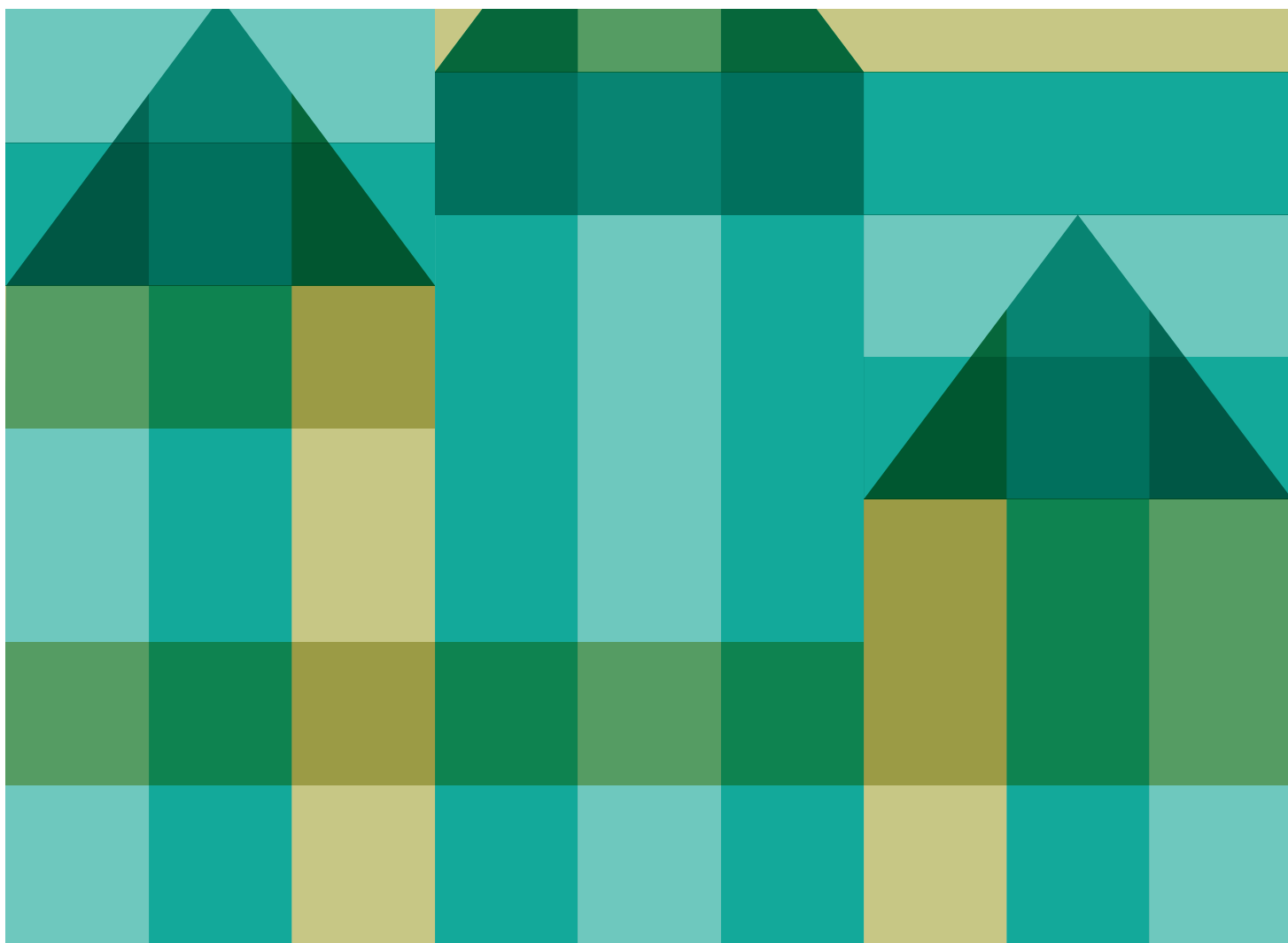


# Faire face à la discrimination

Surmonter la stigmatisation et la discrimination liées au VIH  
dans les établissements de santé et ailleurs





# Sommaire

---

Introduction	<b>2</b>
Obstacles associés à la stigmatisation et la discrimination entravant la cascade de services	<b>4</b>
Cascade de dépistage et traitement	<b>4</b>
Cascade de prévention	<b>16</b>
Éliminer la stigmatisation et la discrimination et assurer l'accès à la cascade de services	<b>32</b>
Placer les individus au cœur des services de santé	<b>32</b>
Mobiliser les professionnels de la santé	<b>34</b>
Créer un environnement juridique propice à l'accès aux soins de santé	<b>38</b>
Renforcer la responsabilité de fournir des soins de santé sans discrimination	<b>41</b>
Il est temps de mettre fin à la discrimination en matière de santé	<b>48</b>
Références	<b>50</b>

# Introduction

---

Les peurs irrationnelles liées à l'infection à VIH et les attitudes et jugements négatifs à l'égard des personnes vivant avec le VIH persistent en dépit des campagnes d'information du public et autres efforts de sensibilisation menés depuis des dizaines d'années. Les populations exposées à un risque accru d'infection à VIH font face à des niveaux élevés de stigmatisation en raison, entre autres, de leur sexe, de leur orientation sexuelle, de leur identité de genre, de leur consommation de drogues ou de leur statut de travailleur du sexe. La stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou exposées au risque d'infection à VIH conduit à des comportements discriminatoires dans tous les secteurs de la société (de la part des fonctionnaires, policiers, professionnels de la santé, et sur le lieu de travail, dans les écoles et au sein des communautés). Dans de nombreux pays, certaines lois et politiques discriminatoires favorisent un climat de violence et de marginalisation. Cette stigmatisation et cette discrimination découragent les individus d'accéder aux services de santé, y compris aux méthodes de prévention du VIH, de connaître leur statut VIH, de s'inscrire à des programmes de soin et de suivre leur traitement.

**« Les personnes vivant avec le VIH qui perçoivent des niveaux élevés de stigmatisation liée au VIH sont 2,4 fois plus susceptibles de retarder leur inscription à des programmes de soin jusqu'à ce qu'elles soient très malades. »**

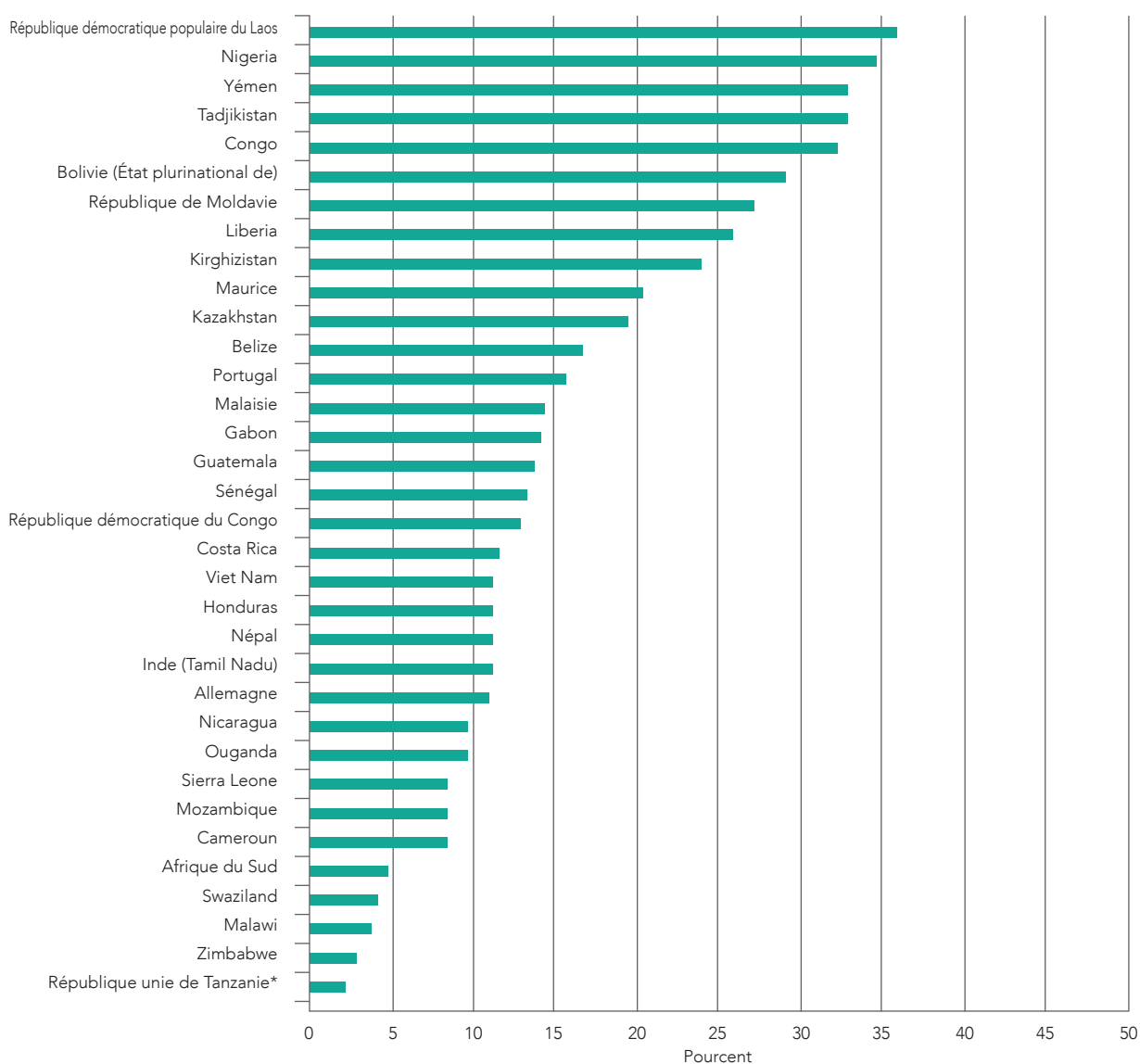
Des études sur la stigmatisation, la discrimination et les comportements positifs en matière de santé montrent que les personnes vivant avec le VIH qui perçoivent des niveaux élevés de stigmatisation liée au VIH sont 2,4 fois plus susceptibles de retarder leur inscription à des programmes de soin jusqu'à ce qu'elles soient très malades (1). Dans huit pays pour lesquels des données sont disponibles, plus d'un quart des personnes vivant avec le VIH ont déclaré ne pas s'être rendues dans une clinique locale au cours des 12 derniers mois en raison de leur statut VIH (figure 1) (2). De telles craintes découragent également le recours à des services de prévention et de dépistage. Par exemple, la peur de la stigmatisation et de la discrimination pouvant découler d'un test VIH positif et de la divulgation de ce résultat à d'autres, soit par auto-révélation soit autrement, a été identifiée comme un facteur dissuasif du dépistage du VIH dans différents milieux (3, 4).

En 2015, la communauté mondiale s'est engagée à mettre fin à l'épidémie de sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. C'est un objectif ambitieux mais réalisable. Le développement des services les plus efficaces pour prévenir l'infection à VIH et traiter les personnes vivant avec le VIH a déjà entraîné, au niveau mondial, une baisse de 32 % des décès liés au sida et une baisse de 16 % des nouvelles infections à VIH entre 2010 et 2016. De même, pour la première fois en 2016, plus de la moitié (53 % [39-65 %]) de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH a eu accès à un traitement antirétroviral (5). Pourtant, ces avancées ne profitent pas à l'ensemble de la population et les groupes confrontés à la discrimination sont souvent laissés pour compte. Bien souvent, c'est la discrimination dont les personnes sont victimes ou pourraient être victimes qui les pousse à ne plus avoir accès aux services dont elles ont besoin. Mettre le monde sur la bonne voie pour éradiquer le sida en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030 exige un effort mondial continu afin d'éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, parallèlement aux efforts déployés pour lutter contre la marginalisation et l'exclusion en matière de santé.

Le présent rapport rassemble les dernières données probantes sur la manière dont la stigmatisation et la discrimination créent des barrières entravant l'enchaînement prévention-dépistage-traitement du VIH et réduisent l'impact de la riposte au sida. Le rapport regroupe également les meilleures pratiques de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, fournissant ainsi de précieuses informations aux gestionnaires de programmes, aux responsables politiques, aux prestataires de soins de santé et aux communautés. Les données montrent que la mise en place de modèles de prestation de services axés sur les personnes, de cadres juridiques et politiques favorables, de mécanismes de surveillance et d'application, et de programmes de formation à la sensibilisation pour les professionnels de la santé et autres responsables peut favoriser l'inclusion et l'accès aux services.

## Éviter la clinique locale en raison du statut VIH

**Figure 1.** Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui déclarent ne pas s'être rendues dans une clinique locale au cours des 12 derniers mois en raison de leur statut VIH, dans les pays pour lesquels des données sont disponibles, 2011-2016



Source : Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2011-2016.

\*Quatre régions autres que Dar es Salaam.

# Obstacles associés à la stigmatisation et la discrimination entravant la cascade de services

---

Une meilleure compréhension des avantages préventifs et thérapeutiques des médicaments antirétroviraux a inspiré le développement de la cascade dépistage-traitement du VIH, également appelée continuum des soins du VIH. La cascade suit la progression depuis le dépistage du VIH jusqu'à la suppression de la charge virale durable chez les personnes vivant avec le VIH, et guide les programmes de lutte contre le VIH afin d'atteindre les objectifs 90-90-90 : 90 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut VIH, 90 % des personnes qui connaissent leur statut VIH bénéficient d'un traitement antirétroviral et 90 % des personnes sous traitement ont supprimé leur charge virale.

Ces dernières années, des cascades similaires ont été développées pour gérer les programmes de prévention du VIH aux niveaux local et national. En Inde, par exemple, l'analyse de la cascade de prévention montre que près de 90 % des travailleuses du sexe ont reçu au moins un service au cours des 12 derniers mois, mais seulement 6 sur 10 ont été contactées deux fois, selon les normes du programme (6). Seulement 52 % ont été soumises à des examens de dépistage des infections sexuellement transmissibles au cours des trois derniers mois (6).

Ces cascades révèlent l'ampleur des lacunes au niveau des services et la mesure dans laquelle ces lacunes se combinent pour limiter l'impact global d'un programme, mais elles ne révèlent pas la cause de ces lacunes. Les sections suivantes présentent les obstacles à l'accès aux services de santé liés à la stigmatisation et la discrimination qui entravent les cascades de prévention, de dépistage et de traitement. Ces obstacles peuvent être juridiques, sociaux, politiques, culturels, comportementaux ou économiques, et tous affectent l'accessibilité et l'acceptabilité des services de santé pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés. Il est essentiel de lutter contre ces obstacles, de réduire la stigmatisation et la discrimination, et d'autonomiser les personnes ayant besoin de services afin d'atteindre les objectifs de couverture des services énoncés dans la Déclaration politique des Nations Unies de 2016 sur la fin du sida et afin mettre un terme au sida comme menace pour la santé publique d'ici 2030.

## **Cascade de dépistage et traitement**

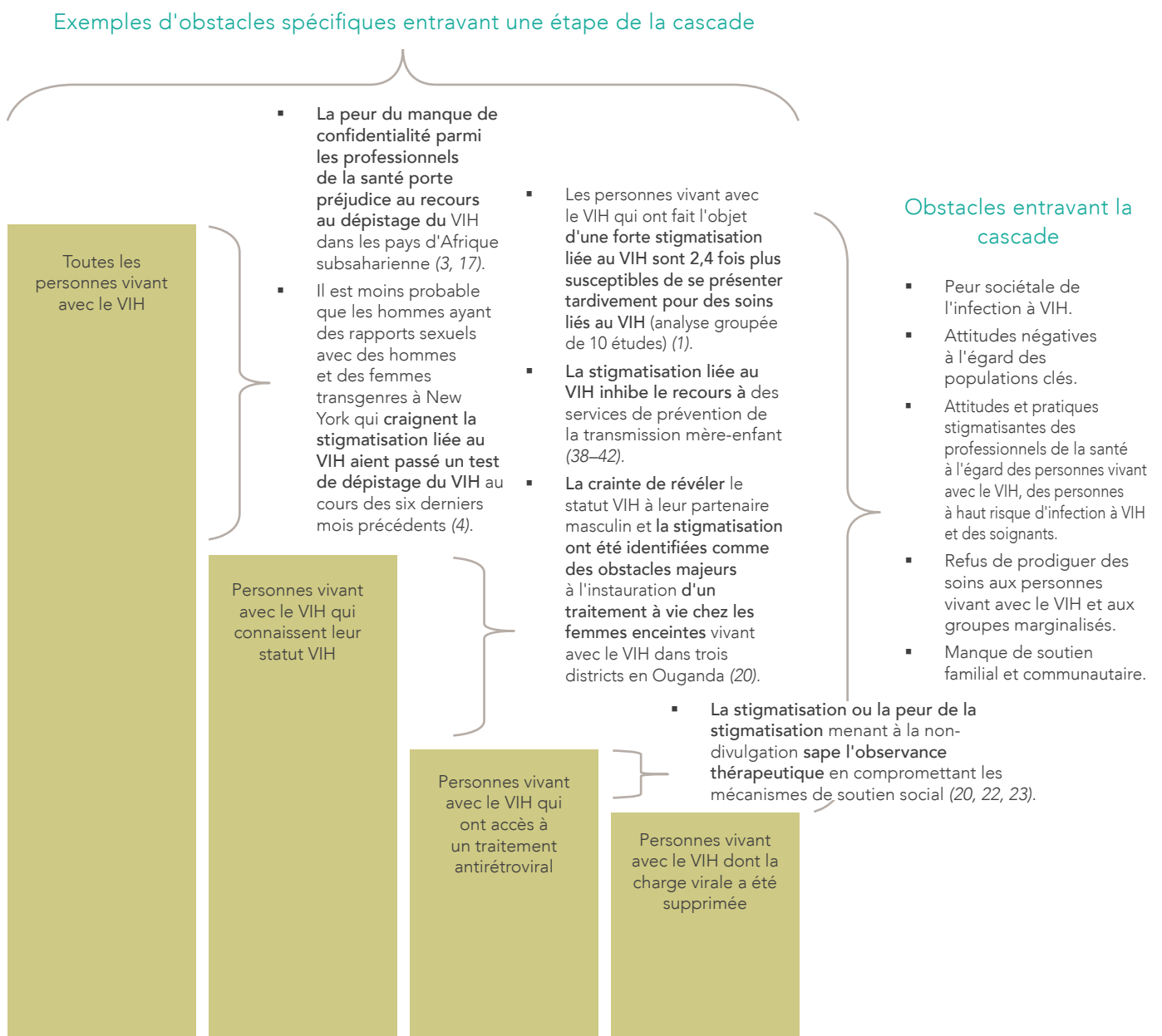
Les services de dépistage et de traitement du VIH sont le plus souvent fournis par les systèmes de santé publics et privés. Lorsque les systèmes de santé ou les professionnels de la santé adoptent des attitudes et des pratiques stigmatisantes ou discriminent les personnes vivant avec le VIH ou les personnes à haut risque d'infection à VIH, ces personnes ont moins de chances d'accéder aux services, entravant ainsi les efforts visant à atteindre les objectifs de traitement 90-90-90 (figure 2).

---

<sup>1</sup> Les services de prévention peuvent inclure, entre autres, la fourniture de préservatifs, le dépistage des infections sexuellement transmissibles et l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive.

## Stigmatisation, discrimination et cascade de dépistage et traitement

**Figure 2.** Exemples de stigmatisation et de discrimination créant des lacunes dans la cascade du dépistage et traitement du VIH

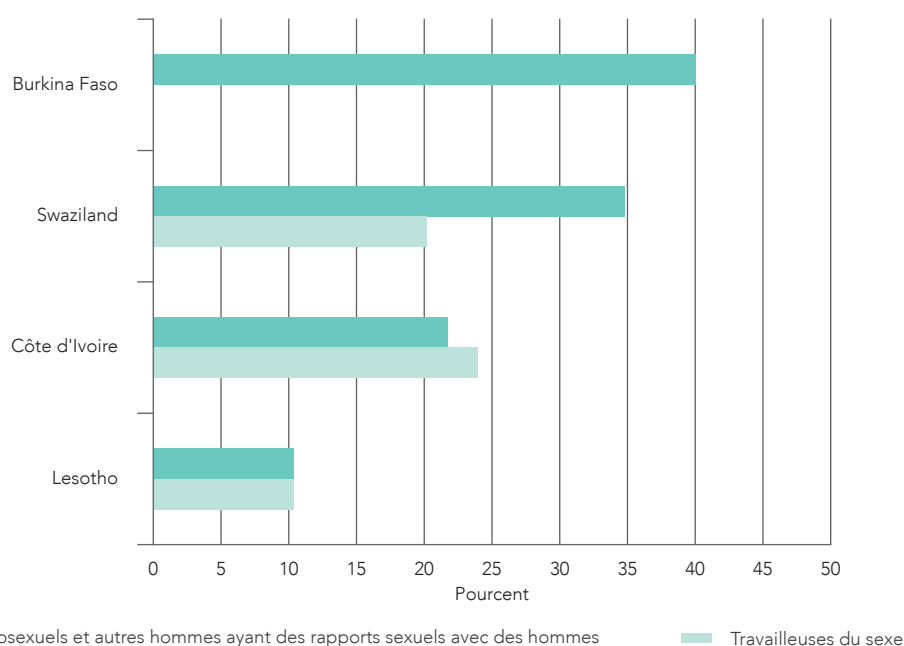


Par exemple, en Argentine, les femmes transgenres qui ont déjà été victimes de discrimination dans des établissements de santé (de la part soit de professionnels de la santé soit d'autres patients) sont trois fois plus susceptibles d'éviter les services de santé que les femmes transgenres qui n'ont jamais connu de discrimination en matière de santé (7). En effet, 40,7 % des personnes interrogées ont déclaré avoir évité de demander des soins de santé en raison de leur identité transgenre (7).

