illégales peuvent-ils avoir accès aux services de prévention du VIH sans discrimination ?
- Existe-t-il des mesures pour s'assurer que les personnes qui fournissent, transportent ou utilisent des préservatifs, du matériel d'injection stérile et d'autres produits de base de prévention du VIH ne sont pas soumis à des brimades ou l'objet de poursuites pénales ?
- Le gouvernement prend-il des mesures pour mettre fin aux lois, aux politiques et aux pratiques répressives contre les populations clés qui entravent leur accès aux services de prévention du VIH ? Cela devrait inclure des lois qui criminalisent les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels et les prostitué(e)s (y compris leurs clients, les lieux de travail et les tiers). Cela peut également comprendre des lois qui criminalisent la possession de substances à usage personnel, ou celles qui autorisent les mesures d'internement d'office des prostitué(e)s ou des consommateurs de drogue (dans les centres dits de « réhabilitation » ou centres de détention pour toxicomanes).

Égalité et non-discrimination dans les services

- Existe-t-il des mesures adéquates dans la législation pour la prévention et la répression de la discrimination fondée sur divers motifs dans la fourniture de produits, de services et d'informations sur la prévention du VIH ?
- Les mesures contre la discrimination protègent-elles adéquatement les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés ? Dans la négative, quelles actions et mesures le gouvernement prend-il pour assurer la non-discrimination dans le contexte des efforts visant à généraliser les services anti-VIH ?
- La politique du gouvernement, dont un éventuel plan d'accélération de la riposte, intègre-t-elle un engagement à faire en sorte que les personnes puissent demander et recevoir les services de prévention du VIH sans discrimination ?
- Existe-t-il des mesures adéquates pour assurer que le personnel de santé et les autres personnes impliquées dans la prestation de services de prévention du VIH (par exemple, les travailleurs communautaires et de proximité) soient formés adéquatement au sujet du VIH et des droits de l'homme ?
- La formation répond-elle à l'exigence de non-discrimination et aux droits de toute personne — notamment les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones, les prisonniers et les populations clés — d'avoir accès aux services de prévention du VIH ?
- Les institutions qui offrent des services de santé s'engagent-elles à veiller à ce que les personnes puissent demander et recevoir les services de prévention du VIH sans discrimination ?

²² Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter ONUSIDA, Rapport de l'Équipe spéciale internationale sur les restrictions aux déplacements liés au VIH : résultats et recommandations (Genève : ONUSIDA ; 2009) (disponible sur http://data.unaids.org/pub/Report/2009_jc1715_report_inter_task_team_hiv_en.pdf).

- Cet engagement à l'égard de la non-discrimination est-il reflété dans leurs politiques ?
- L'institution dispose-t-elle d'une charte des droits du patient (ou un document similaire) qui interdit expressément la discrimination ?
- Quelles mesures existent pour s'assurer l'absence de discrimination dans la prestation des services de prévention du VIH ?

Assurer la qualité des services de prévention du VIH

- Quelles mesures sont en place pour assurer la qualité des produits de base de prévention du VIH qui sont fournis (par exemple, les préservatifs et les lubrifiants masculins et féminins, le matériel d'injection et les médicaments utilisés pour la prophylaxie post-exposition [PEP] et la prophylaxie pré-exposition [PrEP] ou le traitement d'autres infection sexuellement transmissibles [IST]) ou des dispositifs médicaux qui sont utilisés au moment considéré (comme ceux pour la circoncision masculine médicale volontaire [VMMC]) ?
- Ces mesures comprennent-elles la création de normes et d'organismes réglementaires pour assurer l'assurance de la qualité des produits de base et des dispositifs de prévention du VIH ?
- Existe-t-il des mécanismes pour signaler et relever les défis liés aux produits de base et aux services de prévention du VIH qui sont de mauvaise qualité ?
- Existe-t-il une formation adéquate pour les agents de santé et d'autres membres du personnel (par exemple, les travailleurs communautaires et de proximité) afin de s'assurer qu'ils fournissent des services de prévention du VIH fondés sur des données factuelles et basés sur les droits ?
- La formation des prestataires de soins de santé et d'autres personnels (par exemple, les travailleurs communautaires et de proximité) couvre-t-elle le respect et la protection des droits de l'homme dans la prestation des services de prévention du VIH (par exemple, la non-discrimination et le maintien de la confidentialité [secret médical]) ?
- Quelles mesures — dont les mécanismes d'examen qui impliquent l'apport de données provenant de personnes vivant avec le VIH et d'autres populations clés — sont en place ou en cours de mise en œuvre pour s'assurer que le matériel et les initiatives de prévention du VIH sont conçus de manière à éviter de stigmatiser involontairement ces populations et ces communautés et à éviter d'alimenter la discrimination ou d'autres violations des droits de l'homme contre elles ?

Respect de la vie privée et confidentialité (secret médical)

- Une loi ou une politique (dont un éventuel plan d'accélération de la riposte) protège-t-elle le droit au respect de la vie privée en garantissant la confidentialité des informations personnelles en matière de santé (dont le statut sérologique à l'égard du VIH) ?
- La protection de la confidentialité (secret médical) s'applique-t-elle à tous les agents de santé et aux autres personnels (par exemple, les travailleurs communautaires et de proximité) qui peuvent obtenir de telles informations sur une personne dans le cadre de la prestation de services de prévention du VIH ?
- Une loi ou une politique prévoit-elle des exceptions à la protection de la confidentialité des informations personnelles en matière de santé (dont le statut sérologique à l'égard du VIH) ? Ces exceptions sont-elles conformes aux normes relatives aux droits de l'homme ?²³

²³ Toute limite à la protection du droit à la vie privée doit être clairement énoncée dans la loi et ne peut être arbitraire, déraisonnable ou imposée de manière discriminatoire. De surcroît, même si la divulgation du résultat d'un test de dépistage du VIH peut être autorisée, la protection de la vie privée doit toujours être protégée dans la plus grande mesure possible. Seuls les moyens les moins invasifs possibles pour atteindre un but légitime sont autorisés.

- Les institutions qui offrent des services de prévention du VIH ont-elles leurs propres politiques qui garantissent la confidentialité des informations personnelles en matière de santé ?
 - De telles politiques interdisent-elles expressément la divulgation de l'information sur la santé d'une personne sans l'autorisation de cette personne ?
 - Quelles mesures sont en place pour assurer la prise de mesures disciplinaires dans l'éventualité où cette confidentialité serait violée ?
- La fourniture de programmes de prévention du VIH garantit-elle en pratique le respect et la protection du droit à la vie privée ? En particulier
 - La disposition physique de l'établissement — comme le bureau du médecin, le dispensaire, la pharmacie ou l'infirmerie — assure-t-elle que l'information peut être communiquée de façon confidentielle ?
 - Les informations personnelles en matière de santé (qu'elles soient sur papier ou sous forme électronique) sont-elles stockées de manière à protéger la vie privée en assurant : (a) que seul le personnel de santé autorisé y a accès (par exemple via un accès restreint physiquement ou une protection adéquate par mot de passe) et (b) qu'elles ne peuvent pas être vues par d'autres (par exemple à l'extérieur des dossiers des patients ou sur un écran) ?
 - Existe-t-il des mesures pour s'assurer que le personnel n'accède pas, ne supprime pas, n'utilise pas ou ne divulgue pas les informations personnelles en matière de santé des patients recevant le service ?
 - Ces mesures sont-elles conformes aux normes et aux recommandations relatives aux droits de l'homme ?
 - Les mesures portent-elles sur les efforts visant à prévenir et à corriger les atteintes à la confidentialité se rapportant au VIH ?
- Si un service de prévention du VIH (comme le dépistage et le traitement des IST, la prescription de la thérapie de substitution des opioïdes ou l'utilisation de médicaments antirétroviraux pour la prophylaxie pré-exposition [PrEP] et la prophylaxie post-exposition [PEP]) comprend des efforts de suivi ou de suivi en dehors d'un établissement de santé, quelles politiques et procédures sont en place pour procéder à ce qui suit :
 - S'assurer qu'une personne en a connaissance et donne son consentement éclairé à ce suivi avant de procéder à l'utilisation du service ?
 - Protéger le respect de la vie privée d'un patient en gardant confidentielles ses informations sur la santé (dont le statut sérologique à l'égard du VIH) dans le cadre des activités de traçage ?

