

NOTE D'INFORMATION

Zéro cas de discrimination dans les structures de soins de santé

CLAUSE DE NON-RESPONSABILITÉ

Les études de cas utilisées dans cette note d'information sont présentées telles qu'elles ont été soumises et n'indiquent pas ni ne suggèrent, de façon implicite ou autre, l'existence d'une approbation, d'une relation ou d'un soutien par l'ONUSIDA et sa mission et/ou par l'un de ses Coparrainants, des États membres et de la société civile. Le contenu des études de cas n'a pas fait l'objet d'une vérification indépendante. L'ONUSIDA ne formule aucune prétention, promesse ou garantie concernant l'exhaustivité et l'exactitude du contenu des études de cas, et décline expressément toute responsabilité en cas d'erreurs ou d'omissions dans le contenu. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des études de cas qui y figurent n'impliquent aucune prise de position de la part de l'ONUSIDA quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Le contenu des études de cas ne reflète pas nécessairement les positions d'États membres, de la société civile, du secrétariat de l'ONUSIDA ou des Coparrainants de l'ONUSIDA.

Pour obtenir des références supplémentaires, toutes les études de cas sont publiées en ligne dans un document de séance sur le site Web du CCP : UNAIDS/PCB (41)/CRP1

TABLE DES MATIÈRES

I. RÉSUMÉ	5
Discrimination dans les structures de soins de santé	5
Mettre en œuvre de solutions	5
Mettre en œuvre le Programme pour mettre fin à la discrimination dans les milieux de soins de santé	6
La voie à suivre	7
II. ACRONYMES	9
III. INTRODUCTION	10
IV. LE PROBLÈME DE LA DISCRIMINATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ	12
Moteurs, formes et manifestations multiples de discrimination	13
Encadré 1. Bonne pratique : protocoles et directives nationaux afin d'améliorer l'accès aux services de santé des migrants en France.....	17
L'environnement juridique	18
L'impact de la discrimination sur les soins de santé	19
Le manque d'autonomisation associé à la discrimination sur le lieu de travail affecte le personnel de santé	21
V. TROUVER DES SOLUTIONS AUX PROBLÈMES	22
Suivi de la discrimination dans les milieux de soins de santé	22
Encadré 2. Bonne pratique : suivi de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de soins de santé en Thaïlande	23
Encadré 3. Bonne pratique : utilisation des résultats de l'Index de stigmatisation pour réduire la discrimination liée au VIH dans les soins dentaires en Allemagne	24
Encadré 4. Bonne pratique : impliquer des réseaux communautaires pour mesurer la stigmatisation et la discrimination au Vietnam	25
Formation du personnel de santé	25
Encadré 5. Bonne pratique : campagnes d'information pour les agents de santé en Suède	26
Encadré 6. Bonne pratique : CapacityPlus : œuvrer en faveur de l'égalité des sexes auprès du personnel de santé.....	27
Création d'un environnement juridique et politique favorable	27
Encadré 7. Bonne pratique : la dépénalisation des relations sexuelles consenties entre adolescents au Pérou	28
Renforcement de mesures de protection supplémentaires	28
Encadré 8. Bonne pratique : accès aux soins de santé pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées au Mexique	29

Encadré 9. Critères pour des services de santé centrés sur les personnes	31
Encadré 10: Bonne pratique : mettre l'accent sur les populations clés en Jamaïque	32
Encadré 11. Équateur : vers des soins de santé accessibles	33
Protection des agents de santé.....	33
Encadré 12 : Reconnaître les sages-femmes, réduire les décès au Cambodge	34
Encadré 13. Bonne pratique : utilisation de l'outil HealthWISE en Chine	35
Renforcement du personnel de santé communautaire et des interventions au sein des communautés	35
Autonomisation des utilisateurs de services de santé.....	35
Encadré 14. Bonne pratique : VAMOS - aider les adolescents à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive en Amérique latine et dans les Caraïbes	37
Encadré 15. Bonne pratique : impliquer les adolescents et les jeunes dans leurs propres soins de santé en Afrique subsaharienne	38
Améliorer l'accès à la justice.....	38
Encadré 16. Renforcer l'accès à la justice au Mozambique	39
Encadré 17. Bonne pratique : renforcement des conseils juridiques en Egypte	39
Renforcer la responsabilisation	39
Encadré 18. Bonne pratique : traitement des plaintes venant des utilisateurs des services de santé en Argentine	40
VI. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME POUR METTRE FIN À LA DISCRIMINATION DANS LES MILIEUX DE SOINS DE SANTÉ	40
Encadré 19. Les milieux de soins de santé sans discrimination devraient, tout au moins :	41
Financer l'élimination de la discrimination dans les structures de soins de santé ..	42
Encadré 20. Bonne pratique : le Fonds LGBT : des approches communautaires pour réduire la discrimination	43
Fixer des objectifs nationaux et régionaux pour éliminer la discrimination	43
Leadership, partenariats, innovation : œuvrer conjointement pour réaliser le Programme pour mettre fin à la discrimination.....	44
Encadré 21. LINKAGES : Utilisation de la technologie mobile pour surveiller la stigmatisation et la discrimination	46
VII. LA VOIE À SUIVRE.....	47
VIII. RÉFÉRENCES.....	49

I. RÉSUMÉ

1. Le thème du segment thématique de la 41^e réunion du CCP - « Zéro cas de discrimination dans les structures de soins de santé » - traduit la reconnaissance accrue de la nécessité de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, y compris dans les établissements de soins de santé, comme une condition fondamentale pour réaliser les objectifs de la stratégie d'accélération établis pour 2020 et tenir la promesse du Programme de développement durable à l'horizon 2030 de ne laisser personne de côté.

Discrimination dans les structures de soins de santé

2. La discrimination dans les structures de soins de santé constitue une violation des droits humains les plus fondamentaux qui sont protégés par les traités internationaux d'une part et la législation et les constitutions au niveau national d'autre part. Elle est souvent animée par la stigmatisation - croyances, sentiments et attitudes négatives à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou des populations clés et affectées.
3. La discrimination dans les structures de soins de santé est un phénomène largement répandu dans le monde qui se présente sous des formes très diverses. Elle touche souvent les personnes les plus marginalisées et les plus stigmatisées de la société, notamment les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, dont beaucoup sont victimes de formes de discrimination qui s'entrecroisent, fondées sur leur âge, leur sexe, leur race ou leur appartenance ethnique, leur état de santé physique ou mentale, leur handicap, leur orientation ou leur identité sexuelle, leur nationalité, leur situation de demandeur d'asile ou de migrant, ou leur passé judiciaire. Les femmes et les filles sont particulièrement susceptibles de subir des formes de discrimination multiples.
4. Les lois, politiques et pratiques discriminatoires - y compris la criminalisation des populations clés ou les lois de consentement liées à l'âge pour pouvoir accéder aux services de santé - et l'absence de lois et politiques protectrices ont des effets pernicieux sur l'environnement dans lequel les soins de santé sont prodigués.
5. La discrimination dans les structures de soins de santé réduit considérablement la qualité de vie des personnes qui la subissent et constitue un obstacle au recours et à l'utilisation de services de santé.
6. La discrimination peut aussi toucher les agents de santé. Les attitudes négatives concernant le VIH parmi le personnel de santé, aggravées par une formation ou des protocoles inadéquats, peuvent mener à des soins inadéquats pour les personnes vivant avec le VIH ou affectées par le VIH. Le manque de respect pour les droits du personnel de santé affecte également leur capacité à fournir des services, et peut nuire à leur propre santé. Les agents de santé peuvent eux-mêmes vivre avec le VIH ou adopter des comportements stigmatisés, ce qui pourrait les décourager de rechercher les soins dont ils ont besoin. Les agents de santé qui travaillent avec des personnes vivant avec le VIH peuvent être victimes de discrimination par procuration. La discrimination sexiste est également ancrée au sein du personnel de santé.

Mettre en œuvre de solutions

7. Pour relever ces défis, il faut mettre en œuvre et intensifier des mesures ciblées, coordonnées, multisectorielles, assorties de délais et fondées sur des données probantes afin d'éliminer la discrimination au sein des établissements de soins de santé. Cela implique de :

- *Surveiller les niveaux de discrimination dans les milieux de soins de santé, y compris les expériences des utilisateurs des services de santé ainsi que les attitudes et les pratiques des prestataires de services ;*
- *Former le personnel de santé, en incluant la formation avant l'entrée en service puis en cours d'emploi, pour développer les compétences en matière de droits de l'homme et d'égalité des sexes, ainsi que la compréhension de l'éthique médicale et des droits et responsabilités des professionnels de la santé en termes de lutte contre la discrimination dans les structures de soins de santé ;*
- *Réviser et réformer les lois, les politiques et les pratiques institutionnelles pour veiller à ce qu'elles offrent un environnement propice à des soins de santé sans discrimination ;*
- *Protéger le personnel de santé par la mise en œuvre effective de normes de santé et de sécurité au travail et respecter les droits du personnel de santé ;*
- *Renforcer les professionnels de la santé communautaires ainsi que les interventions communautaires, en assurant des liens appropriés entre les communautés et les systèmes de santé formels ;*
- *Autonomiser les utilisateurs des services de santé et accroître leur accès à la justice en les sensibilisant et en leur permettant de revendiquer leurs droits, y compris en matière de soins de santé sans discrimination, grâce à des programmes de familiarisation à leurs droits et au droit en général, ainsi qu'à des services juridiques ;*
- *Renforcer la responsabilisation en garantissant l'accès à des mécanismes de réparation efficaces (à la fois pour les utilisateurs des services de santé et les fournisseurs de soins) et en renforçant le signalement, le suivi et l'évaluation de la discrimination ; et*
- *Assurer la participation et l'implication significatives des personnes vivant avec le VIH et des populations clés et affectées, ainsi que des organisations communautaires.*

Mettre en œuvre le Programme pour mettre fin à la discrimination dans les milieux de soins de santé

8. Le Programme pour mettre fin à la discrimination dans les milieux de soins de santé, codirigé par le Secrétariat de l'ONUSIDA et l'OMS, rassemble les parties prenantes clés pour parvenir à un monde où chacun, partout, puisse bénéficier des soins de santé requis sans aucune discrimination.
9. Mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins de santé nécessite des objectifs assortis de délais et des fonds ciblés, avec une allocation des ressources à des programmes et à des actions dont l'efficacité a été prouvée. Cela exige également que les personnes et les organisations travaillent ensemble dans le même but. C'est aux gouvernements qu'il incombe, en bout de ligne, le devoir d'assurer la non-discrimination dans les soins de santé. Cependant, les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les populations clés (et autres populations touchées), les femmes et les jeunes ont également un rôle clé à jouer dans la lutte pour l'élimination de la discrimination dans les établissements de soins de santé, et dans la prestation de services sans discrimination au sein de la communauté. Les associations professionnelles mondiales et nationales des agents de la santé peuvent contribuer à faire pression pour que les lieux de travail respectent les droits et normes du travail.

10. Dans toutes les régions du monde, les villes engagées dans le cadre de la stratégie d'accélération de lutte contre le sida œuvrent conjointement pour parvenir à une élimination totale de la stigmatisation et de la discrimination à l'horizon 2020.
11. Les réseaux sociaux et les nouvelles technologies mobiles et Internet constituent des outils précieux en termes d'implication et peuvent s'avérer particulièrement utiles pour renforcer les méthodes traditionnelles de suivi de la qualité des services de santé et des cas de discrimination, mais aussi pour relier les individus aux services appropriés.

La voie à suivre

12. Afin d'accélérer la mise en œuvre du *Programme pour mettre fin à la discrimination dans les milieux de soins de santé* et d'améliorer l'accès aux services essentiels liés à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, un certain nombre de domaines d'action prioritaires apparaissent :
 - La discrimination en milieu de soins de santé est souvent dirigée contre les membres les plus marginalisés de la société qui peuvent être victimes de discrimination dans de nombreux contextes. Il est donc nécessaire que les pays **prennent des mesures multisectorielles pour lutter contre les formes de discrimination croisées**, y compris celles liées à l'âge, au sexe, à la race ou à l'appartenance ethnique, à l'état de santé mentale, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle ou à la nationalité et garantissent la même qualité des soins pour tous, tout en tenant compte des besoins spécifiques de chacun.
 - Il est nécessaire de **consolider et de diffuser les données existantes** sur les réponses programmatiques et les politiques efficaces visant à éliminer la discrimination dans les établissements de santé, afin que les programmes nationaux de lutte contre le sida et les ministères de la santé puissent établir et élargir des programmes fondés sur des données probantes en vue de réduire la discrimination dans le contexte de la santé.
 - Il est également important que les pays **définissent des cibles d'accélération pour l'élimination de la discrimination**. Ces efforts pourraient être alignés sur les processus en cours autour de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH et de la feuille de route sur la prévention du VIH 2020. Pour pouvoir fixer des objectifs assortis de délais, il est essentiel de **mesurer la discrimination dans les établissements de soins de santé**. Les niveaux de cette discrimination devraient être mesurés à la fois du point de vue des utilisateurs et des prestataires de services, en collaboration avec la société civile et d'autres partenaires, notamment grâce à l'Index de stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH. Pour accroître la responsabilisation, des informations sur les progrès accomplis dans le cadre de l'élimination de la discrimination dans les structures de soins de santé devraient être incluses dans les rapports des pays établis au titre des différents mécanismes liés aux droits de l'homme, y compris dans le cadre de l'Examen Périodique Universel, ainsi que sur les progrès accomplis à l'égard des Objectifs de développement durable par le biais d'examens nationaux volontaires, tout comme au titre du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'instrument des politiques et des engagements nationaux. Il est également important que des analyses financières sur le montant des pertes d'argent liées à la stigmatisation et la discrimination et les répercussions que cela représente pour les systèmes de santé soient entreprises.

- Pour garantir que les agents de santé disposent des capacités nécessaires pour prodiguer des soins de santé sans discrimination, les **questions relatives aux droits de l'homme, à la non-discrimination, au consentement libre et éclairé, à la confidentialité et à la vie privée doivent être intégrées aux programmes de formation avant l'entrée en service puis en cours d'emploi des agents de santé**. Une formation sur le droit à la non-discrimination devrait également être dispensée à la police, aux agents de la force publique, au personnel pénitentiaire et à d'autres professions pertinentes. Les meilleures pratiques sur ces programmes et les matériels de formation et d'éducation devraient faire l'objet d'échanges.
- Parallèlement, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les membres d'autres groupes en situation de vulnérabilité devraient être **soutenus pour leur permettre de connaître et d'exiger le respect de leurs droits dans le cadre des soins de santé**, y compris par le biais de la familiarisation aux droits de l'homme et à la santé, ainsi que de « Chartes des patients » résumant les principes et critères pour des services non discriminatoires et centrés sur les personnes au niveau des établissements de santé.
- Il est également important de veiller à ce que **les agents de santé bénéficient d'un environnement de travail propice** et à **réduire la discrimination à l'encontre des agents de santé**, y compris la discrimination sexiste.
- Il convient aussi de **réviser et de réformer les lois renforçant la stigmatisation et la discrimination**, notamment les lois relatives à l'âge du consentement, à la non-divulgation du VIH, à l'exposition au VIH et à sa transmission, à la criminalisation des populations clés et aux dépistages obligatoires.

II. ACRONYMES

ART	thérapie antirétrovirale
ARV	médicaments antirétroviraux
CCP	Conseil de Coordination du Programme
CDC	Centres de contrôle et de prévention des maladies aux États-Unis
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme
ODD	Objectif de développement durable
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEFPAR	Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le sida
Programme 2030	Programme du développement durable à l'horizon 2030
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TB	tuberculose
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

III. INTRODUCTION

13. Lors de sa [39^e réunion, le Conseil de Coordination du Programme \(CCP\) de l'ONUSIDA](#) a décidé que le thème du segment thématique de la 41^e réunion du CCP serait « Zéro cas de discrimination dans les structures de soins de santé ». Cette décision reflétait une reconnaissance accrue de la nécessité de lutter contre la stigmatisation et la discrimination, y compris dans les établissements de soins de santé, en tant que condition fondamentale pour atteindre les objectifs d'accélération fixés pour 2020 et tenir la promesse du Programme 2030 pour le développement durable, notamment celui portant sur l'éradication du sida.
14. La décision du 39^e CCP concernant ce segment thématique suit et s'appuie sur une série de discussions, décisions et recommandations du Conseil qui réaffirment l'importance de mettre fin à la discrimination dans les soins de santé et la considèrent comme un obstacle majeur à l'utilisation et à la prestation de services liés au VIH. (voir UNAIDS/PCB (26) en 2010, UNAIDS/PCB (29) en 2011, UNAIDS/PCB (31) en 2012 et UNAIDS/PCB (35) en 2014).
15. Le [Programme de développement durable à l'horizon 2030](#) place le respect de l'égalité et la non-discrimination au centre de sa mission : ses principes fondamentaux sont de veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte et d'atteindre ceux qui sont laissés de côté. Mettre fin à la discrimination dans les milieux de soins de santé est essentiel à la réalisation de bon nombre d'objectifs de développement durable (ODD) du Programme 2030, en particulier l'ODD 3 (bonne santé et bien-être, notamment en réalisant la couverture sanitaire universelle et en mettant un terme aux épidémies de sida et de tuberculose) ; l'ODD 4 (éducation de qualité) ; l'ODD 5 (égalité des sexes) ; l'ODD 8 (travail décent et croissance économique) ; l'ODD 10 (réduction des inégalités) et l'ODD 16 (paix, justice et institutions efficaces).
16. La [Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida](#) reconnaît que l'épidémie de VIH constitue un défi en matière de droits de l'homme.¹ Elle exprime une vive préoccupation quant au fait que la discrimination persiste et que des cadres juridiques et politiques restrictifs continuent de décourager certaines personnes et de les empêcher d'accéder aux services liés au VIH.² Dans la Déclaration politique de 2016, les États s'engagent à :
 - Promouvoir un accès non discriminatoire aux soins de santé, à l'emploi, à l'éducation et aux services sociaux ;³
 - Éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH d'ici 2020 ;⁴
 - Éliminer les inégalités entre les sexes et à mettre fin à toutes les formes de violence et de discrimination à l'égard des femmes et des filles ;⁵
 - Revoir et à modifier les lois qui renforcent la stigmatisation et la discrimination, y compris celles relatives à l'âge du consentement, à la non-divulgence, à l'exposition et la transmission du VIH, aux restrictions en matière de voyage et au dépistage obligatoire ;⁶ et
 - Permettre aux personnes qui vivent avec le VIH, risquent d'être infectées ou sont touchées par le VIH de connaître leurs droits et d'avoir accès à la justice et aux services d'aide juridique.⁷
17. La Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 comporte des objectifs spécifiques sur l'élimination de la discrimination liée au VIH (avec un accent particulier sur les soins de santé), l'élimination des inégalités entre les sexes et la violence sexiste, et l'amélioration de l'accès aux services de santé pour les populations clés. La Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé de l'OMS accorde également la priorité à la promotion et à la protection des droits de l'homme et à l'élimination de la discrimination

dans les établissements de soins, tout comme la Stratégie mondiale du secteur de la santé contre le VIH de l'OMS 2016-2021. Parallèlement, la Stratégie du Fonds mondial pour la période 2017-2022 « Investir pour mettre un terme aux épidémies » engage le Fonds mondial à introduire et à déployer des programmes visant à éliminer les obstacles aux droits de l'homme pour un accès aux services liés au VIH, TB et paludisme, et à contribuer à garantir que les services de santé soutenus atteignent et soient utilisés par les plus touchés.