Une étude menée sur des travailleuses du sexe de rue à Saint-Petersbourg (Russie) a révélé que 30 % d'entre elles s'étaient vu refuser des soins médicaux et que 58 % n'ont pas consulté de médecin lorsqu'elles en avaient besoin parce qu'elles craignaient que les médecins les traitent mal (8). De même, au Kenya, les travailleuses du sexe qui anticipent la stigmatisation par les professionnels de la santé sont deux fois plus susceptibles d'éviter les services de santé non liés au VIH (9). Des enquêtes réalisées dans quatre pays d'Afrique subsaharienne ont également montré que le pourcentage de personnes, parmi les populations clés, vivant avec le VIH, qui évitent ou retardent les soins de santé en raison de la crainte de la stigmatisation par les prestataires de soins de santé peut être important : de 10 % à 40 % des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et de 10 % à 23 % ou plus des travailleuses du sexe au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, au Lesotho et au Swaziland (figure 3) (10).

### Éviter les soins de santé par peur de la stigmatisation

**Figure 3.** Pourcentage d'hommes homosexuels et d'autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des travailleuses du sexe qui ont pris la décision d'éviter ou de retarder les soins de santé en raison de la peur de la stigmatisation par les prestataires de soins de santé, pays sélectionnés, 2013



Source : Rapports intégrés de surveillance biologique et comportementale, 2013-2016.



Les enquêtes menées auprès des prestataires de soins de santé indiquent que les craintes des personnes vivant avec le VIH, et des personnes qui pensent qu'elles pourraient avoir été infectées à VIH, sont souvent fondées. La stigmatisation liée au VIH et les comportements discriminatoires à l'égard des personnes vivant avec le VIH rapportés par les prestataires de soins de santé sont les suivants :

- Refus de prise en charge des patients vivant avec le VIH.
- Fourniture de soins de moins bonne qualité aux patients vivant avec le VIH (par rapport aux autres patients).
- Divulgence du statut VIH sans l'autorisation du patient.
- Orientation des patients vivant avec le VIH vers d'autres professionnels de la santé en raison d'un refus de les traiter.

En Thaïlande, des enquêtes menées en 2013 auprès des prestataires de soins de santé de deux provinces ont révélé que 32,2 % et 40,9 %, respectivement, de ces prestataires s'inquiètent d'avoir à toucher les vêtements, la literie ou les effets personnels des personnes vivant avec le VIH. De même, 58,2 % et 63,4 %, respectivement, s'inquiètent de panser les plaies des personnes vivant avec le VIH, et 61 % et 66,2 %, respectivement, craignent de prélever du sang sur des personnes vivant avec le VIH (11). Dans le même temps, 48 % et 55,4 %, respectivement, ont indiqué qu'ils prenaient généralement des précautions inutiles lorsqu'ils prodiguaient des soins aux personnes vivant avec le VIH, 34 % et 42,2 %, respectivement, portant des gants doubles (11).

### *Mesurer la stigmatisation liée au VIH au sein de la population générale*

Une mesure commune des attitudes discriminatoires utilisée dans les enquêtes démographiques menées à l'échelle mondiale consiste à savoir si une personne achèterait des légumes à un commerçant vivant avec le VIH, une action qui ne présente absolument aucun risque de transmission du VIH. Les données provenant d'enquêtes menées entre 2011 et 2016 dans 47 pays à travers sept régions montrent de grandes variations du pourcentage de personnes faisant preuve d'attitudes discriminatoires (tableau 1). Les pays où plusieurs enquêtes ont été menées montrent des réductions de ce pourcentage au fil du temps (12). En Afrique de l'Est et australe, par exemple, le pourcentage de personnes qui n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH est passé de 53,8 % en 2003-2008 à 36,2 % en 2010-2016.

En Afrique de l'Ouest et centrale, la baisse des attitudes discriminatoires a été moins marquée, passant de 62 % en 2003-2008 à 50,7 % en 2010-2016. Toutefois, les attitudes discriminatoires persistent globalement à l'échelle mondiale : la moitié des hommes et des femmes (âgés de 15 à 49 ans) dans les 47 pays où des enquêtes ont été menées ont indiqué qu'ils n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH (12).

**Tableau 1.** Pourcentage d'hommes et de femmes âgés de 15 à 49 ans qui n'achèteraient pas de légumes à un commerçant vivant avec le VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2011-2016

75-100 %	50-74 %	25-49 %	0-24 %
Égypte*	Afghanistan	Bangladesh*	Argentine*
Guinée	Bénin	Belize	Barbade*
Irak*	Bosnie-Herzégovine	Cameroun	Botswana
Jordanie*	Comores	Tchad	Cambodge
Yémen*	Éthiopie	Congo	Cuba
	Gambie	Costa Rica*	Kenya
	Ghana	Côte d'Ivoire	Lesotho
	Haïti	République démocratique du Congo	Malawi
	Indonésie	République dominicaine	Namibie
	Jamaïque	Gabon	Rwanda
	Kazakhstan	Honduras	Zambie
	Kirghizistan	Mali	Zimbabwe
	République démocratique populaire du Laos	Mozambique	
	Liberia	Népal	
	Mauritanie*	Nigeria	
	Monténégro	Pakistan	
	Myanmar	Pérou*	
	Niger	Togo	
	République de Moldavie	Ouganda	
	Sénégal	Viet Nam*	
	Sierra Leone		
	Tadjikistan*		
	Tunisie*		
	Ukraine		

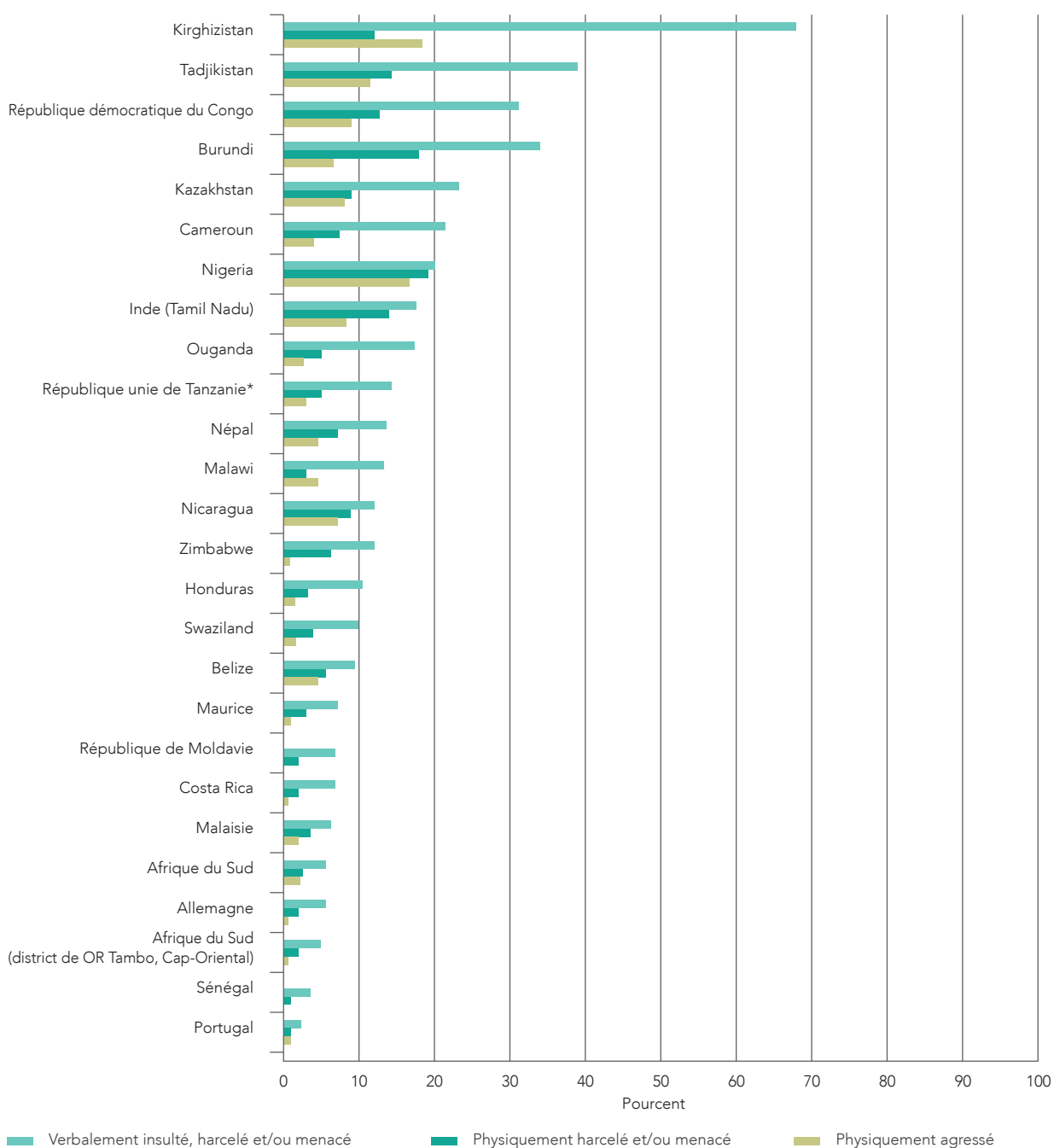
Source : Enquêtes de population, 2011-2016.

\*Personnes interrogées de sexe féminin uniquement

Il est inquiétant de noter que la violence subie par les personnes vivant avec le VIH en raison de leur statut VIH est très répandue dans une grande partie du monde (figure 4) (2). La violence nuit directement aux personnes vivant avec le VIH, et la menace de la violence les décourage de révéler leur statut VIH à leurs partenaires, à leur famille, aux professionnels de la santé et à la communauté. Cacher sa séropositivité limite les possibilités de recevoir un soutien et des soins vitaux, deux éléments cruciaux pour le déclenchement et l'observance du traitement.

## Violence à l'encontre des personnes vivant avec le VIH

**Figure 4.** Pourcentage de personnes vivant avec le VIH ayant subi différentes formes de violence en raison de leur statut VIH au moins une fois au cours des 12 derniers mois, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2011-2016



Source : Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2011-2016.

\*Quatre régions autres que Dar es Salaam.

### *Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH*

L'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est le fruit d'une enquête qui mesure la stigmatisation et la discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH. L'enquête est menée par des personnes vivant avec le VIH, permettant aux communautés de générer des données et de les utiliser pour plaider en faveur de mesures plus fortes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Depuis 2008, des indices de stigmatisation ont été calculés dans plus de 90 pays (13).

Les ensembles de données complètes issues des enquêtes menées dans 19 pays ont été mises à la disposition de l'ONUSIDA. Ensemble, ces 19 pays représentent environ 23 % du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH dans le monde en 2016.<sup>2</sup> Les analyses de ces données ont révélé ce qui suit :

- Environ une personne vivant avec le VIH sur cinq évite d'aller dans une clinique ou un hôpital local en raison de son statut sérologique (c'est-à-dire qu'elle craint la stigmatisation ou la discrimination liée à son statut VIH).
- Un quart des personnes vivant avec le VIH ont subi une forme de discrimination dans des établissements de santé.<sup>3</sup>
- Environ une femme vivant avec le VIH sur trois a subi au moins une forme de discrimination liée à sa santé sexuelle et reproductive dans des établissements de santé.<sup>4</sup>
- Environ une personne vivant avec le VIH sur cinq s'est vu refuser des soins de santé (y compris des soins dentaires, des services de planification familiale ou des services de santé sexuelle et reproductive) (2).

Il convient de noter que la plupart des enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH recrutent des participants par le biais de fournisseurs de services liés au VIH. Cela suggère que certaines personnes interrogées sont plus susceptibles que la population générale des personnes vivant avec le VIH d'avoir accès aux services de santé, indépendamment de leur peur de la stigmatisation ou des expériences de discrimination ou autres moyens de dissuasion. Il est donc possible que ces chiffres sous-estiment l'ampleur de la privation des soins de santé parmi les personnes vivant avec le VIH.

---

<sup>2</sup> Les 19 pays sont le Belize, le Burundi, le Cameroun, le Costa Rica, la République démocratique du Congo, l'Allemagne, le Honduras, le Malawi, la Malaisie, Maurice, le Népal, le Nicaragua, le Nigeria, le Portugal, la République de Moldavie, le Sénégal, le Swaziland, l'Ouganda et le Zimbabwe.

<sup>3</sup> Ces personnes interrogées ont déclaré : avoir été privées de soins de santé au cours des 12 derniers mois en raison de leur statut VIH et/ou avoir été soumises à une procédure médicale ou sanitaire au cours des 12 derniers mois en raison de leur statut VIH (y compris un dépistage du VIH) et/ou avoir assisté à la divulgation de leur statut VIH par un professionnel de la santé sans leur consentement.

<sup>4</sup> Ces personnes interrogées ont déclaré avoir été confrontées à au moins l'un des problèmes suivants : le conseil d'un professionnel de la santé de ne pas avoir d'enfant en raison de leur séropositivité, l'accès au traitement antirétroviral soumis à l'utilisation de certaines formes de contraception, et le refus de fournir des services de santé sexuelle et reproductive au cours des 12 derniers mois en raison de leur statut VIH.

## Éviter le dépistage du VIH

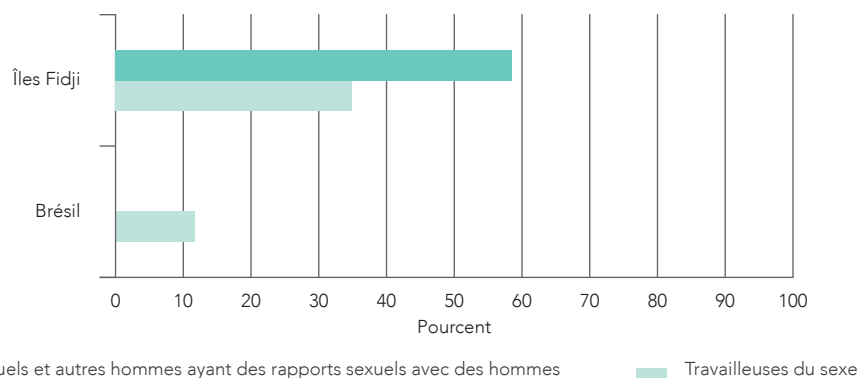
Étant donné que le risque d'acquisition du VIH est élevé parmi les populations clés, le dépistage périodique du VIH parmi ces groupes est essentiel afin de pouvoir poser un diagnostic précoce, de commencer rapidement le traitement et de supprimer la charge virale. Les directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le dépistage du VIH recommandent aux personnes présentant un risque élevé de contracter le VIH, en particulier les populations clés, d'être testées de nouveau au moins tous les 12 mois (14).

« Un quart des personnes vivant avec le VIH ont déclaré avoir subi une forme de discrimination dans les établissements de santé. »

Cependant, des données provenant de nombreux pays montrent qu'un grand nombre de personnes relevant des populations clés évitent le dépistage du VIH. Par exemple, plus de 10 % des travailleuses du sexe au Brésil ont déclaré avoir évité le dépistage du VIH en raison de la peur d'être stigmatisées par les prestataires de soins de santé ; aux îles Fidji, ce chiffre est passé à 60 % des travailleuses du sexe et à plus de 30 % des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (figure 5). De même, une étude menée auprès des consommateurs de drogues injectables en Thaïlande a révélé que les personnes interrogées sont presque sept fois plus susceptibles d'éviter le test VIH si des professionnels de la santé leur ont déjà refusé l'accès à un traitement ou à des services (15).

## Éviter le dépistage du VIH par peur ou par stigmatisation

**Figure 5.** Pourcentage d'hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des travailleuses du sexe qui ont évité le dépistage du VIH de peur d'être stigmatisés par les prestataires de soins de santé, îles Fidji et Brésil, 2014-2016



Source : Rapports intégrés de surveillance biologique et comportementale, 2014-2016.

### ***Le manque de confidentialité dissuade de se faire dépister***

La crainte d'un résultat positif et la stigmatisation future liée au VIH constituent des moyens efficaces de dissuasion contre le dépistage du VIH. Comme toutes les informations relatives aux patients, les résultats d'un test VIH doivent être gardés confidentiels par les professionnels de la santé : les atteintes à la confidentialité sapent la confiance et ont un véritable impact sur la volonté des personnes à se faire dépister. Les inquiétudes concernant la confidentialité du dépistage du VIH et des résultats du test ont été identifiées comme un obstacle majeur à l'accès au dépistage du VIH dans les différentes régions (16-18).

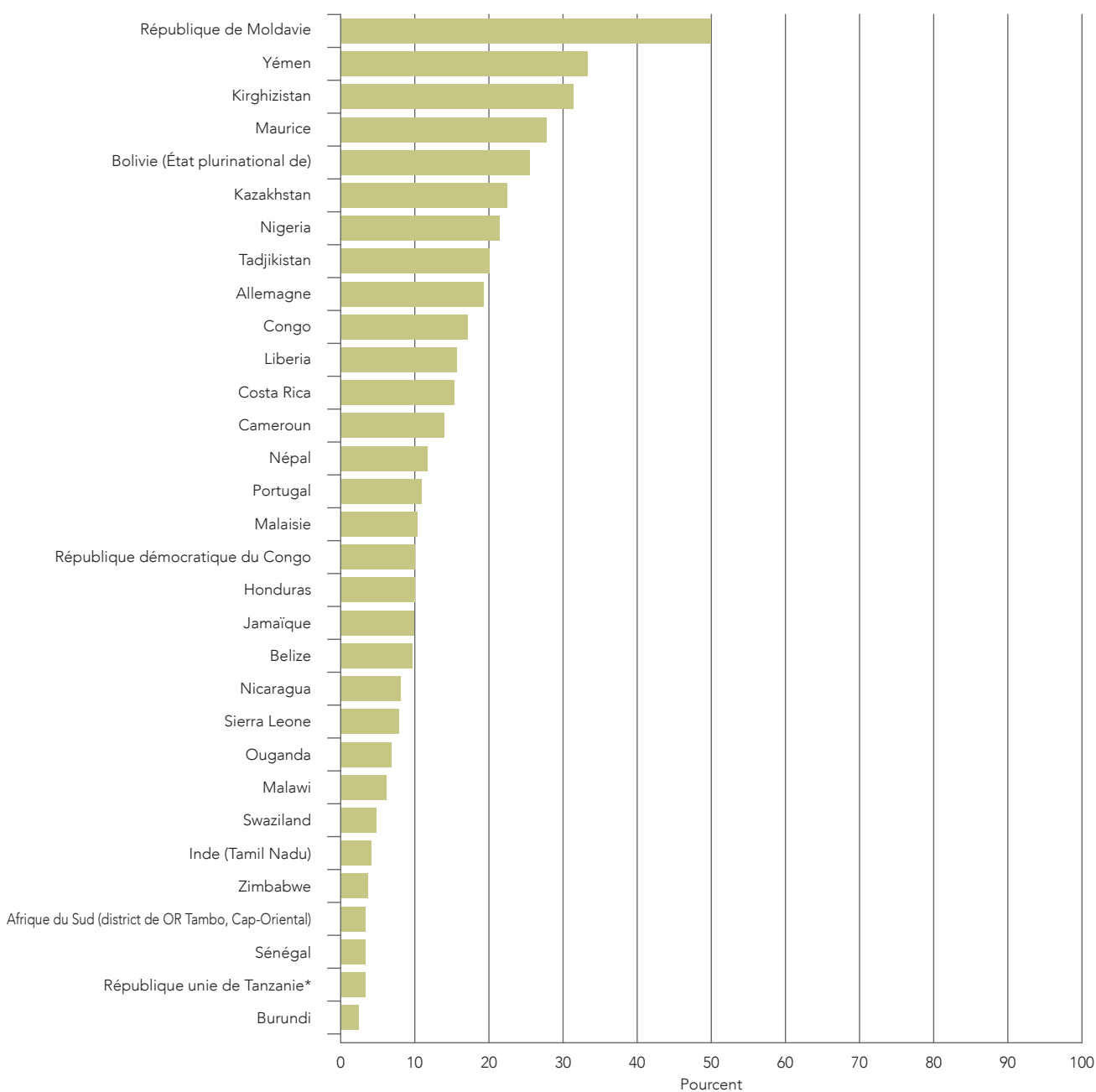
Un examen systématique des études menées en Afrique subsaharienne a révélé que les craintes de stigmatisation et de discrimination qui pouvaient résulter d'une potentielle atteinte à la confidentialité comprenaient la peur de l'exclusion sociale, la perte de soutien social et de partenaires sexuels, les relations conjugales tendues (pouvant entraîner un abandon, un divorce ou des violences) et la baisse des possibilités de mariage (3). Être vu dans un centre de dépistage du VIH était également perçu comme reflétant une promiscuité sexuelle et un statut séropositif (3).