Respect de la dignité personnelle et de l'autonomie

- Les femmes sont-elles confrontées à des exigences en droit ou en fait qui limitent l'indépendance de leur accès aux services de prévention du VIH, notamment l'autorisation du conjoint ou du partenaire ou l'obligation d'informer un conjoint ou un autre intervenant ? Si tel est le cas, quelles mesures le gouvernement prend-il pour faire face à un tel obstacle aux services offerts aux femmes ?
- Les adolescents et les jeunes sont-ils confrontés à des exigences en droit ou en fait qui limitent l'indépendance de leur accès aux services de prévention du VIH, notamment l'autorisation parentale ou du tuteur ou l'obligation d'informer les parents, les tuteurs ou d'autres intervenants ?

- À quel âge les adolescents et les jeunes sont-ils reconnus comme étant en mesure de prendre des décisions indépendantes concernant leur propre santé ? Les mineurs parvenus à l'âge de la maturité reconnus en droit ou en fait sont-ils en mesure de prendre leurs propres décisions concernant la réception des services de santé ?

Participation significative et responsabilisation.

- Existe-t-il des personnes vivant avec le VIH, des jeunes, des femmes et des filles, des personnes vivant avec un handicap, des populations autochtones et des populations clés impliqués de manière significative dans une conception, une fixation d'objectifs, un établissement de priorités, une livraison ou un suivi d'un plan national en vue de la généralisation des politiques et des services de prévention du VIH ? Quelles formes cette participation prend-elle ?
- Existe-t-il des personnes vivant avec le VIH, des jeunes, des femmes et des filles, des personnes vivant avec un handicap, des populations autochtones et des populations clés engagées dans la fourniture de services de prévention du VIH, notamment par le biais de programmes dirigés par la communauté et d'autres systèmes ou approches communautaires qui sont financés et dotés de ressources suffisantes ?
- Existe-t-il des personnes vivant avec le VIH, des jeunes, des femmes et des filles, des personnes vivant avec un handicap, des populations autochtones et des populations clés impliquées dans des mécanismes et des efforts pour suivre et évaluer la mise en œuvre des services de prévention du VIH et répondre aux défis résultant de la mise en œuvre ?

Liste de contrôle 2 : Services de dépistage du VIH et droits de l'homme

Aux fins de cette liste de contrôle, les services de dépistage du VIH s'inscrivent dans le cadre des cinq éléments essentiels, les « 5 C », recommandés par l'OMS et l'ONUSIDA (consentement, confidentialité, conseil, résultats corrects et connexion) et le terme se réfère à la gamme complète de services qui devraient être fournis avec le dépistage du VIH. Ces services comprennent les éléments suivants :

- conseils (informations de pré-test et conseils post-test) ;
 - mise en relation des personnes aux services appropriés de prévention, de traitement et de soins du VIH, ainsi que d'autres services cliniques et d'accompagnement ; et
 - coordination des services de laboratoire pour soutenir l'assurance qualité et la livraison des résultats corrects (23).
-

Disponibilité, accessibilité et acceptabilité du dépistage du VIH

- Le gouvernement a-t-il un plan ou un programme national pour généraliser les services de dépistage du VIH ? A-t-il été entièrement budgétisé et les sources de financement ont-elles été identifiées (y compris des sources internationales, si nécessaire) ?
- Le plan de généralisation assure-t-il que les services de dépistage du VIH sont disponibles et répartis de manière adéquate dans tout le pays, en fonction des données disponibles sur la répartition géographique de la prévalence et de l'incidence du VIH et des populations les plus touchées par l'épidémie ?
- Le plan comprend-il les options et les approches de dépistage du VIH les plus appropriées pour répondre aux besoins de populations spécifiques, notamment les femmes et les filles, les adolescents et les jeunes, les communautés autochtones, les personnes vivant avec un handicap, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, les prostitué(e)s, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels et les prisonniers ?
- Quelles mesures sont prises par le gouvernement et les autres parties prenantes pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services de dépistage du VIH pour tous les groupes de population, notamment les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés ?
- Quelles mesures sont en place ou sont prises pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services de dépistage du VIH pour toutes les populations dans le besoin, notamment les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés ? Les questions importantes à prendre en considération sont les suivantes :
 - Quelles sont les mesures prises par le gouvernement pour assurer une répartition adéquate d'un nombre suffisant de centres, de programmes et de personnel de soins de santé et d'autres travailleurs de la communauté adéquatement formés et rémunérés afin de fournir des services de dépistage du VIH proportionnés aux besoins des situations dans l'ensemble du pays ?

- Le dépistage du VIH est-il disponible gratuitement ? Si le paiement de frais est exigé pour les services de dépistage du VIH, quelles mesures sont en place pour s'assurer qu'ils ne constituent pas un obstacle aux personnes ou aux ménages ne disposant pas des ressources suffisantes pour payer ces frais ?
- Quelles sont les mesures en place permettant de prévenir et de réagir efficacement aux ruptures de stock des produits de base du dépistage du VIH ?
- Quelles mesures sont prises pour améliorer la sensibilisation, la connaissance et la compréhension du VIH, les options de dépistage du VIH et les droits des personnes pour demander et recevoir les services de dépistage du VIH ?
- Les services de dépistage du VIH sont-ils disponibles pour les adolescents et les jeunes ?
- L'information sur les options de dépistage est-elle mise à leur disposition de manière compréhensible ?
- Les mineurs parvenus à l'âge de la maturité peuvent-ils faire l'objet d'un test de dépistage du VIH sans l'autorisation ou l'information des parents ou du tuteur, et les adolescents et les jeunes sans parents ou tuteurs peuvent-ils faire l'objet d'un dépistage ?
- Les femmes sont-elles en mesure de donner un consentement indépendant et de prendre d'autres décisions indépendantes concernant le dépistage du VIH sans obstacles (comme par exemple le fait d'exiger l'autorisation du conjoint ou du partenaire ou la nécessité d'informer un conjoint, un partenaire ou un autre intervenant) ?
- Existe-t-il des activités de sensibilisation, notamment une sensibilisation ciblée à toutes les populations qui en ont besoin, comme les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les communautés autochtones et les populations clés, qui fournissent des informations accessibles au public concernant les options de dépistage du VIH et concernant la manière d'y accéder ?
- Des efforts sont-ils déployés pour éliminer les obstacles physiques et autres aux services de dépistage du VIH en faveur des personnes vivant avec un handicap ?
- Les personnes en milieu carcéral (ou celles qui sont détenues par l'état de quelque autre manière) ont-elles accès à des services de dépistage du VIH de qualité, volontaires et confidentiels ?
- Les migrants au pays (ou ceux qui s'y trouvent déjà) ont-ils accès aux services de dépistage du VIH sur la même base que les ressortissants du pays ?
- Quelles restrictions, le cas échéant, s'appliquent et à quelles catégories de migrants sont-elles appliquées ? Ces restrictions sont-elles conformes aux normes relatives aux droits de l'homme et aux recommandations en matière de santé publique ?²⁴
- L'accès au dépistage du VIH est-il adéquatement intégré dans les services et les programmes de soins prénatals pour la tuberculose et les infections sexuellement transmissibles ?