18. En 2016, l'ONUSIDA et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé de l'OMS ont lancé le [Programme pour mettre fin à la discrimination dans les milieux de soins de santé](#) qui vise à réaliser la vision selon laquelle chacun, partout, puisse bénéficier des soins de santé requis sans aucune discrimination, en réunissant les principales parties prenantes pour une action concertée.
19. En juin 2017, 12 entités des Nations Unies se sont réunies pour mettre en œuvre la [Déclaration commune des Nations Unies sur l'élimination de la discrimination dans les milieux de soins de santé](#), dans laquelle elles appellent toutes les parties prenantes à s'engager à prendre des mesures ciblées, coordonnées, multisectorielles et assorties de délais afin de mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins de santé.
20. En mai 2017, une nouvelle note d'orientation de l'ONUSIDA sur la promotion des droits de l'homme dans le cadre des efforts déployés pour l'accélération de la riposte au VIH ([Fast-Track and human rights](#)) associe également de manière explicite les barrières aux droits de l'homme, notamment la stigmatisation et la discrimination, à la vulnérabilité face au VIH et à un accès limité aux services liés au VIH.⁸
21. En 2012, la Commission mondiale sur le VIH et le droit (composée d'anciens chefs d'État, et d'experts des droits de l'homme, de la santé publique et juridiques) a publié un rapport historique exhortant les gouvernements à promouvoir des lois et des politiques fondées sur les preuves et à abroger celles qui entravent la riposte au sida.⁹ Il soulignait le fait que les lois qui stigmatisent les personnes vivant avec le VIH et les personnes vulnérables face au VIH perpétuent la discrimination, empêchent les gens de recourir aux services de santé et portent préjudice aux objectifs de santé publique.¹⁰ En juillet 2017, des membres de la Commission et d'autres experts se sont réunis pour évaluer les progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations du rapport, examiner les obstacles qui subsistent et discuter des possibilités de progrès. Ils ont noté que malgré les efforts déployés pour faire avancer les recommandations du rapport (documentées dans 88 pays), les défis demeurent et de nouveaux défis en matière de droits de l'homme doivent être relevés dans le cadre de l'épidémie et de la riposte au VIH - y compris la discrimination dans les établissements de soins. Ils ont appelé à un rapport actualisé pour relancer les progrès en termes de promotion des droits de l'homme et veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte.¹¹
22. Dans ce contexte, le présent document et le segment thématique ont pour objet d'examiner les données probantes concernant les effets de la discrimination dans les établissements de soins de santé sur les efforts déployés pour accélérer la lutte contre le VIH. Ils mettent également en lumière des exemples de bonnes pratiques en matière de réduction de la discrimination dans les établissements de soins de santé et définissent les actions pouvant créer des environnements favorables à l'élimination de la discrimination.

23. Le document ainsi que le segment thématique visent à favoriser l'action multipartite et l'engagement des États membres en vue de l'élimination de la discrimination dans les établissements de soins de santé. Ils permettront aux membres du Conseil de Coordination du Programme (CCP) de :
- Examiner les données fondées sur des preuves concernant l'impact de la discrimination dans les milieux de soins sur la couverture sanitaire universelle et sur les efforts déployés à l'égard de la réalisation des objectifs mondiaux de prévention et de traitement du VIH ;
 - Identifier des actions programmatiques ciblées, coordonnées, multisectorielles, assorties de délais et fondées sur des données probantes pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins de santé ;
 - Réfléchir sur la façon de stimuler le leadership inclusif et les capacités des communautés et de tirer parti des synergies pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins de santé ;
 - Réfléchir aux stratégies visant à accélérer la mise en œuvre du *Programme pour mettre fin à la discrimination dans les milieux de soins de santé* ; et
 - Formuler des recommandations et proposer une marche à suivre.
24. En préparation du segment thématique, l'ONUSIDA a lancé un appel à la soumission d'exemples d'interventions ayant contribué à réduire la discrimination dans les milieux de soins (bonnes pratiques). Au total, 52 contributions sur les bonnes pratiques ont été soumises, mettant en évidence la vaste gamme d'efforts déployés à tous les niveaux pour mettre fin à la discrimination dans les structures de soins de santé. Ces contributions ont éclairé le présent document, et certaines d'entre elles ont été spécifiquement présentées. Les 52 présentations sont disponibles dans le document de séance UNAIDS/PCB (41)/CRP1.

IV. LE PROBLÈME DE LA DISCRIMINATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS DE SANTÉ

25. La discrimination dans les établissements de soins de santé peut entraîner la violation des droits de l'homme protégés par les traités internationaux et par les lois et constitutions nationales les plus fondamentaux tels que :
- Le *droit à la non-discrimination et à l'égalité devant la loi*. Le droit international des droits de l'homme garantit le droit à une protection égale devant la loi et le droit à la non-discrimination pour de nombreux motifs. Le principe de non-discrimination sous-tend également la réalisation de tous les autres droits de l'homme.
 - Le *droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible*, ce qui comprend l'obligation fondamentale des États d'assurer l'accès aux infrastructures, biens et services de santé sur une base non discriminatoire, et de veiller à ce que ces infrastructures, biens et services soient équitablement répartis ; qu'ils soient disponibles en quantité suffisante ; qu'ils soient respectueux de l'éthique médicale, culturellement appropriés (respectueux de la culture des individus, des minorités, des peuples et des communautés), sensibles aux exigences liées au genre et au cycle de vie et conçus pour respecter la confidentialité et améliorer l'état de santé des personnes concernées et qu'ils soient scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité.¹²

- Le *droit à la vie privée*, qui comprend l'obligation de respecter la vie privée (par exemple, l'obligation de demander le consentement éclairé d'une personne pour toute procédure médicale) et la nécessité de respecter la confidentialité des données personnelles.
- Le *droit à la liberté et à la sécurité de la personne*, qui ne devrait pas être arbitrairement limité simplement en raison de sa séropositivité ou de son statut social ou juridique. Le dépistage obligatoire du VIH et la stérilisation forcée des femmes vivant avec le VIH constituent également une privation de liberté et une violation du droit à la sécurité de la personne.
- Le *droit à la liberté d'expression et d'information*, qui prévoit le droit de rechercher, recevoir et répandre des informations sur la prévention, le traitement, les soins et le soutien sans aucun obstacle d'accès, ainsi que la liberté d'opinion sans être inquiété.
- Le droit de vivre *libre de toute immixtion arbitraire dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ou atteinte à son honneur et à sa réputation*. Ce droit et le droit à la liberté d'expression et d'information renforcent le droit d'exprimer une orientation sexuelle ou une identité de genre diversifiée sans représailles.¹³

26. La discrimination directe et indirecte est interdite par le droit international des droits de l'homme. La discrimination directe se produit lorsqu'une personne est traitée moins favorablement qu'une autre dans une situation similaire pour une raison liée à un motif prohibé (par exemple, lorsque les soins de santé sont refusés à une personne vivant avec le VIH en raison de son statut VIH). La discrimination indirecte fait référence à des lois, politiques ou pratiques apparemment neutres mais ayant un impact disproportionné sur l'exercice des droits de l'homme (par exemple, exiger un certificat médical de bonne santé pour exercer un emploi peut être discriminatoire envers les personnes vivant avec le VIH et étant parfaitement capables d'effectuer un travail).¹⁴

27. Le droit international des droits de l'homme fait également la distinction entre la discrimination formelle et la discrimination concrète. La première s'applique aux situations dans lesquelles une règle exclut explicitement certains individus ou groupes, tandis que la seconde renvoie aux effets disparates injustifiés d'une mesure. La discrimination concrète peut être directe ou indirecte. La mise en œuvre du principe de non-discrimination doit inclure la discrimination formelle (par exemple en révisant les lois ou les politiques discriminatoires) et la discrimination concrète (par exemple en adoptant des mesures spéciales pour surmonter les attitudes ou les conditions qui perpétuent la discrimination dans la pratique).¹⁵

Moteurs, formes et manifestations multiples de discrimination

28. La discrimination dans les établissements de santé est souvent motivée par la stigmatisation - croyances, sentiments et attitudes négatifs à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou des populations clés et touchées. Il est important de noter, cependant, que même si une personne a des croyances stigmatisantes, elle peut décider de ne pas agir d'une manière injuste ou discriminatoire. Inversement, une personne peut discriminer une autre sans avoir de stigmatisation personnelle, par exemple lorsqu'une discrimination est imposée par une loi ou une politique, ou lorsque des pratiques discriminatoires non codifiées en vertu d'une loi ou d'une politique (comme des précautions types excessives) deviennent une pratique courante en établissement de soins de santé (leur banalité même obscurcissant leur caractère discriminatoire).

29. La discrimination dans les établissements de soins de santé est un phénomène largement répandu dans le monde qui revêt des formes très diverses. Elle peut se manifester pour un individu ou un groupe, par un accès refusé aux services de soins par ailleurs accessibles aux autres, ou lorsque des soins, des traitements et/ou des procédures médicales sont refusés ou retardés de manière discriminatoire. Elle peut aussi prendre la forme d'un refus de services dont certains groupes seulement, tels que les femmes et les filles, (y compris les personnes vivant avec le VIH ou les consommateurs de drogues) ont besoin.
30. Les individus ou les groupes peuvent également faire l'objet d'un traitement partiel et/ou critique et stigmatisant ; de violence physique ou verbale ; d'un traitement obligatoire ; d'un dépistage forcé ou contraint ; d'une violation de la confidentialité, d'une notification obligatoire aux services de justice ou à la police ; ou encore se voir refuser la possibilité de prendre une décision de façon autonome, notamment du fait d'une obligation de consentement au traitement de la part des parents, conjoints ou tuteurs, ou de l'absence de consentement libre et éclairé lié au dépistage ou à d'autres procédures médicales ;¹⁶. Ils peuvent faire l'objet d'une stérilisation ou d'un avortement forcé ; d'une prise en charge ou d'un traitement sous condition de l'utilisation de certaines formes de contraception, se voir refuser de l'accès aux services obstétricaux pour les femmes vivant avec le VIH sur le point d'accoucher, être soumis à l'exigence imposant que les femmes vivant avec le VIH subissent une césarienne (coûteuse), qu'elles aient ou non choisi la procédure ou que ce soit ou non médicalement conseillé.¹⁷
31. La discrimination dans les établissements de soins de santé vise souvent les populations marginalisées et stigmatisées de la société, ces mêmes populations que les États se sont engagés à considérer comme prioritaires dans le cadre du Programme à l'horizon 2030, et qui sont trop souvent exclues ou laissées de côté. Les personnes vivant avec le VIH et les populations clés (notamment les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les consommateurs de drogues, les professionnel(le)s du sexe, les personnes transgenres et les prisonniers et autres personnes en milieux fermés) sont particulièrement touchées, tout comme les populations autochtones, les réfugiés, et les femmes et les filles, qui sont également confrontés à la discrimination fondée sur le genre, attisée par l'inégalité entre les sexes.
32. De nombreux individus et groupes se heurtent à des formes de discrimination s'entrecroisant ou aggravantes, qu'elles soient fondées sur leur âge, leur sexe, leur race ou leur appartenance ethnique, leur état de santé, leur handicap ou leur vulnérabilité face à la maladie, leur orientation ou leur identité sexuelle, ou encore leur nationalité, leur situation de demandeur d'asile ou de migrant, ou leur passé judiciaire. Par exemple, les détenus souffrent souvent de services de santé de qualité inférieure aux normes ou inexistantes (notamment en ce qui concerne les services de réduction des risques et liés au VIH) pendant leur incarcération. Certaines populations étant surreprésentées dans les centres de détention (comme les membres des populations autochtones et les consommateurs de drogues), celles-ci font l'objet d'une discrimination à double titre.
33. Les femmes et les filles sont particulièrement susceptibles de subir des formes multiples de discrimination, les inégalités structurelles entre les sexes s'entrecroisant avec le statut VIH et/ou l'identité de genre et/ou la sexualité et/ou les comportements, tels que la consommation de drogues ou le commerce du sexe, et/ou le fait d'être membre d'une population autochtone ou minoritaire (parmi de nombreux autres facteurs). Les relations de pouvoir inégales, les normes sociales néfastes, la violence sexiste et la stigmatisation créent des obstacles à l'accès des femmes et des filles aux services de santé, affectent la qualité des services qu'elles reçoivent et découragent les comportements positifs en matière de santé. Ces obstacles ont entraîné des taux très élevés de nouvelles

infections à VIH chez les adolescentes et les jeunes femmes dans certaines parties du monde (en particulier en Afrique orientale et australe).

34. Une étude mondiale menée en 2015 sur les principaux obstacles à l'accès des femmes au traitement du VIH, impliquant plus de 200 femmes vivant avec le VIH dans 17 pays et guidées par un groupe de référence mondial de femmes vivant avec le VIH, a identifié plusieurs discriminations liées au genre auxquelles les femmes sont confrontées dans le cadre de l'accès au traitement et aux soins liés au VIH :
 - a. *Les violations des droits à la vie privée, à la confidentialité et à l'intégrité physique dans les services de santé*, y compris la divulgation du statut séropositif des femmes devant les membres de la famille, les agents de santé et les utilisateurs des services de santé ; le refus de l'accès aux traitements et de soins de santé pour elles-mêmes et leurs enfants ; et les violations des droits de l'homme pendant et après le travail ainsi que la stérilisation forcée et contrainte.
 - b. *La stigmatisation et la discrimination* auxquelles sont confrontées les femmes appartenant à des groupes marginalisés dans les établissements de santé et au sein des communautés, ce qui entrave leur accès au traitement ;
 - c. *Des lois punitives* qui exacerbent la violence structurelle et communautaire contre les femmes et entravent l'accès au traitement.¹⁸
35. Dans certains cas, des normes sociales et sexospécifiques néfastes peuvent avoir un effet négatif sur les hommes. Il est notamment démontré que le taux de dépistage du VIH et de couverture antirétrovirale est moins élevé chez les hommes que chez les femmes et les hommes sont plus susceptibles de mourir pendant qu'ils sont traités pour le VIH. Les hommes sont également plus susceptibles de se présenter pour bénéficier de soins à un stade avancé de la maladie et d'interrompre leur suivi par la suite.¹⁹
36. Les handicaps physiques et mentaux sont liés au VIH. Par exemple, la discrimination persistante et l'exclusion des personnes handicapées accroissent leur vulnérabilité face au VIH, alors que les services liés au VIH sont rarement conçus pour être accessibles aux personnes handicapées.²⁰ Les personnes handicapées sont laissées pour compte dans la planification stratégique, le développement de programmes, la fourniture de services et la collecte de données, tandis que la vulnérabilité et l'exclusion sont liées aux inégalités juridiques et économiques, à la violence sexiste et aux violations des droits des personnes handicapées, y compris la prestation de soins de santé.²¹ Cette exclusion est aggravée par l'inégalité entre les sexes, les femmes et les filles handicapées étant particulièrement exposées.²²
37. Le VIH et la santé mentale sont également liés. De nombreuses personnes vivant avec le VIH connaissent des difficultés psychologiques liées à leur diagnostic du VIH ainsi qu'à leurs expériences ou craintes de la stigmatisation et de la discrimination. Les résultats des enquêtes sur l'Index de stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH indiquent que les personnes vivant avec le VIH connaissent des niveaux élevés d'auto-stigmatisation, en particulier celles qui appartiennent à une population clé, ainsi que d'exclusion sociale. Ces effets sont encore aggravés dans le contexte de soins de santé discriminatoires et stigmatisants.²³ Les personnes ayant des problèmes de santé mentale préexistants se heurtent à des obstacles pour accéder aux soins de santé et à d'autres services sociaux, ce qui peut également les exposer à un risque accru de contraction du VIH et retarder l'accès au diagnostic, au traitement et aux soins.²⁴
38. Bien souvent, les personnes infectées à la fois par le VIH et la tuberculose (TB) rencontrent des difficultés spécifiques liées au « symbolisme social stigmatisant de leur maladie », qui contribuent aux difficultés liées à l'accès aux soins, et qui influencent leurs décisions concernant la divulgation, l'utilisation et la rétention des soins médicaux.²⁵