La crainte d'une stigmatisation liée au VIH due à une potentielle divulgation de la séropositivité s'avère également dissuasive pour le dépistage du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des femmes transgenres à New York. Une plus grande crainte de stigmatisation liée au VIH est associée à une plus faible probabilité d'avoir effectué un test de dépistage du VIH au cours des six derniers mois, 32 % des participants à l'étude ayant déclaré ne pas avoir passé de test VIH au cours des six derniers mois (4).

Dans certains pays, les atteintes à la confidentialité dans des établissements de santé se produisent à une fréquence alarmante. Dans sept des 31 pays pour lesquels des données sont disponibles, une personne sur cinq vivant avec le VIH a déclaré qu'un professionnel de la santé avait révélé son statut VIH sans consentement (figure 6) (2).

## Atteintes à la confidentialité

**Figure 6.** Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont déclaré qu'un professionnel de la santé avait déjà divulgué leur statut VIH sans consentement, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2011-2016



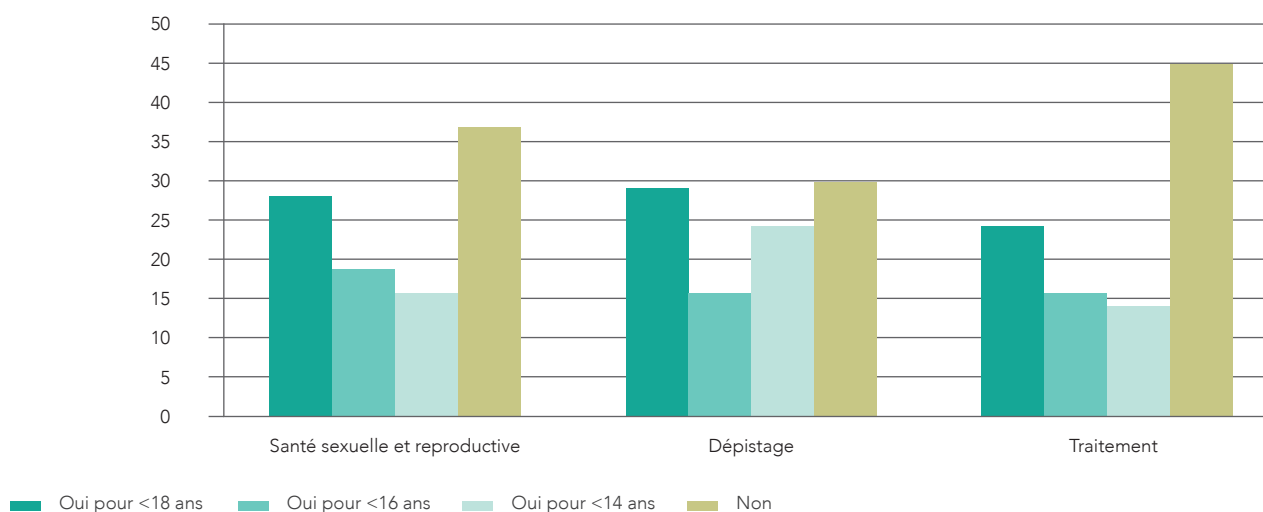
Source : Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2011-2016.

\*Quatre régions autres que Dar es Salaam.

Dans certaines circonstances, la loi peut créer des obstacles à la confidentialité, en particulier pour les jeunes qui souhaitent accéder à des services sans autorisation parentale. Les jeunes (âgés de 15 à 24 ans) sont confrontés à une triple menace liée au VIH : ils ont tendance à courir un risque plus élevé d'infection, en particulier les femmes en Afrique subsaharienne. Ils sont moins susceptibles de connaître leur statut VIH par rapport aux populations plus âgées et il est moins probable qu'ils soient sous traitement ou que leur charge virale ait été supprimée. En Afrique de l'Est et australe, les jeunes femmes (âgées de 15 à 24 ans) représentaient 26 % des nouvelles infections à VIH en 2016, alors qu'elles ne représentaient que 10 % de la population (5). Il est donc crucial d'assurer un accès confidentiel aux services. Cependant, les lois sur l'âge du consentement pour les services médicaux exigent, dans de nombreux pays, que les personnes âgées de moins de 18 ans obtiennent le consentement parental pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive, au dépistage et au traitement du VIH, rendant ainsi impossible l'accès des jeunes aux services en toute confidentialité. Parmi les 106 pays ayant fourni des données à l'ONUSIDA, 29 % exigent un consentement parental pour qu'un enfant de moins de 18 ans ait accès au dépistage du VIH, 25 % exigent un consentement parental pour un traitement contre le VIH et 28 % exigent un consentement parental pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive (figure 7) (19).

### Les lois sur l'âge du consentement créent des obstacles aux services

**Figure 7.** Pourcentage des pays interrogés ayant des lois exigeant le consentement parental pour que les adolescents aient accès aux services de santé sexuelle et reproductive, au dépistage et au traitement du VIH (n=106)



Source : Engagements nationaux et moyen d'action de l'ONUSIDA pour 2017.



### ***Retarder le début des soins et du traitement du VIH***

Les mêmes craintes de divulgation qui découragent le dépistage du VIH peuvent également décourager les personnes vivant avec le VIH de s'inscrire à des programmes de soin et de commencer un traitement antirétroviral. Un examen de dix études menées dans des pays à faible et moyen revenu a révélé un lien significatif entre la stigmatisation et la présentation tardive à des soins liés au VIH, les personnes vivant avec le VIH percevant une forte stigmatisation liée au VIH étant 2,4 fois plus susceptibles de se présenter tardivement à des soins liés au VIH (1).<sup>5</sup> Une enquête sur les femmes enceintes vivant avec le VIH menée dans trois districts de l'Ouganda a montré que la crainte de révéler le statut VIH aux partenaires masculins était un obstacle majeur à l'instauration d'une thérapie antirétrovirale à vie (20).

À New York, les immigrés africains, les anciens détenus, les jeunes hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les femmes transgenres vivant avec le VIH ont mis en lumière le fait que la stigmatisation était un puissant facteur dissuasif contre l'accès aux soins liés au VIH et le suivi du traitement (21). Pour ces populations clés, la peur de la discrimination et la stigmatisation intériorisée les ont amenées à rester cachées et éventuellement à refuser les soins. Ces problèmes ont particulièrement touché les immigrés africains sans papiers, la perte potentielle de soutien social et familial encourageant les membres de ce groupe à choisir de ne pas révéler leur statut VIH aux familles et aux communautés (21).

### ***Observance thérapeutique***

L'objectif de la thérapie antirétrovirale est de rendre le VIH indétectable dans le corps, ce qui protège le système immunitaire et réduit considérablement la possibilité de transmission ultérieure du virus. La suppression durable de la charge virale exige une observance rigoureuse du traitement.

Des études ont montré que la stigmatisation liée au VIH aux niveaux « intrapersonnel, interpersonnel et structurel » compromet la capacité des personnes à observer scrupuleusement la thérapie antirétrovirale (20, 22). Cela s'explique par le fait que la stigmatisation interfère avec des processus psychologiques, tels que l'adaptation et le soutien social, qui aident les gens à respecter le traitement (23).

Pendant ce temps, des enquêtes menées auprès des prestataires de soins de santé en Thaïlande révèlent que les attitudes à l'égard du VIH parmi le personnel des établissements de santé peuvent les empêcher de s'occuper correctement des personnes vivant avec ou affectées par le VIH. Parmi ces attitudes, on peut citer l'idée que le VIH est une punition pour mauvais comportement, que les personnes sont infectées par le VIH parce qu'ils adoptent un comportement irresponsable, que la plupart des personnes vivant avec le VIH se fichent d'infecter d'autres personnes et qu'il peut être judicieux de stériliser une femme vivant avec le VIH, même si elle ne le souhaite pas. Dans certains cas, les prestataires de soins de santé ont explicitement déclaré qu'ils préféreraient ne pas fournir de services aux membres des populations clés, notamment les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les migrants (11).

---

<sup>5</sup> On parle de stigmatisation élevée si les participants à l'étude ont déclaré avoir été victimes de stigmatisation ou ont obtenu un score supérieur à la moyenne globale calculée selon les éléments utilisés pour évaluer la stigmatisation et la discrimination.

Il a été démontré que le soutien de la famille, des amis et des communautés est essentiel à l'observance thérapeutique. D'autres interventions de soutien contribuent également à une meilleure observance et donc à une meilleure santé (24).

Ces interventions comprennent ce qui suit :

- Conseil en observance.
- Accompagnement par un partenaire d'observance ou un pair éducateur.
- Soutien des professionnels de la santé communautaires et des organisations non gouvernementales.
- Encouragements et mesures d'aide pour les personnes vivant avec le VIH et leurs aidants (en matière d'alimentation, de transport et d'opportunités de génération de revenus).

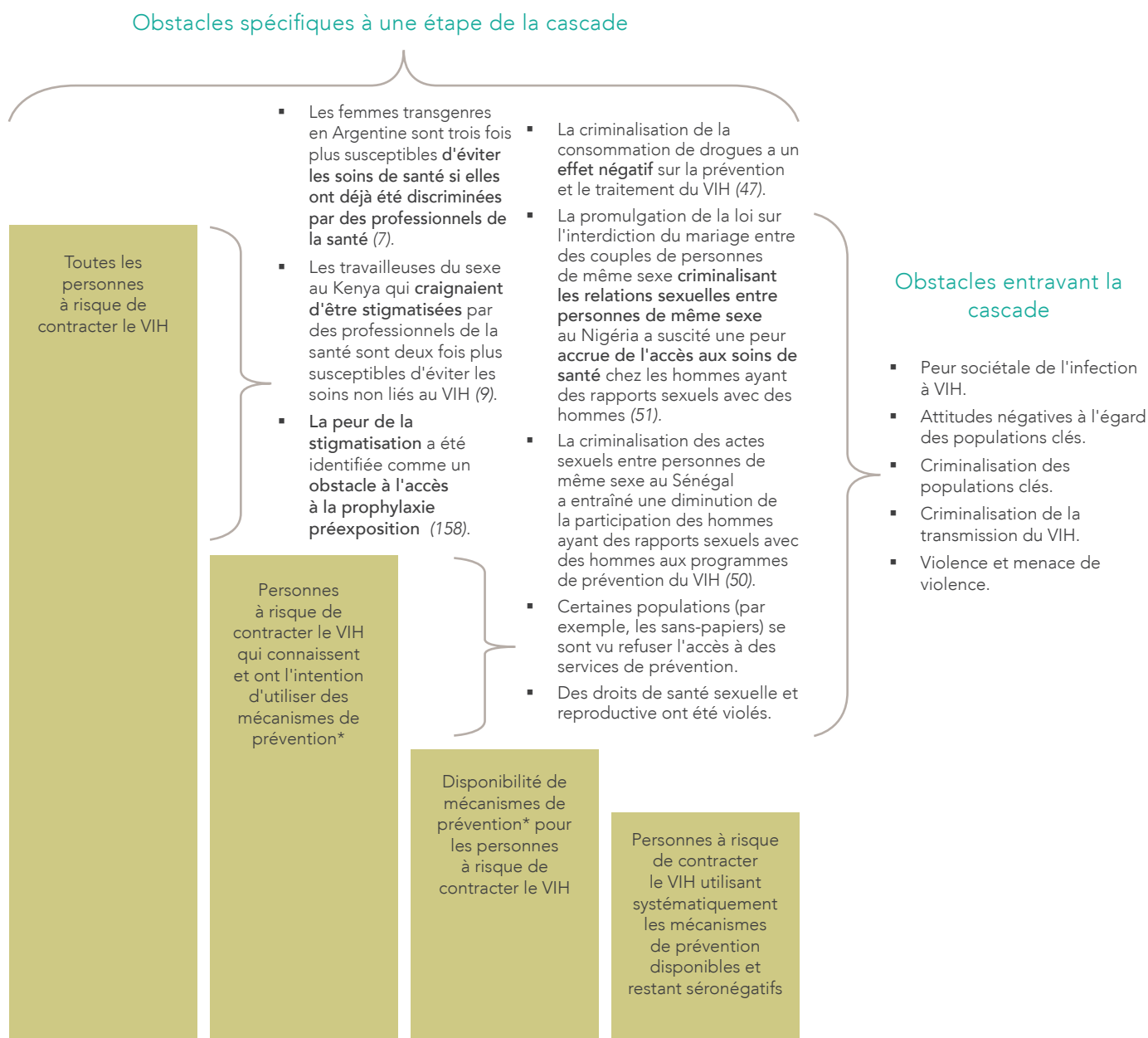
Toutefois, dans un environnement de discrimination et de violence, un tel soutien peut ne pas être disponible.

## **Cascade de prévention**

Les voies de transmission du VIH, telles que les rapports sexuels non protégés ou le partage de matériel d'injection, ont été clairement identifiées dès les premiers jours de l'épidémie, et la communication et l'éducation sur la manière de faire face à ces voies de transmission semblent constituer une stratégie simple de prévention du VIH. Cependant, les personnes les plus exposées au risque d'infection à VIH sont confrontées à des obstacles considérables à la fourniture de services. Les termes péjoratifs fréquemment utilisés tels que « junkie » et « toxico » déshumanisent les personnes qui consomment des drogues et renforcent les stéréotypes des personnes imprévisibles et violentes qui sont incapables de faire preuve d'autonomie et d'autodétermination (25). Un examen systématique des études menées entre 2004 et 2014 a révélé que les lesbiennes, homosexuels, bisexuels et transgenres ont des difficultés à accéder aux services de santé en raison des attitudes hétéronormatives imposées par les professionnels de la santé (26). De même, il a été démontré que des niveaux élevés de stigmatisation chez les travailleurs du sexe affectent négativement leur santé, indépendamment des risques pour la santé liés au commerce du sexe (27).

## Stigmatisation, discrimination et cascade de prévention

**Figure 8.** Exemples de stigmatisation et de discrimination créant des lacunes dans la cascade de prévention du VIH



\*Structurels, comportementaux, biomédicaux

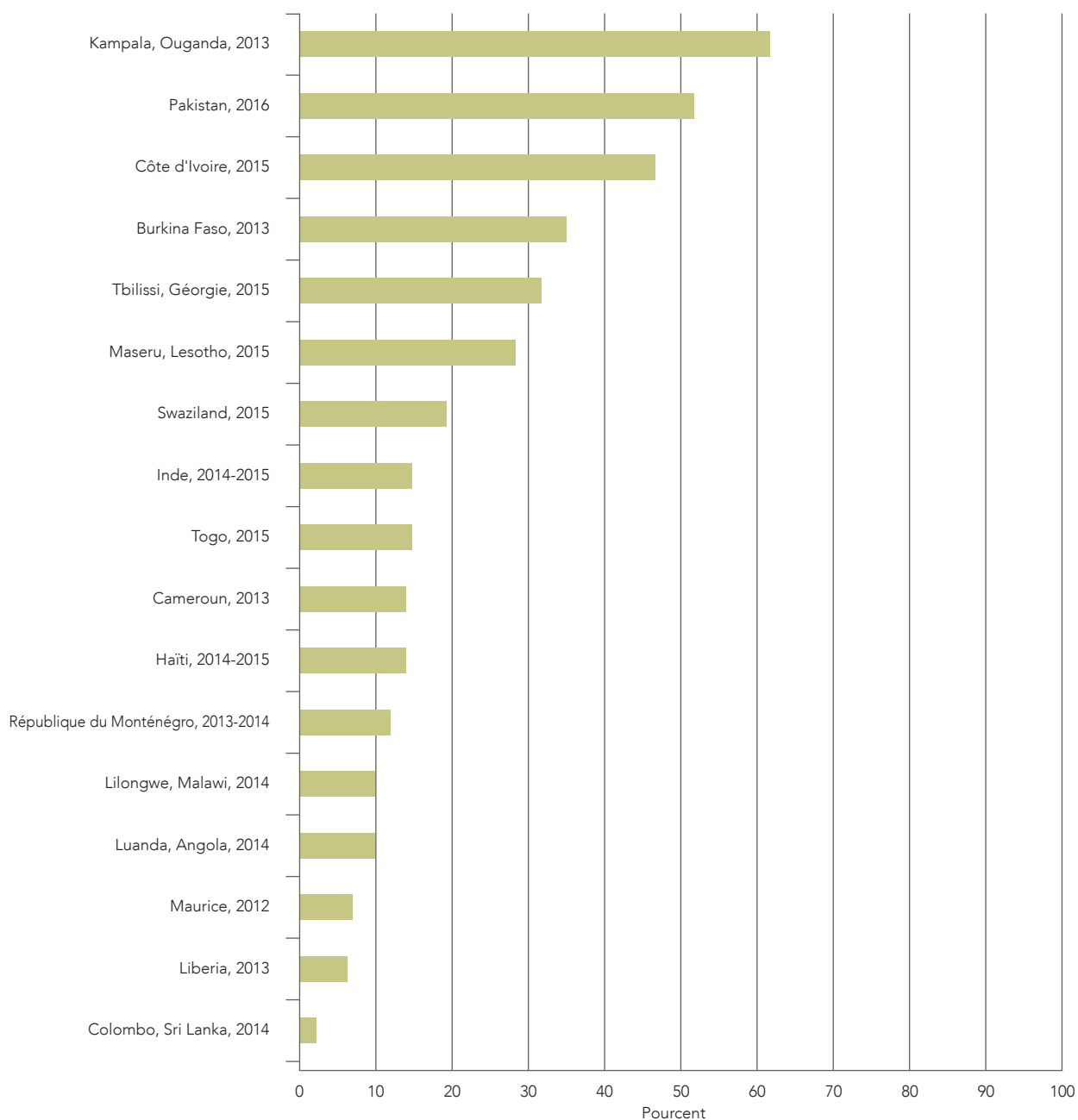
Source : adapté de Hargreaves JR, Delany-Moretlwe S, Hallett TB, Johnson S, Kapiga S, Bhattacharjee P et al. The HIV prévention cascade: integrating theories of epidemiological, behavioural, and social science into programme design and monitoring (La cascade de prévention du VIH : intégrer les théories de la science épidémiologique, comportementale et sociale dans la conception et le suivi de programmes). Lancet VIH. 2016 ; 3 (7): e318 -22.

La stigmatisation des populations clés est renforcée par des lois pénales et d'autres obstacles structurels qui alimentent à leur tour la violence, l'exploitation et un climat de peur entravant les efforts visant à fournir des préservatifs, à réduire les risques et à proposer d'autres méthodes de prévention primaire à des niveaux de couverture suffisants. Souvent, cette violence est exercée en toute impunité, parfois même par les agents de la force publique. Par exemple, les femmes transgenres en Argentine qui ont déjà été exposées à la violence policière sont deux fois plus susceptibles d'éviter les soins de santé que les femmes transgenres qui n'ont jamais été exposées à une telle violence (7), et une étude de 2015 a montré que les femmes consommant des drogues injectables subissent davantage de violences sexuelles de la part des agents de police et de la force publique (28). Dans un certain nombre de pays, notamment aux Philippines, les politiques antidrogues sont mises en œuvre de manière de plus en plus violente, y compris via des assassinats extrajudiciaires de trafiquants et d'usagers présumés de drogues (29).

La prévalence de la violence subie par les travailleurs du sexe, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables est souvent élevée mais elle varie selon les pays. Par exemple, parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de 17 pays, le pourcentage d'entre eux ayant subi des violences physiques au cours des 12 derniers mois est compris entre 2,6 % à Colombo, Sri Lanka, et 61,7 % à Kampala, Ouganda (figure 9) (30). Plus de la moitié des consommateurs de drogues injectables interrogés au Pakistan et des travailleuses du sexe interrogées dans sept villes d'Afrique du Sud ont déclaré avoir été victimes de violences physiques au cours des 12 derniers mois (figures 10 et 11) (31, 32).