²⁴ Toute limite à la protection du droit à la vie privée doit être clairement énoncée dans la loi et ne peut être arbitraire, déraisonnable ou imposée de manière discriminatoire. De surcroît, même si la divulgation du résultat d'un test de dépistage du VIH peut être autorisée, la protection de la vie privée doit toujours être protégée dans la plus grande mesure possible. Seuls les moyens les moins invasifs possibles pour atteindre un but légitime sont autorisés.

- Le gouvernement prend-il des mesures pour mettre fin aux lois, aux politiques et aux pratiques répressives contre les populations clés qui entravent leur accès aux services de dépistage du VIH ? Cela devrait inclure des lois qui criminalisent les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels et les prostitué(e)s (et leurs clients et les lieux de travail). Cela peut également comprendre des lois qui criminalisent la possession de substances à usage personnel, ou celles qui autorisent les mesures d'internement d'office des prostitué(e)s ou des consommateurs de drogue (dans les centres dits de « réhabilitation » ou centres de détention pour toxicomanes).

Égalité et non-discrimination dans les services de dépistage du VIH

- Existe-t-il des mesures adéquates dans la législation pour la prévention et la répression de la discrimination fondée sur divers motifs dans la fourniture de soins de santé (notamment le dépistage du VIH) ?
- Les mesures contre la discrimination protègent-elles adéquatement les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés dans le cadre de la demande et de l'obtention du dépistage du VIH ? Dans la négative, quelles actions et mesures le gouvernement prend-il pour assurer la non-discrimination dans le contexte des efforts visant à généraliser les services anti-VIH ?
- La politique du gouvernement, dont un éventuel plan d'accélération de la riposte, intègre-t-elle un engagement à faire en sorte que les personnes puissent demander et recevoir les services de dépistage du VIH sans discrimination ?
- Quelles sont les mesures prises par le gouvernement pour assurer que le personnel de santé est formé de manière adéquate sur le VIH et les droits de l'homme, notamment l'exigence de non-discrimination et les droits de toute personne à accéder aux services de dépistage du VIH (notamment les jeunes, les femmes et les filles les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés) ?
- Existe-t-il des mesures adéquates pour assurer que le personnel de santé et les autres personnes impliquées dans la prestation de services de prévention du VIH (par exemple, les travailleurs communautaires et de proximité) soient formés adéquatement au sujet du VIH et des droits de l'homme dans le cadre du dépistage du VIH ?
- La formation répond-elle à l'exigence de non-discrimination et aux droits de toute personne — notamment les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés — d'avoir accès aux services de dépistage du VIH ?
 - Cet engagement à l'égard de la non-discrimination est-il reflété dans leurs politiques ?
 - L'institution dispose-t-elle d'une charte des droits du patient ou un document similaire qui interdit expressément la discrimination ?
 - Quelles mesures existent pour assurer la non-discrimination dans la prestation des services de dépistage du VIH ?

Assurer la qualité des services de dépistage du VIH

- Quelles mesures sont en place pour assurer la qualité des services de dépistage du VIH ?
 - Les agents de santé et les autres membres du personnel sont-ils suffisamment formés pour fournir des services de dépistage du VIH conformément aux normes de qualité (tels que les principes directeurs de l'OMS) ?

- Ces mesures garantissent-elles que les politiques, les procédures et les pratiques de dépistage du VIH respectent et protègent les droits de l'homme (par exemple, assurent-elles un consentement éclairé et protègent-elles la confidentialité) ?
- Existe-t-il des mécanismes pour signaler et relever les défis liés au dépistage du VIH de mauvaise qualité ?
- Quelles mesures sont en place ou prises pour assurer la qualité de tous les dispositifs médicaux (comme les kits de dépistage du VIH, les réactifs et les équipements de laboratoire) qui sont utilisés dans les services de dépistage du VIH ?
- Quelles mesures sont en place ou prises pour assurer la qualité des services de laboratoire qui effectuent le dépistage du VIH ?
- Quelles mesures et procédures sont en place pour prévenir et traiter les cas de diagnostic incorrect du VIH (qu'il s'agisse de faux résultats positifs ou de faux résultats négatifs) ?

Respect de la vie privée et confidentialité (secret médical)

- Une loi ou une politique (dont le plan d'accélération de la riposte) protège-t-elle le droit au respect de la vie privée en garantissant en règle générale la confidentialité des informations personnelles en matière de santé, notamment si une personne a été testée pour le VIH et le résultat de ses tests ?
- La protection de la confidentialité (secret médical) s'applique-t-elle à tous les agents de santé et aux autres intervenants (comme les travailleurs communautaires et les travailleurs de proximité) qui peuvent obtenir des informations sur une personne tout en offrant des services de dépistage du VIH ?
- Une loi ou une politique prévoit-elle des exceptions à la protection de la confidentialité des informations personnelles en matière de santé (dont le statut sérologique à l'égard du VIH) ? Ces exceptions sont-elles conformes aux normes relatives aux droits de l'homme ?²⁵
- Les institutions qui offrent des services de dépistage du VIH ont-elles leurs propres politiques qui garantissent la confidentialité des informations personnelles en matière de santé ?
 - De telles politiques interdisent-elles expressément la divulgation de l'information sur la santé d'une personne sans l'autorisation de cette personne ?
 - Quelles mesures sont en place pour assurer la prise de mesures disciplinaires dans l'éventualité où cette confidentialité serait violée ?
- La fourniture des services de dépistage du VIH garantit-elle en pratique le respect et la protection du droit à la vie privée ? En particulier :
 - La disposition physique de l'établissement — comme le bureau du médecin, le dispensaire, la pharmacie ou l'infirmierie — assure-t-elle que l'information peut être communiquée de façon confidentielle ?
 - Les informations personnelles en matière de santé (qu'elles soient sur papier ou sous forme électronique) sont-elles stockées de manière à protéger la vie privée en assurant :

²⁵ Toute limite à la protection du droit à la vie privée doit être clairement énoncée dans la loi et ne peut être arbitraire, déraisonnable ou imposée de manière discriminatoire. De surcroît, même si la divulgation du résultat d'un test de dépistage du VIH peut être autorisée, la protection de la vie privée doit toujours être protégée dans la plus grande mesure possible. Seuls les moyens les moins invasifs possibles pour atteindre un but légitime sont autorisés.

(a) que seul le personnel de santé autorisé y a accès (par exemple via un accès restreint physiquement et une protection adéquate par mot de passe) et (b) qu'elles ne peuvent pas être vues par d'autres (par exemple à l'extérieur des dossiers des patients ou sur un écran) ?