39. La discrimination se manifeste parfois par « l'invisibilité » de certaines populations, contribuant simultanément au renforcement de leur invisibilité et de leur marginalisation. Une telle invisibilité signifie que les services de santé ne sont pas adéquatement conçus, accessibles ou adaptés culturellement à ces populations. Par exemple, une étude sur les expériences de femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres vivant avec le VIH en termes d'accès aux services liés au VIH à Toronto, au Canada, a indiqué que les récits des participantes révélaient une évolution vers la marginalisation. Tandis que des facteurs structurels tels que l'exclusion sociale et la violence augmentaient le risque d'infection par le VIH, ce risque était exacerbé par des informations inadéquates sur la prévention du VIH, et les participantes décrivaient de multiples obstacles aux soins et au soutien liés au VIH. La sous-représentation des femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres dans la recherche sur le VIH a contribué à leur marginalisation et à leur exclusion.²⁶ Des évaluations récentes du Fonds mondial ont confirmé que certaines populations sont sous-représentées dans les services de santé existants, alors qu'en certains lieux, en particulier dans les zones rurales, des obstacles plus importants sont présents et moins de mesures sont prises pour y remédier. Lorsque les populations clés et touchées sont surreprésentées ou rassemblées dans certains emplacements (par exemple dans les prisons), leur marginalisation et invisibilité peut se renforcer.²⁷
40. Il existe des informations incomplètes sur l'état de santé et l'accès aux services de santé des populations autochtones. Les données qui existent témoignent de désavantages alarmants pour la santé des populations autochtones, même dans les pays riches, avec des études démontrant un lien entre le racisme signalé par les personnes touchées et le mauvais état de santé (et notamment les problèmes de santé mentale).²⁸ Les peuples autochtones ont souffert des politiques de colonisation et d'assimilation ainsi que de l'imposition de modèles de développement exogènes. Ils continuent de subir des discriminations, ce qui a un impact majeur sur leur vie et sur leur santé.²⁹ En Nouvelle-Zélande, par exemple, les chercheurs ont constaté que parmi les personnes qui s'auto-identifient comme Maoris, celles ayant déclaré être « classées socialement » comme « Européens uniquement » bénéficiaient d'un avantage en matière de santé par rapport à celles qui étaient socialement classées comme étant maories et/ou issues de tout autre groupe non européen.³⁰
41. Les migrants et autres personnes en déplacement sont également confrontés à des formes spécifiques de discrimination dans les établissements de soins de santé. Les migrants ont rarement les mêmes droits que les citoyens à des régimes d'assurance qui rendent les soins de santé abordables. Ils peuvent faire face à des restrictions en termes d'accès aux soins de santé publics et à des difficultés importantes pour accéder à des mécanismes de réparation en cas de discrimination ou d'abus. Dans certains cas, les migrants sont soumis au dépistage obligatoire du VIH et les migrants vivant avec le VIH sont détenus ou expulsés. De tels traitements créent une stigmatisation supplémentaire et ont des conséquences financières. Le manque d'informations sur les services et les droits relatifs à la santé parmi les migrants et les obstacles liés à la culture, à la langue et à la religion peuvent également affecter leur accès aux services.
42. Lorsque les migrants sont sans papiers, ils peuvent encourir des risques supplémentaires en raison d'un accès sensiblement limité à des services de soins de santé adéquats, à l'assurance maladie, à la protection sociale ou à la justice. Ils peuvent également connaître l'exclusion sociale et des conditions de logement et d'emploi précaires.³¹

Encadré 1. Bonne pratique : protocoles et directives nationaux afin d'améliorer l'accès aux services de santé des migrants en France

En France, près de la moitié (48 %) des personnes vivant avec le VIH diagnostiquées au cours des 10 dernières années sont nées à l'étranger et près de 9% de la population nationale est composée de migrants issus d'une grande variété de pays, et de langues maternelles diverses.

En janvier 2016, le gouvernement français a adopté un article de loi (article L1110-13) du Code de la santé publique qui prévoit explicitement la nécessité de services de médiation et d'interprétation professionnels pour améliorer l'accès aux droits, à la prévention et aux soins aux personnes pouvant être éloignées de ces services parce que leur première langue n'est pas le français.³² Ces personnes ont besoin de services d'interprétariat, en particulier dans le contexte du dépistage ou du traitement du VIH, afin de garantir le respect de leurs droits à la vie privée, à la confidentialité et au consentement au traitement, ainsi que leur droit à la santé.

Par conséquent, des personnes dont la langue maternelle n'est pas le français bénéficient désormais d'un accès téléphonique à des interprètes professionnels au moment du test de dépistage du VIH, de la tuberculose ou des hépatites virales et elles accèdent à des services relatifs aux maladies infectieuses (prévention, dépistage, traitement et soins) en établissement hospitalier, dans des centres de traitement de la tuberculose ou dans des centres de santé spécialisés pour les migrants vulnérables. Le ministère de la Santé s'est associé avec une association d'interprètes disponibles 24 heures sur 24 dans tout le pays, pouvant offrir des services dans plus de 100 langues et dialectes, connaissant la terminologie médicale et de la santé publique, et qui sont astreints au secret médical. Plus de 5 000 appels de ce type sont effectués chaque année.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

43. En 2013, 1 personne sur 22 vivant avec le VIH a été touchée par une situation d'urgence humanitaire et près de 1,6 million sur les 314 millions de personnes touchées par des urgences humanitaires dans le monde vivaient avec le VIH.³³ Les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays par des situations d'urgence humanitaire n'ont souvent pas accès aux services liés au VIH et aux commodités et intrants liés à la prise en charge du VIH a.³⁴ Les réfugiés font également souvent face à de fausses allégations selon lesquelles ils augmentent le risque de VIH au sein de leurs communautés d'accueil (même si la prévalence du VIH est inférieure au sein des communautés de réfugiés que dans celles de leurs hôtes), ce qui peut contribuer à leur stigmatisation dans les communautés d'accueil et au dépistage obligatoire (et discriminatoire).³⁵
44. Bien que l'éducation sur le VIH, le conseil et le traitement soient théoriquement intégrés aux soins prodigués aux réfugiés, tous ne sont pas en mesure d'accéder à ces services. Cela est en partie dû à la capacité des communautés d'accueil à fournir des services aux résidents et aux réfugiés, et en partie à l'inégalité de traitement liée aux barrières linguistiques, à la peur et à la xénophobie.³⁶ Cela peut également tenir au fait que les réfugiés (et les personnes déplacées) n'ont pas été inclus dans les propositions de financement du VIH, les programmes nationaux et la planification des services - ou que les services VIH n'ont pas été intégrés dans les interventions humanitaires.³⁷

45. Les personnes incarcérées dans les prisons et autres lieux fermés souffrent également de façon disproportionnée de l'accès inégal aux services de santé - bien que la prévalence du VIH parmi les détenus soit souvent bien plus élevée qu'au sein de la population.³⁸ Les prisonniers peuvent également être particulièrement susceptibles de subir des restrictions injustifiées à leur droit à la vie privée et au secret médical.³⁹

L'environnement juridique

46. Certaines lois, politiques et pratiques nationales peuvent favoriser et perpétuer la discrimination dans les établissements de soins de santé, en renforçant les attitudes stigmatisantes et les actions discriminatoires (en interdisant notamment à certains groupes d'accéder aux services de santé) et en décourageant les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogue et les personnes qui ont des relations homosexuelles de recourir à toute la gamme de services de soins dont ils peuvent avoir besoin. Certaines lois vont à l'encontre des données probantes établies en santé publique et des principes des droits de l'homme. Les répercussions néfastes pour la santé et les droits humains de telles lois ont été démontrées.

47. Par exemple, les lois sur le consentement des parents et des époux relatifs aux services de santé affectent de manière disproportionnée les femmes, les filles et les adolescentes, les empêchant d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive ainsi qu'à d'autres dispositifs sanitaires vitaux. De telles lois peuvent également servir à pérenniser des normes et pratiques néfastes en matière de genre qui réduisent davantage la capacité des femmes et des adolescentes à se protéger du VIH. Parmi les 106 pays ayant fourni des données à l'ONUSIDA, 29 % ont indiqué exiger le consentement parental pour qu'une personne de moins de 18 ans ait accès au dépistage du VIH, 25 % requièrent un consentement parental pour un traitement contre le VIH et 28 % pour accéder aux services de santé.⁴⁰

48. La criminalisation de certains comportements (notamment la consommation de drogues, le commerce du sexe et les relations ou rapports homosexuels), ou de populations entières (telles que les personnes transgenres ou ayant une identité de genre non cisgenre et/ou une orientation sexuelle non hétérosexuelle), entrave également l'accès aux services de santé. Selon les données soumises par certains pays à l'ONUSIDA en 2017 :

- 44 pays sur 100 ont des lois qui pénalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe ;
- 17 pays sur 116 pénalisent ou poursuivent les personnes transgenres ;
- 84 pays sur 110 punissent certains aspects du travail du sexe ;
- Dans 78 pays sur 90, la consommation ou la possession de drogues pour usage personnel constituent une infraction pénale ou un motif de détention obligatoire ;
- 9 pays sur 107 imposent la peine de mort pour les infractions liées à la drogue ;
- 51 des 109 pays ont des lois criminalisant la non-divulgation, l'exposition et la transmission du VIH, tandis que 25 autres pays ont indiqué ne pas avoir de telles lois, mais engager des poursuites en vertu de lois pénales générales.^{41,42}

49. Ces lois alimentent les craintes (justifiées) en termes d'arrestation, de maltraitance, de violence et d'incarcération et dissuadent les personnes concernées de rechercher des soins de santé et autres services de protection liés notamment à la réduction des risques ou à la santé sexuelle et reproductive, d'où les difficultés pour les prestataires de services pour les soutenir. Ces lois et politiques ont également des impacts négatifs sur les perceptions plus générales des personnes vivant avec le VIH et des populations clés

et touchées, attisant les attitudes discriminatoires au sein de leurs familles et de leurs communautés.

50. En l'absence de lois et de politiques *protectrices* pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, les personnes victimes de discrimination dans les établissements de soins de santé ne disposent pas de recours légal pour remédier à la situation.

L'impact de la discrimination sur les soins de santé

51. La discrimination dans les établissements de soins de santé réduit considérablement la qualité de vie des personnes qui en souffrent et constitue un obstacle à l'utilisation de services de santé. Elle exclut explicitement ou par omission ou décourage les personnes d'avoir recours à des services de soins de santé, par peur de la stigmatisation, de la discrimination, des attitudes critiques ou du manque de confidentialité. Elle agit comme une barrière à la réalisation des cibles 90-90-90⁴³ et a des impacts négatifs tout au long du continuum de soins, qui comprend la prévention du VIH, le dépistage, le traitement et la suppression durable de la charge virale.
52. Par exemple, une étude menée auprès de professionnelles du sexe travaillant dans la rue à Saint-Petersbourg (Fédération de Russie) a révélé que 30 % des victimes s'étaient vu refuser des soins médicaux et 58 % n'avaient pas consulté de médecin parce qu'elles craignaient que ces derniers les traitent mal.⁴⁴ De même, les professionnelles du sexe au Kenya qui redoutaient une stigmatisation de la part du personnel de santé étaient deux fois plus susceptibles de ne pas recourir aux services de santé non liés au VIH que celles qui ne craignaient pas la stigmatisation.⁴⁵
53. Une étude sur les femmes, les hommes et les professionnel(le)s du sexe transgenres au Kenya, en Afrique du Sud, en Ouganda et au Zimbabwe a révélé qu'ils avaient de nombreux besoins non satisfaits, tels que le diagnostic et le traitement des infections sexuellement transmissibles et un accès insuffisant aux préservatifs et aux lubrifiants, que le refus de traitement pour les blessures découlant d'une agression physique ou d'un viol était pratique courante et que le témoignage d'hostilité de la part des prestataires du secteur public était généralisé.⁴⁶
54. Plus de 70 % des professionnelles du sexe interrogées par REDTRASEX (Réseau latino-américain et caribéen des professionnels du sexe) en 2016 ont déclaré avoir été victimes de violence institutionnelle. Même lorsque les professionnelles du sexe ont signalé des actes de violence, la majorité des cas sont demeurés impunis. Cette violence endémique se reflète également dans les abus perpétrés par les prestataires de soins de santé à l'égard des professionnelles du sexe, ce qui crée davantage d'obstacles à l'accès aux soins de santé.⁴⁷
55. Les femmes transgenres en Argentine qui avaient déjà été victimes de discrimination dans les structures de soins de santé (de la part du personnel soignant ou d'autres utilisateurs des services de santé) étaient trois fois plus susceptibles d'éviter les services de santé que les femmes transgenres qui n'avaient pas vécu ces expériences. Au total, 41 % des personnes interrogées ont déclaré avoir évité de se faire soigner en raison de leur identité transgenre.⁴⁸
56. Dans un certain nombre de pays, les politiques antidrogue sont appliquées de manière de plus en plus répressive, notamment par le biais d'exécutions extrajudiciaires de trafiquants et consommateurs présumés de drogues.⁴⁹ Dans des pays comme le Cambodge et les Philippines, de telles politiques et pratiques limitent grandement la portée des services de réduction des risques pour les consommateurs de drogues (par exemple, une campagne de répression antidrogue lancée au Cambodge en janvier 2017

a entraîné dès le premier mois une chute de 46 % du nombre de consommateurs de drogues injectables qui participaient à un programme d'échange des aiguilles et seringues et une baisse de 19 % des personnes ayant accès à un traitement de substitution aux opioïdes).⁵⁰ Ces pratiques vont à l'encontre d'autres efforts de protection réussis et inclusifs déployés auprès des populations clés dans ces pays, comme la réglementation cambodgienne reconnaissant les droits du travail des professionnel(le)s du sexe mise en place en 2014 ou la mise en œuvre du programme de formation « Time Has Come » pour le personnel de santé aux Philippines, visant à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres dans les établissements de soins de santé.⁵¹

57. La criminalisation crée également des obstacles spécifiques pour les femmes consommatrices de drogues. Dans certains pays, la consommation de drogues pendant la grossesse peut mener automatiquement à des poursuites pénales et à une incarcération pendant la grossesse et au-delà. Les femmes identifiées comme dépendantes de drogues illicites peuvent se voir retirer leurs enfants (comme dans plusieurs pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale où le recours à des soins pour toxicomanie nécessite d'être enregistré comme consommateur de drogue, ce qui peut entraîner une perte automatique de la garde d'un enfant). Dans certains pays, les avortements forcés et la fin des droits parentaux des femmes qui consomment des drogues sont légaux. Ces lois et pratiques découragent les femmes consommatrices de drogues d'accéder aux services de santé.⁵²
58. Il a été démontré qu'une législation interdisant les rapports sexuels consentis entre adultes de même sexe réduit l'utilisation des services par les hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Une étude de 2015 au Nigeria a révélé que les hommes gays et les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes redoutaient d'avoir accès à des services de santé après l'entrée en vigueur de la Loi de 2014 interdisant le mariage entre personnes de même sexe.⁵³ Une étude au Swaziland a révélé que 62 % des hommes gays et des autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes interrogés avaient peur de solliciter des soins de santé. Cette crainte semblait être liée à une discrimination légale et à leurs expériences en termes de stigmatisation dans les milieux de soins de santé.⁵⁴
59. Lorsque les personnes ne peuvent ou ne veulent pas accéder aux services de santé, elles sont moins susceptibles de se soumettre à un test de dépistage du VIH, et encore moins en temps opportun, ce qui leur permettrait de bénéficier d'un traitement précoce. La discrimination et la crainte de la stigmatisation affectent particulièrement les procédures de dépistage. Dans 7 des 31 pays disposant de données, près de 20 % des personnes sur cinq vivant avec le VIH ont déclaré qu'un agent de santé avait révélé leur statut sérologique sans leur consentement.⁵⁵
60. Alors que les personnes exposées à un risque élevé de contraction du VIH devraient subir un nouveau dépistage au moins tous les 12 mois, nombre d'entre elles évitent de le faire. Plus de 10 % des professionnelles du sexe interrogées au Brésil et 60 % à Fidji ont indiqué éviter le dépistage du VIH en raison de la peur de la stigmatisation de la part des prestataires de soins, tout comme plus de 30 % des hommes gays et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, également à Fidji. Une étude auprès des consommateurs de drogues injectables en Thaïlande a révélé que les personnes interrogées étaient près de sept fois plus susceptibles d'éviter le test de dépistage du VIH si le personnel de santé leur avait précédemment refusé un traitement ou des services.⁵⁶

61. Une analyse portant sur dix études réalisées dans des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire a révélé un lien significatif entre la stigmatisation et la prise en charge tardive du VIH. Les personnes vivant avec le VIH ressentant une forte stigmatisation liée au VIH étaient 2,4 fois plus susceptibles de faire une demande tardive de soins pour le VIH.⁵⁷
62. Lorsque les personnes vivant avec le VIH commencent un traitement, la discrimination peut entraîner leur interruption du suivi et un accès moindre à un traitement antirétroviral (ART). Elles peuvent également ne pas être en mesure de bénéficier d'autres services de soins et de soutien.⁵⁸ Les personnes vivant avec le VIH et les populations clés et affectées qui sont victimes de discrimination dans les établissements de soins de santé peuvent également être réticentes à accéder à d'autres services de soutien ou ne pas être référencées vers ces services par le personnel soignant.