## Violence à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

**Figure 9.** Pourcentage d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ayant subi des violences physiques, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2012-2016

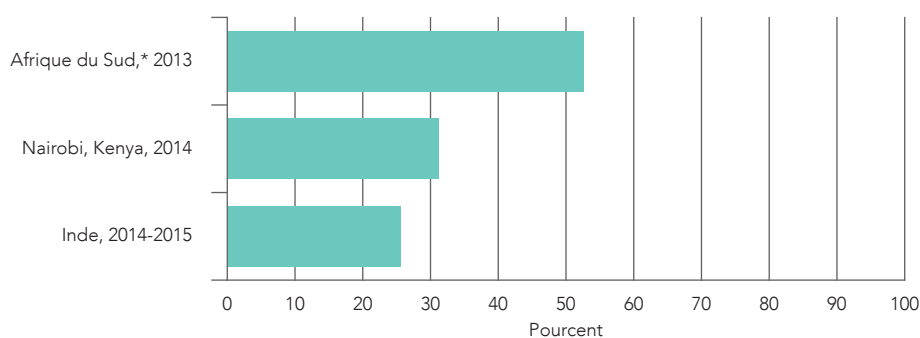


Source : Enquêtes intégrées de surveillance biologique et comportementale, 2012-2016.

## Violence à l'encontre des travailleuses du sexe

---

**Figure 10.** Pourcentage de travailleuses du sexe ayant subi des violences physiques au cours des 12 derniers mois, pays sélectionnés, 2013-2015



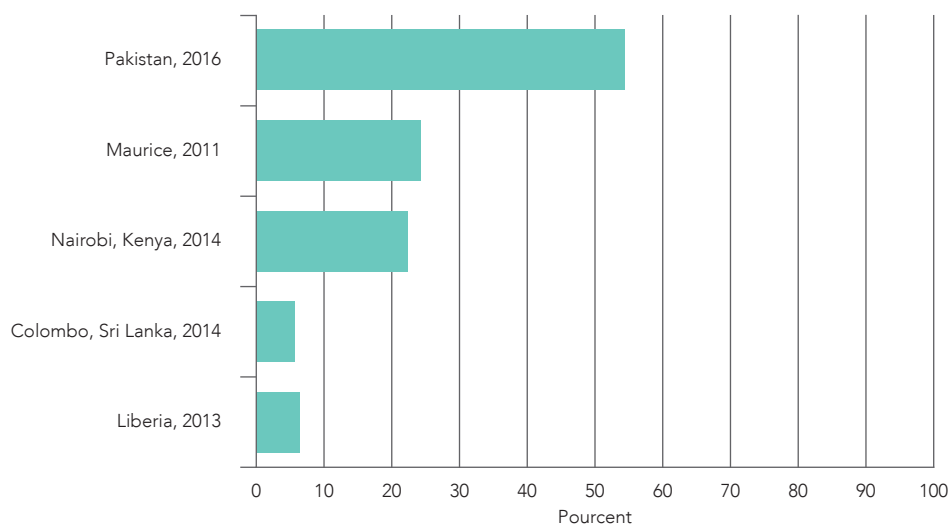
Source : Enquêtes intégrées de surveillance biologique et comportementale, 2013-2015.

\*Beaufort West, East London, George, Gauteng, KwaZulu-Natal, Limpopo, Nord-Ouest.

## Violence à l'égard des consommateurs de drogues injectables

---

**Figure 11.** Pourcentage de consommateurs de drogues injectables ayant subi des violences physiques, pays sélectionnés, 2011-2016



Source : Enquêtes intégrées de surveillance biologique et comportementale, 2011-2016.

*« Dans certaines régions, les femmes victimes de violence conjugale sont 1,5 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les femmes ne subissant pas cette violence. »*

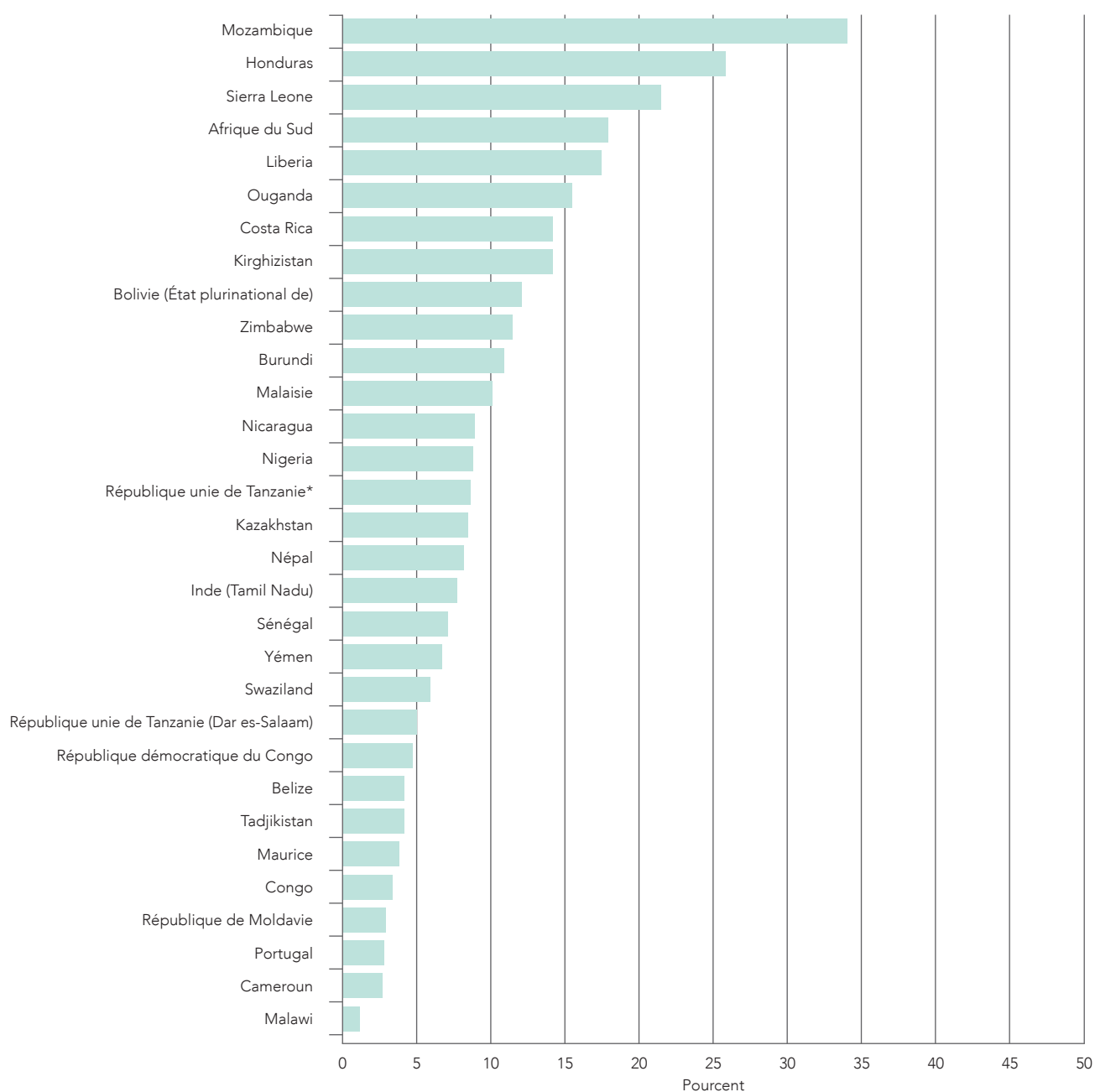
### *Stigmatisation, discrimination et violence à l'égard des femmes et l'accès aux soins de santé*

La violence à l'égard des femmes est l'une des formes les plus extrêmes de discrimination. On estime que près de 30 % des femmes dans le monde subissent les violences physiques ou sexuelles d'un partenaire intime au moins une fois dans leur vie (33). Une telle violence peut affecter la capacité des femmes à insister pour avoir des rapports sexuels protégés ou participer à des programmes de prévention, de dépistage et de traitement du VIH (34-36). Dans certaines régions, les femmes victimes de violence conjugale sont 1,5 fois plus susceptibles de contracter le VIH que les femmes ne subissant pas cette violence (33).

La stérilisation involontaire des femmes vivant avec le VIH, les avortements forcés et la criminalisation de la transmission verticale du VIH ainsi que d'autres formes de discrimination liées à la santé reproductive ont été rapportées par les femmes vivant avec le VIH, on leur a par exemple conseillé de ne pas avoir d'enfants, on leur a donné un traitement inadapté et on leur a refusé l'accès aux soins pendant l'accouchement. Dans certains cas, la fourniture d'un traitement antirétroviral dépend de l'utilisation d'une certaine forme de contraception (figure 12) (2).

## Contraception forcée

**Figure 12.** Pourcentage de personnes vivant avec le VIH qui ont déclaré que leur accès à un traitement antirétroviral avait été soumis à l'utilisation de certaines formes de contraception, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2011-2016



Source : Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2011-2016.

\*Quatre régions autres que Dar es Salaam.



La discrimination peut avoir un impact considérable sur les activités visant à supprimer la transmission verticale du VIH. Les femmes qui ont été victimes de discrimination ou qui perçoivent ou s'attendent à une stigmatisation liée au VIH dans les établissements de santé peuvent être moins susceptibles d'accéder à des traitements et des soins prénatals et postnatals. Lorsqu'elles accèdent à ces soins, elles peuvent être dissuadées d'utiliser les services liés au VIH.

On sait que certains programmes de lutte contre le VIH axés sur les femmes enceintes mettent l'accent sur des mesures coercitives ciblées sur le risque de transmission du VIH au fœtus. Cela peut inclure des dépistages prénatals et postnatals obligatoires, suivis d'un avortement ou d'une stérilisation forcés. De tels programmes permettent rarement aux femmes de prévenir la transmission périnatale et peuvent ne pas tenir compte des besoins de santé des femmes (37). La recherche montre que la stigmatisation et la discrimination entravent la rétention des femmes enceintes dans les programmes de prévention de la transmission mère-enfant, entament la confiance des femmes dans la protection offerte par la thérapie antirétrovirale pendant la grossesse et réduisent leur accès au diagnostic précoce des nourrissons (38-42).

Un certain nombre d'expériences négatives pendant l'accouchement ont été rapportées par des femmes vivant avec le VIH, notamment :

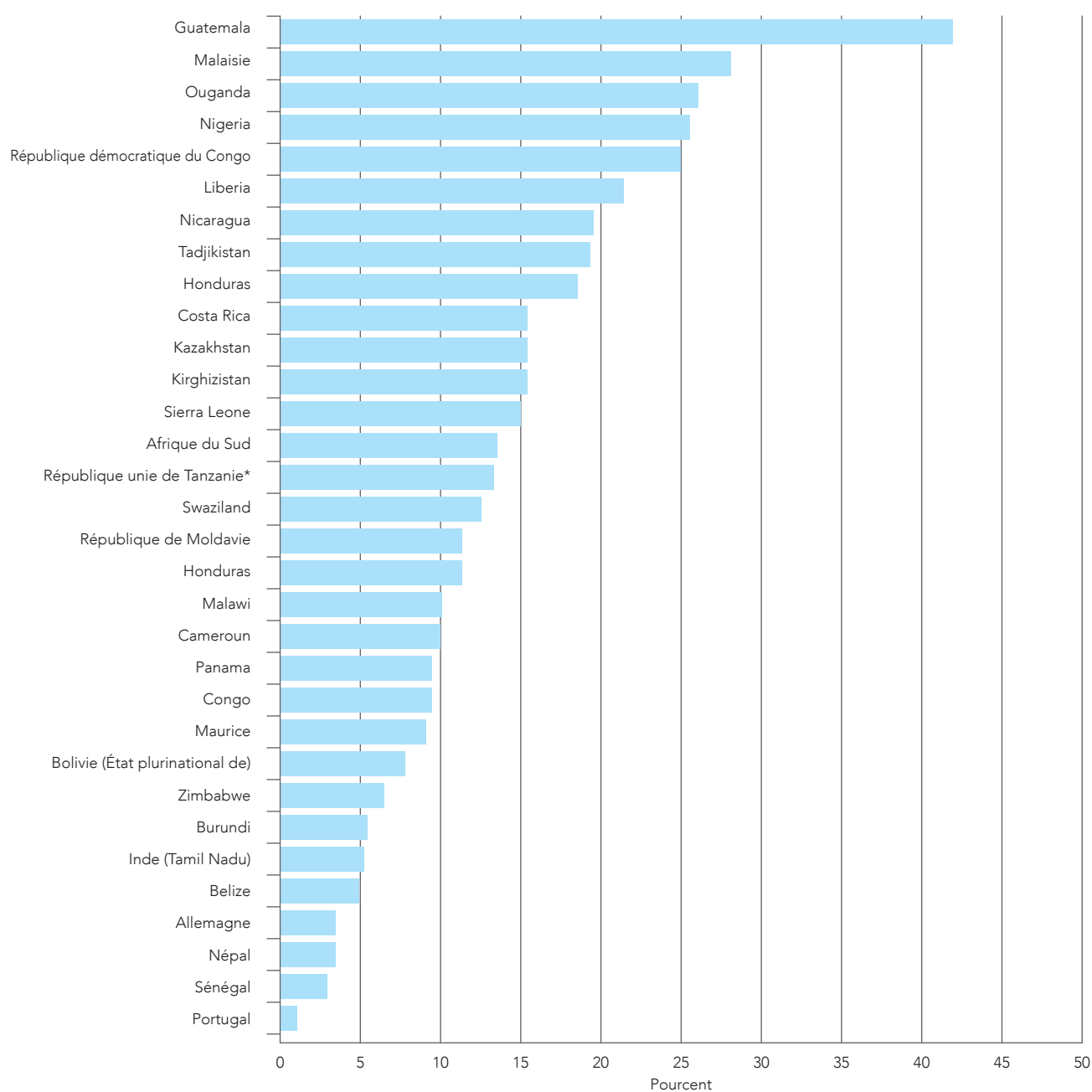
- Le personnel les néglige avant, pendant et après leur accouchement.
- Le personnel les maltraite pendant l'accouchement parce qu'elles sont tombées enceintes.
- Le personnel refuse de les toucher ou de toucher leur nouveau-né.
- Le personnel les fait patienter longtemps avec de les prendre en charge.
- Le personnel leur demande de quitter l'hôpital plus tôt que les autres femmes (43).

Les femmes vivant avec le VIH ont également déclaré devoir subir une césarienne si leur statut VIH est connu, mais que la césarienne n'est pas gratuite, coûte cher et qu'aucune autre option n'est proposée (43).

Dans 22 des 30 pays pour lesquels des données sont disponibles, plus de 10 % des femmes vivant avec le VIH ont déclaré avoir été contraintes par un professionnel de la santé d'adopter des méthodes d'accouchement en raison de leur statut VIH ; ce chiffre atteint 42 % au Guatemala (figure 13) (2).

## Femmes contraintes d'adopter des méthodes d'accouchement

**Figure 13.** Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui ont déclaré avoir été contraintes par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois d'adopter des méthodes d'accouchement en raison de leur statut VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2011-2016

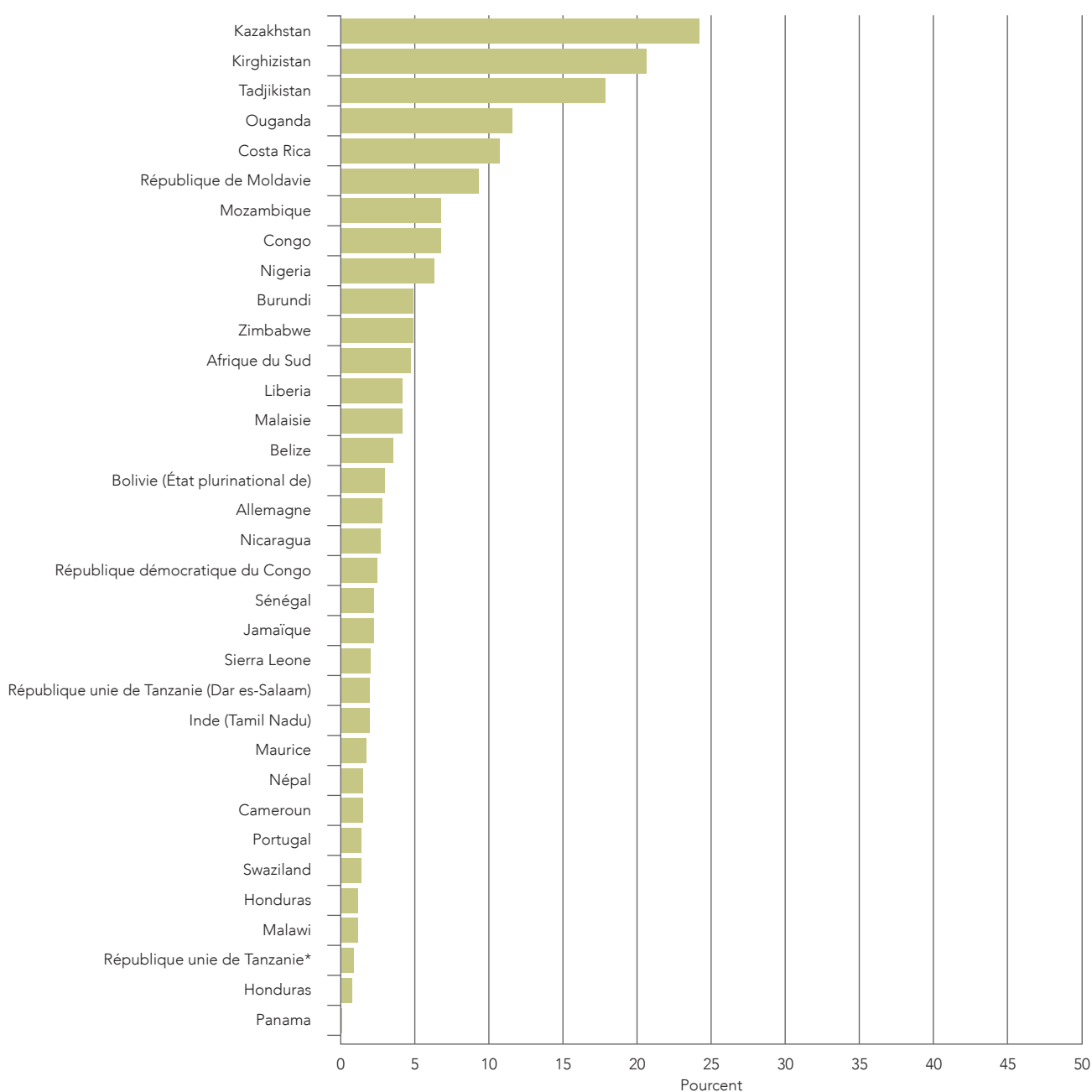


Source : Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2011-2016.

\*Quatre régions autres que Dar es Salaam.

## Interruptions de grossesse forcées

**Figure 14.** Pourcentage de femmes vivant avec le VIH qui ont déclaré avoir été contraintes par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois de mettre fin à leur grossesse en raison de leur statut VIH, pays pour lesquels des données sont disponibles, 2011-2016



Source : Enquêtes sur l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, 2011-2016.

\*Quatre régions autres que Dar es Salaam.

### *Criminalisation des populations clés*

La stigmatisation sociétale à l'égard des populations clés, principalement les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues injectables, les transgenres et les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, a conduit à l'adoption, dans de nombreux pays, de législations et politiques criminalisant certaines dispositions à l'encontre de ces populations.

Une telle criminalisation est répandue dans le monde entier. Les organisations de la société civile et les institutions universitaires ont signalé que 72 pays criminalisent les relations sexuelles entre personnes de même sexe, 32 pays maintenant la peine de mort pour des infractions liées à la drogue et plus de 100 pays criminalisant certains aspects du commerce du sexe (44-46). Parmi les pays ayant communiqué des données à l'ONUSIDA en 2017, 44 sur 100 ont déclaré avoir des lois qui criminalisaient spécifiquement les relations sexuelles entre personnes de même sexe ; <sup>6</sup> 17 pays sur 116 ont déclaré qu'ils criminalisaient ou poursuivaient les personnes transgenres<sup>7</sup>, et 84 pays sur 110 ont déclaré qu'ils criminalisaient certains aspects du commerce du sexe (19). En ce qui concerne la consommation ou la possession de drogues, 78 pays sur 90 ont déclaré que la consommation ou la possession de drogues à des fins personnelles constituait une infraction pénale ou un motif de détention obligatoire, et neuf pays sur 107 ont déclaré prévoir la peine de mort pour des infractions liées aux drogues (19).