- Existe-t-il des mesures pour s'assurer que le personnel n'accède pas, ne supprime pas, n'utilise pas ou ne divulgue pas les informations personnelles en matière de santé des patients recevant des services ?
- Les mesures portent-elles sur les efforts visant à prévenir et à corriger les atteintes à la confidentialité ?
- Les travailleurs qui fournissent des services de dépistage du VIH veillent-ils à ne pas discuter des informations relatives à des patients individuels en présence ou à portée de voix d'autres personnes dans l'établissement ou en dehors de l'établissement ?
- Si un service de dépistage du VIH comporte des activités de suivi ou de traçage en dehors d'un établissement de santé, quelles sont les politiques et les procédures en place pour procéder à ce qui suit ?
 - S'assurer qu'une personne en a connaissance et donne son consentement éclairé à ce suivi avant d'être l'objet d'un dépistage ?
 - Protéger le respect de la vie privée d'un patient en gardant confidentielles ses informations sur la santé (dont le statut sérologique à l'égard du VIH) dans le cadre des activités de traçage ?

Respect de la dignité personnelle et de l'autonomie

- Quelles mesures sont en place pour interdire le dépistage obligatoire du VIH et assurer le consentement éclairé au dépistage du VIH ?
- Les femmes sont-elles confrontées à des exigences en droit ou en fait qui limitent l'indépendance de leur accès aux services de dépistage du VIH, notamment l'autorisation du conjoint ou l'obligation d'informer un conjoint ou un autre intervenant ? Si tel est le cas, quelles mesures le gouvernement prend-il pour faire face à un tel obstacle aux services offerts aux femmes ?
- Les adolescents et les jeunes sont-ils confrontés à des exigences en droit ou en fait qui limitent l'indépendance de leur accès aux services de dépistage du VIH, notamment l'autorisation parentale ou du tuteur ou l'obligation d'informer les parents, les tuteurs ou d'autres intervenants ?
- À quel âge les jeunes et les adolescents sont-ils capables de prendre des décisions indépendantes concernant leur propre santé, notamment le fait d'être l'objet d'un test de dépistage du VIH ?
- Les mineurs parvenus à l'âge de la maturité reconnus en droit ou en fait sont-ils en mesure de prendre leurs propres décisions concernant le dépistage du VIH ?
- La loi prévoit-elle que tout programme médical, notamment le dépistage du VIH, ne peut être effectué qu'avec le consentement spécifique, volontaire et éclairé d'une personne ?

- L'obligation de consentement éclairé est-elle reflétée dans d'autres politiques gouvernementales ou dans les politiques d'institutions ou d'organisations qui fournissent des tests de dépistage du VIH ?
- Existe-t-il des normes réglementaires relatives aux agents de santé et aux autres prestataires de tests qui présentent des lignes directrices claires pour respecter et protéger les droits de l'homme et qui contiennent des mesures disciplinaires si ces normes ne sont pas remplies (comme les tests se produisant sans le consentement éclairé ou la confidentialité étant violée) ?
- Quelles sont les mesures prises par le gouvernement ou les prestataires de services pour s'assurer que les agents de santé connaissent et respectent l'autonomie des patients lorsqu'ils prennent des décisions en connaissance de cause quant à la question de savoir s'il faut ou non tester le VIH ?
- Dans les cas où les personnes peuvent manquer de discernement ou avoir une capacité mentale limitée pour prendre des décisions en connaissance de cause au sujet du dépistage du VIH, la loi ou la politique exigent-elles ce qui suit ? Ces mesures sont-elles prises en pratique ?
 - Les personnes sont-elles accompagnées pour mieux connaître leurs souhaits en connaissance de cause ?
 - Est-il assuré qu'un éventuel substitut de la tutelle à l'autorité parentale agit dans le meilleur intérêt de ces personnes d'une manière compatible avec les souhaits en connaissance de cause de la personne dans toute la mesure du possible ?
- Existe-t-il des options de test à domicile et d'auto-test de dépistage disponibles dans le pays ? Dans l'affirmative, quelles mesures ont été prises pour éviter l'usage inapproprié du test à domicile et de l'auto-test de dépistage (comme leur utilisation pour tester une personne sans son consentement) et pour assurer des liens adéquats avec les services de traitement, de soins et d'accompagnement ?

Participation significative et responsabilisation.

- Existe-t-il des personnes vivant avec le VIH, des jeunes, des femmes et des filles, des personnes vivant avec un handicap, des populations autochtones et des populations clés impliqués de manière significative dans la conception, la livraison ou le suivi d'un plan national en vue de la généralisation du dépistage du VIH, des politiques de dépistage du VIH et des services connexes ? Quelles formes cet engagement prend-il ?
- Existe-t-il des personnes vivant avec le VIH, des jeunes, des femmes et des filles, des personnes vivant avec un handicap, des communautés autochtones et des populations clés engagées dans la fourniture de services de dépistage du VIH, notamment par le biais de programmes dirigés par la communauté et d'autres systèmes ou approches communautaires qui sont financés et dotés de ressources suffisantes ?
- Existe-t-il des personnes vivant avec le VIH, des jeunes, des femmes et des filles, des personnes vivant avec un handicap, des communautés autochtones et des populations clés impliquées dans des mécanismes et des efforts pour suivre et évaluer la mise en œuvre des services de dépistage du VIH et répondre aux défis résultant de la mise en œuvre ?

Liste de contrôle 3 : Services de traitement du VIH et droits de l'homme

Aux fins de cette liste de contrôle, le traitement du VIH et les services de traitement signifient ce qui suit (comme il convient dans le contexte) :

- Informations sur le traitement.
 - Antirétroviraux et autres médicaments.
 - Dispositifs médicaux nécessaires.
 - Outils de diagnostic nécessaires pour suivre et guider le traitement continu.
 - Services de santé, biens et informations connexes.
-

Disponibilité, accessibilité et acceptabilité du traitement du VIH

- Le gouvernement a-t-il un plan ou un programme national pour généraliser le traitement du VIH pour atteindre les objectifs de l'accélération de la riposte ? Le plan a-t-il été entièrement budgétisé et les sources de financement ont-elles été identifiées (y compris des sources internationales, si nécessaire) ?
- Les plans et les mesures visant à accroître l'accès au traitement du VIH comprennent-ils les efforts visant à tirer parti des flexibilités prévues par la loi internationale sur la propriété intellectuelle afin d'encourager la concurrence et de promouvoir un meilleur accès à des médicaments abordables en termes de prix et à d'autres technologies de la santé ?
- Les plans et les mesures visant à accroître l'accès au traitement du VIH comprennent-ils les efforts visant à faire face aux pratiques anti-concurrentielles et à réglementer les prix des médicaments afin d'éviter des prix excessifs et améliorer l'accessibilité financière ?
- Les plans du gouvernement visant à accélérer l'accès au traitement du VIH comprennent-ils le fait de garantir la couverture de tous les médicaments contre le VIH énumérés pour le traitement des adultes et des enfants dans la Liste modèle des Médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ?²⁶ Si tel n'est pas le cas, quelles mesures le gouvernement prend-il pour obtenir une telle couverture pour ces médicaments ?
- Le plan de généralisation assure-t-il que le traitement du VIH est disponible et réparti équitablement dans tout le pays en fonction des données disponibles sur la répartition géographique des cas de VIH diagnostiqués, les maladies et les décès liés au sida et les populations les plus touchées par l'épidémie de VIH ? Quelles mesures sont prises par le gouvernement et d'autres parties prenantes pour répondre aux inégalités d'accès géographique et de population (notamment pour les populations clés) ?