Le manque d'autonomisation associé à la discrimination sur le lieu de travail affecte le personnel de santé

63. La discrimination affecte non seulement les utilisateurs des services de santé, mais aussi les agents de santé eux-mêmes. Les professionnels de la santé sont soumis aux mêmes facteurs de discrimination que les autres, y compris les attitudes négatives envers les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les femmes et les filles.
64. Des enquêtes menées auprès de prestataires de soins de santé thaïlandais révèlent que les attitudes à l'égard du VIH parmi le personnel des établissements de santé peuvent les empêcher de s'occuper convenablement des personnes vivant avec le VIH ou affectées par le VIH. Ces attitudes incluent l'idée selon laquelle le VIH constitue une « punition » pour un comportement immoral, la plupart des personnes vivant avec le VIH se moquent d'infecter d'autres personnes ou encore qu'il pourrait être approprié de stériliser une femme vivant avec le VIH, même sans son consentement. Dans certains cas, les prestataires de soins de santé déclarent explicitement qu'ils préféreraient ne pas fournir de services aux membres des populations clés.⁵⁹
65. La discrimination se développe souvent dans des contextes dans le cadre desquels des ressources limitées, des conditions de travail mauvaises ou difficiles et un manque de précautions standard et de services de soutien affectent la capacité des agents de santé à fournir des services de santé de qualité.
66. Le manque de respect pour les droits des professionnels de la santé a également une incidence sur leur capacité à fournir des services, et peut nuire à leur propre santé. En effet, les agents de santé peuvent eux-mêmes vivre avec le VIH, alors que ceux qui travaillent avec des personnes vivant avec le VIH peuvent être victimes de discrimination liée au VIH par procuration.
67. Le personnel de santé vivant avec le VIH peut également connaître des formes de discrimination croisées. Les agents de la santé qui sont inscrits auprès d'ordres professionnels ne se sentent souvent pas en sécurité lorsqu'ils divulguent leurs besoins en matière de santé, de peur d'être pénalisés ou de voir leur permis révoqué. Certains agents de la santé ont même perdu leur emploi. Une formation, une sensibilisation et des protocoles inadéquats sur le VIH peuvent générer la crainte chez les agents de la santé qui sont donc plus susceptibles d'adopter des comportements discriminatoires.
68. La discrimination est également présente sous la forme d'une discrimination sexuelle solidement ancrée au sein de personnels de santé largement féminins, comme en témoignent les violences physiques et sexuelles, les écarts de salaire et l'irrégularité

dans leur paiement, l'absence d'emploi officiel, et l'incapacité à participer aux tâches de direction et à la prise de décisions.

69. Dans de nombreux contextes, les minorités ethniques et raciales (notamment les migrants) sont également surreprésentées parmi au sein du personnel soignant, en particulier au niveau des sous-professions, et elles pourraient également être victimes de discrimination raciale sur le lieu de travail (lorsqu'il s'agit de femmes, celles-ci sont souvent victimes de discrimination multiple ou croisée).
70. Pour ces raisons notamment, le personnel de santé et les droits du personnel soignant doivent être inclus dans les efforts visant à mettre fin à la discrimination dans les soins de santé, en garantissant que leurs droits et conditions de travail sont liés à la lutte contre la discrimination sur leur lieu de travail. Nous devons faire plus que nous conter que les agents de santé sont les « auteurs » de la discrimination et reconnaître l'importance d'un soutien à l'égard du personnel de santé, non seulement afin qu'il puisse remplir ses rôles et responsabilités, mais aussi pour lui permettre de revendiquer ses droits à des lieux de travail porteurs, favorables et libres de toute discrimination.

V. TROUVER DES SOLUTIONS AUX PROBLÈMES

71. La résolution de ces problèmes et l'élimination de la discrimination dans les milieux de soins de santé nécessitent la mise en œuvre et l'intensification de mesures ciblées, coordonnées, multisectorielles, assorties de délais et fondées sur des données probantes.
72. Il existe de plus en plus de données probantes indiquant le type d'approches programmatiques qui contribuent à réduire la discrimination dans les soins de santé. Les Centres de contrôle et de prévention des maladies (CDC) des États-Unis et le Centre international de soins et de traitement du sida de l'École de santé publique Mailman de l'Université Columbia ont procédé à une analyse systématique des données probantes relatives aux programmes, normes juridiques et politiques, mécanismes de responsabilisation et meilleures pratiques qui contribuent le plus à réduire la stigmatisation et la discrimination dans les structures de soins de santé.⁶⁰ Plusieurs interventions sont décrites ci-dessous.

Suivi de la discrimination dans les milieux de soins de santé

73. Les programmes et autres mesures visant à éliminer la discrimination dans les établissements de santé doivent être fondés sur des données probantes. La discrimination doit donc être surveillée, mesurée et suivie. Il est important de mesurer à la fois les expériences des utilisateurs de services et les attitudes et pratiques des prestataires de services, ainsi que les politiques de lutte contre la discrimination au niveau national, local et des établissements et leur mise en œuvre
74. Un certain nombre de ressources pour le suivi des niveaux de discrimination sont disponibles et accessibles via ZeroHIVDiscrimination, un référentiel d'outils en ligne liés à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH dans les établissements de soins de santé, avec un outil de recherche intégré.⁶¹ L'outil créé dans le cadre du Health Policy Project constitue un bon exemple d'outils de mesure de la stigmatisation et de la discrimination.⁶² Basé sur des expériences en Thaïlande (voir encadré 2), il devrait être facile à adapter à d'autres contextes nationaux.

Encadré 2. Bonne pratique : suivi de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de soins de santé en Thaïlande

La Thaïlande surveille de manière systématique la stigmatisation et la discrimination parmi le personnel de santé, à l'aide d'une version adaptée d'un outil normalisé à l'échelle mondiale.

L'outil couvre des questions pertinentes au développement de programmes efficaces de réduction de la stigmatisation, y compris : les préoccupations concernant la transmission du VIH lors de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH ; les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH ; les comportements d'évitement stigmatisants reportés par les personnes concernées ; la stigmatisation observée et les éléments propices à un environnement favorable à des services exempts de stigmatisation.⁶³

Deux questionnaires ont été adaptés : un pour le personnel des établissements de santé et un pour les personnes vivant avec le VIH. Cette mesure permet la triangulation des données en comparant la stigmatisation expérimentée et la stigmatisation observée, et fournit une opportunité de dialogue entre le personnel soignant et les personnes vivant avec le VIH.⁶⁴ Les parties prenantes clés ont contribué à garantir que les questionnaires soient acceptables et utiles.

À la suite d'un projet pilote dans deux provinces, l'outil a été intégré en tant qu'instrument de suivi de routine et déployé dans 22 provinces. Les données collectées sont utilisées pour les estimations nationales de référence et alimenteront la conception d'une approche d'intervention nationale.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

75. L'Index de stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH (Index de stigmatisation) a été lancé par un consortium de personnes vivant avec le VIH en 2008 afin de fournir des éléments de preuve visant à être utilisés dans la défense des droits des personnes vivant avec le VIH, ainsi que de contribuer au respect du principe GIPA (participation accrue des personnes vivant avec le SIDA). Depuis 2008, plus de 90 pays ont communiqué des données qui ont été utilisées en vue d'une programmation fondée sur des données probantes (voir encadré 3). Cependant, dans le même temps, les épidémies et la riposte au VIH ont changé et de nouvelles données probantes sur la façon dont la stigmatisation touche les différentes populations sont disponibles, notamment en ce qui concerne l'initiation précoce du traitement et les cibles 90-90-90. L'outil d'enquête sur l'Index de stigmatisation a donc été mis à jour.⁶⁵
76. Après un examen et une consultation, avec notamment des informateurs clés des réseaux de personnes vivant avec le VIH, l'outil a été révisé et fait actuellement l'objet de tests pilotes au Cameroun, au Sénégal et en Ouganda. L'Index révisé de stigmatisation est plus court et la section explorant les expériences en établissement de soins de santé a été développée. L'outil rend mieux compte des expériences des populations clés qui souffrent souvent de stigmatisations multiples, et des personnes vivant avec le VIH.⁶⁶
77. L'Index de stigmatisation est un bon exemple d'engagement significatif des personnes vivant et affectées par le VIH. Il contribue à la collecte de données tout en permettant une intervention autonomisante car il est mis en œuvre *par* les personnes vivant avec le VIH (en tant qu'enquêteurs et responsables d'études), *pour* les personnes vivant avec le VIH. Il est essentiel pour les communautés touchées qu'elles soient pleinement impliquées dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des efforts visant à mettre fin à la stigmatisation et la discrimination dans les structures de soins.

78. ONUSIDA, GNP +, des chercheurs et des universitaires travaillent actuellement à l'élaboration d'un indicateur sur la stigmatisation et la discrimination dans les soins de santé qui seront inclus dans le Rapport mondial d'avancement sur **la lutte contre le sida** à partir de 2018, indicateur réalisé à partir de sept éléments de l'Index de stigmatisation.

Encadré 3. Bonne pratique : utilisation des résultats de l'Index de stigmatisation pour réduire la discrimination liée au VIH dans les soins dentaires en Allemagne

L'étude sur l'Index de stigmatisation en Allemagne a montré des niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination envers les personnes vivant avec le VIH dans les services dentaires. Sur la base de ces résultats, la Chambre fédérale des dentistes et Deutsche AIDS-Hilfe (y compris les personnes vivant avec le VIH) ont pris des mesures pour faire face à cette situation et veiller à ce que les personnes vivant avec le VIH reçoivent des soins dentaires sans discrimination.

Des documents d'information sur le VIH et les hépatites B et C ont été établis et distribués à toutes les cliniques dentaires, et plus de 30 000 services de santé dentaire et 70 000 dentistes ont reçu les documents. Le programme a entraîné une évolution positive dans les comportements envers les personnes vivant avec le VIH dans les soins dentaires et un changement dans les attitudes de travail au sein de certains centres de santé. Les craintes du personnel dentaire diminuent et les personnes vivant avec le VIH ont un meilleur accès aux soins dentaires.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

79. Les populations historiquement « invisibles » dans les statistiques ou « sous-suivies », en termes de prévalence du VIH, de vulnérabilité face au VIH et de besoins spécifiques, doivent être incluses dans le suivi. Ces populations comprennent les populations autochtones, les femmes et les hommes transgenres, les personnes en prison et autres milieux fermés, les personnes handicapées et présentant des problèmes de santé mentale, qui souffrent souvent de stigmatisation et de discrimination de manière disproportionnée et qui sont déjà soumis à d'importantes disparités en matière de santé, qu'ils vivent ou non avec le VIH. Dans de nombreux cas aussi, les adolescents et les jeunes sont « sous-suivis », alors que les perceptions des personnes plus âgées comme présentant « un risque moindre » de contraction du VIH peuvent entraîner des taux plus faibles de dépistage et d'interventions autres.⁶⁷ Le personnel de santé devrait être informé des besoins de ces populations.

Encadré 4. Bonne pratique : impliquer des réseaux communautaires pour mesurer la stigmatisation et la discrimination au Vietnam

À Hô-Chi-Minh-Ville, au Vietnam, une ville engagée envers l'initiative d'accélération pour mettre fin au sida, des partenaires ont élaboré et piloté une initiative de formation visant à réduire la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les établissements de soins de santé. À l'aide d'instruments d'enquête, de guides de formateurs et d'expériences pratiques issus d'autres pays de la région (y compris la Thaïlande), ils ont adapté les documents au contexte vietnamien.

L'ONUSIDA et l'Administration vietnamienne pour le contrôle du VIH/sida ont soutenu le Centre provincial axé sur le sida d'Hô-Chi-Minh-Ville et le Réseau vietnamien des personnes vivant avec le VIH pour adapter les instruments d'enquête et évaluer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans certains établissements de santé à la fin de 2016. Les résultats de l'enquête ont ensuite servi à l'élaboration de manuels de formation, qui ont été utilisés pour piloter la formation des agents de santé d'établissements de santé sélectionnés.

L'étroite implication du Réseau vietnamien de personnes vivant avec le VIH dans le processus a été essentielle au succès du projet pilote et a fourni aux membres des occasions précieuses de renforcer leurs capacités dans la collecte et l'analyse de données, la tenue d'entretiens, et la formation.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

80. Les systèmes de suivi devraient incarner les valeurs liées aux droits de l'homme et le principe de non-discrimination. Par exemple, les lignes directrices de l'OMS sur la validation de l'élimination de la transmission mère-enfant⁶⁸ vont au-delà des repères cliniques et comprennent un ensemble de normes minimales pour l'engagement communautaire, les droits de la personne et l'égalité des sexes. Les lignes directrices ont été élaborées en consultation avec la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH et le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH. L'outil mesure si les pays en quête de validation ont respecté une base de normes relatives aux droits de l'homme et s'ils ont intégré l'engagement communautaire dans leurs efforts. Il s'agit de la première fois que ces dimensions sont incluses dans le suivi national ou mondial des maladies.⁶⁹ À ce jour, Anguilla, Antigua-et-Barbuda, l'Arménie (VIH seulement), la Biélorussie, les Bermudes, Cuba, la République de Moldavie (syphilis uniquement), Montserrat, Saint-Christophe-et-Nevis et la Thaïlande ont été validées en tant que pays respectant ces normes strictes en matière de droits de l'homme et d'engagement.⁷⁰

Formation du personnel de santé

81. Dans le cadre d'une stratégie globale visant à éliminer la discrimination dans les établissements de soins de santé, les pays devraient dispenser aux personnels de santé une formation avant l'entrée en service puis en cours d'emploi, en vue de développer les compétences en matière de droits de l'homme et d'égalité des sexes, ainsi que de renforcer la compréhension de l'éthique médicale et des droits, rôles et responsabilités des travailleurs liés à la discrimination en structure de soins de santé.

82. Une sensibilisation concernant des populations spécifiques, notamment les enfants et les jeunes ; les populations autochtones ; les femmes et les filles et les populations clés et touchées, devrait figurer parmi les domaines prioritaires, tout comme la nécessité de fournir des services ciblés, respectueux et inclusifs. Cette éducation devrait également inclure une formation spécifique au VIH, ainsi qu'aux méthodes de communication à l'intention du personnel des structures de santé de tout niveau (pas uniquement les

médecins, mais aussi les infirmières, psychothérapeutes, pharmaciens, le personnel non médical, etc.). Elle devrait également mettre l'accent sur les questions de consentement et de vie privée. L'éducation et la formation du personnel de santé offrent également l'occasion d'aborder les questions d'intersectionnalité et de relations de pouvoir dans les établissements de santé qui renforcent la discrimination et la stigmatisation et affectent les équipes soignantes elles-mêmes.

Encadré 5. Bonne pratique : campagnes d'information pour les agents de santé en Suède

Selon les enquêtes nationales, les connaissances générales sur le VIH et les personnes vivant avec le VIH en Suède sont faibles et les personnes vivant avec le VIH ont peur de parler ouvertement de leur statut, parce qu'elles redoutent des réactions négatives. Les personnes vivant avec le VIH sont plus susceptibles de connaître des problèmes de santé mentale que les autres membres de la population en raison de la stigmatisation liée au VIH.

Pour lutter contre ces problèmes, l'Agence suédoise de la santé publique et les organisations de la société civile ont développé une campagne nationale d'information sur le VIH en Suède, destinée au grand public et aux agents de santé, entre le 1^{er} novembre 2015 et le 31 janvier 2016. Le message central était que le VIH n'est plus une maladie mortelle mais une infection chronique traitable, et que les personnes qui reçoivent un traitement anti-VIH bien géré et qui ont une charge virale indétectable présentent un risque minime de transmission du VIH à d'autres personnes. Les activités comprenaient également la diffusion de matériels de formation aux agents de santé.

À la fin de la campagne, 44 % de la population âgée de 18 à 79 ans avait vu la campagne, 70 % d'entre eux déclaraient avoir eu une impression positive, 52 % affirmaient avoir amélioré leurs connaissances et 33 % indiquaient qu'elle leur avait permis de mettre activement à jour leurs connaissances.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

83. Enfin, inclure les professionnels de la santé en personne dans la conception des programmes de formation et d'éducation sur les droits de l'homme et la discrimination peut améliorer la compréhension, internalisation et application des concepts par les agents de santé eux-mêmes, et contribuer à rendre les documents et programmes plus pertinents et engageants.
84. Le Haut-Commissariat aux droits de l'homme a publié un guide de réflexion destiné aux prestataires de services de santé sur la fourniture de services axés sur la santé sexuelle et reproductive fondés sur les droits de l'homme.⁷¹ Toutefois, d'autres programmes de formation formels et informels intégrant des modules axés sur l'anti-discrimination dans tous les cours et programmes de formation dispensés avant l'entrée en service des agents de soins de santé et en cours d'emploi sont nécessaires. Cette formation doit mettre l'accent sur le rôle des agents de santé en tant que défenseurs des droits de l'homme et sur leur responsabilité en termes de lutte contre toutes les formes de discrimination. Dans les contextes où les populations clés (ou leurs comportements) sont criminalisées, le personnel soignant doit être particulièrement conscient de sa responsabilité et de ses obligations devant la loi en matière de protection de la santé des patients.

Encadré 6. Bonne pratique : CapacityPlus : œuvrer en faveur de l'égalité des sexes auprès du personnel de santé

CapacityPlus, un programme financé par l'USAID, a développé des outils d'apprentissage et de plaidoyer afin de lutter contre la discrimination fondée sur le sexe chez le personnel de santé et dans les systèmes de formation professionnelle des agents de santé, ainsi que de promouvoir des principes visant à faire évoluer favorablement les inégalités de genre dans le cadre du plaidoyer, de l'élaboration de politiques et de la mise en œuvre de programmes.

Le projet appuyait l'utilisation des outils pour le plaidoyer, l'élaboration de politiques et la mise en œuvre d'interventions cherchant à transformer les attitudes vis-à-vis du genre, en vue de promouvoir l'égalité des chances et la non-discrimination sur le lieu de travail, dans les systèmes éducatifs professionnels et les soins cliniques. Il visait également à former les professionnels de la santé pour leur permettre de mieux reconnaître, traiter et référencer les clients ayant souffert de violence sexiste.⁷² Cette approche a favorisé le bien-être et la sensibilisation des agents de santé, tout en contribuant de manière significative à la réduction de la discrimination au sein des services de santé.⁷³

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

85. Il existe des cadres de compétences globaux pouvant être utilisés par les pays pour normaliser la formation et les compétences du personnel de santé, et s'assurer que les agents sont correctement équipés pour assumer leurs rôles.⁷⁴ L'OMS élabore actuellement une boîte à outils pour l'évaluation globale de l'éducation des personnels de santé,⁷⁵ et a demandé à l'OIT de réviser la Classification internationale type des professions pour plus de clarté sur la délimitation des fonctions des agents de santé et des professions de santé.⁷⁶
86. Dans certains cas, il peut être approprié d'envisager de fournir des compensations/incitations au personnel de santé pour qu'il suive des formations et autres formes d'éducation (par exemple, lorsque des agents de santé, tels que les mères qui travaillent, ne peuvent pas participer). D'autres avantages pourraient inclure un programme de récompenses géré par la société civile pour les professionnels de la santé ayant fourni des services appropriés qui ne sont pas discriminatoires, ce qui inciterait d'autres agents de la santé à fournir des services exempts de stigmatisation.