Plusieurs études ont montré que la criminalisation de la consommation de drogues, y compris l'incarcération, l'action policière de rue, l'adoption de lois punitives relatives aux instruments utilisés pour la consommation de drogues ainsi que les pratiques, interdictions ou restrictions en matière de programmes de prévention du VIH fondées sur des données factuelles, a des conséquences négatives sur la prévention et les traitements du VIH (27). Ces conséquences comprennent un accès réduit aux programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, une utilisation accrue du matériel d'injection par plusieurs personnes et une augmentation de la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables. En même temps, ces études n'ont trouvé aucun élément prouvant que la décriminalisation entraînait une augmentation de la consommation de drogues (47).

---

*« L'abus du recours à des dispositions pénales a souvent un impact négatif sur la santé et viole les droits de l'homme. Une criminalisation trop large de l'exposition, de la non-divulgation et de la transmission du VIH est contraire aux recommandations de santé publique reconnues au niveau international et aux principes des droits de l'homme. La criminalisation des relations sexuelles librement consenties entre adultes est une violation des droits de l'homme, et la légalisation de ces relations peut réduire la vulnérabilité à l'infection à VIH et renforcer l'accès au traitement. La décriminalisation de la possession et de la consommation de drogues injectables et l'élaboration de lois et de politiques autorisant des services complets d'atténuation des risques réduisent la transmission du VIH. De même, la décriminalisation du commerce du sexe peut réduire la violence, le harcèlement et le risque d'infection à VIH. Les droits de l'homme des travailleurs du sexe devraient être protégés comme pour tout individu, y compris les droits à la non-discrimination, à la santé, à la sécurité et à la sûreté. »*

---

**On the Fast-Track to End the AIDS epidemic (Sur la voie de l'éradication rapide de l'épidémie de sida)**

Rapport du Secrétaire général

1er avril 2016

---

<sup>6</sup> En outre, 29 autres pays sur 100 ont déclaré n'avoir aucune législation spécifique criminalisant les rapports sexuels entre personnes de même sexe, mais ils n'ont pas pour autant déclaré que les rapports sexuels entre personnes de même sexe était légaux ou décriminalisés.

<sup>7</sup> On a également demandé aux pays s'ils avaient des lois criminalisant le travestisme. Globalement, 23 des 114 pays interrogés ont déclaré avoir criminalisé ou poursuivi des personnes transgenres et/ou criminalisé le travestisme.

Au Cambodge, par exemple, le premier mois d'une campagne antidrogue débutée en janvier 2017 a permis de réduire de 46 % le nombre de consommateurs de drogues injectables participant à un programme d'échange de seringues et de réduire de 19 % le nombre de personnes ayant accès à un traitement de substitution (48). L'organisation non gouvernementale locale fournissant ces services de réduction des risques, KHANA (Khmer HIV/AIDS NGO Alliance), soupçonnait les participants d'abandonner le programme « de crainte que la police ne les suive », crainte confirmée lors d'entretiens avec des consommateurs de drogues injectables (48).

La criminalisation crée des obstacles spécifiques pour les consommatrices de drogues. Dans certains pays, y compris dans certaines parties des États-Unis d'Amérique, la consommation de drogues pendant la grossesse peut entraîner automatiquement des poursuites pénales et l'incarcération pendant la durée de la grossesse et au-delà (28, 49). Les femmes qualifiées de dépendantes aux drogues illicites peuvent se voir retirer la garde de leurs enfants. Dans un certain nombre de pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, par exemple, une personne souhaitant bénéficier d'un traitement contre la toxicomanie doit être enregistrée en tant que consommateur de drogue, ce qui peut entraîner automatiquement le retrait de l'autorité parentale (28). En Russie et en Ukraine, les avortements forcés et le retrait des droits parentaux des femmes qui consomment des drogues sont légaux (28). Les mères interrogées dans le cadre d'une étude sur le traitement pharmacologique de la dépendance aux opioïdes à Sydney, Australie, ont déclaré avoir été signalées avant la naissance par un hôpital (28). Ces lois et pratiques découragent également les consommatrices de drogues d'accéder aux services de santé.

La législation qui interdit les rapports sexuels entre adultes consentants du même sexe peut faire échouer les efforts visant à prévenir le VIH chez les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Une étude de 2011 a examiné l'impact sur la prévention et le traitement du VIH au Sénégal de l'arrestation de neuf chargés de prévention du VIH en vertu de la loi de ce pays relative aux relations sexuelles homosexuelles. Elle a constaté que les arrestations et la publicité en découlant avaient généré un climat de peur constant et avaient poussé les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes à se cacher. Craignant pour leur propre sécurité, les prestataires de services avaient également suspendu le travail de prévention du VIH auprès de ces hommes. Cela signifie qu'il était plus difficile pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes d'avoir accès aux préservatifs et aux lubrifiants appropriés. Les prestataires qui ont poursuivi leurs services, y compris les médecins, ont remarqué une forte baisse de la participation aux activités de prévention et des visites médicales chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans le mois suivant l'entrée en vigueur de la loi (50).

Au Nigéria, la loi de 2014 interdisant le mariage entre personnes de même sexe a étendu les dispositions existantes criminalisant les rapports sexuels librement consentis entre personnes de même sexe de façon à interdire le mariage, la cohabitation, les manifestations publiques d'affection et les clubs, sociétés et organisations homosexuels. Une étude de 2015 a évalué l'impact immédiat de la loi sur la stigmatisation, la discrimination et la participation à des services de prévention et de traitement du VIH d'hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans le pays (51,52). Elle a constaté qu'une proportion plus élevée d'hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont déclaré craindre davantage de demander des soins de santé ou éviter de se rendre dans des établissements de santé depuis l'entrée en vigueur de la loi. De plus, les participants qui n'ont pas été dépistés avant l'étude de référence sont plus susceptibles d'être privés de soins de suivi au cours de la période suivant la mise en œuvre de la loi. L'étude a également révélé une augmentation des cas de chantage et de harcèlement verbal à l'encontre des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et une diminution des espaces de socialisation sécurisés immédiatement après l'entrée en vigueur de la loi (51).

Les efforts visant à interdire le commerce du sexe peuvent avoir un impact similaire. En 2016, bien que le commerce du sexe ne soit pas criminalisé au Kirghizistan, la police locale a annoncé qu'elle « nettoierait » les rues de leurs prostituées et encouragerait les « patrouilles communautaires » à photographier les personnes qu'elles pensaient être des travailleurs du sexe et à envoyer les photos à la police (53). Un certain nombre de travailleurs du sexe ont été arrêtés pour vandalisme, ce qui équivaut à une criminalisation de fait du commerce du sexe. Peu de temps après, le nombre de violations des droits de l'homme à l'encontre des travailleurs du sexe a augmenté, on peut notamment citer les extorsions pratiquées par la police, les détentions illégales, les menaces, le chantage, l'humiliation verbale et les traitements dégradants (53). Le commerce du sexe est fortement stigmatisé au Kirghizistan. Les organisations non gouvernementales ont constaté que les travailleuses du sexe au Kirghizistan se heurtaient à des obstacles pour accéder aux soins de santé, notamment les services de santé sexuelle et reproductive, et que les prestataires de soins de santé discriminaient les travailleurs du sexe en leur refusant un traitement, en leur donnant un traitement bas de gamme ou en portant atteinte à leur confidentialité (54).

La criminalisation des populations clés affecte non seulement la capacité des individus à accéder à des services liés au VIH mais peut également avoir un impact plus systémique sur la définition de programmes de lutte contre le VIH. Selon une étude de 2017 comparant les estimations démographiques des hommes homosexuels dans 154 pays, les pays qui criminalisent les rapports sexuels entre personnes de même sexe présentent en général un nombre incroyablement plus bas d'hommes homosexuels et d'hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes que les pays ne criminalisant pas de telles relations. La criminalisation affecte ainsi la capacité des pays à connaître leur épidémie et à trouver une réponse appropriée : le manque ou l'absence d'estimations démographiques « contribuent au déni officiel de l'existence des [hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes], à l'incapacité de répondre adéquatement à leurs besoins, et au gonflement des rapports sur la couverture des services liés au VIH qui donnent une fausse image de la situation » (55).

### ***Criminalisation de la transmission du VIH***

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH, y compris la criminalisation de la non-divulgation, de l'exposition ou de la transmission du VIH, découragent les individus de prendre des mesures visant à éviter l'infection à VIH (ou empêcher la transmission du VIH à leurs enfants) de crainte d'être poursuivis, de se voir priver de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive ou de perdre la garde de leurs enfants.

Les lois criminalisant la non-divulgation, l'exposition et la transmission du VIH restent très répandues. Cinquante et un des 109 pays interrogés ont déclaré avoir de telles lois, tandis que 25 autres pays ont indiqué ne pas avoir de telles lois mais pouvoir engager des poursuites sur le fondement des lois pénales générales (19).

La criminalisation de la transmission verticale du VIH, c'est-à-dire la possibilité pour les mères d'être poursuivies pour avoir transmis le VIH à leur fœtus, peut décourager les femmes enceintes à se faire dépister. Dans les cas où les femmes savent qu'elles vivent avec le VIH, la criminalisation peut les empêcher de révéler leur statut et d'avoir accès à des soins prénatals et postnatals et des services de prévention de la transmission mère-enfant (60, 61). Quatre pays (Libye, Nauru, Sainte-Lucie et Tadjikistan) ont signalé qu'ils criminalisaient toujours la transmission verticale (19).

### Le cas des migrants

Les migrants font souvent face à des conditions les empêchant d'accéder aux services de prévention, de soin et de traitement du VIH (56). Leurs droits peuvent être violés par des dépistages obligatoires, ou ils peuvent être dans l'impossibilité d'accéder à des services de dépistage volontaire, en partie à cause de la stigmatisation, de la discrimination et de la peur des conséquences (y compris l'expulsion) d'un dépistage VIH positif. Les attitudes des professionnels de la santé, le manque d'informations sur les services et les droits de santé parmi les migrants et les obstacles liés à la culture, à la langue et à la religion empêchent également l'accès aux services (16).

Trente-cinq pays imposent encore des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH (57). Bien qu'il ne soit pas prouvé que de telles restrictions protègent la santé publique ou aident à prévenir la transmission du VIH, elles constituent une discrimination fondée sur le statut VIH et violent les droits des personnes concernées (notamment le droit du migrant à la libre circulation). Les restrictions limitent également le recours au dépistage volontaire du VIH et entravent l'observance du traitement antirétroviral. Par exemple, les mineurs migrants en Afrique australe, y compris les mineurs vivant avec le VIH et la tuberculose multirésistante, ont été expulsés de leur pays de destination et laissés à la frontière de leur pays d'origine sans accès à un traitement ou sans être orientés vers des services de santé locaux (56).

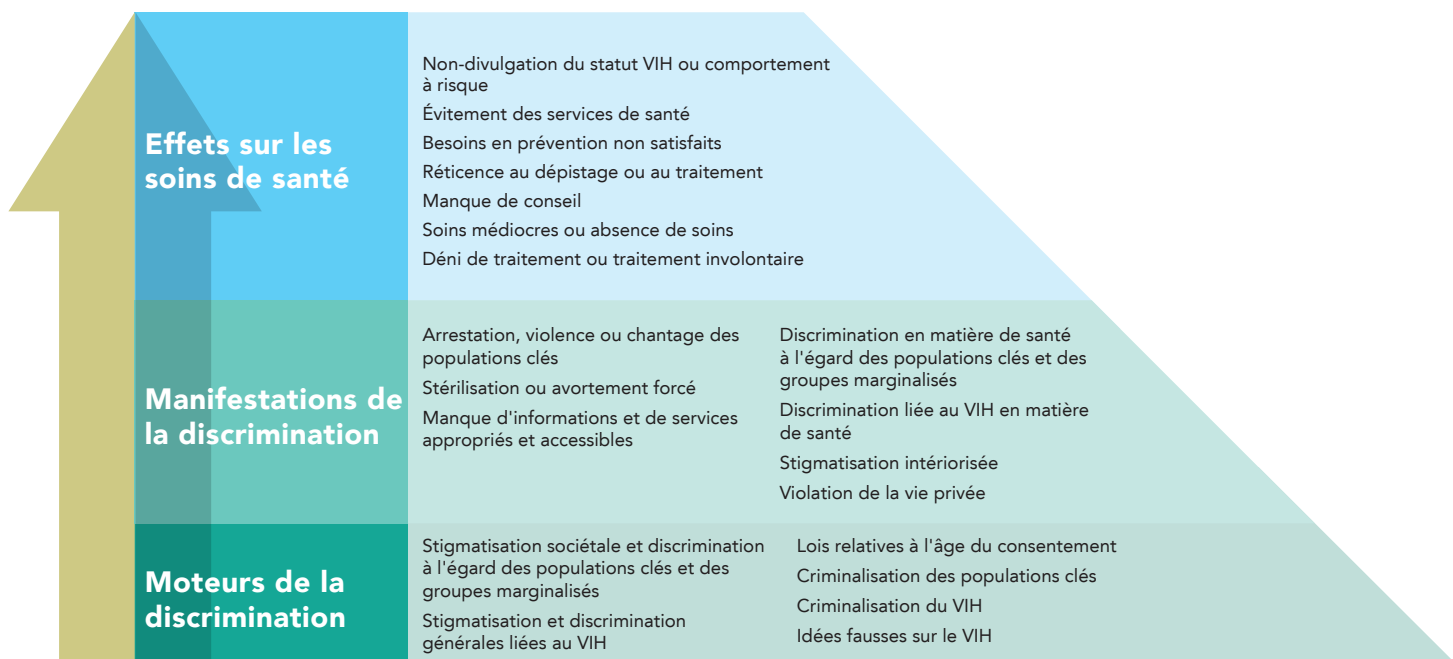
Les migrants ont rarement les mêmes droits que les citoyens à des régimes d'assurance rendant les soins de santé plus abordables et peuvent être confrontés à des restrictions en matière d'accès aux soins de santé universels ou à de grandes difficultés d'accès à des mécanismes de recours en cas de discrimination ou d'abus (56, 58). Dans certains cas, les migrants vivant avec le VIH peuvent être traités comme des criminels, être détenus ou expulsés, et ce traitement crée une stigmatisation et des conséquences financières supplémentaires.

Lorsque les migrants sont sans-papiers, ils peuvent encourir des risques supplémentaires en raison d'un accès substantiellement limité à des services 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. Pour les migrants en Europe, bien que tous les pays de l'Union européenne/Espace économique européen aient ratifié un certain nombre d'instruments internationaux et régionaux de protection des droits de l'homme érigeant l'accès aux soins de santé en droit de l'homme qui devrait être accessible à tous sans discrimination, un grand nombre d'entre eux ne fournissent pas de traitement antirétroviral aux sans-papiers (59).

## Stigmatisation et discrimination :

### Comment elles créent des obstacles à l'accès aux services de santé...

**Figure 15.** Les effets de la stigmatisation et de la discrimination sur l'accès aux soins de santé pour la prévention, le dépistage et le traitement

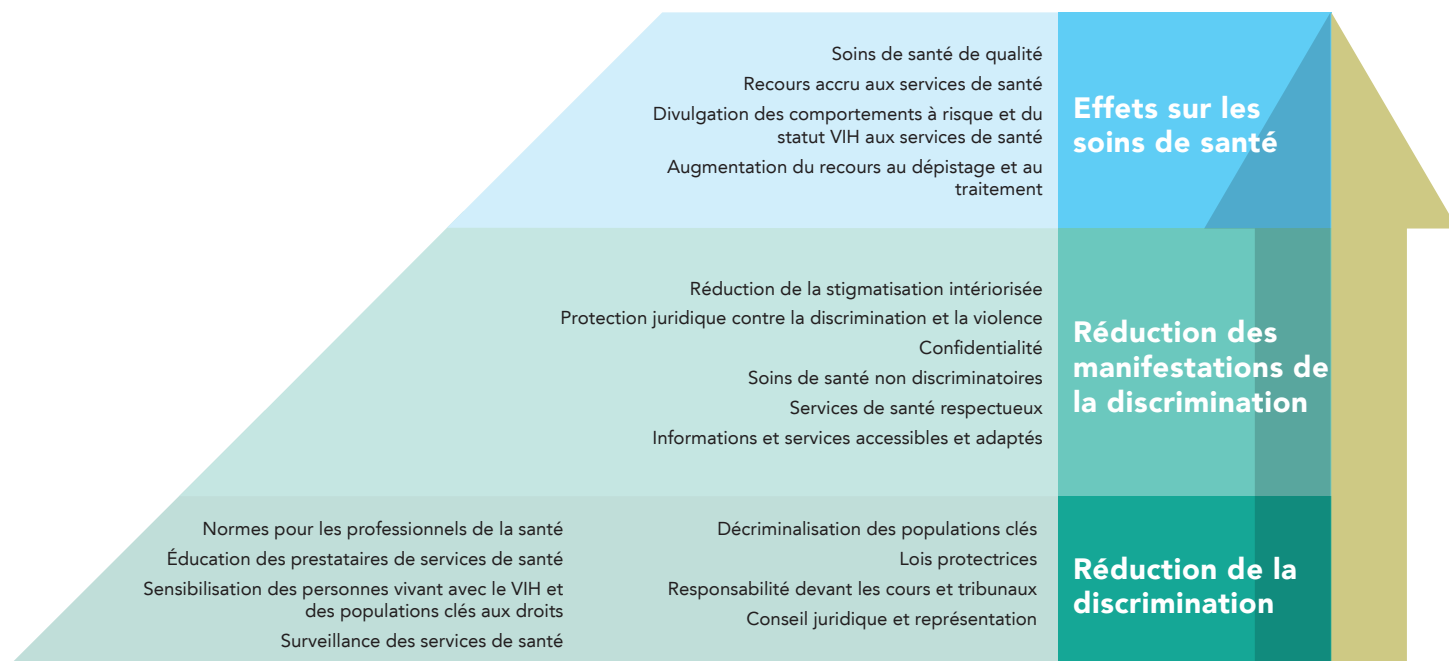


Les lois pénales, les attitudes communautaires, la désinformation, les préjugés et la peur constituent autant de moteurs de la stigmatisation et de manifestations de la discrimination qui affectent l'accès aux soins de santé des personnes vivant avec le VIH et des populations clés.



... et comment la lutte contre la stigmatisation et la discrimination peut permettre de surmonter ces obstacles

**Figure 16.** L'élimination de la stigmatisation et de la discrimination renforce l'accès aux soins de santé pour la prévention, le dépistage et le traitement



Si l'on s'attaque à ces facteurs, en éliminant les lois néfastes, en introduisant des lois protectrices, en éduquant les détenteurs de droits et les fournisseurs de services et en habilitant les communautés à défendre leurs droits, on peut combler le fossé existant entre ceux qui peuvent accéder aux services et ceux qui ne peuvent pas, favorisant ainsi la santé de tous.

# Éliminer la stigmatisation et la discrimination et assurer l'accès à la cascade de services

---

*« Les soins de santé axés sur les personnes renforcent la confiance entre les professionnels de la santé et les bénéficiaires, améliorent les expériences et la santé des bénéficiaires, et augmentent la confiance et l'épanouissement au travail des professionnels de la santé. Les individus reçoivent les bons soins, au bon moment et au bon endroit. »*

Des acteurs internationaux, nationaux, communautaires et individuels du monde entier apportent la preuve que le renforcement de l'accès aux services de santé via la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH est possible et essentiel pour atteindre les objectifs de la Déclaration politique des Nations Unies de 2016 sur la fin du sida. Diverses interventions se sont révélées efficaces, notamment :

- Donner aux individus et aux communautés les moyens de faire face à la discrimination et d'y répondre.
- Former et soutenir les professionnels de la santé afin d'éliminer les attitudes et les comportements discriminatoires personnels et institutionnels.
- Éliminer les lois et politiques discriminatoires.
- Renforcer le cadre juridique et politique de lutte contre la discrimination.
- Veiller à ce que tous les acteurs soient responsables de leurs actions et prennent en charge l'élimination de la discrimination.

Depuis lors, les réseaux et organisations de personnes vivant avec le VIH ont travaillé avec des partenaires locaux, nationaux et internationaux pour renforcer leurs capacités et leur coordination, autonomiser les personnes vivant avec le VIH, sensibiliser les professionnels de la santé et contribuer au développement de lois, politiques et programmes axés sur la réduction de la discrimination et le renforcement de l'accès aux services clés (62).

## **Placer les individus au cœur des services de santé**

### *Services axés sur les personnes*

Les services axés sur les personnes visent à placer l'humain et les communautés plutôt que les maladies au centre des systèmes de santé. Les soins de santé axés sur les personnes renforcent la confiance entre les professionnels de la santé et les bénéficiaires, améliorent les expériences et la santé des bénéficiaires, et augmentent la confiance et l'épanouissement au travail des professionnels de la santé. Une telle approche peut également permettre de renforcer l'accès aux services de santé. De manière générale, les services axés sur les personnes signifient que les individus reçoivent les bons soins, au bon moment et au bon endroit (63).