²⁶ La liste peut être consultée en ligne à <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.

- Quelles sont les mesures mises en place ou prises pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des services de prévention du VIH pour tous les groupes de population, notamment les femmes et les filles, les adolescents et les jeunes, les communautés autochtones, les personnes vivant avec un handicap, les consommateurs de drogues par voie intraveineuse, les prostitué(e)s, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels et les prisonniers ? Les questions importantes à prendre en considération sont les suivantes :
 - Quelles sont les mesures prises par le gouvernement pour assurer une répartition équitable d'un nombre suffisant de centres, de programmes et de personnel de soins de santé et de travailleurs de la communauté adéquatement formés et rémunérés afin de fournir des traitements du VIH proportionnés aux besoins des situations dans l'ensemble du pays ?
 - Le traitement est-il disponible gratuitement ? Si le paiement d'éventuels frais est exigé pour le traitement du VIH ou les services connexes, quelles mesures sont en place pour s'assurer qu'ils ne constituent pas un obstacle aux personnes ou aux ménages sans ressources pour payer ces frais ?
 - Quelles sont les mesures en place permettant de prévenir et de réagir efficacement aux ruptures de stock des produits de base du traitement du VIH ?
 - Quelles mesures sont prises pour améliorer la sensibilisation, la connaissance et la compréhension du traitement du VIH, les options de traitement et les droits des personnes pour demander et recevoir le traitement du VIH, (c'est-à-dire l'acquisition de connaissances sur le traitement et les droits de l'homme) ?
 - Des formulations pédiatriques sûres, efficaces et praticables sont-elles disponibles pour traiter les nourrissons, les enfants, les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH ?
 - Les informations sur un tel traitement et la façon de l'administrer sont-elles mises à la disposition de ces personnes et de leurs aidants non professionnels de façon compréhensible ?
 - Les mineurs parvenus à l'âge de la maturité peuvent-ils avoir accès au traitement du VIH sans l'autorisation des parents ou du tuteur, et les adolescents et les jeunes sans parents ou tuteurs peuvent-ils avoir accès au traitement ?
 - Les femmes sont-elles en mesure de donner un consentement indépendant au traitement et de prendre d'autres décisions sur leur santé sans obstacles tels que le consentement du conjoint et du partenaire ou l'obligation d'informer un conjoint ou un autre intervenant ?
 - Existe-t-il des activités de sensibilisation, notamment une sensibilisation ciblée à toutes les populations qui en ont besoin, comme les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les communautés autochtones et les populations clés, qui fournissent des informations accessibles au public concernant les options disponibles de traitement du VIH et concernant la manière d'y accéder ?
 - Les personnes en milieu carcéral ou celles qui sont détenues par l'état de quelque autre manière ont-elles accès au traitement du VIH qui est au moins équivalent à celui offert aux personnes en dehors de la prison ?

- Les migrants au pays (ou ceux qui s'y trouvent déjà) peuvent-ils accéder au traitement du VIH et aux services de santé connexes sur la même base que les ressortissants du pays ? Quelles restrictions, le cas échéant, s'appliquent et à quelles catégories de migrants sont-elles appliquées ? Ces restrictions sont-elles conformes aux normes relatives aux droits de l'homme et aux recommandations en matière de santé publique ?²⁷
- Les consommateurs de drogue peuvent-ils avoir accès au traitement du VIH sans discrimination (notamment les hypothèses préjudiciables selon lesquelles leur consommation d'autres médicaments signifie qu'ils n'adhéreront pas ou ne bénéficieront pas d'un traitement du VIH) ?
- Pour les personnes qui peuvent présenter une addiction à d'autres drogues, le traitement du VIH est-il coordonné avec un accès volontaire disponible à d'autres services de santé qui peuvent promouvoir et protéger leur santé (c'est-à-dire un traitement contre la toxicomanie) ? Cela inclut-il un soutien à l'adhésion au traitement du VIH ?
- Le gouvernement prend-il des mesures pour mettre fin aux lois, aux politiques et aux pratiques répressives contre les populations clés qui entravent leur accès au traitement du VIH ? Cela devrait inclure des lois qui criminalisent les hommes homosexuels et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transsexuels ou les prostitué(e)s (et leurs clients et les lieux de travail). Cela peut également comprendre des lois qui criminalisent la possession de substances à usage personnel, ou celles qui autorisent les mesures d'internement d'office des prostitué(e)s ou des consommateurs de drogue (dans les centres dits de « réhabilitation » ou centres de détention pour toxicomanes).
- Dans quelle mesure le traitement et les soins du VIH sont-ils intégrés dans d'autres services de santé pour assurer la santé reproductive, la santé maternelle et la santé des enfants ? Cela inclut-il l'un des éléments suivants ?
 - L'accès au dépistage du VIH dans le cadre des soins prénatals ?
 - L'accès aux médicaments antirétroviraux et à d'autres programmes pour prévenir ou réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse et l'accouchement ?
 - L'accès au traitement antirétroviral immédiatement après l'accouchement pour les nourrissons nés de mères positives au VIH, continue à moins que (ou jusqu'à ce que) l'on puisse déterminer qu'un enfant est négatif au VIH ?
 - L'accès continu aux médicaments antirétroviraux pour les mères positives au VIH ?
 - L'accès à l'information, aux outils et aux services d'accompagnement concernant les meilleures options disponibles pour nourrir les nourrissons et les enfants, que ce soit par l'allaitement au sein ou l'alimentation au lait maternisé, en fonction de la situation de la mère ?
- Quelles mesures sont nécessaires pour assurer ou améliorer l'accès à une alimentation au lait maternisé sûre et à de l'eau potable pour aider les femmes à éviter l'allaitement au sein si elles préfèrent agir de la sorte, éliminant ainsi tout risque de transmission du VIH ?

²⁷ Pour de plus amples informations, nous vous invitons à consulter ONUSIDA, Rapport de l'Équipe spéciale internationale sur les restrictions aux déplacements liés au VIH : résultats et recommandations (Genève : ONUSIDA ; 2009) (disponible sur http://data.unaids.org/pub/Report/2009_jc1715_report_inter_task_team_hiv_en.pdf).

Égalité et non-discrimination dans les services de traitement

- Existe-t-il des mesures adéquates dans la législation pour la prévention et la répression de la discrimination fondée sur divers motifs dans la fourniture du traitement du VIH ?
- Ces mesures contre la discrimination protègent-elles adéquatement la capacité des femmes, des filles, des adolescents et des jeunes, des populations autochtones et d'autres populations clés à avoir accès au traitement du VIH ? Dans la négative, quelles actions et mesures le gouvernement prend-il pour assurer la non-discrimination dans le contexte des efforts visant à généraliser les services de traitement du VIH ?
- La politique du gouvernement, dont un éventuel plan d'accélération de la riposte, intègre-t-elle un engagement à faire en sorte que les personnes puissent demander et recevoir le traitement du VIH sans discrimination ?
- Existe-t-il des mesures adéquates pour assurer que le personnel de santé et les autres personnes impliquées dans le traitement du VIH (par exemple, les travailleurs communautaires et de proximité) soient formés adéquatement au sujet du VIH et des droits de l'homme ?
- La formation sur le VIH et les droits de santé couvre-t-elle l'exigence de non-discrimination et les droits de toute personne d'accéder au traitement du VIH, notamment les jeunes, les femmes et les filles, les personnes vivant avec un handicap, les populations autochtones et les populations clés ?
- Les institutions qui offrent un traitement du VIH s'engagent-elles à veiller à ce que les personnes puissent demander et recevoir les services de prévention du VIH sans discrimination ?
 - Cet engagement à l'égard de la non-discrimination est-il reflété dans leurs politiques ?
 - L'institution dispose-t-elle d'une charte des droits du patient ou un document similaire qui interdit expressément la discrimination ?
 - Quelles mesures existent pour assurer le respect de la non-discrimination dans le traitement du VIH ?