Création d'un environnement juridique et politique favorable

87. Généralement, le simple fait d'éduquer le personnel de santé à combattre les préjugés liés au VIH sera moins efficace si l'éducation ne s'accompagne pas de changements juridiques, politiques et institutionnels ainsi que d'autres ajustements qui facilitent à la fois la prévention de comportements discriminatoires et son signalement lorsqu'ils se produisent. Pour ce faire, un leadership, un engagement politique et un financement sont nécessaires.
88. Les pays devraient analyser et renforcer les lois interdisant la discrimination dans le cadre de la prestation et de la distribution des services de santé et prévoir un accès aux voies de recours pour les personnes dont les droits ont été violés, ainsi que des sanctions pour les auteurs de ces violations. Ces lois doivent être harmonisées avec d'autres lois non discriminatoires, telles que celles relatives au travail et à l'éducation, ainsi que celles qui traitent de l'inégalité entre les sexes et de la violence sexiste. Les procédures médicales non volontaires et non consenties devraient être rendues illégales.

89. Les pays devraient également réviser et abroger les lois qui se sont avérées avoir des effets négatifs sur la santé et qui vont à l'encontre des données probantes établies pour la santé publique (y compris les lois relatives à la criminalisation de la consommation de drogues, du commerce du sexe et des relations et actes sexuels entre personnes du même sexe), ainsi que les lois discriminatoires qui affectent particulièrement les capacités des femmes et des filles à accéder aux services de santé, notamment les lois sur le consentement des conjoints et des parents.
90. Des mesures doivent aussi être prises pour veiller à ce que les réformes juridiques et politiques (suppression des législations punitives et promulgation de lois et de politiques de soutien et de protection) soient effectivement appliquées et mises en œuvre. Les comportements discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH et affectées par le VIH ne changeront peu, à moins que les victimes aient accès à des mécanismes de réparation et que les auteurs de discrimination soient traduits en justice.

Encadré 7. Bonne pratique : la dépénalisation des relations sexuelles consenties entre adolescents au Pérou

Une loi péruvienne de 2006 pénalisant les rapports sexuels, consentis ou non, avec un adolescent âgé de 14 à 18 ans s'est avérée un obstacle à l'accès des adolescents à la santé sexuelle et reproductive. Les adolescents craignaient d'aller consulter les services de santé pour obtenir des informations sur la contraception et la prévention des infections sexuellement transmissibles, et les adolescentes enceintes redoutaient de suivre des soins prénatals. La loi renforçait le risque chez les adolescents de contracter le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles et de grossesse. Les taux de grossesse chez les adolescentes ont en effet augmenté.

Au Pérou, l'UNFPA a encouragé la participation des jeunes à la promotion visant à surmonter cet obstacle juridique. Il a publié des données probantes sur l'impact de la loi sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents, et a mené des plaidoyers auprès des décideurs politiques afin d'améliorer la compréhension sociale de la sexualité des adolescents. Des groupes de jeunes ont présenté une demande d'abrogation de la loi auprès de la Cour constitutionnelle comportant 10 000 signatures, accompagnée d'un mémoire d'*amicus curiae* soumis par les Nations Unies. En conséquence, la Cour a dépénalisé les rapports sexuels consentis avec des adolescents en 2013 et a reconnu leurs droits à la liberté sexuelle et à la santé, ainsi qu'à la protection de la vie privée et à l'information sur les questions liées à la liberté sexuelle.

À la suite de la décision, deux brochures d'information ont été publiées, et près de 1 000 procureurs et fournisseurs de services ont bénéficié d'ateliers de formation régionaux portant sur ce changement. Une stratégie de diffusion sur les réseaux sociaux a été mise en place pour veiller à ce que les adolescents, les législateurs et les décideurs soient conscients de la législation et de ses impacts.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

Renforcement de mesures de protection supplémentaires

91. L'élimination de la discrimination formelle ancrée dans la législation et les politiques ne constitue qu'un élément de la solution. Les États doivent également mettre en place des mesures qui protègent les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés dans les établissements de soins de santé et au-delà.

92. Outre les lois interdisant la discrimination, les pays devraient avoir des politiques, réglementations et normes spécifiques garantissant l'accès à des services non stigmatisants pour les groupes marginalisés. Celles-ci peuvent impliquer l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles, normes, lignes directrices et d'autres outils ou mécanismes juridiques qui garantissent un accès efficace et non discriminatoire aux services de santé pour les populations clés et les groupes marginalisés.
93. Par exemple, l'ONU (en partenariat avec des réseaux de populations clés) a mis au point une série d'outils de mise en œuvre visant à guider la programmation du VIH auprès des professionnel(le)s du sexe, des hommes gays et des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des personnes transgenres et des consommateurs de drogues injectables.^{77,78,79,80} Les outils résument les meilleures pratiques liés aux programmes basés sur les droits plaçant les personnes au cœur de la lutte contre le VIH et garantissent des approches non stigmatisantes et non discriminatoires axées sur la réduction des risques et des impacts du VIH. Les outils se concentrent sur les priorités pour les populations clés, y compris la lutte contre la violence et d'autres violations des droits de l'homme et la garantie de services de qualité complets fournis par des prestataires de services solidaires et n'émettant pas de jugements. L'autonomisation communautaire et le soutien aux services offerts par la communauté sont au cœur de ces orientations normatives.

Encadré 8. Bonne pratique : accès aux soins de santé pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées au Mexique

Une enquête nationale sur la discrimination menée en 2017 au Mexique a révélé que les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées sont moins susceptibles d'exercer leur droit à la santé, et que la discrimination constituait un obstacle majeur. Cette conclusion confirme la nécessité d'élaborer des protocoles de prestation de services de santé non discriminatoires et qui protègent les droits de l'homme.

Le Ministère de la santé diffuse actuellement un protocole national et des directives connexes pour renforcer l'accès des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transsexuelles, travesties, transgenres et intersexuées aux soins de santé. Des représentants de la communauté ont participé au développement du protocole, conjointement avec le monde universitaire, le gouvernement et le secteur privé.

Le protocole et les lignes directrices s'appliquent à l'ensemble du système de santé national, dans tous les établissements de santé publics, sociaux et privés. Ils fournissent des mécanismes de conformité généraux et spécifient des critères pour les soins des populations lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées. Ils fournissent également des conseils à l'intention des directeurs des services de santé sur le type de politiques à mettre en place pour garantir la non-discrimination.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

94. Le cadre de 2016 de l'OMS pour des services de santé intégrés centrés sur les personnes a été créé pour soutenir les progrès vers une couverture sanitaire universelle en améliorant l'accès à des services intégrés, sûrs, de grande qualité, efficaces et centrés sur les personnes.⁸¹ Le cadre repose sur le principe que des soins de santé véritablement universels nécessitent de passer de systèmes de santé conçus autour *des maladies et des établissements de santé* à des systèmes de santé conçus pour *les personnes*.

95. Les soins centrés sur les personnes sont structurés autour des perspectives des individus, des soigneurs, des familles et des communautés en tant que participants et bénéficiaires de systèmes de santé qui sont organisés autour des besoins des individus plutôt que des maladies.⁸² Ils sont ancrés dans les services de soins primaires et ils nécessitent que les gens bénéficient de l'éducation et du soutien requis pour participer aux décisions concernant leurs propres soins. Des services de santé intégrés sont gérés et dispensés de manière à assurer un continuum de services axés sur la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic, le traitement, la gestion des maladies, la rééducation et les soins palliatifs selon leurs besoins et tout au long de leur vie.⁸³
96. Il n'existe actuellement aucun indicateur universellement accepté pour mesurer les progrès réalisés dans la mise en place de services de santé intégrés et centrés sur les personnes.⁸⁴ Cependant, des critères ont été identifiés pouvant contribuer à garantir que les services se concentrent sur les personnes (voir encadré 9).

Encadré 9. Critères pour des services de santé centrés sur les personnes

- Environnements/emplacements discrets mais accessibles
- Signalisation claire et attrayante
- Personnel de service amical qui :
 - Accueille cordialement,
 - Adopte une attitude bienveillante dans un climat chaleureux,
 - Adopte des attitudes exemptes de jugement, non moralisatrices, respectueuses et fait preuve de compréhension,
 - Est à l'écoute des commentaires et prend le temps d'expliquer clairement les problèmes d'une manière amicale.
- « Charte de service »/« Charte des patients » - clairement affichée
- Sélection de prestataires de services comprenant :
 - Un personnel à la fois masculin et féminin pour des soins soucieux des besoins des deux sexes,
 - Un personnel médical/infirmier, des conseillers, des éducateurs sanitaires, des travailleurs sociaux, des éducateurs pour les pairs.
- Prestataires de services professionnels qui connaissent les besoins des personnes vivant avec le VIH et des membres des populations clés en termes de santé
 - Prestation de services basée sur les compétences,
 - Prestataires expérimentés capables de gagner la confiance.
- Horaires d'ouverture flexibles (par exemple en soirée/pendant les week-ends)
- Pas de rendez-vous et/ou temps d'attente courts et/ou personnel clinique adéquat pour assurer un service rapide
- Services gratuits - y compris cliniques, conseils, formations/ateliers
- Services confidentiels :
 - Des salles de conseil et d'examen cliniques privées,
 - Les fournisseurs/le personnel sont uniquement informés s'ils sont directement impliqués dans les soins aux patients,
 - Les parents/tuteurs ne sont pas informés de la présence des jeunes patients à moins que ces derniers ne le demandent,
 - Archivage avec toutes les notes/dossiers des patients verrouillé.
- Consentement volontaire et éclairé, avec une explication claire des procédures et patients impliqués dans la prise de décision
- Implication des pairs, par exemple :
 - À la réception pour encourager le recours aux services par leurs pairs,
 - Pendant les examens de la clinique pour agir en tant que chaperons - à la demande du patient.
- Des services à la fois en lieu fixe et mobiles/externes - des fournisseurs de soins et des éducateurs pour les pairs mobiles
- Des services de « guichet unique » répondant à tous les besoins en matière de santé, entièrement équipés en matériel et en fournitures fiables et capables de fournir :
 - Une gamme de services : santé sexuelle et reproductive, VIH et autres infections sexuellement transmissibles, drogues et alcool, prise en charge psychosociale et accompagnement,
 - Un dépistage au point de service ou renvois immédiats pour des résultats rapides,
 - Des services de conseils sur tous les sujets de préoccupation,
 - Une promotion d'un mode de vie sain (régime, nutrition, exercice)
 - Des renvois vers d'autres soins spécialisés (si requis et avec le consentement du patient).
- Documents d'information, d'éducation et de communication (tels que brochures, fiches de données, affiches, DVD, présentations en groupe) sur les questions de santé.

97. Bien que tous les services de santé doivent être exempts de toute forme de discrimination, dans certains cas, il peut être nécessaire d'établir des services spécifiques qui sont adaptés aux besoins de populations spécifiques (voir encadré 10).

Encadré 10: Bonne pratique : mettre l'accent sur les populations clés en Jamaïque

En Jamaïque, les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres connaissent des niveaux élevés de violence, ainsi que de discrimination dans le cadre des soins de santé (notamment des tests médicaux ou psychologiques apparemment inutiles, une « curiosité » inappropriée et une inégalité des traitements). Nombre d'entre elles refuse un traitement ou change de prestataires de soins de santé par peur de la discrimination.

J-FLAG (maintenant Equity for All Foundation Jamaica), en partenariat avec le Ministère de la santé, a mis en œuvre un projet intitulé « Atténuer les risques et permettre des espaces de santé publique sécuritaires pour les Jamaïcains LGBT », visant à promouvoir le droit des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres à la santé et leur permettant de rechercher des services essentiels et un soutien lié au VIH exempts de stigmatisation et de discrimination.

Le projet prévoyait une formation et une sensibilisation axées sur les droits de l'homme et la dignité en relation avec l'orientation sexuelle, ainsi que le VIH ; ainsi que sur les personnes transgenres et leurs besoins en matière de santé. La formation sur la stigmatisation et la discrimination et les droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres a été dispensée aux agents de santé et au personnel des établissements de soins de santé.

Des ministres, des parlementaires, des chefs d'entreprise, des technocrates, des décideurs et des partenaires de la société civile ont bénéficié d'une « formation des décideurs » et des séances de sensibilisation ont été organisées auprès de la société civile, des prestataires de soins et des utilisateurs de services en vue de promouvoir le mécanisme de traitement des plaintes des patients du Ministère de la santé visant à renforcer le suivi et la lutte contre les violations des droits de l'homme à l'encontre des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. Le projet a également élaboré ou révisé des politiques, protocoles et directives sur les établissements et programmes de santé publique favorables aux personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres. Il a également mené des analyses de situation dans les établissements de santé et les organisations de la société civile pour évaluer l'accès et la qualité des services pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

Encadré 11. Équateur : vers des soins de santé accessibles

Les services de santé complets contribuent non seulement à assurer l'exercice du droit à la santé, mais ils aident à éliminer les injustices historiques et à améliorer les conditions de vie des groupes victimes de discrimination fondée sur l'ethnicité, le statut autochtone ou culturel, l'orientation sexuelle, le handicap et/ou le statut économique.

L'Équateur œuvre à la fourniture de services de santé inclusifs au niveau des soins primaires, en commençant par des mesures légales. Afin de lutter contre la discrimination systémique et la violation des droits humains des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres, plus de 45 « centres de déshomosexualisation » ont été fermés, 6 procédures judiciaires ont été lancées et des instructions sur le référencement de tels cas sont en cours de préparation. Le Gouvernement a développé un *Plan national de santé sexuelle et reproductive 2017-2021*, qui reconnaît les droits sexuels et reproductifs en tant que droits de l'homme dans la législation nationale et garantit un accès permanent et opportun aux programmes de santé (y compris à la promotion de la santé et à la prévention du VIH) ainsi qu'à des services de santé sexuelle et reproductive complets sans discrimination. Des manuels sur les soins de santé pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres et les professionnel(le)s du sexe ont été élaborés et une formation aux bonnes pratiques est actuellement dispensée à plus de 33 000 professionnels de la santé. Un cours virtuel sur les droits de l'homme et les bonnes pratiques en matière de soins de santé liés au VIH a été dispensé à tout le personnel du secteur de la santé, y compris à l'armée, à la police et au secteur privé. Le Ministère de la santé publique élabore également un programme national de formation sur les infections sexuellement transmissibles qui comprendra le VIH, les droits de l'homme et les populations clés et affectées.

Le *Manuel de 2017 pour des soins complets en matière de sexualité et de reproduction pour les personnes handicapées* représente une autre étape importante pour éliminer la discrimination dont cette population fait traditionnellement l'objet. Le manuel répond aux besoins des professionnels de la santé en termes de compréhension et de reconnaissance des droits, besoins et attentes liés à la sexualité et à la reproduction des personnes handicapées, tout en mettant un accent particulier sur l'élimination de la violence sexiste.

Protection des agents de santé

98. Les droits et normes de travail des agents de santé, y compris dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail, doivent être pleinement respectés, protégés et réalisés, et les agents de santé ne doivent pas faire l'objet de discrimination et de violence sur le lieu de travail. Un certain nombre d'interventions/pratiques peuvent contribuer à la réalisation de ces objectifs.
99. Par exemple, les lois et règlements nationaux dans les domaines du droit du travail et de la santé doivent couvrir les droits et les normes du travail du personnel de santé, y compris les mesures de mise en œuvre et les sanctions en cas de violation. Ces lois et règlements devraient également inclure des mesures visant à traiter les aspects en termes de disparités entre les genres au sein du personnel de santé, telles que les horaires de travail, la rémunération, la formation, les contrats stables, et plus encore.
100. Des normes minimales sur les lieux de travail dans le secteur de la santé devraient être définies et appliquées. Celles-ci devraient aborder les disparités entre les genres, et devraient prévoir des recours lorsqu'elles ne sont pas respectées.

Encadré 12 : Reconnaître les sages-femmes, réduire les décès au Cambodge

Le Cambodge comptait parmi les neuf pays parvenus à atteindre l'objectif du Millénaire pour le développement visant à réduire la mortalité maternelle d'au moins 75 % à l'horizon 2015. Ces progrès remarquables ont été accomplis en reconnaissant officiellement les sages-femmes comme clés de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale et en les intégrant au système de santé officiel. Le gouvernement a amélioré le programme d'études des sages-femmes, élargi leur formation, fourni des incitations monétaires pour les accouchements dans les hôpitaux ou les centres de santé et créé des bourses pour que les sages-femmes puissent postuler à des qualifications plus élevées.⁸⁵

Les sages-femmes travaillent avec des accoucheuses traditionnelles et sont déployées dans des régions telles que les zones rurales, où les taux de mortalité sont les plus élevés. Non seulement elles pratiquent des accouchements, mais elles font également progresser les droits des femmes et des filles et offrent un soutien aux victimes de la violence sexiste et des conseils en matière de santé reproductive aux adolescents. Elles contribuent à faire en sorte que les femmes de toutes les communautés - y compris les communautés marginalisées et pauvres, les minorités ethniques, les femmes géographiquement isolées et les citadins pauvres - puissent accéder à des services de qualité.⁸⁶

101. D'autres mesures de protection proactives pour les agents la santé comprennent :

- Des initiatives de « prise en charge du personnel soignant » liées à des conditions de travail difficiles (telles que les horaires prolongés, charges de travail lourdes et salaires bas, inégalités entre les sexes dans le milieu du travail ainsi que l'impact psychologique du travail dans des conditions émotionnellement exigeantes) et de prestation de conseils et soutien périodiques ;
- L'introduction de solides politiques non discriminatoires sur le lieu de travail, dans les établissements de santé, en abordant les questions liées au VIH, au genre et à la sexualité et en assurant le soutien de la direction pour leur mise en œuvre ;
- La mise en place de programmes de santé et de sécurité au travail - comme l'outil de l'OMS/OIT HealthWISE (voir encadré 11), qui a été mis en œuvre dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination dans les milieux de soins de santé dans le contexte de la santé et de la sécurité au travail, et pour aider à éliminer/minimiser les accidents du travail ; et
- L'établissement de « chartes » au niveau des établissements de soins de santé pour délimiter clairement les droits et les responsabilités des agents de santé.⁸⁷ De telles chartes, affichées publiquement sur les lieux de travail de la santé, aideraient les agents de santé à revendiquer leurs droits tout en leur permettant de s'acquitter de leurs responsabilités.