Dans le contexte de la riposte au VIH, le concept de soins axés sur les personnes signifie que les services de prévention, de dépistage et de traitement sont fournis de manière acceptable, accessible, et qu'ils sont de bonne qualité et adaptés aux besoins des personnes en bénéficiant. Cela implique d'examiner les besoins particuliers et les circonstances des populations clés et d'autres groupes marginalisés, tels que les migrants, les consommateurs de drogues injectables ou les travailleurs du sexe,

qui peuvent ne pas être en mesure d'accéder aux services de santé généraux sur un pied d'égalité avec les autres, et de concevoir des services de santé répondant à leurs besoins et améliorant la couverture de toute la cascade de services.

Les moyens d'assurer des soins de santé axés sur les personnes pour les personnes vivant avec le VIH et les populations clés peuvent inclure :

- Adapter les heures d'ouverture des services aux besoins des clients (par exemple, être ouvert la nuit pour les travailleurs du sexe).
- Mettre en place des services de santé adaptés aux jeunes pour contrebalancer leur exclusion des autres services.
- Intégrer le VIH et les services de santé sexuelle et reproductive afin d'éviter la divulgation d'informations confidentielles.

La lutte contre la discrimination et l'instauration de relations de confiance entre les parties prenantes est un aspect clé des soins axés sur les personnes. La consultation avec les bénéficiaires de soins permettra de s'assurer que leurs besoins sont compris et effectivement satisfaits, et elle améliorera leur engagement global auprès des services de santé.

*« Dans une clinique en Namibie, une approche axée sur les personnes a permis de réduire de 20 % le nombre de décès parmi les patients vivant avec le VIH. »*

La Namibie fournit un bon exemple de services de santé axés sur les personnes. En 2016, la prévalence du VIH parmi les adultes (âgés de 15 à 49 ans) en Namibie était estimée à 13,8 % [12,1-15,1 %]. En 2015, la mortalité infantile du pays était estimée à 33 décès pour 1000 naissances vivantes et le taux de mortalité maternelle à 265 pour 100 000 naissances vivantes. En 2014, environ 17 % des femmes enceintes fréquentant les cliniques prénatales vivaient avec le VIH (64, 65). Pour y remédier, un nouveau modèle a été mis en place au sein de sept établissements de santé. Intégrant les services liés au VIH et de santé sexuelle et reproductive afin d'améliorer le recours aux services liés au VIH, le modèle visait également à réduire les autres infections sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées et à maximiser les opportunités de réponse aux besoins de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec le VIH. Chaque clinique participante a utilisé le modèle suivant : « une infirmière, un patient, une salle ». Il s'agissait d'un changement par rapport à la pratique antérieure consistant à réserver des chambres spécifiques pour les personnes vivant avec le VIH, ce qui compromettait la confidentialité et décourageait de nombreuses personnes d'accéder aux services dont elles avaient besoin.

Une étude opérationnelle portant sur le modèle namibien dans une clinique donnée a montré que les services intégrés renforcent l'accessibilité et la qualité des services de soins prénatals en améliorant la communication prestataire-patient et en réduisant la durée des séjours en clinique et l'attente des patients. Le modèle intégré améliore également la productivité des infirmières et réduit la stigmatisation sans compromettre le recours aux services pour la tuberculose, le VIH, les soins ambulatoires ou prénatals ou la planification de la première visite familiale. Par exemple, le nombre moyen de patients recevant régulièrement des médicaments antirétroviraux a augmenté de 16,3 % avec ce modèle, le nombre moyen de patients ayant arrêté leur traitement antirétroviral a diminué de 7,2 % et le nombre moyen mensuel de patients vivant avec le VIH décédés a diminué de 20 %. (66).

L'Argentine a défini une politique en matière de « services de santé clés pour la population » afin de réduire la stigmatisation et la discrimination envers les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres et les travailleurs du sexe, et afin de renforcer leur accès (et le recours) à des services liés au VIH et autres services de santé. Des organisations et des réseaux de la société civile sont impliqués dans des activités de sensibilisation et dans la conception et la mise en œuvre des services. Vingt-et-un centres de santé clés pour la population ont été établis dans le système de santé publique, avec des équipes interdisciplinaires de professionnels de la santé et de travailleurs sociaux offrant une grande variété de services sanitaires et sociaux (et dans certains cas, des services juridiques ou d'orientation) adaptés aux besoins des populations lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres et intersexuées (LGBTI) et des travailleurs du sexe. Par exemple, des services sont ouverts l'après-midi et le soir pour faciliter l'accès des populations clés (67).

### *Interventions multicouches*

Combiner la réduction de la discrimination à d'autres interventions liées au VIH qui répondent aux besoins spécifiques des individus peut avoir des impacts positifs cumulatifs. Au Pérou, des leaders d'opinion populaires au sein de leur communauté ont été identifiés, recrutés et formés dans 10 quartiers pour apporter un soutien aux populations marginalisées, réduire les comportements sexuels à risque et augmenter le dépistage du VIH. Près de 3050 hommes s'identifiant comme hétérosexuels, hommes s'identifiant comme homosexuels et femmes socialement marginalisées ont été sensibilisés par ces leaders d'opinion, ce qui a permis la baisse des attitudes stigmatisantes parmi les deux groupes d'hommes (aucune différence significative n'ayant toutefois été notée chez les femmes) (68).

Les données regroupées issues de deux essais portant à la fois sur l'observance thérapeutique et l'influence de la stigmatisation indiquent que l'intégration des interventions fondées sur les droits de l'homme a entraîné des améliorations significatives de l'observance (69-71). En Zambie, les participants ont bénéficié d'interventions de groupe ou individuelles visant à accroître le soutien social et la communication entre le patient et le prestataire, et à calmer les craintes concernant les médicaments contre le VIH. Les résultats des essais indiquent que les personnes moins stigmatisées, bénéficiant d'un soutien social accru et communiquant de façon plus satisfaisante avec les professionnels de la santé sont plus enclines à se rendre dans un établissement de santé que celles dont la situation reste inchangée (70).

Au Viet Nam, une intervention comportementale à plusieurs niveaux menée dans une province auprès d'hommes s'injectant des drogues a permis d'augmenter les taux de survie de ceux vivant avec le VIH. Les participants ont bénéficié de l'une des quatre interventions suivantes : une intervention communautaire sur les normes de soins, une intervention visant à réduire la stigmatisation communautaire, une intervention d'orientation individuelle ou des interventions communautaires et individuelles. C'est cette quatrième catégorie a eu le plus grand impact : 87 % des participants étaient encore vivants au mois 24, 84 % de ceux ayant un nombre de cellules CD4 <200/mm<sup>3</sup> et ne bénéficiant pas au départ d'un traitement antirétroviral étaient encore vivants au mois 24, et un grand nombre de participants ont commencé une thérapie antirétrovirale (72).

## **Mobiliser les professionnels de la santé**

### *Renforcement des compétences, diffusion des outils*

Le renforcement des capacités des professionnels de la santé par la formation et l'information constitue un moyen efficace de réduire la stigmatisation, la discrimination et l'exclusion au sein des établissements de santé. Au Chili, par exemple, la formation des prestataires de soins de santé à la législation relative au VIH et l'identification et la documentation des violations des droits ont quintuplé la connaissance de la loi relative au VIH (73).

*« En Afrique du Sud, les étudiants en première année de médecine ayant suivi une formation entre pairs sont 1,5 fois plus susceptibles de faire preuve d'empathie à l'égard des personnes vivant avec le VIH dans les trois à six mois suivant leur formation que leurs homologues qui n'ont pas suivi cette formation. »*

Des données montrent que la formation à la discrimination conduit également à une réduction de la stigmatisation et de la discrimination. En 2017, un examen des données issues de quatre essais randomisés contrôlés sur la formation d'étudiants en santé en Inde, en Lituanie, à Porto Rico et aux États-Unis a montré que suite à la formation, les attitudes des étudiants vis-à-vis des personnes vivant avec le VIH se sont améliorées et la stigmatisation a baissé (74-79).<sup>8</sup> En Afrique du Sud, les étudiants en première année de médecine ayant suivi une formation entre pairs sont 1,5 fois plus susceptibles de faire preuve d'empathie à l'égard des personnes vivant avec le VIH dans les trois à six mois suivant leur formation que leurs homologues qui n'ont pas suivi cette formation (80). En Chine, un programme de formation sur les précautions universelles, la lutte contre la stigmatisation liée au VIH et l'amélioration des soins aux patients a été mis en place dans les hôpitaux pour les médecins, les infirmières et les techniciens de laboratoire. Les individus qui ont bénéficié de cette formation ont davantage réduit leurs attitudes préjudiciables à l'égard des personnes vivant avec le VIH et leurs refus de prendre en charge les patients vivant avec le VIH que ceux n'ayant pas suivi cette formation (81).

### **Mobilisation d'outils globaux**

Il existe un nombre croissant d'outils et de mécanismes prêts à l'emploi qui peuvent être utilisés pour réduire la stigmatisation et la discrimination. Par exemple, un référentiel en ligne d'outils sur la discrimination en matière de santé (disponible sur [www.zeroHIVdiscrimination.com](http://www.zeroHIVdiscrimination.com)) fournit des ressources pratiques pour ceux qui travaillent à l'élimination de la discrimination. HealthWISE est un outil développé conjointement par l'Organisation internationale du travail et l'OMS afin de guider les établissements de santé dans l'amélioration des conditions de santé et de sécurité au travail pour les professionnels de la santé et de la qualité des services de santé (82). L'outil dispose d'un module portant spécialement sur les questions de discrimination, y compris la discrimination et la violence entre les membres du personnel ainsi qu'entre les patients et le personnel (82). Des projets pilotes appliquant cet outil au Sénégal, en Thaïlande et en Tanzanie ont permis d'améliorer les informations et les pratiques sur les conditions de travail et ont renforcé la sensibilisation des professionnels de la santé hospitaliers au VIH et aux pratiques de travail plus sûres (83).

Des outils ont également été développés pour lutter contre la discrimination à l'encontre de groupes spécifiques. Le module de formation « Time Was Come », élaboré conjointement par le Programme des Nations Unies pour le développement et l'OMS, vise à réduire la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transgenres au sein des établissements de santé d'Asie et du Pacifique. Ce module permet aux participants de mieux comprendre les données et éléments d'appréciation relatifs à la prévention et au traitement du VIH chez les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres, et d'utiliser ces données de manière efficace. Le module « Time Has Come » a été adopté dans les programmes nationaux de formation au VIH pour les prestataires de soins de santé au Bhoutan, en Inde, en Indonésie, au Népal, aux Philippines et au Timor-Leste (84).

<sup>8</sup> Une différence moyenne standardisée statistiquement significative de 0,34 (95 %, IC : 0,19 ; 0,48), ce qui indique une amélioration des attitudes à l'égard des personnes vivant avec le VIH et une réduction de la stigmatisation après la formation.

### ***Autonomisation des professionnels de la santé communautaires***

Les professionnels de la santé communautaires sont des professionnels de la santé qui exercent des fonctions liées à la prestation de soins de santé et qui ont été formés d'une manière ou d'une autre dans le contexte de l'intervention. Bien que les définitions varient, ces professionnels n'ont généralement reçu aucune éducation professionnelle, paraprofessionnelle ou tertiaire officielle. Ils sont membres des communautés où ils travaillent et sont responsables, à l'égard de ces communautés, des activités qu'ils mènent, et ils devraient être sélectionnés par les communautés qu'ils servent et être soutenus par le système de santé (85). Par exemple, ils pourraient utiliser de nouvelles technologies sanitaires, des systèmes de soutien, des kits de dépistage rapide du VIH et des protocoles de traitement simplifiés pour améliorer la couverture des interventions de prévention, dépistage et traitement du VIH dans le cadre d'une promotion plus large de la santé et de la fourniture de soins primaires (85).

L'intégration des professionnels de la santé communautaires dans le système de santé pourrait permettre d'étendre la couverture et de réduire les inégalités en matière d'accès aux services de santé essentiels, en particulier dans les zones mal desservies ou pour les populations exclues et vulnérables (86). En Inde, l'intervention d'Asha-Life a montré que l'implication d'un professionnel de la santé laïc connu sous le nom de « Asha » (une villageoise formée au VIH ou un activiste en santé sociale accrédité) a renforcé l'impact de la formation au VIH sur les femmes rurales vivant avec le VIH. La formation comprenait des mécanismes d'adaptation et de réduction de la stigmatisation, et certaines femmes ont reçu le soutien hebdomadaire d'un Asha une fois la formation terminée. L'Asha a facilité le suivi des obstacles à l'observance du traitement antirétroviral et a aidé à atténuer les obstacles auxquels les participants étaient confrontés eu égard à l'accès aux soins ou au traitement prescrit. Cela s'est traduit par un accompagnement des femmes à l'hôpital de district ou au psychologue, ou par la fourniture de conseils sur les stratégies d'adaptation permettant de faire face aux violations des droits (telles que la discrimination). Six mois après le début des séances de formation, les femmes à qui un Asha avait été désigné ont fait part d'une baisse considérable de la stigmatisation intériorisée et de leur désir de fuir les services de santé par rapport à celles n'ayant pas bénéficié de la formation. Elles ont également montré des améliorations significatives de l'observance thérapeutique, des niveaux de CD4 et d'autres paramètres de santé, et leurs symptômes de dépression se sont atténués (87).

### ***« Les travailleurs du sexe du Kenya savent ce qui est le mieux pour le mouvement des travailleurs du sexe kenyan » : un soutien intersectoriel en cas de problèmes intersectoriels***

Au Kenya, le Bar Hostess Empowerment and Support Programme (BHESP, programme d'autonomisation et de soutien des hôtesse) a commencé sous la forme d'un groupe de travailleurs du sexe et d'hôtesse travaillant ensemble contre le VIH, la violence et l'exploitation. L'organisation de la société civile s'est développée pour fournir un large éventail de services protégeant et autonomisant les travailleurs du sexe.

Le BHESP est ancré dans la communauté des travailleurs du sexe et s'engage avec la communauté au sens large, enrôlant les travailleurs du sexe eux-mêmes afin de protéger, prendre soin et défendre leurs pairs. À cette fin, voici quelques activités du BHESP :

- Mettre en place 42 groupes de travailleurs du sexe, former des leaders de groupe à la mission de pairs éducateurs et aider les participants à accéder aux services de santé par leurs propres moyens.
- Mettre en place des centres d'accueil et placer des pairs éducateurs dans les hôpitaux pour faciliter les renvois.
- Diriger un programme de soins à domicile pour les personnes atteintes de maladies liées au sida.
- Engager des discussions avec les directeurs de cliniques et les responsables de la santé au nom des travailleurs du sexe.
- Offrir une formation de sensibilisation aux prestataires de soins de santé.
- Créer deux centres de bien-être offrant des services gratuits aux travailleurs du sexe, y compris le dépistage et le traitement d'infections sexuellement transmissibles, le dépistage du cancer du col de l'utérus et la planification familiale.

Grâce à ces interventions sanitaires, le BHESP touche environ 8000 travailleurs du sexe à Nairobi et 2000 autres dans les zones entourant la capitale.

Le BHESP fournit également un certain nombre d'autres services aux travailleurs du sexe kenyans qui complètent ses interventions de santé et tâchent de supprimer les obstacles systémiques qui affectent leur santé et sécurité, y compris la discrimination, les violences, les arrestations arbitraires et les questions juridiques. Ces services sont les suivants :

- Surveiller la recherche médicale pour s'assurer que les droits des travailleurs du sexe ne sont pas violés et qu'ils ne sont pas exposés à des risques.
- Participer à des recherches qui documentent la violence à l'encontre des travailleurs du sexe.
- Offrir un programme d'aide juridique regroupant des travailleurs du sexe pairs éducateurs qui sont formés au métier d'assistant juridique afin d'apporter un soutien, de donner des conseils et de procéder à des paiements de caution 24 heures sur 24.
- Mettre en place des cliniques juridiques trimestrielles où les travailleurs du sexe peuvent recevoir des conseils d'avocats.
- Avoir recours à la loi pour demander des comptes à la police en cas de faute et aider les travailleurs du sexe à contester les accusations dont ils font l'objet et à engager des poursuites contre la police.
- Établir des liens avec les forces de l'ordre pour prévenir la violence et le harcèlement, et organiser des forums rassemblant la police et les travailleurs du sexe afin de favoriser une compréhension mutuelle et d'identifier les moyens de réduire les abus.
- Aider les travailleurs du sexe à faire appel aux tribunaux pour prendre des mesures contre les individus portant atteinte à leurs droits (par exemple, lorsqu'on leur retire la garde de leurs enfants ou lorsqu'ils sont victimes de violences physiques ou d'extorsion).
- Défendre des politiques et programmes nationaux liés au commerce du sexe, y compris la hiérarchisation des programmes pour les travailleurs du sexe dans le cadre de la riposte nationale au sida.
- Travailler avec les médias pour sensibiliser aux droits des travailleurs du sexe et réduire la discrimination, et organiser des manifestations sur des questions telles que l'inaction de la police en matière de violence contre les travailleurs du sexe (88).



Aux États-Unis, des professionnels de la santé communautaires ont animé des séances interactives en groupe, en anglais et en espagnol, à l'intention des hispanophones mal desservis dans trois communautés du sud-ouest (89). Les professionnels de la santé communautaires vivaient eux-mêmes avec le VIH ou étaient affectés par le VIH, et les séances ont mis l'accent sur les valeurs culturelles positives et les atouts communautaires dans le cadre des efforts visant à réduire la stigmatisation et à induire des changements comportementaux. Les résultats ont été positifs : les scores évaluant la stigmatisation liée au VIH parmi les participants ont diminué significativement, et les connaissances liées au VIH, la volonté de discuter du VIH avec les partenaires sexuels et la perception du risque d'infection à VIH ont augmenté (89).

La mise en œuvre d'un programme conjoint entre le gouvernement thaïlandais et huit organisations non gouvernementales basées en Thaïlande pour la gestion de l'accueil des migrants du Cambodge et du Myanmar a permis de former des migrants aux postes d'aides-soignants pour leurs pairs. Ces aides-soignants diffusent des informations, des supports éducatifs et de communication et des préservatifs au sein des communautés de migrants et sur les lieux de travail. La participation de ces volontaires a aidé à surmonter certains des obstacles à l'accès aux services de santé parmi les travailleurs migrants et les a aidés à prendre conscience de leurs droits. Le programme a également mis en place des services de santé adaptés aux migrants dans des établissements de santé publics fournissant un diagnostic et un traitement contre les infections sexuellement transmissibles ainsi que des conseils et des dépistages volontaires du VIH (90).

### **Créer un environnement juridique propice à l'accès aux soins de santé**

La réforme ou la suppression des lois discriminatoires et punitives et l'application de normes juridiques protectrices responsabilisent les individus et les communautés en créant un environnement où les individus ont le sentiment de pouvoir accéder aux services de santé en toute sécurité, dignité et égalité. Cela renforce également les mécanismes et les institutions en augmentant l'accès aux services liés au VIH, aux soins de santé et à d'autres services sociaux.

#### *Décriminalisation du commerce du sexe*

En 2015, un modèle de mesure de l'impact de la décriminalisation du commerce du sexe a montré que la décriminalisation pourrait éviter entre 33 et 46 % des infections à VIH sur les dix prochaines années par « effets combinés sur la violence, le harcèlement policier, les environnements de travail plus sûrs et les voies de transmission du VIH » (91). Une récente étude menée dans 27 pays européens est arrivée à la conclusion que les pays qui ont légalisé certains aspects du commerce du sexe présentent une prévalence du VIH significativement plus faible chez les travailleurs du sexe que les pays qui criminalisent tous les aspects du commerce du sexe (92).

En 2003, la Nouvelle-Zélande a décriminalisé le commerce du sexe et a établi un cadre juridique visant à préserver les droits de l'homme des travailleurs du sexe, à les protéger de l'exploitation, à promouvoir leur bien-être et leur santé et sécurité au travail, et à contribuer à la santé publique. En même temps, le cadre n'encourageait pas et ne sanctionnait pas moralement le commerce du sexe mais interdisait aux personnes âgées de moins de 18 ans d'y prendre part (93). Un examen mené en 2008 par le gouvernement néo-zélandais a révélé que les travailleurs du sexe avaient un meilleur accès aux informations en matière de santé qu'avant la décriminalisation, et qu'ils étaient plus à même d'exiger des rapports sexuels protégés. Les taux de VIH étaient négligeables avant la décriminalisation et le sont restés, et le nombre de travailleurs du sexe dans le pays n'a pas augmenté (93).