Assurer la qualité du traitement du VIH

- Quelles mesures sont en place ou sont prises pour s'assurer que les médicaments et les dispositifs médicaux utilisés pour administrer le traitement du VIH sont sûrs, efficaces et de qualité assurée ?
 - Ces mesures comprennent-elles la création de normes et d'organismes réglementaires pour assurer l'assurance de la qualité des médicaments contre le VIH et des dispositifs connexes ?
 - Existe-t-il des mécanismes pour signaler et relever les défis liés aux médicaments et aux dispositifs connexes de mauvaise qualité ?

²⁸ La liste peut être consultée en ligne à <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>.

- Quelles mesures sont disponibles et prises pour traiter les médicaments de mauvaise qualité ou falsifiés ou la promotion de substances ou de méthodes non scientifiques comme traitement de l'infection par le VIH ?
- Existe-t-il des régimes de la thérapie antirétrovirale différents et accessibles pour s'attaquer à la pharmacorésistance ? Cela inclut-il, au minimum, ceux qui utilisent des médicaments énumérés dans la Liste modèle de Médicaments essentiels de l'OMS les plus récents ?²⁸
- Existe-t-il une formation adéquate pour les prestataires de soins de santé et d'autres membres du personnel (par exemple, les travailleurs communautaires et de proximité) sur le respect et la protection des droits de l'homme dans le traitement du VIH, comme le droit à la non-discrimination et à la confidentialité (secret médical) ?

Respect de la vie privée et confidentialité (secret médical)

- Une loi ou une politique (dont le plan d'accélération de la riposte) protège-t-elle le droit au respect de la vie privée en garantissant en règle générale la confidentialité des informations personnelles en matière de santé, notamment si une personne reçoit un traitement du VIH et le traitement spécifique qu'elle reçoit ?
- La protection de la confidentialité s'applique-t-elle à tous les agents de santé et à d'autres personnes qui peuvent obtenir de telles informations sur une personne dans le cadre du traitement du VIH (par exemple, les travailleurs de proximité ou les personnes qui administrent une couverture dans le cadre d'un régime public ou privé d'assurance maladie) ?
- Une loi ou une politique prévoit-elle des exceptions à la protection de la confidentialité des informations personnelles en matière de santé dont le statut sérologique à l'égard du VIH ? Ces exceptions sont-elles conformes aux normes relatives aux droits de l'homme ?²⁹
- Les institutions qui offrent un traitement du VIH ont-elles leurs propres politiques qui garantissent la confidentialité des informations personnelles en matière de santé ? De telles politiques interdisent-elles expressément la divulgation de l'information sur la santé d'une personne à d'autres sans l'autorisation de cette personne ? Quelles mesures sont en place pour réprimer la violation de la confidentialité ?
- La fourniture du traitement du VIH garantit-elle en pratique le respect et la protection du droit à la vie privée ? En particulier :
 - La disposition physique de l'établissement — comme le bureau d'un médecin, le dispensaire, la pharmacie ou l'infirmerie — assure-t-elle que l'information peut être communiquée de façon confidentielle ?
 - Les informations personnelles en matière de santé (qu'elles soient sur papier ou sous forme électronique) sont-elles stockées de manière à protéger la vie privée en assurant : (a) que seul le personnel de santé autorisé y a accès (par exemple via un accès restreint physiquement et une protection adéquate par mot de passe) et (b) qu'elles ne peuvent pas être vues par d'autres (par exemple à l'extérieur des dossiers des patients ou sur un écran) ?

²⁹ Toute limite à la protection du droit à la vie privée doit être clairement énoncée dans la loi et ne peut être arbitraire, déraisonnable ou imposée de manière discriminatoire. De surcroît, même si la divulgation du résultat d'un test de dépistage du VIH peut être autorisée, la protection de la vie privée doit toujours être protégée dans la plus grande mesure possible. Seuls les moyens les moins invasifs possibles pour atteindre un but légitime sont autorisés.

- Existe-t-il des mesures pour s'assurer que le personnel n'accède pas, ne supprime pas, n'utilise pas ou ne divulgue pas les informations personnelles en matière de santé des patients recevant le traitement ?
- Ces mesures sont-elles conformes aux normes et aux recommandations relatives aux droits de l'homme ?
- Les travailleurs qui fournissent des services de traitement veillent-ils à ne pas discuter des informations relatives à des patients individuels en présence ou à portée de voix d'autres personnes dans l'établissement ou en dehors de celui-ci ?
- Si un programme de traitement du VIH comporte des activités de suivi du traitement en dehors d'un établissement de santé, quelles sont les politiques et les procédures en place pour procéder à ce qui suit :
 - S'assurer qu'un patient en a connaissance et donne son consentement éclairé à ce suivi avant de démarrer le traitement ?
 - Protéger le respect de la vie privée d'un patient en gardant confidentielles ses informations sur la santé dans le cadre de ces activités ?
 - S'assurer que ces protections de la vie privée sont conformes aux normes et aux recommandations relatives aux droits de l'homme ?

Respect de la dignité personnelle et de l'autonomie

- Les femmes sont-elles confrontées à des exigences en droit ou en fait qui limitent l'indépendance de leur accès au traitement du VIH, notamment l'autorisation du conjoint ou du partenaire ou l'obligation d'informer un conjoint, un partenaire ou un autre intervenant ? Si tel est le cas, quelles mesures le gouvernement prend-il pour faire face aux éventuelles obstacles aux services offerts aux femmes ?
- Les adolescents et les jeunes sont-ils confrontés à des exigences en droit ou en fait qui limitent l'indépendance de leur accès au traitement du VIH, notamment l'autorisation parentale ou du tuteur ou l'obligation d'informer les parents, les tuteurs ou d'autres intervenants ?
- À quel âge les adolescents et les jeunes sont-ils libres de prendre leurs propres décisions médicales, notamment celles concernant le traitement du VIH ? Les mineurs parvenus à l'âge de la maturité reconnus en droit ou en fait sont-ils en mesure de prendre leurs propres décisions concernant le traitement du VIH ?
- La loi prévoit-elle que tout programme médical, notamment la prescription ou le traitement continu du VIH, ne peut être effectué qu'avec le consentement volontaire et éclairé d'une personne ?

- Cette obligation de consentement éclairé est-elle reflétée dans d'autres politiques gouvernementales ou dans les politiques d'institutions ou d'organisations qui offrent un traitement du VIH ?
- Quelles sont les mesures prises par le gouvernement ou les prestataires de services pour s'assurer que les agents de santé connaissent et respectent l'autonomie des patients pour prendre leurs propres décisions en connaissance de cause quant à savoir s'ils commencent ou poursuivent le traitement du VIH ?
- Dans les cas où les personnes peuvent manquer de discernement ou avoir une capacité mentale limitée pour prendre des décisions en connaissance de cause au sujet du dépistage du VIH, la loi ou la politique exigent-elles ce qui suit ? Ces mesures sont-elles prises en pratique ?
 - Les personnes sont-elles accompagnées pour mieux connaître leurs souhaits en connaissance de cause ?
 - Est-il assuré qu'un éventuel substitut de la tutelle à l'autorité parentale agit dans le meilleur intérêt de ces personnes d'une manière compatible avec les souhaits en connaissance de cause de la personne dans toute la mesure du possible ?