Encadré 13. Bonne pratique : utilisation de l'outil HealthWISE en Chine

L'OIT, le Centre chinois de lutte contre les maladies, l'Institut chinois du travail du Ministère des Ressources Humaines et de la Sécurité sociale, l'Association chinoise pour la prévention et le contrôle du VIH et des MST et des organisations de la société civile ont utilisé la boîte à outils conjointe de l'OIT/OMS HealthWISE pour lancer un programme combiné sur le VIH et la sécurité et la santé au travail couvrant 20 hôpitaux et touchant 31 000 travailleurs de la santé.

HealthWISE fournit une méthodologie pratique et participative pour améliorer la qualité des établissements de santé, et est utilisé pour renforcer les capacités des agents de santé et des établissements, et pour autonomiser les personnes vivant avec le VIH. Des directives sur la gestion de l'exposition professionnelle aux agents pathogènes transmissibles par le sang ont été élaborées et mises en œuvre, et un atelier de haut niveau a été organisé pour supprimer une clause discriminatoire de la norme médicale du recrutement des fonctionnaires en Chine. Les organisations de la société civile ont été soutenues en vue d'élargir la prestation de services juridiques aux personnes vivant avec le VIH.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

Renforcement du personnel de santé communautaire et des interventions au sein des communautés

102. Les États devraient promouvoir et renforcer le rôle des agents de santé communautaires, dans le cadre de la prestation de services liés au VIH et à la santé sexuelle et reproductive plus larges. Ces travailleurs devraient recevoir la formation et tout autre soutien requis (y compris un financement) pour éviter et pour lutter contre la discrimination. Dans de nombreux cas, les agents de santé communautaires et les organisations communautaires fournissant des services de santé constituent la seule source ou la source principale d'information et de services de santé pour les populations clés et/ou les personnes vivant dans des zones mal desservies.
103. La participation des organisations de la société civile (y compris par le biais de contrats sociaux) devrait faire partie intégrante de la programmation nationale liée au VIH et de telles organisations devraient être reconnues comme des prestataires de services et des partenaires d'exécution capables. Leur participation favorise non seulement l'accès aux communautés difficiles à atteindre, mais elle contribue également à garantir qu'une approche fondée sur les droits est employée. Les interventions menées par la communauté peuvent inclure des centres d'accueil, des activités de sensibilisation par les pairs et de services mobiles, un référencement vers des fournisseurs connus et fiables, la création d'équipes d'intervention rapide pour un soutien juridique immédiat et l'offre de soutien par les pairs en service, visant à aider les utilisateurs des services à s'orienter à travers les processus des établissements de soins de santé.⁸⁸ Des liens appropriés devraient être établis entre les programmes dirigés par la communauté et les services de santé officiels.

Autonomisation des utilisateurs de services de santé

104. Les pays devraient également mettre en œuvre des programmes visant à sensibiliser les utilisateurs individuels de services de santé en leur permettant de revendiquer leurs droits, y compris en matière de soins de santé sans discrimination et sans violence, grâce à des programmes de familiarisation aux droits/à la législation.

105. Bien que les situations nationales varient, certaines approches communes peuvent être adaptées à différents contextes pour autonomiser les usagers et promouvoir les droits des patients. Celles-ci peuvent inclure des codes médicaux et autres codes professionnels, des chartes de patients et des instruments similaires rédigés sur la base d'accords mutuels convenus entre les patients, les professionnels de la santé et les décideurs et périodiquement révisés en fonction des circonstances.⁸⁹
106. Les chartes des patients, affichées de manière bien visible, permettent aux utilisateurs des établissements de santé de comprendre et de revendiquer leurs droits à des traitements et des soins non discriminatoires et de qualité, et rappellent aux professionnels de la santé leurs responsabilités en matière de soins. Elles devraient être accompagnées de conseils sur la façon de demander réparation si un élément de la charte a été violé.
107. Des opportunités doivent être offertes aux utilisateurs des soins de santé (et aux agents de santé) leur permettant de signaler les pratiques discriminatoires perçues directement ou anonymement, et permettant aux établissements de santé (et aux réseaux de soutien aux patients) de suivre l'incidence de tels cas et de prendre les mesures appropriées. Des systèmes accessibles et confidentiels sont nécessaires pour encourager le signalement et pour garantir qu'aucune mesure de représailles n'est prise. Les nouvelles technologies ainsi que les méthodes de signalement traditionnelles peuvent être utilisées. Par exemple, au Vietnam, au Ghana et dans plusieurs pays d'Amérique latine, les gens peuvent utiliser des applications Web pour commenter la qualité des services de santé, signaler des cas de discrimination et se connecter aux services pertinents (voir encadré 14).

Encadré 14. Bonne pratique : VAMOS - aider les adolescents à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive en Amérique latine et dans les Caraïbes

Dans de nombreux pays d'Amérique latine et des Caraïbes, l'accès aux services de santé pour les adolescents et les jeunes (âgés de 10 à 24 ans) demeure insuffisant. Pourtant, 1 jeune sur 20 dans la région souffre d'une maladie sexuellement transmissible, et les complications liées au VIH sont parmi les cinq causes les plus fréquentes de décès dans ce groupe d'âge. Dans les Caraïbes, environ 1,6 % des personnes âgées de 15 à 24 ans vivent avec le VIH. Il existe un besoin urgent de services de santé de haute qualité et adaptés aux jeunes.

En 2017, la *Fundación Huésped* et ses partenaires (dont l'organisation de jeunes « *Colectivo de Juventudes por los Derechos Sexuales y Reproductivos* ») ont développé le site Web et l'application VAMOS pour aider les jeunes à accéder aux services de santé sexuelle et reproductive. VAMOS a été lancé en octobre 2017 dans toute la région avec le soutien de la région de l'hémisphère occidental de la Fédération internationale pour la planification familiale.

Plateforme de sources ouvertes, VAMOS fonctionne sur tout appareil doté d'une connexion Internet et peut être utilisé anonymement et en toute sécurité. Les utilisateurs peuvent trouver des fournisseurs de services à proximité de leur emplacement à l'aide du GPS de leur appareil. VAMOS permet également aux jeunes de surveiller et de signaler les cas de discrimination dans les établissements de soins de santé, et la collecte de commentaires anonymes des utilisateurs sur la qualité des services. Les données collectées peuvent être utilisées pour plaider en faveur d'améliorations en termes d'accès et de qualité des services.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

108. Les services adaptés aux jeunes revêtent une importance particulière, car les adolescents et les jeunes peuvent être confrontés à des obstacles particuliers dans les établissements structurés principalement pour les enfants ou les adultes. Les jeunes ont besoin de services qui « parlent leur langue ». Il est également important que les adolescents et les jeunes soient conscients de leurs droits à des services de santé non discriminatoires (voir encadré 15).

Encadré 15. Bonne pratique : impliquer les adolescents et les jeunes dans leurs propres soins de santé en Afrique subsaharienne

En Afrique subsaharienne, les adolescents et les jeunes constituent une population clé dans le cadre de l'épidémie de VIH, les maladies liées au VIH étant parmi les principales causes de décès chez les 15-24 ans. Paediatric-Adolescent Treatment Africa (PATA) met en œuvre le programme « Peers to Zero » dans plusieurs pays, pour aider les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH à défendre leurs droits et à créer des environnements de soins de santé qui leur sont adaptés. Les prestataires de soins de santé sont sensibilisés et les adolescents et les jeunes vivant avec le VIH sont impliqués en tant que pairs, contribuant à la conception, la fourniture et le suivi des services. Le programme est mis en œuvre dans 60 établissements de santé au Kenya, au Mozambique, au Swaziland, en République-Unie de Tanzanie, en Ouganda, en Zambie et au Zimbabwe et concerne sept réseaux nationaux de jeunes vivant avec le VIH. Les pairs ont aidé les jeunes en matière de divulgation, de suivi des abandons et de conseils sur l'adhérence, et des groupes de soutien, des espaces dédiés et des camps et des clubs pour les jeunes ont été mis en place.

Sur une période de 12 mois, les patients pédiatriques et adolescents dans les établissements participants ont augmenté de 34 %. Quatre-vingt-quinze pour cent des établissements comprenaient des pairs qui apporté leur soutien lors des réunions du personnel, une pratique qui a conduit à d'importantes améliorations programmatiques.

UNAIDS/PCB (41)CRP1

Améliorer l'accès à la justice

109. Les réformes juridiques et politiques, les programmes de formation des agents de santé et les programmes d'autonomisation des utilisateurs des services doivent s'accompagner de mesures visant à améliorer l'accès à la justice en cas de discrimination dans les soins de santé. Des mécanismes clairs sont nécessaires pour signaler les cas de discrimination dans les établissements de soins de santé. L'accès à des services juridiques gratuits devrait également être garanti pour permettre aux personnes victimes de discrimination d'obtenir des conseils juridiques et de demander réparation (encadrés 16 et 17).

Encadré 16. Renforcer l'accès à la justice au Mozambique

Les évaluations de référence effectuées par le Fonds mondial, dans le cadre de son effort stratégique déployé pour élargir les programmes visant à supprimer les obstacles aux droits de l'homme dans les services de santé, ont montré que des efforts sont réalisés pour lutter contre la discrimination dans les établissements de santé. Au Mozambique par exemple, la coopérative d'autonomisation juridique Namati a développé un réseau d'avocats sur le terrain pour surveiller la prestation des services de santé dans les communautés. Ceux-ci sont formés aux lois et aux politiques du pays en matière de santé et sont dotés de compétences supplémentaires telles que la médiation, l'éducation des adultes et le plaidoyer. Ils aident les individus à soulever des problèmes concernant les services de santé communautaires et facilitent le dialogue en vue de trouver des solutions et autres mesures correctives.

UNAIDS/PCB (41)CRP1

Encadré 17. Bonne pratique : renforcement des conseils juridiques en Égypte

En Égypte, l'Organisation internationale de droit du développement (OIDD) a lancé un programme visant à renforcer les services juridiques liés au VIH afin de lutter contre la discrimination à laquelle sont confrontées les personnes vivant avec le VIH et les populations clés.

Le programme a « jumelé » des organisations de défense des droits humains et juridiques avec des organisations de défense de la santé, afin que chacune puisse apprendre de l'autre. Les groupes de défense des droits ont été sensibilisés aux questions liées au VIH et les organisations de défense de la santé ont pris connaissance des possibilités d'action en justice pour faire respecter les droits en matière de santé. En conséquence, depuis 2015, plus de 500 personnes vivant avec le VIH et membres des populations clés ont reçu des informations juridiques directes sur le VIH ; plus de 500 consultations juridiques ont été organisées à l'intention des personnes vivant avec le VIH et des populations clés ; et plus de 150 procédures judiciaires ont été introduites auprès du système judiciaire égyptien. Nombre d'entre elles (mais pas toutes) étaient liées au secteur de la santé. Environ 60 cas de non-prestation de services de santé satisfaisants aux personnes vivant avec le VIH ont été signalés au titre du Programme national de lutte contre le sida (PNA) au cours de la période 2014-2016, et tous sauf un (qui a débouché sur une action en justice) ont été résolus dans le cadre du PNA à la satisfaction du plaignant. Une ligne d'assistance et une page Facebook ont également été mises en place pour diffuser les informations juridiques liées au VIH.

UNAIDS/PCB (41)CRP1

Renforcer la responsabilisation

110. Les États devraient garantir une responsabilisation au niveau de la non-discrimination dans les établissements de santé en garantissant l'accès à des mécanismes de réparation efficaces (pour les utilisateurs des services de santé et les agents de santé) et en renforçant les mécanismes de signalement, suivi et évaluation de la discrimination.
111. Les systèmes judiciaires ont un rôle à jouer pour faire en sorte que des lois et des politiques protectrices soient mises en œuvre et pour surveiller (à travers l'enregistrement des plaintes) l'étendue des comportements discriminatoires. L'institution nationale des droits de l'homme peut, selon son mandat, mener des enquêtes sur les

violations des droits de l'homme et traiter les plaintes. Elle peut également tenir un registre de cas contribuant au suivi de la discrimination.

112. D'autres organismes gouvernementaux, en particulier les ministères de la santé, devraient collecter et analyser les données relatives à la discrimination afin d'identifier les lacunes systémiques et d'élaborer des programmes et des politiques pour lutter contre la discrimination dans les structures de santé (et ailleurs).

Encadré 18. Bonne pratique : traitement des plaintes venant des utilisateurs des services de santé en Argentine

La Direction du VIH et des maladies sexuellement transmissibles du Ministère de la santé en Argentine a mis en place un système visant à recevoir et à traiter les plaintes relatives à la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH, ainsi qu'aux problèmes d'accès aux traitements ou aux services sociaux tels que les pensions.

Le système permet aux personnes de contacter la Direction en appelant un numéro gratuit, ou par le biais d'un formulaire en ligne ou l'envoi d'un courrier électronique, et de recevoir une réponse dans les 48 heures. Les plaintes sont résolues par des moyens administratifs ou sont renvoyées à des entités de la société civile qui fournissent des services juridiques gratuits. Une partie importante du processus repose sur l'autonomisation des personnes vivant avec le VIH grâce à la diffusion de documents « Connaissez vos droits » et au renforcement des capacités des programmes provinciaux de riposte au sida pour lutter contre la discrimination liée au VIH et d'autres violations des droits de l'homme, notamment en travaillant en liaison avec des entités qui fournissent des services juridiques.

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

113. Les mécanismes internationaux et régionaux des droits de l'homme devraient également être utilisés afin de suivre les progrès accomplis par les États pour assurer la non-discrimination dans les établissements de santé, y compris pour les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et autres groupes touchés. Les pays devraient rendre compte des mesures prises à cet effet au cours du processus d'examen périodique universel. De même, les mesures prises pour réduire la discrimination dans les établissements de soins de santé devraient être incluses dans les examens nationaux volontaires des progrès accomplis vers la réalisation des Objectifs de développement durable.
114. Au niveau régional, des institutions telles que la Cour européenne des droits de l'homme, la Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples ainsi que la Commission interaméricaine des droits de l'homme et de la Cour interaméricaine des droits de l'homme ont également un rôle à jouer.

VI. MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME POUR METTRE FIN À LA DISCRIMINATION DANS LES MILIEUX DE SOINS DE SANTÉ

115. L'objectif axé sur l'élimination de la discrimination est un élément clé de la Déclaration politique de 2016 sur la fin du sida, l'élimination de la discrimination dans les établissements de santé d'ici 2020 représentant l'un des trois engagements liés à la stratégie d'accélération visant à mettre fin au sida à l'horizon 2030. L'objectif axé sur l'élimination de la discrimination va de pair avec l'engagement envers l'élimination des

inégalités entre les sexes et de toutes les formes de violence et de discrimination envers les femmes et les filles, les personnes vivant avec le VIH et les populations clés ainsi que l'engagement visant à réviser et à réformer les lois qui renforcent la stigmatisation et la discrimination, notamment celles relatives à l'âge du consentement, à la non-divulgaration, à l'exposition et la transmission du VIH, aux restrictions en matière de voyage et au dépistage obligatoire.

116. Dans le cadre d'un effort visant à accélérer l'élimination de la discrimination dans les établissements de soins de santé, l'ONUSIDA et l'OMS ont lancé en 2016 le *Programme pour mettre fin à la discrimination dans les milieux de soins de santé*. Le Programme définit également les exigences minimales pour des soins de santé sans discrimination. Le plan d'action sur lequel le Programme se repose vise à accroître l'engagement, la collaboration et la responsabilisation entre les pays, les Nations Unies et les partenaires de développement, la société civile, les associations professionnelles de soins de santé, le monde universitaire et d'autres parties prenantes clés. Le plan d'action a pour priorités de :

- Supprimer les obstacles juridiques et politiques qui favorisent la discrimination dans les soins de santé ;
- Établir les normes pour des soins de santé sans discrimination ;
- Créer et partager une base de données probantes et de meilleures pratiques pour éliminer la discrimination dans les milieux de soins de santé ;
- Autonomiser les patients et la société civile pour leur permettre d'exiger des soins de santé sans discrimination ;
- Renforcer le soutien financier pour un personnel de santé sans discrimination ;
- Assurer le leadership des associations professionnelles de soins de santé dans les actions visant à former un personnel de santé sans discrimination ; et
- Renforcer les mécanismes et les cadres de suivi, d'évaluation et de responsabilisation pour des soins de santé sans discrimination.

Encadré 19. Les milieux de soins de santé sans discrimination devraient, tout au moins :

- Fournir des soins de santé opportuns et de qualité indépendamment du sexe, de la nationalité, de l'âge, du handicap, de l'appartenance ethnique, de l'orientation sexuelle, de la religion, de la langue, du statut socio-économique, du statut séropositif ou d'autres problèmes de santé, de l'exercice du commerce du sexe, de la consommation de drogues et/ou de l'emprisonnement ;
- Interdire les dépistages ou les traitements obligatoires, ou les pratiques coercitives ;
- Respecter la vie privée et la confidentialité des patients ;
- Relier les populations marginalisées et les plus touchées à des fournisseurs de services supplémentaires, à des réseaux de soutien par les pairs, à des organismes communautaires, ou à des services juridiques au besoin ;
- Faire appel à des prestataires cliniques qui posent des questions concernant la santé ou effectuent des soins de santé pour informer activement les gens de leurs droits et leur fournir des soins de qualité sans porter de jugement ;
- Mettre en place des mécanismes de plaintes ainsi que de réparation et de responsabilisation liés à la discrimination et la violation des droits des patients ;
- Assurer la participation des communautés affectées à l'élaboration de politiques et de programmes promouvant l'égalité et la non-discrimination dans les soins de santé.