### *Décriminalisation des rapports sexuels entre personnes de même sexe*

Lorsque les relations et les rapports sexuels entre personnes de même sexe ne sont pas punissables par la loi, les hommes homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les personnes transgenres sont plus enclins à recevoir les soins de santé et autres services dont ils ont besoin. Cela a été prouvé dès 1985 lorsqu'une étude australienne qui comparait les hommes homosexuels dans différentes juridictions a constaté que ceux qui vivaient là où les pratiques sexuelles entre personnes de même sexe étaient décriminalisées signalaient une amélioration de l'adaptation psychologique et une réduction de l'incidence des infections sexuellement transmissibles (94).

En 2009, la Haute Cour de Delhi a annulé les lois criminalisant les rapports sexuels entre personnes de même sexe au motif que ces lois violaient la Constitution indienne qui garantit l'égalité de tous les citoyens indiens et le droit de vivre dans la dignité (95-97).<sup>9</sup> Une étude de 2013 a révélé que cette décision avait permis une meilleure acceptation de soi et une confiance en soi accrue chez les hommes homosexuels, les autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les hijras, les kothis et les travailleurs de proximité (95).<sup>10</sup> Elle a également contribué à réduire le harcèlement par les acteurs étatiques et à renforcer l'acceptation sociétale et familiale.

### *Décriminalisation de la consommation de drogues*

Dans les pays qui ont mis en place une décriminalisation complète ou partielle de la consommation de drogues, il y a eu des impacts tangibles sur la toxicomanie, les décès liés à la drogue et la transmission du VIH. La République tchèque, par exemple, affiche l'un des taux de VIH les plus bas parmi les consommateurs de drogues injectables, ce qui a contribué à la décriminalisation de la possession et de la consommation de petites quantités de drogues, conjuguée à de sérieux efforts de réduction des risques (98).

Au Portugal, l'assouplissement important de la législation antidrogue en 2000 et l'intensification de la réduction des risques ont entraîné des baisses du taux de criminalité liée à la consommation de drogues, à l'usage problématique de drogues et aux méfaits liés aux drogues (99, 100). S'en est également suivie une augmentation du nombre de personnes inscrites à des programmes de traitement de la toxicomanie (99, 100). Suite à ces changements, les nouveaux cas annuels d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogues sont passés de 1575 en 2000 à 78 en 2013 et le nombre de nouveaux cas de sida parmi les consommateurs de drogues est passé de 626 à 74 durant la même période, preuve de l'amélioration des cascades de prévention, de dépistage et de traitement (101). Le Portugal n'a pas connu d'augmentation de la consommation régulière de drogues depuis le changement de la loi, la consommation de drogues chez certaines populations ayant même diminué (102, 103).

### *Suppression ou adaptation des lois relatives au consentement parental*

Il existe un large consensus sur le fait que les lois relatives au consentement parental limitent l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et aux services liés au VIH des adolescents et des jeunes, et que la suppression de ces lois permettra de renforcer leur accès. Une étude menée aux États-Unis a révélé une augmentation substantielle du recours aux services de conseil et de dépistage du VIH après la modification de la loi de l'État du New Jersey visant

<sup>9</sup> Cette décision a été infirmée par la Cour suprême en 2013. En 2015, la Cour a accepté de réexaminer la décision (96).

<sup>10</sup> Les hijras sont « physiquement des hommes ou des personnes intersexuées qui sont considérés comme appartenant au « troisième sexe ». » Les kothis sont des « hommes manifestement efféminés qui participent principalement, sinon uniquement, à des rapports oraux réceptifs/anaux réceptifs avec des hommes » (95).

à supprimer le consentement parental pour le dépistage du VIH (104). De même, le Lesotho, l'Afrique du Sud et l'Ouganda ont tous abaissé l'âge du consentement pour des services de conseil et de dépistage du VIH à 12 ans (105). Des recherches supplémentaires sont nécessaires afin d'étudier l'effet de ces mesures sur le recours aux services de conseil et dépistage.

### *Introduction d'une législation protectrice*

L'élimination ou l'absence de lois et de politiques clairement discriminatoires à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque d'infection à VIH ne suffit pas à mettre fin à la stigmatisation et à la discrimination. Protéger activement les droits des populations marginalisées est essentiel afin d'atténuer la stigmatisation et la discrimination sociétales. Ces lois incluent les mesures suivantes :

- Interdire la discrimination fondée sur le statut VIH, l'orientation sexuelle et l'identité de genre dans les établissements de santé et ailleurs.
- Créer des systèmes pour traiter et enquêter sur les plaintes de discrimination.
- Protéger la confidentialité des renseignements personnels et le droit de consentir au traitement.

De telles mesures contribuent à créer un environnement propice où les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés sont réellement capables et se sentent habilités à accéder aux services et au soutien dont ils ont besoin.

La loi argentine de 2012 sur l'identité de genre, par exemple, a eu un impact positif sur la qualité de vie des personnes transgenres en Argentine, notamment en améliorant leur accès à l'éducation, au travail et aux services de santé (106, 107). La loi permet aux personnes de changer leur nom et leur sexe sur leurs documents d'identité par une simple procédure administrative. Elle garantit également l'accès à des soins de santé complets, y compris des traitements hormonaux et chirurgicaux, basés uniquement sur le consentement éclairé de la personne (sans aucune autre exigence judiciaire, médicale ou administrative). Une étude réalisée en 2014 a montré que la loi permettait aux personnes transgenres d'accéder plus facilement et plus tôt aux services de santé, notamment au dépistage et au traitement du VIH. Cela a également entraîné une réduction significative de la stigmatisation et de la discrimination dans les établissements de santé : seuls trois participants sur dix ont fait part d'une discrimination fondée sur leur identité de genre après l'adoption de la loi (huit sur dix avant l'adoption de la loi). Les personnes interrogées ont noté que l'adoption de la loi a engendré une autonomisation collective et individuelle qui s'oppose à la discrimination (106, 107).

D'autres juridictions ont mis en place des mesures similaires. En 2003, la décriminalisation du commerce du sexe en Nouvelle-Zélande a fourni des protections en matière d'emploi, de santé, de sécurité et de droits de l'homme aux travailleurs du sexe (93). De même, le ministère cambodgien du Travail et de la Formation professionnelle a publié en 2014 des règlements sur les droits des travailleurs du spectacle. En effet, bon nombre de ces travailleurs sont employés de manière informelle et leurs employeurs et clients attendent d'eux qu'ils leur fournissent des services sexuels (108). Leurs droits au travail incluent désormais l'accès à l'information et aux services de santé, les droits aux congés de maladie et la protection contre la violence et le harcèlement (109). Les inspecteurs du travail ont reçu une formation à la sécurité au travail, aux droits du travail, à la prévention du VIH et à la réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'encontre des travailleurs du spectacle vivant avec le VIH (110).

*« Une étude sur l'introduction de lois protectrices pour les personnes transgenres en Argentine a révélé que les actes de discrimination en matière de santé basés sur l'identité de genre ont diminué de moitié après l'entrée en vigueur de la loi. »*

De nombreux pays ont promulgué des lois qui protègent spécifiquement les droits des personnes vivant avec le VIH (111). En 2017, le Parlement indien a adopté le projet de loi sur le VIH et le sida (prévention et contrôle), qui fournit explicitement aux personnes vivant avec le VIH ou affectées par le VIH un accès égal à l'éducation, au logement et à l'emploi. Il protège également les droits de propriété et exige un consentement éclairé pour le dépistage du VIH, le traitement et la divulgation du statut sérologique. La législation comprend un processus national de traitement des plaintes liées au VIH, via un médiateur dans chaque État qui a le pouvoir de donner des ordres relatifs à de telles plaintes et à la prestation de services de santé, et d'imposer des amendes et/ou des peines d'emprisonnement (112, 113). Cela fait suite à une décision rendue en 2016 par la Cour suprême de l'Inde selon laquelle les personnes transgenres ont le droit de s'identifier comme hommes, femmes ou appartenant à un troisième sexe, et le gouvernement indien a l'obligation de garantir leurs droits fondamentaux sans discrimination (96).

### **Renforcer la responsabilité de fournir des soins de santé sans discrimination**

Tous les prestataires de soins de santé ont le devoir de prodiguer des soins aux patients. Ils ont également l'obligation légale et morale de prendre toutes les précautions d'usage lorsqu'ils exécutent des actes susceptibles de causer un préjudice à autrui. Les principes éthiques fondamentaux au cœur des soins cliniques sont les suivants : la non-malfaisance (ne pas nuire), la bienfaisance (faire du bien) et la confiance. Les praticiens de santé doivent également veiller à ce que les patients reçoivent des informations adéquates concernant leur état de santé et les interventions envisagées, consentent de leur plein gré aux traitements et procédures et soient en mesure de comprendre les avantages et risques potentiels des soins qu'ils reçoivent (114). Ce devoir s'applique à toutes les personnes sans discrimination.

Idéalement, ce devoir de vigilance est renforcé par les lois, les politiques et les normes professionnelles nationales. Certains pays adoptent une législation spécifique tandis que d'autres se dotent de politiques ou déclarations élaborées par des organismes professionnels nationaux et/ou internationaux. D'autres encore possèdent des normes ou des précédents élaborés par les tribunaux au fil du temps. Ces normes devraient imposer aux professionnels de la santé de fournir le même niveau de soins et de traitement à toutes les personnes sans discrimination, offrant ainsi un niveau de protection et de traitement garanti aux patients. Des sanctions pour violations doivent être prévues, et la responsabilité des contrevenants doit être engagée.

Au Viet Nam, le décret de 2013 sur les sanctions en cas de violations administratives des lois médicales est fondé sur la loi de 2006 sur la prévention et le contrôle du VIH/sida qui interdisait de nombreuses formes de discrimination liée au VIH. Le décret prévoit une série d'amendes et de mesures correctives pour les actes de discrimination liée au VIH qui comprennent (entre autres) ce qui suit :

- Divulguer le statut VIH ou d'autres informations personnelles sans consentement.
- Diffuser des photos de personnes vivant avec le VIH ou de leurs familles.
- Ne pas diffuser des informations liées au VIH ou ne pas fournir des dépistages et des conseils.
- Entraver le droit d'accéder aux services liés au VIH.
- Effectuer un dépistage VIH forcé.
- Omettre de fournir un traitement aux personnes pouvant en bénéficier (115).

En 2014, la Cour suprême de Namibie a conclu que le gouvernement namibien avait manqué à son devoir de vigilance envers trois femmes vivant avec le VIH qui avaient été stérilisées de force dans un hôpital public. Selon le tribunal, l'obligation de vigilance comprenait l'obligation de veiller à ce que tout traitement médical soit effectué avec le consentement éclairé du patient (116). Dans le cas de ces trois femmes, le consentement n'avait pas été obtenu. La décision du tribunal imposait au gouvernement de prendre des mesures visant à éliminer la pratique de la stérilisation forcée dans le pays (116).

### ***Le droit à la santé : les mécanismes mondiaux***

Le droit à la santé, comme tous les engagements internationaux relatifs aux droits de l'homme, exige un suivi multisectoriel afin de garantir la responsabilité et la conformité. À cette fin, une structure rigoureuse est en place au niveau mondial. Elle procède à des expertises de pays par le biais d'organes conventionnels, de procédures spéciales telles que des groupes de travail et des rapporteurs, d'examen collégiaux via le Conseil des droits de l'homme et l'Examen périodique universel (UPR) et de mécanismes de plaintes individuelles. Les organisations et les individus ont utilisé ces mécanismes de diverses manières afin de prouver qu'un pays ne remplit pas ses obligations en vertu du droit à la santé et afin d'obtenir des recommandations d'experts et d'autres États permettant de remédier à ces manquements, notamment en matière de discrimination, de santé et de VIH. Bien que ces recommandations ne soient pas contraignantes, elles peuvent être utilisées pour garantir la responsabilité politique, contribuer à la réforme législative, influencer la politique et guider les normes professionnelles (y compris pour les soins de santé).

En 2016, le Comité des droits de l'homme a examiné la mise en œuvre par le Costa Rica de ses obligations au titre du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. Tout en saluant les efforts déployés par le pays afin de lutter contre la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, il a également déclaré qu'il craignait que certaines populations clés et vulnérables (personnes privées de liberté, personnes LGBTI et migrants en situation irrégulière) « fassent l'objet de discrimination et aient des difficultés à trouver un emploi et à accéder aux services de santé et aux traitements médicaux » (117). Le Comité des droits de l'homme a recommandé au Costa Rica d'adopter des mesures spécifiques de sensibilisation au VIH afin de lutter contre les préjugés et les stéréotypes et afin de garantir aux personnes vivant avec le VIH un accès égal aux soins de santé et aux traitements médicaux.

Les organes conventionnels chargés des droits de l'homme peuvent également recevoir des plaintes individuelles de personnes se déclarant victimes de violations des droits de l'homme. L'organe conventionnel compétent formulera ensuite des conclusions et des recommandations à l'intention de l'État partie concerné.<sup>11</sup> En 1994, le Comité des droits de l'homme a estimé qu'une loi criminalisant l'homosexualité en Tasmanie, Australie, constituait une atteinte à la vie privée et une discrimination fondée sur l'orientation sexuelle en vertu du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. L'affaire a conduit à l'abrogation en 1997 des lois de Tasmanie interdisant l'homosexualité (121).

*« En 2014, un examen a révélé que 48 % des recommandations de l'EPU avaient été entièrement ou partiellement mises en œuvre dans les deux ans et demi suivant l'examen initial. »*

### *L'examen périodique universel : un processus d'évaluation par les pairs des droits de l'homme*

L'EPU a été créé en 2006. C'est un processus unique où la situation des droits de l'homme de chaque pays est examinée par le Conseil des droits de l'homme et tous autres États membres des Nations Unies intéressés. Il encourage entre autres les pays à défendre les droits des personnes vivant avec le VIH et des personnes à risque d'infection (118). Par exemple, la Roumanie a accepté une recommandation visant à « sanctionner efficacement la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, à interdire le dépistage obligatoire du VIH comme préalable à l'embauche et à garantir que les personnes vivant avec le VIH ne sont pas arbitrairement empêchées de travailler ou de fréquenter des établissements d'enseignement professionnel » (119).

De même, le Malawi a accepté une recommandation visant à « garantir que les personnes appartenant aux communautés lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées aient un accès effectif aux services de santé, y compris au traitement du VIH/sida » (119).

En 2014, un examen a révélé que 48 % des recommandations de l'EPU avaient été entièrement ou partiellement mises en œuvre dans les deux ans et demi suivant l'examen initial (120). Cela indique que le processus de l'EPU est un outil puissant pour assurer le respect du droit à la santé.

Des mécanismes de droits de l'homme existent également au niveau régional. En 2006, la Cour européenne des droits de l'homme a statué en faveur d'un homme vivant avec le VIH qui avait été arrêté à Moscou pour trafic de drogue. Au moment de son arrestation, l'accusé souffrait d'une maladie mentale et de plusieurs maladies chroniques. Il a affirmé ne pas avoir reçu de traitement médical adéquat dans la maison d'arrêt, et a indiqué que les conditions de sa détention avaient été inhumaines et dégradantes. La Cour a jugé que le fait de ne pas fournir d'assistance médicale en temps opportun au détenu (et le fait de ne pas procéder à un examen médical indépendant) constituait un traitement dégradant. La Cour européenne des droits de l'homme a octroyé au requérant 12 000 € au titre de dommages-intérêts et 105 000 RUB (environ 3133 € à l'époque) au titre de frais et dépens (122). Contrairement aux organes conventionnels de l'ONU, les décisions de la Cour européenne des droits de l'homme ont l'avantage d'être exécutoires au niveau national. Plus récemment, la Cour a constaté des violations du droit à la vie privée et à la non-discrimination dans les cas suivants : divulgation par le personnel médical du statut VIH d'un patient à des journaux nationaux, soumission des migrants à des dépistages obligatoires et refus d'accorder des visas et des permis de séjour à des personnes vivant avec le VIH (123–125).

<sup>11</sup> Les organes conventionnels habilités à examiner les plaintes individuelles sont les suivants : le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, le Comité des Nations Unies contre la torture, le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination raciale, le Comité des Nations Unies pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité des Nations Unies pour les travailleurs migrants, le Comité des Nations Unies pour les droits des personnes handicapées, le Comité des Nations Unies pour les droits de l'enfant, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies et le Comité des Nations Unies sur les disparitions forcées.

*« En 2006, la Haute Cour d'Afrique du Sud a estimé que le gouvernement sud-africain n'avait pas pris de mesures suffisantes pour assurer l'accès aux traitements antirétroviraux des prisonniers vivant avec le VIH, et lui a ordonné de traiter immédiatement les détenus. »*

En dehors du système international des droits de l'homme, le système mondial de suivi du sida de l'ONUSIDA mesure les progrès accomplis par rapport aux engagements internationaux et aux objectifs énoncés dans les déclarations de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la riposte mondiale au sida. Les États membres des Nations Unies utilisent une série d'indicateurs qui mesurent l'état de l'épidémie, la couverture des services, les niveaux de stigmatisation et de discrimination, la portée des activités de lutte contre la discrimination, l'ampleur de la participation du public à la riposte nationale au sida, et la disponibilité de mécanismes de responsabilisation et les obstacles à leur accès (126).

### **Responsabilité judiciaire et administrative**

Lorsque des lois et des politiques protectrices sont en place, les groupes et les individus peuvent utiliser le système judiciaire pour s'assurer que leurs droits légaux sont respectés, mis en œuvre et appliqués. Selon les lois ou le cadre juridique, il est possible de faire appel aux cours et tribunaux afin de contester les décisions et les mesures des organismes et organisations publics (notamment la police, les hôpitaux, les écoles ou les conseils de santé) ou des individus.

Par exemple, la Treatment Action Campaign (TAC), une coalition d'organisations non gouvernementales sud-africaines qui militent pour un accès équitable et abordable au traitement anti-VIH, a déposé en 2001 un recours juridique contre le ministère sud-africain de la Santé. Ce recours visait à inverser la réticence du gouvernement à étendre la fourniture de la névirapine, un médicament qui s'est avéré efficace dans la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. À l'époque, les femmes vivant avec le VIH en Afrique du Sud ne pouvaient recevoir de la névirapine que si elles pouvaient se payer des soins de santé privés ou accéder aux rares sites où elle était disponible (127). La Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud s'est prononcée en faveur du TAC, estimant que le gouvernement n'avait pas respecté ses obligations constitutionnelles et que sa politique discriminait les personnes défavorisées qui ne pouvaient pas se payer des services de santé. Le gouvernement a été tenu d'élargir l'accès à la névirapine, ce qu'il a fait. Il a également élaboré une politique nationale fondée sur les droits en matière de prévention de la transmission mère-enfant (128). En 2006, la Haute Cour d'Afrique du Sud a également estimé que le gouvernement sud-africain et d'autres n'avaient pas pris de mesures suffisantes pour assurer l'accès aux traitements antirétroviraux des prisonniers vivant avec le VIH, et leur a ordonné de traiter immédiatement tous les détenus respectant le critère du Département national de la santé pour les besoins de traitement (129).

Les gouvernements peuvent également être tenus responsables devant les tribunaux de ne pas avoir empêché les violations de droits tels que le refus des prestataires de soins de santé de fournir des soins ou l'abus ou la discrimination en matière de santé. Au Kenya, le Centre pour les droits reproductifs a déclaré devant les tribunaux que le ministère kenyan de la Santé était responsable de la discrimination et des abus subis par les femmes dans les maternités publiques. En 2015, la Haute Cour du Kenya a ordonné au ministère de la Santé de mettre fin à cette discrimination et de dédommager financièrement deux femmes illégalement détenues et soumises à des violences physiques, mentales et verbales dans une maternité parce qu'elles ne pouvaient pas payer leurs frais hospitaliers. La Haute Cour a noté que les femmes avaient été victimes de nombreuses violations des droits de l'homme, y compris le droit à la liberté et à la dignité, et qu'elles avaient été victimes de discrimination fondée sur le statut socioéconomique et le sexe (130).

### ***Le rôle des institutions nationales de défense des droits de l'homme***

Les institutions nationales de défense des droits de l'homme, à savoir des organismes nationaux indépendants ou des mécanismes assurant la promotion et la protection des droits de l'homme, peuvent conseiller les gouvernements sur la mise en œuvre des obligations internationales en matière de droits de l'homme, recommander des réformes législatives, mener des enquêtes sur les violations des droits de l'homme, traiter les plaintes et sensibiliser le public aux droits qu'il possède.

En Argentine, l'Institut national contre la discrimination, le racisme et la xénophobie (INADI) recueille des données sur les cas de discrimination fondée sur le statut VIH, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, le statut socioéconomique, la couleur de peau et d'autres caractéristiques (131). L'INADI produit ensuite une carte de discrimination qui oriente les activités menées afin d'éliminer la discrimination (131).