Participation significative et responsabilisation.

- Existe-t-il des personnes vivant avec le VIH, des jeunes, des femmes et des filles, des personnes vivant avec un handicap, des communautés autochtones et des populations clés impliquées de manière significative dans la conception, la livraison ou le suivi d'un plan national de traitement du VIH et des politiques et des services de traitement du VIH ? Quelles formes cet engagement prend-il ?
- Existe-t-il des personnes vivant avec le VIH et d'autres membres des populations clés engagées dans la fourniture du traitement du VIH, notamment par le biais de programmes dirigés par la communauté et d'autres systèmes ou approches communautaires qui sont financés et dotés de ressources suffisantes ?
- Existe-t-il des personnes vivant avec le VIH, des jeunes, des femmes et des filles, des personnes vivant avec un handicap, des communautés autochtones et des populations clés impliquées dans des mécanismes et des efforts pour suivre et évaluer la mise en œuvre du traitement du VIH et répondre aux défis résultant de la mise en œuvre ?

Références

1. United Nations General Assembly. Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. A/RES/70/1. United Nations; 2015 (<https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>, consulté le 2 février 2017).
2. UNAIDS. AIDS by the numbers 2016. Geneva: UNAIDS; 2016.
3. UNAIDS. “15 by 15”—a global target achieved. Geneva: UNAIDS; 2015.
4. UNAIDS. On the Fast-Track to end AIDS by 2030: focus on location and population. Geneva: UNAIDS; 2015.
5. UNAIDS. The prevention gap report. Geneva: UNAIDS; 2016.
6. United Nations General Assembly. Declaration of Commitment: Global Crisis—Global Action. A/RES/s-26/2. United Nations; 2001.
7. United Nations General Assembly. Political Declaration on HIV/AIDS. A/RES/60/262. United Nations; 2006.
8. United Nations General Assembly. Political Declaration on HIV and AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate HIV and AIDS. A/RES/65/277. United Nations; 2011.
9. United Nations General Assembly. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight Against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030. A/70/L.52. United Nations; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_en.pdf, consulté le 2 février 2017).
10. UNAIDS. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. Geneva: UNAIDS; 2014.
11. UNAIDS. Fast-Track commitments to end AIDS by 2030. Geneva: UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf, consulté le 2 février 2017).
12. UNAIDS. Fast-Tracking combination prevention: towards reducing new HIV infections to fewer than 500 000 by 2020. Geneva: UNAIDS; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151019_JC2766_Fast-tracking_combination_prevention.pdf, consulté le 2 février 2017).
13. UNAIDS. The gap report. Geneva: UNAIDS; 2014.
14. UNAIDS. UNAIDS terminology guidelines. Geneva: UNAIDS; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_en.pdf, consulté le 2 février 2017).

15. What are human rights? In: Office of the High Commissioner for Human Rights [website]. Geneva: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR) (<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>, consulté le 2 février 2017).
16. UNAIDS, OHCHR. International guidelines on HIV/AIDS and human rights. 2006 consolidated version. Geneva: UNAIDS, OHCHR; 2006 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>, consulté le 2 février 2007).
17. Human rights. In: The Global Fund [website]. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria (Global Fund); 2017 (<http://www.theglobalfund.org/en/humanrights/>, consulté le 2 février 2017). The Global Fund. Technical brief on HIV, human rights and gender equality. Geneva: The Global Fund; 2017.
18. Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health. In: The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights. A/RES/2200. 16 December 1966. United Nations; 1966.
19. UNAIDS. Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural, and structural strategies to reduce new HIV infections: a UNAIDS discussion paper. Geneva: UNAIDS; 2010 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf, consulté le 2 février 2017).
20. UNAIDS. HIV prevention among adolescent girls and young women: putting HIV prevention among adolescent girls and young women on the Fast-Track and engaging men and boys. Geneva: UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_HIV_prevention_among_adolescent_girls_and_young_women.pdf, consulté le 2 février 2017).
21. Fox K, Ferguson J, Ajose W, Singh J, Marum E, Baggaley R. Adolescent consent to HIV testing: a review of current policies and issues in sub-Saharan Africa. In: HIV and adolescents: guidance of HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Annex 15. Geneva: World Health Organization (WHO); 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/95147/1/WHO_HIV_2013.141_eng.pdf?ua=1, accessed 2 February 2017).
22. Sam-Agudu NA, Folayan MO, Ezeanolue EE. Seeking wider access to HIV testing for adolescents in sub-Saharan Africa. *Pediatric Research*. 2016;79:838–845. doi:10.1038/pr.2016.28.
23. WHO. Consolidated guidelines on HIV testing services—5 Cs: consent, confidentiality, counselling, correct results and connection. Geneva: WHO; 2015 (<http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/>, consulté le 2 février 2017). And also WHO. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations. Geneva: WHO; 2014 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/128048/1/9789241507431_eng.pdf?ua=1&ua=1, accessed 2 February 2017).

24. Zhang NJ. Impact of health literacy on medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Pharmacotherapy*. 2014;48(6):741–751.
25. United Nations General Assembly. International Convention on the Elimination of all Forms of Racial Discrimination. 21 December 1965. United Nations; 1965, para 43.
26. Committee on the Elimination of Racial Discrimination. General Recommendation 20: The Guarantee of Human Rights Free from Racial Discrimination. A/51/18. United Nations; 1996, para 1.
27. Committee on the Elimination of Racial Discrimination. General Recommendation 30: On Discrimination Against Non-citizens. CERD/C/GC/30. United Nations; 2005, paras 29 and 36.
28. United Nations Committee on the Elimination of Racial Discrimination. General Recommendation 23: On the Rights of Indigenous People. A/52/18. United Nations; 1997, para 4(b).
29. United Nations General Assembly. United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples. A/61/295. United Nations; 2006, Articles 1, 2 and 24.
30. United Nations General Assembly. Convention on the Rights of the Child. A/RES/44/25. United Nations; 1989, Articles 2 and 24.
31. Committee on the Rights of the Child. General Comment 3: On Children and HIV/AIDS. CRC/GC/2003/3. Committee on the Rights of the Child; 2003.
32. Committee on the Rights of the Child. General Comment 15: On the Right of the Child to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Health. CRC/C/GC/15. Committee on the Rights of the Child; 2013, Article 24.
33. United Nations General Assembly. Towards a Comprehensive and Integral International Legal Instrument to Promote and Protect the Rights and Dignity of Older Persons. A/RES/67/139. United Nations; 2012.
34. General Assembly of the Organization of American States (OAS). Inter-American Convention on Protecting the Human Rights of Older Persons. OAS; 2015.
35. United Nations General Assembly. International Convention on the Protection of the Rights of all Migrant Workers and Members of their Families. A/RES/45/158. United Nations; 1990, Articles 43 and 45.
36. United Nations General Assembly. Convention Relating to the Status of Refugees. United Nations; 1951, Article 24(1)(b).
37. United Nations General Assembly. Declaration on the Human Rights of Individuals who are not Nationals of the Country in Which They Live. A/RES/40/144. United Nations; 1985, Article 8(1)(c).