117. Pour renforcer l'action au niveau des pays, 12 entités des Nations Unies ont publié en juin 2017 une Déclaration commune des Nations Unies sur l'élimination de la discrimination dans les milieux de soins de santé, dans laquelle elles appellent toutes les parties prenantes à les rejoindre pour s'engager à prendre des mesures ciblées, coordonnées, multisectorielles et assorties de délais afin de soutenir les États. Ce soutien permettrait aux États de mettre en place :

- Des garanties contre la discrimination dans la législation, les politiques et la réglementation ;
- Des mesures visant à responsabiliser les agents de santé et les utilisateurs des services de santé en accordant l'attention voulue à leurs droits, leurs rôles et leurs responsabilités et en leur permettant de les réaliser ;
- Des mesures visant à garantir la responsabilisation et le respect du principe de non-discrimination dans les établissements de soins de santé ; et
- Des mesures pour mettre en œuvre le *Cadre commun de lutte contre les inégalités et la discrimination des Nations Unies*.⁹⁰

118. Un an après le lancement du Programme pour mettre fin à la discrimination, les actions de cohésion sont de plus en plus soutenues et la nécessité de faire plus, mieux et plus efficacement afin de parvenir à des soins de santé sans discrimination pour tous est mieux comprise. L'action doit être accélérée pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de santé. Cela exigera des fonds ciblés, un leadership à de nombreux niveaux ainsi que de l'innovation et de nouvelles manières de faire les choses.

Financer l'élimination de la discrimination dans les structures de soins de santé

119. L'engagement politique mondial en faveur de l'élimination de la discrimination dans les établissements de soins de santé a été atteint : à présent, des ressources doivent être allouées à des programmes et à des actions qui ont fait leurs preuves. Quelques bonnes pratiques existent déjà.

120. Le Fonds mondial a entrepris un effort stratégique majeur pour élargir les programmes visant à éliminer les obstacles liés aux droits de l'homme dans les ripostes nationales au VIH, à la tuberculose et au paludisme, et accroître ainsi l'efficacité de ses subventions. Il a identifié 20 pays pouvant bénéficier d'un soutien intensif pour déployer les programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination et à améliorer l'accès à la justice.⁹¹

121. Dans le cadre de ces efforts, le Fonds mondial a créé un fonds catalytique de 45 millions de dollars des États-Unis auprès duquel ces pays peuvent demander un financement s'ils répondent à certaines exigences, notamment en consacrant un montant renforcé aux programmes visant à éliminer les obstacles aux droits de l'homme (par rapport à leur subvention actuelle) et en faisant en sorte de faire correspondre le montant auquel ils sont admissibles dans le cadre du fonds catalytique. Des efforts robustes de suivi et d'évaluation sont prévus dans les 20 pays, y compris des évaluations de référence, à mi-parcours et à terme, pour éclairer la planification stratégique et évaluer les résultats obtenus au titre de l'intensification du programme. L'objectif du Fonds mondial est de renoncer aux investissements *ad hoc* de petite échelle pour passer à des programmes complets qui fournissent des interventions efficaces, aux bons endroits, aux bonnes personnes, à la bonne échelle. L'ONUSIDA peut jouer un rôle clé pour soutenir ces efforts en convoquant les prochaines réunions multipartites dans chacun des 20 pays, et en fournissant une assistance technique et un soutien à la mise en œuvre des programmes menés par les communautés afin d'éliminer les obstacles liés aux droits de l'homme dans les services.

Encadré 20. Bonne pratique : le Fonds LGBT : des approches communautaires pour réduire la discrimination

Les programmes du PEPFAR soutiennent la création d'environnements non stigmatisants qui protègent les droits humains et permettent à toutes les personnes recevant des services d'avoir un accès sûr et constant à des soins et un soutien clinique et communautaire de qualité.

Le PEPFAR œuvre pour assurer un accès non discriminatoire aux services liés au VIH pour toutes les personnes dans le besoin, notamment grâce à un partenariat avec la Elton John AIDS Foundation. Les partenaires accordent des subventions totalisant 10 millions de dollars des États-Unis à des organisations qui s'efforcent de répondre aux besoins des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres en matière de VIH.

Les subventions aideront les organisations de base, les leaders communautaires, la société civile et les prestataires de services à créer des environnements non stigmatisants et à améliorer l'accès pour les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles et transgenres.⁹²

Les premiers bénéficiaires en 2016 étaient l'Alliance internationale contre le VIH/SIDA et le Forum mondial sur les HSH et le VIH, qui administreront de petites subventions et fourniront une expertise technique clé pour combattre la stigmatisation et la discrimination, grâce à des approches innovantes et communautaires en Afrique subsaharienne et dans les Caraïbes.⁹³

UNAIDS/PCB (41)/CRP1

Fixer des objectifs nationaux et régionaux pour éliminer la discrimination

122. Les pays et les régions ont déjà commencé à adapter les objectifs mondiaux pour mettre fin à la discrimination dans leurs propres contextes. Cela implique de définir des objectifs spécifiques adaptés aux épidémies régionales et nationales ; à leurs groupes vulnérables respectifs, aux populations clés et aux groupes de personnes vivant avec le VIH ; aux systèmes de santé nationaux, aux capacités et à l'éducation et à la capacité de la société civile.
123. En 2015, le deuxième Forum latino-américain et caribéen sur le continuum des soins du VIH a convenu de définir un ensemble de cibles à atteindre pour la prévention, ainsi que pour l'élimination de la discrimination à l'horizon 2020 qui reflètent les caractéristiques de l'épidémie et les ripostes dans chacune des sous-régions, tout en demeurant alignés sur l'objectif global de discrimination zéro. Les participants au Forum ont reconnu la nécessité de renforcer les interventions pour réduire les préjugés, la violence, la stigmatisation et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et les populations clés et autres populations vulnérables. Ces interventions peuvent comprendre l'élimination des obstacles juridiques et politiques, la réduction de la discrimination dans les établissements de soins de santé, la prise en compte des besoins spécifiques des femmes et des filles, la réduction de la violence et la garantie de l'accès à la justice.
124. En Asie et dans le Pacifique, une réunion régionale tenue à Bangkok en 2016 a examiné les possibilités d'accroître l'incidence des efforts déployés pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins de santé de la région. Une stratégie de soutien régional a été élaborée pour encourager une meilleure coordination et renforcer l'impact des activités grâce à l'application cohérente d'une approche fondée sur les

droits de l'homme, à la transformation des rôles entre hommes et femmes pour une égalité des sexes et au principe visant à ne laisser personne de côté. Le soutien comprend une assistance technique et le renforcement de l'engagement des gouvernements et des organismes professionnels pour élargir la mise en œuvre et renforcer la durabilité, et pour améliorer l'intégration et l'intersectionnalité.

125. La [Feuille de route de la prévention du VIH pour 2020](#), lancée par la Coalition mondiale pour la prévention du VIH, représente un outil qui pourrait être utilement envisagé dans le contexte de l'incorporation des objectifs liés à l'élimination de la discrimination, conformément aux engagements de la Déclaration politique de 2016 pour la fin du sida. La feuille de route contient un plan d'action en 10 points qui décrit les mesures que les pays peuvent prendre pour accélérer les progrès, et notamment : procéder à des analyses actualisées ; élaborer des directives pour identifier les lacunes et les actions en vue d'une mise à l'échelle rapide ; faire des formations et surmonter les obstacles juridiques et politiques. La Feuille de route encourage les pays à élaborer un plan d'actions immédiates sur 100 jours, y compris l'établissement d'objectifs nationaux, l'examen des progrès réalisés par rapport au plan après 100 jours, la réévaluation de leurs programmes et la prise de mesures correctives immédiates. Elle présente également des actions pour la société civile, les partenaires de développement, les institutions philanthropiques et le secteur privé.

Leadership, partenariats, innovation : œuvrer conjointement pour réaliser le Programme pour mettre fin à la discrimination

126. Le Programme pour mettre fin à la discrimination nécessite que les personnes et les organisations travaillent conjointement de manière innovante, en tirant parti des nouvelles technologies et des réseaux sociaux mondiaux et en utilisant les ressources des communautés pour suivre, signaler et éliminer la discrimination.

Associations professionnelles et étudiantes

127. Les associations professionnelles mondiales et nationales des agents de la santé peuvent contribuer à faire pression pour que les lieux de travail respectent les droits et normes du travail et pour éliminer la discrimination à l'égard des utilisateurs des services de santé et des agents de la santé. Les associations peuvent également contribuer à l'élaboration de lois, règlements, politiques, cadres de compétences, exigences en matière de permis et éducation/formation.⁹⁴
128. Par exemple, la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine a publié une Déclaration d'engagement approuvant le *Programme pour mettre fin à la discrimination dans les milieux de soins de santé* en s'engageant à « renforcer nos efforts individuels et collectifs dans le cadre du Programme, pour éliminer la discrimination dans les soins de santé, et à plaider pour la protection et la réalisation de tous les droits de l'homme, pour chacun, partout ».⁹⁵
129. L'Association Médicale Mondiale a pour objectif essentiel d'établir et de promouvoir les plus hautes normes possibles de comportement éthique et de soins par les médecins,⁹⁶ ainsi que de promouvoir les droits humains dans le domaine de la santé pour tous.⁹⁷ En outre, les médecins, comme les utilisateurs des services de santé, pouvant être victimes de violations des droits de l'homme, l'Association intervient pour les soutenir et dénoncer de telles violations.
130. International AIDS Society est la plus grande association mondiale de professionnels du VIH, avec des membres de plus de 180 pays travaillant sur tous les fronts de la riposte mondiale au VIH. Positive Action Challenges et International AIDS Society soutiennent

et déploient les bonnes pratiques visant à garantir que chaque personne est traitée avec dignité et respect, indépendamment de sa profession, de son sexe ou de son identité sexuelle. L'objectif est d'intensifier les actions éprouvées qui peuvent être reproduites et qui sont durables, et d'encourager les innovations de validation de concept pouvant conduire à des changements significatifs.⁹⁸ La conférence de l'IAS en 2018 à Amsterdam constituera une plateforme supplémentaire pour le partage d'informations et l'engagement autour d'innovations visant à mettre fin à la stigmatisation et la discrimination dans les établissements de soins de santé.

131. La Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, qui regroupe des ordres professionnels d'obstétriciens et de gynécologues à l'échelle mondiale, a publié un document sur des questions d'éthique qui comprend des articles sur le VIH. La publication traite des aspects éthiques liés à l'infection du VIH et à la reproduction ; au VIH et au traitement de la fertilité et à la grossesse et aux femmes vivant avec le VIH. La publication établit un lien entre l'importance des soins médicaux non discriminatoires et des questions plus larges liées aux droits de l'homme et à la discrimination économique et sociale, en particulier la discrimination fondée sur le sexe, et elle inclut la discrimination liée au VIH. Elle fait également référence au devoir des médecins d'aider à protéger les patients de la discrimination et des actions injustes et punitives, y compris par le biais du plaidoyer public.⁹⁹ La Fédération a également publié un programme de formation en bioéthique disponible gratuitement.¹⁰⁰

Organisations de la société civile

132. Les réseaux de personnes vivant avec le VIH, les populations clés (et les autres populations touchées), les femmes et les jeunes ont tous un rôle important à jouer en faveur de l'élimination de la discrimination dans les établissements de santé, ainsi que pour la prestation de services sans discrimination.

Des villes engagées

133. Lors de la Journée mondiale du sida 2014, des maires et d'autres dirigeants municipaux se sont joints aux représentants de la société civile pour lancer la Déclaration de Paris sur l'engagement des villes pour renforcer leur action contre le sida. Ils continuent d'œuvrer pour parvenir à éliminer la stigmatisation et la discrimination à l'horizon 2020, en honorant l'engagement envers la prestation des services innovants, sûrs, accessibles, équitables, exempts de stigmatisation et de discrimination, et répondant aux besoins locaux.
134. Par exemple, à Kiev, en Ukraine, ville dont les principales populations clés sont les consommateurs de drogues et où la stigmatisation et la discrimination empêchent les personnes vivant avec le VIH et les populations clés d'accéder aux services, le projet pilote de lutte contre la stigmatisation RESPECT a montré d'excellents résultats dans 6 cliniques pilotes. Au total, 720 agents de santé ont été formés pour fournir des services sans stigmatisation. En conséquence, les violations de confidentialité ont diminué (25 % des agents de santé pour 47% avant le programme), les niveaux de connaissances sur la transmission du VIH parmi les agents de santé se sont améliorés (de 15 points de pourcentage) et l'index de stigmatisation, lié à la peur de contracter le VIH, a été divisé par 2,5. Après que les agents de santé eurent reçu une formation supplémentaire sur les dépistages et la prestation de services proposés par les fournisseurs, 85 % des personnes nouvellement diagnostiquées séropositives dans les établissements RESPECT étaient soignées (contre 35 % en moyenne dans l'ensemble de la ville).¹⁰¹
135. Au Cap (Afrique du Sud), le Women's Legal Centre (WLC) travaille en étroite collaboration avec le groupe de travail SWEAT (Sex Workers Education and Advocacy

Taskforce) et le mouvement national des professionnel(le)s du sexe d'Afrique du Sud Sisonke, pour soutenir et faire progresser les droits des professionnel(le)s du sexe, y compris des victimes de harcèlement policier. Après avoir organisé dans un premier temps des ateliers hebdomadaires pour les professionnel(le)s du sexe sur les droits de l'homme et les lois relatives au commerce du sexe, il forme des professionnel(le)s du sexe en tant que parajuristes communautaires, pour leur permettre de fournir une assistance juridique à leurs pairs. Ces parajuristes accompagnent désormais les équipes de SWEAT dans des visites de proximité sur les lieux de travail des professionnel(le)s du sexe au Cap, afin de leur fournir des informations et des conseils, de les escorter dans les cliniques médicales ou les tribunaux et de les aider à déposer des plaintes. Le WLC a également produit des brochures et une carte d'information à l'intention des professionnel(le)s du sexe qui expliquent leurs droits en cas d'arrêt ou de détention. Chaque année, il traite environ 120 cas liés au commerce du sexe et des améliorations marquées ont été notées dans le comportement et les attitudes de la police à leur égard. En liant les services conventionnels à la sensibilisation et au soutien, le WLC parvient à fonder son assistance juridique sur les professionnel(le)s du sexe en personne, en leur donnant les moyens de contester directement les violations de leurs droits.^{102, 103}

Mettre à profit les réseaux sociaux et les technologies mobiles

136. Les réseaux sociaux et les nouvelles technologies mobiles et Internet sont déjà utilisés pour améliorer l'accès et éliminer la discrimination. Ils peuvent être utiles pour impliquer les communautés de personnes vivant avec le VIH et les populations clés, en particulier lorsque l'accès aux services de santé est difficile en raison de leur emplacement physique ou de craintes de discrimination. Ces technologies peuvent être particulièrement utiles pour compléter les méthodes traditionnelles de signalement et de suivi de la qualité des services de santé et des cas de discrimination, et pour relier les individus aux services concernés.

Encadré 21. LINKAGES : Utilisation de la technologie mobile pour surveiller la stigmatisation et la discrimination

LINKAGES, une initiative PEPFAR/USAID dédiée aux populations clés, comprend un certain nombre d'interventions pour lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'égard des populations clés dans les établissements de soins et pour améliorer la qualité du service.

Celles-ci comprennent la formation des agents de la santé, l'orientation par les pairs et l'éducation et la sensibilisation des membres des populations clés par des pairs. Un système de SMS a été utilisé avec succès dans le cadre de campagnes de communication sur les changements sociaux et comportementaux.

Au Burundi, en Côte d'Ivoire, en République Démocratique du Congo, au Malawi et dans d'autres pays, LINKAGES utilise SMS2, une activité de contrôle et d'amélioration de la qualité basée sur des SMS qui peut être utilisée par les services de santé pour suivre et surveiller la stigmatisation et la discrimination vécues par les membres de populations clés dans les établissements de soins de santé. SMS2 est administrée par le biais des activités de sensibilisation communautaires existantes, des travailleurs de proximité formés réalisant de simples évaluations par SMS des établissements auxquels les personnes se sont rendues. Les informations sont partagées avec les agents de la santé, les membres des populations clés, les travailleurs de proximité et le personnel de LINKAGES par SMS.¹⁰⁴

VII. LA VOIE À SUIVRE

137. Afin d'accélérer la mise en œuvre du *Programme pour mettre fin à la discrimination dans les milieux de soins de santé* et de permettre l'exécution de la Déclaration conjointe des Nations Unies sur l'élimination de la discrimination dans les établissements de soins, ainsi que d'améliorer l'accès aux services essentiels liés à la prévention, au dépistage, au traitement et aux soins pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés, un certain nombre de domaines d'action prioritaires apparaissent :

- La discrimination en milieu de soins de santé est souvent dirigée contre les membres les plus marginalisés de la société qui peuvent être victimes de discrimination dans de nombreux contextes. Il est donc nécessaire que les pays **prennent des mesures multisectorielles pour lutter contre les formes de discrimination croisées**, y compris celles liées à l'âge, au sexe, à la race ou à l'appartenance ethnique, à l'état de santé mentale, à l'orientation sexuelle, à l'identité sexuelle ou à la nationalité et garantissent la même qualité des soins pour tous, tout en tenant compte des besoins spécifiques de chacun.
- Il est nécessaire de **consolider et de diffuser les données existantes** sur les réponses programmatiques et les politiques efficaces visant à éliminer la discrimination dans les établissements de santé, afin que les programmes nationaux de lutte contre le sida et les ministères de la santé puissent établir et élargir des programmes fondés sur des données probantes en vue de réduire la discrimination dans le contexte de la santé.
- Il est également important que les pays **définissent des cibles d'accélération pour l'élimination de la discrimination**. Ces efforts pourraient être alignés sur les processus en cours autour de la Coalition mondiale pour la prévention du VIH et de la feuille de route sur la prévention du VIH 2020. Pour pouvoir fixer des objectifs assortis de délais, il est essentiel de **mesurer la discrimination dans les établissements de soins de santé**. Les niveaux de cette discrimination devraient être mesurés à la fois du point de vue des utilisateurs et des prestataires de services, en collaboration avec la société civile et d'autres partenaires, notamment grâce à l'Index de stigmatisation envers les personnes vivant avec le VIH. Pour accroître la responsabilisation, des informations sur les progrès accomplis dans le cadre de l'élimination de la discrimination dans les structures de soins de santé devraient être incluses dans les rapports des pays établis au titre des différents mécanismes liés aux droits de l'homme, y compris dans le cadre de l'Examen Périodique Universel, ainsi que sur les progrès accomplis à l'égard des Objectifs de développement durable par le biais d'examens nationaux volontaires, tout comme au titre du Rapport mondial d'avancement sur la lutte contre le sida et de l'instrument des politiques et des engagements nationaux. Il est également important que des analyses financières sur le montant des pertes d'argent liées à la stigmatisation et la discrimination et des répercussions que cela représente pour les systèmes de santé soient entreprises.

- Pour garantir que les agents de santé disposent des capacités nécessaires pour prodiguer des soins de santé sans discrimination, les **questions relatives aux droits de l'homme, à la non-discrimination, au consentement libre et éclairé, à la confidentialité et à la vie privée doivent être intégrées aux programmes de formation avant l'entrée en service puis en cours d'emploi des agents de santé**. Une formation sur le droit à la non-discrimination devrait également être dispensée à la police, aux agents de la force publique, au personnel pénitentiaire et à d'autres professions pertinentes. Les meilleures pratiques sur ces programmes et les matériels de formation et d'éducation devraient faire l'objet d'échanges.
- Parallèlement, les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les membres d'autres groupes en situation de vulnérabilité devraient être **soutenus pour leur permettre de connaître et d'exiger le respect de leurs droits dans le cadre des soins de santé**, y compris par le biais de la familiarisation aux droits de l'homme et à la santé, ainsi que de « Chartes des patients » résumant les principes et critères pour des services non discriminatoires et centrés sur les personnes au niveau des établissements de santé.
- Il est également important de veiller à ce que **les agents de santé bénéficient d'un environnement de travail propice et à réduire la discrimination à l'encontre des agents de santé**, y compris la discrimination sexiste.
- Il convient aussi de **réviser et de réformer les lois renforçant la stigmatisation et la discrimination**, notamment les lois relatives à l'âge du consentement, à la non-divulgence du VIH, à l'exposition au VIH et à sa transmission, à la criminalisation des populations clés et aux dépistages obligatoires.

[Fin du document]

VIII. RÉFÉRENCES

- ¹ 2016 Political Declaration on HIV and AIDS, para. 33.
- ² Ibid, para. 44.
- ³ Ibid para. 63(c)
- ⁴ Ibid, para. 56
- ⁵ Ibid, para. 61(h)
- ⁶ Ibid, para. 63(b)
- ⁷ Ibid, para. 63(e)
- ⁸ ONUSIDA. Fast-track and human rights: Advancing human rights in efforts to accelerate the HIV response. 2017.
- ⁹ Commission mondiale sur le VIH et le droit . Risques, Droits & Santé. 2012. <https://hivlawcommission.org/wp-content/uploads/2017/06/FinalReport-RisksRightsHealth-FR.pdf>
- ¹⁰ Commission mondiale sur le VIH et le droit . Evidence- and rights-based laws and policies are key to ending AIDS. 2017. <https://hivlawcommission.org/2017/07/13/evidence-and-rights-based-laws-and-policies-are-key-to-ending-aids/>
- ¹¹ ONUSIDA. Review of Global Commission on HIV and the Law identifies progress and challenges. 2017. http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2017/july/20170714_hiv-and-law
- ¹² Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 14: Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Dans: Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. A / RES / 2200. 16 décembre 1966. Nations Unies.
- ¹³ OHCHR. Nés libres et égaux : Orientation sexuelle et identité de genre en droit international des droits de l'homme. 2012.
- ¹⁴ ONUSIDA. Fast-Track and Human Rights. Guidance. 2017, et Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 20: Non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (article 2, paragraphe 2). E/C.12/GC/20, 10 juin 2009.
- ¹⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 20: Non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (article 2, paragraphe 2). E/C.12/GC/20, 10 juin 2009.
- ¹⁶ Le consentement libre et éclairé fait également souvent défaut en ce qui concerne les questions entourant la sexualité et l'identité de genre, les nourrissons intersexués devant subir une opération pour pouvoir se conformer à un genre ; les mutilations sexuelles féminines ; les examens anaux forcés pour les hommes soupçonnés d'avoir des rapports sexuels avec des hommes ; la thérapie de conversion sexuelle et ainsi de suite. Ces manifestations de discrimination se recourent avec celles liées au VIH.
- ¹⁷ http://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/
- ¹⁸ ATHENA Network, AVAC, Salamander Trust and UN Women. Key barriers to women's access to HIV treatment: Making 'Fast-Track' a reality. 2015. http://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2015/07/UNWomenetal_Web_Treatment_access_4pp2016_Final.pdf
- ¹⁹ Voir, par exemple, Mills, E. J. et al. Engaging Men in Prevention and Care for HIV/AIDS in Africa. 2012.
- ²⁰ ONUSIDA. Disability and HIV. 2017. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2905_disability-and-HIV_en.pdf
- ²¹ ONUSIDA. Disability and HIV. 2017. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2905_disability-and-HIV_en.pdf
- ²² ONUSIDA. Disability and HIV. 2017. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2905_disability-and-HIV_en.pdf
- ²³ <http://www.stigmaindex.org>
- ²⁴ Voir, par exemple : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25373066> (Stigma and barriers to accessing mental health services perceived by Air Force nursing personnel); <http://bmjopen.bmj.com/content/6/11/e012337> (Perceived barriers to accessing mental health services among black and minority ethnic (BME) communities: a qualitative study in Southeast England) etc.
- ²⁵ Daftary, A. et al. Social constraints to TB/HIV healthcare: accounts from coinfecting patients in South Africa. *AIDS Care*. 2012 Dec;24(12): 1480-1486.
- ²⁶ Logie, C. H. et al. "We don't exist": a qualitative study of marginalization experienced by HIV-positive lesbian, bisexual, queer and transgender women in Toronto, Canada. *J Int AIDS Soc* 2012; 15(2): 10.7448/IAS.15.2.17392. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3494165/>
- ²⁷ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Contribution au CCP de l'ONUSIDA. 2017.
- ²⁸ Paradies, Y. (2006). A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 888 - 901. <https://academic.oup.com/ije/article/35/4/888/686369/A-systematic-review-of-empirical-research-on-self>
- ²⁹ http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/documents/2016/Docs-updates/SOWIP_Health.pdf
- ³⁰ Harris, R. B., Cormack, D. M., & Stanley, J. (2013). The relationship between socially-assigned ethnicity, health and experience of racial discrimination for Māori: analysis of the 2006/07 New Zealand Health Survey. *BMC Public Health*, 13(1). <https://bmcpubhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-844>
- ³¹ ONUSIDA. Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond). 2017. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031919839>
- ³² <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000031919839>
- ³³ ONUSIDA. Note d'information : le VIH dans les situations d'urgence humanitaire. 2015.
- ³⁴ ONUSIDA. Note d'information : le VIH dans les situations d'urgence humanitaire. 2015.
- ³⁵ ONUSIDA. Note d'information : le VIH dans les situations d'urgence humanitaire. 2015.
- ³⁶ HCR. Refugees and HIV. <http://www.unhcr.org/45e58abc2.pdf>
- ³⁷ ONUSIDA. Note d'information : le VIH dans les situations d'urgence humanitaire. 2015.
- ³⁸ ONUSIDA. Fast-track and human rights: Advancing human rights in efforts to accelerate the HIV response. 2017.
- ³⁹ ONUSIDA. Fast-track and human rights: Advancing human rights in efforts to accelerate the HIV response. 2017.
- ⁴⁰ ONUSIDA. Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond). 2017.
- ⁴¹ ONUSIDA. Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond). 2017.

⁴² Les organisations de la société civile et les institutions académiques rapportent que 72 pays criminalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe ; 32 pays appliquent la peine de mort pour les infractions liées à la drogue et plus de 100 pays criminalisent certains aspects du travail du sexe. Cité dans : ONUSIDA. *Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond*. 2017.

⁴³ A l'horizon 2020, 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique ; 90 % de toutes les personnes infectées par le VIH dépistées reçoivent un traitement anti rétroviral durable ; 90 % des personnes recevant un traitement antirétroviral ont une charge virale durablement supprimée.

⁴⁴ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁴⁵ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁴⁶ Scorgie, F. et al. 'We are despised in the hospitals': sex workers' experiences of accessing health care in four African countries. *Culture, Health and Sexuality*. Volume 15, 2013 – Issue 4.

<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13691058.2012.763187?journalCode=tchs20>

⁴⁷ Données issues d'études de cas.

⁴⁸ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁴⁹ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁵⁰ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁵¹ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁵² ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁵³ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁵⁴ Kennedy, C. E. et al. "They are human beings, they are Swazi": intersecting stigmas and the positive health, dignity and prevention needs of HIV-positive men who have sex with men in Swaziland. *J Int AIDS Soc*. 2013 Dec 2;16 Suppl 3:18749.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24321112>

⁵⁵ Résultats des enquêtes sur l'index de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁵⁶ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁵⁷ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁵⁸ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁵⁹ ONUSIDA. *Face à la discrimination : surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH dans les milieux de soins de santé et au-delà (Confronting discrimination: Overcoming HIV-related discrimination in health-care settings and beyond)*. 2017.

⁶⁰ Rachel Louise Beanland, Nandi Siegfried, Joy Oliver. Systematic review on the evidence-base for eliminating HIV-related stigma and discrimination in health-care settings. PROSPERO 2017 Accessible au lien : http://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/display_record.php?ID=CRD42017047750

<http://zerohivdiscrimination.com>

<http://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?id=stigmapackage>

⁶² Health Policy Project. *Measuring HIV Stigma and Discrimination Among Health Facility Staff*.

<https://www.healthpolicyproject.com/index.cfm?ID=publications&get=pubID&pubID=49>

⁶⁴ Kriengkrai Srihanaviboonchai. *BMC Public Health* (2017) 17:245. Building the evidence base for stigma and discrimination-reduction programming in Thailand: development of tools to measure healthcare stigma and discrimination.

⁶⁵ Par un groupe de travail composé de membres du Projet SOAR (Soutien à la recherche professionnelle sur le SIDA) de Population Council, de la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH, du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH, entre d'autres partenaires.

⁶⁶ Project SOAR/Population Council. *Updating the People Living with HIV Stigma Index*. Activity Brief. 2017.

https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2017HIV_StigmaIndex_brief.pdf

<http://www.stigmaindex.org/news/oct-2017/revised-people-living-hiv-stigma-index-webinar-registration-detail>

⁶⁷ AIDSInfonet. *Older People and HIV*. 2014. http://www.aidsinonet.org/fact_sheets/view/616

⁶⁸ OMS. *Orientations mondiales relatives aux critères et aux procédures de validation : Élimination de la transmission mère-enfant du VIH et de la syphilis*. 2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/177834/1/9789242505887_fre.pdf

⁶⁹ Matheson, R. BSW. et al. *Realizing the Promise of the Global Plan: Engaging Communities and Promoting the Health and Human Rights of Women Living With HIV*. *JAIDS*. 2017 Issue 75.

http://journals.lww.com/jaids/Fulltext/2017/05011/Realizing_the_Promise_of_the_Global_Plan__12.aspx

⁷⁰ OMS. *Countries which have received WHO validation*. 2017. <http://www.who.int/reproductivehealth/congenital-syphilis/WHO->

[validation-EMTCT/en/](#)

⁷¹ HCDH 2016. Summary reflection guide on a human rights-based approach to health: application to sexual and reproductive health, maternal health and under-5 child health.

http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/RGuide_HealthPolicyMakers.pdf

⁷² Deussom, R. et al. Advancing gender equality in health systems. Legacy Series. 2015.

⁷³ Deussom, R. et al. Advancing gender equality in health systems. Legacy Series. 2015.

⁷⁴ Voir, par exemple :

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26088089>
- <http://www.aspph.org/teach-research/models/masters-global-health/>
- <http://www.globalhealthexchange.co.uk/userfiles/file/Core%20Competencies%20In%20Global%20Health%20For%20Health%20Professionals%20July%202015.pdf>
- <https://globalhealthtrials.tghn.org/global-competency-framework-clinical-research/>
- http://www.phf.org/resourcestools/pages/core_public_health_competencies.aspx

⁷⁵ http://who.int/hrh/education/dev_who_toolkit_eval/en/

⁷⁶ http://who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf

⁷⁷ OMS. Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe: approches pratiques tirées d'interventions collaboratives. 2013. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/fr/

⁷⁸ UNFPA. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with men who have sex with men: practical guidance for collaborative interventions. 2015.

<http://www.who.int/hiv/pub/toolkits/msm-implementation-tool/en/>

⁷⁹ UNDP. Implementing comprehensive HIV and STI programmes with transgender people: practical guidance for collaborative interventions. 2016.

<http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/implementing-comprehensive-hiv-and-sti-programmes-with-transgend.html>

⁸⁰ UNODC. Implementing comprehensive HIV and HCV programmes with people who inject drugs: practical guidance for collaborative interventions. 2017.

<http://www.unodc.org/unodc/en/hiv-aids/new/practical-guidance-for-collaborative-interventions.html>

⁸¹ OMS. Framework on integrated people-centred health services. <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework/en/>

⁸² OMS. Framework on integrated people-centred health services: Questions and Answers.

http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/Framework_Q-A.pdf?ua=1

⁸³ OMS. What are integrated people-centred health services? <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>

⁸⁴ OMS. Framework on integrated people-centred health services: Questions and Answers.

http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/Framework_Q-A.pdf?ua=1

⁸⁵ UNFPA, International Confederation of Midwives and WHO. The State of the World's Midwifery 2014: A universal pathway – a woman's right to health. 2014. http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/EN_SoWMy2014_complete.pdf

⁸⁶ Chandran, Rina. Midwives treated "like civil servants" battle Cambodia's maternal deaths. 17 October 2017.

<https://www.reuters.com/article/us-population-cambodia-midwives/midwives-treated-like-civil-servants-battle-cambodias-maternal-deaths-idUSKBN1CM194>

⁸⁷ Voir, par exemple, la charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs adoptée en 1989

<https://www.eurofound.europa.eu/observatories/eurwork/industrial-relations-dictionary/community-charter-of-the-fundamental-social-rights-of-workers>

⁸⁸ OMS (2013) Mettre en œuvre des programmes complets de VIH/IST auprès des travailleuses du sexe: approches pratiques tirées d'interventions collaboratives. http://www.who.int/hiv/pub/sti/sex_worker_implementation/fr/

⁸⁹ OMS. Déclaration sur la promotion des droits des patients en Europe. Consultation Européenne sur les Droits des Patients. 1994. http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf?ua=1

⁹⁰ Déclaration conjointe OMS/Nations Unies pour mettre fin à la discrimination dans les établissements de soins. Juin 2017.

<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/fr/>

⁹¹ Afrique du Sud (5 000 000 \$), Bénin (1 336 650 €), Botswana (1 000 000 \$), Cameroun (2 138 640 €), Côte d'Ivoire (2 138 640 €), RDC (3 000 000 \$), Ghana (2 300 000 \$), Honduras (1 000 000 \$), Indonésie (2 700 000 \$), Jamaïque (1 000 000 \$), Kenya (3 800 000 \$), Kirghizistan (1 000 000 \$), Mozambique (4 700 000 \$), Népal (1 300 000 \$), Ouganda (4 400 000 \$), Philippines (1 000 000 \$), Sénégal (1 247 540 €), Sierra Leone (1 800 000 \$), Tunisie (1 000 000 \$) et Ukraine (2 300 000 \$).

⁹² <https://cd.usembassy.gov/new-partnership-dedicates-10-million-support-lesbian-gay-bisexual-transgender-people-affected-hivaids/>

⁹³ <https://2009-2017.pepfar.gov/press/releases/260263.htm>

⁹⁴ http://who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf

⁹⁵ Déclaration d'engagement de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine (IFMSA) pour éliminer la discrimination dans les soins de santé. 2017.

<https://ifmsa.org/2017/05/23/declaration-commitment-ifmsa-eliminate-discrimination-healthcare/>

⁹⁶ <https://www.wma.net/fr/ce-que-nous-faisons/ethique/>

⁹⁷ <https://www.wma.net/fr/ce-que-nous-faisons/droits-humains/>

⁹⁸ <https://www.positiveactionchallenges.com/challenges/combating-stigma-discrimination-in-healthcare-settings.html>

⁹⁹ Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO). Comité pour l'étude des problèmes éthiques en reproduction humaine. Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique. 2012.

¹⁰⁰ Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO). Comité pour l'étude des problèmes éthiques en reproduction humaine. Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique. 2012.

¹⁰¹ ONUSIDA. Mettre fin à l'épidémie de sida: les villes s'engagent. 2016.

¹⁰² ONUSIDA. Ending AIDS: Progress towards the 90-90-90 targets. 2017.

¹⁰³ ONUSIDA. Mettre fin à l'épidémie de sida: les villes s'engagent. 2016.

¹⁰⁴ <https://linkagesproject.wordpress.com/2017/03/01/zero-discrimination-day-linkages-uses-sms-to-collect-feedback-on-health-services-for-continuous-program-improvement/>