38. World Health Assembly. Health of Migrants. WHA61/2008/REC/1. World Health Assembly; 2008, para 1.
39. United Nations General Assembly. Basic Principles for the Treatment of Prisoners. A/45/49. United Nations; 1990, Principles 5 and 9.
40. United Nations General Assembly. United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (The Nelson Mandela rules). A/RES/70/175. United Nations; 2015, Rules 2, 24, 25, 27, 28 and 32.
41. Committee on Economic, Social, and Cultural Rights. General Comment 20: Non-discrimination in Economic, Social and Cultural Rights (Article 2, para 2). E/C.12/GC/20, 10 June 2009.
42. Asia Catalyst. First do no harm: discrimination in health care settings against people living with HIV in Cambodia, China, Myanmar, and Viet Nam. New York: Asia Catalyst; 2016 (http://asiacatalyst.org/wp-content/uploads/2014/09/First-Do-No-Harm_Feb26.pdf, consulté le 2 février 2017). UNAIDS. Agenda for zero discrimination in health care. Geneva: UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare_en.pdf, consulté le 27 mars 2017). UNAIDS. Eliminating discrimination in health care: Stepping stone towards ending the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2016(http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/eliminating-discrimination-in-health-care_en.pdf, consulté le 27 mars 2017).
43. Jürgens R. Increasing access to HIV testing and counseling while respecting human rights: background paper. New York: Open Society Institute; 2007 (<http://www.opensocietyfoundations.org/publications/increasing-access-hiv-testing-and-counseling-while-respecting-human-rights-background>, consulté le 2 février 2017).
44. Sayles JN et al. The association of stigma with self-reported access to medical care and antiretroviral therapy adherence in persons living with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*. 2009;24(10):1101–1108.
45. Katz IT et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of International AIDS Society*. 2013;16(Suppl 2):18640. doi.org/10.7448/IAS.16.3.18640.
46. OHCHR. General Comment No. 20: Prohibition of Torture or Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. A/44/40. OHCHR; 1992.
47. United Nations General Assembly. International Covenant on Civil and Political Rights. 16 December 1966. United Nations; 1966.
48. Govindasamy D et al. Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review. *AIDS*. 2012;26(16):2059–2067.

49. Mburu G et al. Rights-based services for adolescents living with HIV: adolescent self-efficacy and implications for health systems in Zambia. *Reproductive Health Matters*. 2013;21(41):176–185.
50. Chandisarewa W et al. Routine offer of antenatal HIV testing (“opt-out” approach) to prevent mother-to-child transmission of HIV in urban Zimbabwe. *Bulletin of the World Health Organization*. 2007;85(11):843-50.
51. Matovu JKB, Gray RH, Makumbi F, Wawer M, Serwadda D, Kigozi G et al. Voluntary HIV counseling and testing acceptance, sexual risk behavior and HIV incidence in Rakai, Uganda. *AIDS*. 2005;19(5):503–511.
52. UNAIDS. Elimination without violation: UNAIDS supports women living with HIV to put human rights, gender equality and meaningful engagement of communities at the centre of validating elimination of mother-to-child transmission of HIV. Geneva: UNAIDS; 2016 (<https://results.unaids.org/sites/default/files/documents/Validation%20Case%20Study.pdf>, consulté le 2 février 2017).
53. Human Rights Watch, AIDS and Rights Alliance for Southern Africa. A testing challenge: the experience of Lesotho’s universal HIV counseling and testing campaign. New York: Human Rights Watch; 2008 (<https://www.hrw.org/report/2008/11/18/testing-challenge/experience-lesothos-universal-hiv-counseling-and-testing>, consulté le 2 février 2017).
54. Thomson KA et al. Implementation and outcomes of an active defaulter tracing system for HIV, prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT), and TB patients in Kibera, Nairobi, Kenya. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2011;105(6):320–326.
55. OHCHR, United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women), UNAIDS, United Nations Development Programme (UNDP), United Nations Population Fund (UNFPA), United Nations Children’s Fund (UNICEF) and WHO. Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement. Geneva: WHO; 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/, consulté le 2 février 2017).
56. International Conference on Primary Health Care. Declaration of Alma-Ata. 6–12 September 1978 (http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf, consulté le 2 février 2017).
57. Robins S. Foot soldiers of global health: teaching and preaching AIDS science and modern medicine on the frontline. *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*. 2009;28(1):81–107.
58. Zachariah R. Community support is associated with better antiretroviral treatment outcomes in a resource-limited rural district in Malawi. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*. 2007;101:79–84.

59. Champion EW. Treating millions for HIV—the adherence clubs of Khayelitsha. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(4):301–303.
60. Decroo T et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete Province, Mozambique. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2011;56(2):e39–e44.
61. UNAIDS, Stop AIDS Alliance. Communities deliver: the critical role of communities in reaching global targets to end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_JC2725_CommunitiesDeliver_en.pdf, consulté le 2 février 2017).
62. Rural Health Advocacy Project (RHAP), Rural Doctors Association of Southern Africa (RuDaSa), South African HIV Clinician's Society (SAHIVSoc), SECTION27, Médecins sans Frontières, Treatment Action Campaign (TAC). Stop stock outs: 2015 stock outs national survey. Third annual report—South Africa. 2016.
63. UNAIDS. Guidance note: key programmes to reduce stigma and discrimination and increase access to justice in national HIV responses. Geneva: UNAIDS; 2012 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Key_Human_Rights_Programmes_en_May2012_0.pdf, consulté le 2 février 2017).
64. UNAIDS. Guidance note: human rights and the law. Geneva: UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/2014unaidsguidancenote_humanrightsandthelaw_en, consulté le 2 février 2017).
65. UNAIDS. Sustaining the human rights response to HIV: funding landscape and community voices. Geneva: UNAIDS; 2015 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2769_humanrights_en.pdf, consulté le 2 février 2017).
66. Jürgens R. If we want to end HIV, TB, and malaria, we need to do more to reduce human rights barriers. *Global Fund Observer*, 2016; 287: 7-10 (<http://www.aidspan.org/node/3750>, consulté le 25 février 2017).
67. UNAIDS. Fast-Tracking combination prevention: towards reducing new HIV infections to fewer than 500 000 by 2020. Geneva: UNAIDS; 2015, p.7 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151019_JC2766_Fast-tracking_combination_prevention.pdf, consulté le 2 février 2017).
68. United Nations General Assembly. The International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights. A/RES/2200. 16 December 1966. United Nations; 1966.
69. UNAIDS. Get on the Fast-Track. The life-cycle approach to HIV: Finding solutions for everyone at every stage of life. Geneva: UNAIDS; 2016.
70. Piot P, Quinn TC. Response to the AIDS pandemic—a global health model. *New England Journal of Medicine*. 2013;368(23):2210–2218.
71. Ooms G et al. Applying the principles of AIDS “exceptionality” to global health: challenges for global health governance. *Global Health Governance*. 2010;4(1):1–9.

Copyright © 2017
Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA)
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. L'ONUSIDA ne garantit pas que les informations contenues dans la présente publication sont complètes et correctes et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de leur utilisation.

ONUSIDA/JC2895E



ONUSIDA
Programme commun des
Nations Unies sur le VIH/sida

20 Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org