Au Ghana, la Commission des droits de l'homme et de la justice administrative utilise un mécanisme de notification multiplateforme. Les individus peuvent signaler les violations de leurs droits de l'homme, y compris la discrimination, par SMS, sur un site web prévu à cet effet ou en personne, tout en restant anonymes (132). Les rapports font ensuite l'objet d'un processus de médiation, d'enquête et d'arbitrage avec le soutien d'organisations de défense des droits de l'homme et de représentants légaux, souvent à titre bénévole (133).

Des pouvoirs similaires de surveillance et d'enquête peuvent être exercés par d'autres unités ou organisations nationales telles que des médiateurs, des commissions et des commissaires. Au Pérou, le Bureau du défenseur du peuple (médiateur) a publié en 2016 un rapport sur les violations des droits des personnes LGBTI qui préconisait de procéder à un certain nombre de changements législatifs, en particulier concernant le VIH et la discrimination (134).

### ***Garantir l'accès à la justice et la force exécutoire de ses décisions***

Il existe souvent des obstacles importants à l'accès aux systèmes judiciaires et des droits de l'homme. Les poursuites judiciaires peuvent être coûteuses, chronophages, inaccessibles et surtout publiques, ce qui peut dissuader les personnes qui craignent la stigmatisation et la discrimination pouvant découler de la divulgation du statut VIH ou d'un comportement à risque, comme le fait de s'adonner au commerce du sexe. La loi peut également être complexe aux niveaux local et international, les juges et le personnel chargé de l'application des lois peuvent eux-mêmes avoir des préjugés, les personnes peuvent ne pas connaître leurs droits et la représentation juridique est souvent indisponible ou inabordable (135). Pour les personnes vivant avec le VIH et leurs défenseurs, il existe un certain nombre de préoccupations majeures concernant l'accès à la justice et à un arbitrage efficace. Comme des procédures judiciaires qui ne respectent pas la confidentialité, un système judiciaire qui a une connaissance limitée du VIH et des problèmes juridiques liés au VIH, et le manque de sensibilité des tribunaux face aux personnes vivant avec le VIH (135).



Ces préoccupations ont incité le Kenya à établir le seul organe statutaire spécifique au VIH au monde : le Tribunal du VIH et du sida. Créé en vertu de l'article 25 de la loi kenyane de 2006 sur la prévention et la lutte contre le VIH, le Tribunal a pour mission de statuer sur des cas de violation des droits de l'homme liés au VIH. Bien que des recherches limitées aient été effectuées pour évaluer son efficacité, il semble que le Tribunal s'acquitte désormais de cette mission en éliminant les obstacles à l'accès à la justice et en garantissant des décisions rapides et l'application réfléchie de la loi (135).

Dans plusieurs pays, les conseils consultatifs communautaires ont donné aux individus davantage de possibilités de communiquer des griefs et de demander réparation. Au Swaziland, les personnes peuvent signaler les violations des droits de l'homme liées à l'accès à la santé au moyen d'une ligne téléphonique gratuite et de boîtes à suggestions placées dans les établissements de santé. Les rapports sont soumis au ministère de la Santé pour aider à améliorer l'accès à la santé (136). Au Kazakhstan et en Ukraine, les personnes victimes de discrimination peuvent rencontrer les autorités sanitaires et participer de manière significative via des conseils consultatifs communautaires (137).

Au Népal, une boîte à outils permettant aux femmes affectées par le VIH de protéger leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive a été développée pour les réseaux, les organisations communautaires, les organisations non gouvernementales et les organisations internationales travaillant avec des femmes affectées par le VIH. La boîte à outils fournit des informations sur les droits individuels, les moyens d'accès à la justice en cas de violation des droits et les méthodes de mobilisation des communautés afin d'engager les prestataires de soins de santé et d'améliorer la transparence et la responsabilité (138).

Les organisations nationales et régionales de défense des droits de l'homme sont également impliquées dans la sensibilisation aux droits. La Commission nationale des droits de l'homme au Mexique a produit des supports éducatifs sur le VIH, les droits de l'homme et la discrimination (139). En Asie du Sud, une coalition composée d'organisations communautaires, de partenaires des Nations Unies et du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (Fonds mondial) a récemment publié un document de plaidoyer pour les militants et les communautés LGBTI. Ce document fournit des instructions sur la façon de signaler les violations des droits de l'homme dont sont victimes les personnes LGBTI aux institutions nationales de défense des droits de l'homme de la région (140).

Une représentation juridique accessible et abordable est essentielle pour accéder aux systèmes judiciaires. Les programmes d'accès légal qui combinent services de santé et aide juridique se sont révélés particulièrement efficaces. Au Kenya, plusieurs organisations non gouvernementales ont intégré des services juridiques dans les soins de santé. Par exemple, placer un assistant juridique ou autre fournisseur de services juridiques dans un centre de santé ou former des prestataires de soins de santé afin d'identifier les violations des droits, de donner aux patients des informations sur la loi et de fournir des services d'assistance juridique et autres en plus des soins qu'ils prodiguent. Une évaluation de ces programmes a révélé que des professionnels de la santé qualifiés pouvaient aider leurs patients à remplir des documents juridiques et accéder à des services juridiques appropriés, y compris des services de règlement alternatif des conflits, ce qui, à son tour, a entraîné une hausse des réparations accordées et le développement d'un sentiment de justice (141). L'évaluation a également révélé que l'orientation d'un patient vers un professionnel de la santé renforçait l'accès aux autorités gouvernementales et à d'autres services de santé et facilitait le traitement d'autres problèmes liés à la santé précaire. Enfin, les patients des établissements de santé offrant des services juridiques intégrés disposent à présent de meilleures connaissances pratiques sur la façon d'accéder à l'aide juridique (141).



*« iMonitor+ permet aux utilisateurs de recevoir ou d'envoyer des informations de santé sur des sujets tels que les ruptures de stock, les complications liées au traitement du VIH ou les expériences positives et négatives au sein des établissements de santé. »*

En Indonésie, un institut d'aide juridique communautaire et des réseaux de travailleurs du sexe et de consommateurs de drogues ont travaillé ensemble afin de piloter ou d'élargir les services d'aide juridique pour les populations dont ils s'occupent. L'institut fournit une formation juridique et une assistance dirigées par des pairs pour surmonter la stigmatisation. Il offre également un soutien parajuridique et un soutien aux avocats qui représentent les consommateurs de drogues (133, 142). Au Nigeria, des personnes vivant avec le VIH, des avocats et des groupes de la société civile ont formé un réseau d'avocats chargés de conseiller et de représenter les personnes vivant avec le VIH, les personnes appartenant à des minorités sexuelles, les travailleurs du sexe et les consommateurs de drogues injectables (143).

La technologie numérique et Internet peuvent apporter un soutien précieux pour le renforcement de l'accès à la justice. Une startup ougandaise spécialisée dans l'aide juridique, Barefoot Law, propose des consultations juridiques via les médias sociaux. Dans le même registre, en Ukraine, les centres juridiques communautaires utilisent des plateformes en ligne pour fournir des conseils virtuels aux clients (144, 145).

### **Responsabilité sociale : le pouvoir des communautés**

Les organisations communautaires jouent un rôle essentiel dans les efforts visant à documenter les violations des droits et la non-application des lois protectrices. Dans le même temps, les organisations communautaires aident à construire une société civile plus forte et plus résiliente à même de défendre les droits des groupes marginalisés.

Il a été démontré que les activités communautaires visant à surveiller la prestation des soins de santé, telles que l'utilisation de tableaux de bord communautaires, favorisent le recours aux établissements de santé et améliorent la santé des individus en Inde et en Ouganda (146). L'utilisation de la technologie mobile, d'Internet et des médias sociaux permet d'atteindre un grand nombre de personnes à des fins de suivi, de responsabilisation, de plaidoyer et de sensibilisation. On peut citer à titre d'exemple iMonitor +, technologie basée sur une application pour smartphones. iMonitor+ permet aux utilisateurs de recevoir ou d'envoyer des informations de santé sur des sujets tels que les ruptures de stock, les complications liées au traitement du VIH ou les expériences positives et négatives au sein des établissements de santé. Les utilisateurs reçoivent également des informations sur l'accès aux services et sont liés à d'autres mécanismes de soutien. iMonitor+ a été développé en collaboration avec des organisations de la société civile et a été utilisé au Botswana, au Kenya, en Indonésie, aux Philippines, en Afrique du Sud et en Thaïlande (147).

De même, au Malawi, l'Association nationale des personnes vivant avec le VIH et le sida a lancé, avec le soutien de l'ONUSIDA, un programme permettant aux personnes vivant avec le VIH d'envoyer gratuitement des SMS afin de signaler des cas de discrimination, des ruptures de stock et des difficultés d'accès aux services (148). Au Burundi, en Côte d'Ivoire, en Haïti et au Malawi, les SMS sont également utilisés pour surveiller la qualité des services de santé. Les travailleurs de proximité envoient des messages aux membres des populations clés pour leur poser des questions sur les soins qu'ils ont reçus récemment (y compris leurs expériences de stigmatisation et de discrimination fondées sur le statut VIH), tandis que les professionnels de la santé peuvent répondre régulièrement à des enquêtes par SMS afin d'évaluer leurs performances personnelles et celles de l'établissement de santé pour lequel ils travaillent (149).

# Il est temps de mettre fin à la discrimination en matière de santé

---

On reconnaît de plus en plus que les lacunes dans la cascade des services de prévention, de dépistage et de traitement du VIH sont alimentées par la stigmatisation et la discrimination auxquelles sont confrontées les personnes vivant avec le VIH et les personnes présentant un risque élevé de contracter une infection à VIH. Parmi les 36,7 millions [30,8 millions-42,9 millions] de personnes vivant avec le VIH dans le monde fin 2016, 11,2 millions ne savaient pas qu'ils étaient séropositifs, 6,0 millions se savaient infectés mais n'avaient pas accès au traitement antirétroviral, et 3,6 millions bénéficiaient d'un traitement sans que leur charge virale n'ait été supprimée (150). Pendant ce temps, les nouvelles infections à VIH chez les adolescents et les adultes diminuent beaucoup trop lentement : plus de 1,8 million de nouvelles infections surviennent encore chaque année dans le monde (151).

Les données compilées dans ce rapport montrent qu'un accès égal aux services de santé peut être assuré par la mise en place de modèles de prestation de services axés sur les personnes, de cadres juridiques et politiques favorables, de mécanismes de surveillance et de mise en œuvre, et de formations à la sensibilisation des professionnels de la santé et autres responsables.

Le temps est venu de développer de ces approches et d'en tirer profit. La science et des outils sont disponibles, et les traités internationaux ainsi que le Programme de développement durable fournissent un cadre international pour la lutte contre la discrimination intersectorielle. Les particuliers, les collectivités et les gouvernements devront travailler main dans la main et investir du temps, de l'argent et d'autres ressources dans tous les secteurs. Avant tout, les personnes vivant avec le VIH et les membres des populations clés doivent participer à la réduction de la discrimination, à la planification et à la mise en œuvre des services de santé, et ils doivent être en mesure de contribuer à toutes les étapes du processus.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 a été renforcé par de nombreux engagements et initiatives de la communauté internationale, par exemple la Déclaration politique des Nations Unies de 2016 sur la fin du sida appelant notamment les pays à éliminer la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, et le Programme zéro discrimination dans les établissements de santé de l'ONUSIDA et de l'OMS. L'ONUSIDA a élaboré sa stratégie 2016-2017 en s'engageant clairement à éliminer la discrimination en matière de santé, et l'OMS a lancé une campagne au Moyen-Orient et en Afrique du Nord pour mettre fin à la discrimination et à la stigmatisation en matière de santé pour les personnes vivant avec le VIH (152–155). En 2017, le Fonds mondial a engagé des fonds spécifiquement pour éliminer les obstacles à l'accès aux services liés au VIH qui prennent la forme de violations des droits de l'homme et investir dans la réduction des inégalités en matière de santé (156). En 2017, les Nations Unies ont publié une déclaration commune de 12 agences appelant à une réforme législative pour supprimer les lois punitives ayant des effets négatifs sur la santé, pour renforcer la protection juridique contre la discrimination, pour mettre fin à la discrimination en matière de santé et de sensibilisation des professionnels de la santé et des bénéficiaires de soins aux droits, et pour assumer les responsabilités eu égard à la discrimination en matière de santé (157).

Des données montrent ce qu'il faut faire pour respecter ces engagements et éliminer la discrimination : des lois et des politiques solides doivent être en place, appuyées par l'État de droit ainsi que des professionnels de la santé, des agents de police et des juges compétents et conscients des droits des personnes. Les populations et les gouvernements doivent rendre des comptes aux communautés habilitées et bénéficiant d'un soutien par l'intermédiaire des tribunaux, des organes administratifs et des Nations Unies. Les communautés engagées et responsabilisées peuvent assurer un suivi des services de santé, améliorer la prestation de services et aider à traiter les plaintes. Une fois que les gouvernements nationaux et locaux ont mis ces mesures en place, l'engagement mondial de ne laisser personne de côté peut être réalisé, éliminant ainsi les obstacles importants à la réalisation de l'objectif mondial d'éradication du sida en tant que menace pour la santé publique.

---

*« Comblar les lacunes de la couverture des services nécessite l'autonomisation des populations qui sont souvent laissées pour compte : les femmes et les filles, les jeunes, les populations clés et les personnes vivant avec le VIH. Tous les programmes nationaux de lutte contre le sida exigent un véritable renforcement des capacités communautaires et des efforts spécifiques pour surmonter les obstacles juridiques et politiques. »*

---

**Redynamiser la riposte au sida afin d'accélérer le développement durable et la réforme des Nations Unies**

Rapport du Secrétaire général

7 avril 2017

# Références

---

1. Gesesew HA, Tesfay Gebremedhin A, Demissie TD, Kerie MW, Sudhakar M, Mwanri L. Significant association between perceived HIV related stigma and late presentation for HIV/AIDS care in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2017;12(3):e0173928.
2. People Living with Stigma Index surveys, 2011–2016.
3. Musheke M, Ntalasha H, Gari S, McKenzie O, Bond V, Martin-Hilber A et al. A systematic review of qualitative findings on factors enabling and deterring uptake of HIV testing in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*. 2013;Mar 11(13):220.
4. Golub SA, Gamarel KE. The impact of anticipated HIV stigma on delays in HIV testing behaviors: findings from a community-based sample of men who have sex with men and transgender women in New York City. *AIDS Patient Care STDS*. 2013;27(11):621–7.
5. Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets. Geneva: UNAIDS; 2017.
6. Dhingra N. HIV prevention cascade: India’s experience. Presented 8 December 2016 in Geneva, Switzerland.
7. Socías ME, Marshall BD, Arístegui I, Romero M, Cahn P, Kerr T et al. Factors associated with healthcare avoidance among transgender women in Argentina. *Int J Equity Health*. 2014;13(1):81.
8. King EJ, Maman S, Bowling JM, Moracco KE, Dudina V. The influence of stigma and discrimination on female sex workers’ access to HIV services in St. Petersburg, Russia. *AIDS Behav*. 2013;17(8):2597–603.
9. Nyblade L, Reddy A, Mbote D, Kraemer J, Stockton M, Kemunto C. The relationship between health worker stigma and uptake of HIV counseling and testing and utilization of non-HIV health services: the experience of male and female sex workers in Kenya. *AIDS Care*. 2017:1–9.
10. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2013–2016.
11. Measuring HIV-related Stigma and Discrimination in Health Care Settings in Thailand. Report of a pilot: Developing Tools and Methods to Measure HIV-related Stigma and Discrimination in Health Care Settings in Thailand. International Health Policy Program, Ministry of Public Health, Thailand, 2014.
12. Population-based surveys, 2011–2016.
13. People Living with HIV Stigma Index [website]. Global Network of People with HIV/AIDS, International Community of Women living with HIV/AIDS, UNAIDS; 2017 (<http://www.stigmaindex.org/>, accessed on 30 June 2017).
14. Consolidated guidelines on HIV testing services. Geneva: World Health Organization; 2015.

15. Ti L, Hayashi K, Kaplan K, Suwannanwong P, Wood E, Montaner J et al. HIV test avoidance among people who inject drugs in Thailand. *AIDS Behav.* 2013;17(7):2474–8.
16. Evidence brief: HIV testing in Europe. Monitoring implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia—2014 progress report. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2015 (<http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/dublin-declaration-hiv-testing-evidence-brief.pdf>, accessed on 1 June 2017).
17. Njau B, Ostermann J, Brown D, Mühlbacher A, Reddy E, Thielman N. HIV testing preferences in Tanzania: a qualitative exploration of the importance of confidentiality, accessibility, and quality of service. *BMC Public Health.* 2014;14:838.
18. HIV and young transgender people. Technical brief. Geneva: World Health Organization; 2015.
19. UNAIDS 2017 National Commitments and Policy Instrument.
20. Buregyeya E, Naigino R, Mukose A, Makumbi F, Esiru G, Arinaitwe J. Facilitators and barriers to uptake and adherence to lifelong antiretroviral therapy among HIV infected pregnant women in Uganda: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(1):94.
21. Remien RH, Bauman LJ, Mantell JE, Tsoi B, Lopez-Rios J, Chhabra R et al. Barriers and facilitators to engagement of vulnerable populations in HIV primary care in New York City. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2015;69(1):s16–s24.
22. Croome N, Ahluwalia M, Hughes LD, Abas M. Patient-reported barriers and facilitators to antiretroviral adherence in sub-Saharan Africa. *AIDS.* 2017;31(7):995–1007.
23. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. 2013;16(3 Suppl 2):18640.
24. Strengthening pharmaceutical management for better health worldwide: adherence to antiretroviral therapy. *Management Sciences for Health*; 2006 ([http://www.who.int/hiv/amds/\(3.6\)MSH%20Adherence.ppt](http://www.who.int/hiv/amds/(3.6)MSH%20Adherence.ppt)).
25. Drug user peace initiative: stigmatising people who use drugs. London: International Network of People Who Use Drugs; 2014 ([https://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/Civil/INPUD/DUPI-Stigmatising\\_People\\_who\\_Use\\_Drugs-Web.pdf](https://www.unodc.org/documents/ungass2016//Contributions/Civil/INPUD/DUPI-Stigmatising_People_who_Use_Drugs-Web.pdf), accessed 6 April 2016).
26. Alencar Albuquerque G, de Lima Garcia C, da Silva Quirino G, Alves MJ, Belém JM, dos Santos Figuerido FW et al. Access to health services by lesbian, gay, bisexual, and transgender persons: systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights.* 2016;16:2.

27. Benoit C, McCarthy B, Jansson M. Stigma, sex work, and substance use: a comparative analysis. *Sociol Health Illn.* 2015;37(3):437–51.
28. Azim T, Bontell I, Strathdee SA. Women, drugs and HIV. *Int J Drug Policy.* 2015;26(1):s16–s21.
29. World Report 2017: Philippines Events of 2016. In: Human Rights Watch [website]. New York, 2017 (<https://www.hrw.org/world-report/2017/country-chapters/philippines>, accessed on 13 September 2017).
30. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2012–2016.
31. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2013–2015.
32. Integrated biological and behavioural surveillance reports, 2011–2016.
33. WHO, London School of Hygiene & Tropical Medicine, South African Medical Research Council. Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; 2013.
34. Gari S, Malungo JR, Martin-Hilber A et al. HIV testing and tolerance to gender based violence: a cross-sectional study in Zambia. *PLoS One.* 2013;8(8):e71922
35. Mohammed BH, Johnston JM, Harwell JI et al. Intimate partner violence and utilization of maternal health care services in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Health Serv Res.* 2017;17(1):178
36. Maxwell L, Devries K, Zions D et al. Estimating the effect of intimate partner violence on women’s use of contraception: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2015;10(2):e0118234.
37. International guidelines on HIV/AIDS and human rights. 2006 consolidated version. Geneva: UNAIDS; 2006 (<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelinesen.pdf>, accessed on 18 May 2017).
38. Awiti Ujji O, Ekström AM, Ilako F, Indalo D, Wamalwa D, Rubenson B. Reasoning and deciding PMTCT-adherence during pregnancy among women living with HIV in Kenya. *Cult Health Sex.* 2011;13:829–40.
39. Duff P, Kipp W, Wild TC, Rubaale T, Okech-Ojony J. Barriers to accessing highly active antiretroviral therapy by HIV-positive women attending an antenatal clinic in a regional hospital in western Uganda. *J Int AIDS Soc.* 2010;13:37.
40. Bwirire LD, Fitzgerald M, Zachariah R, Chikafa V, Massaquoi M, Moens M et al. Reasons for loss to follow-up among mothers registered in a prevention-of-mother-to-child transmission program in rural Malawi. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2008;102(12):1195–200.
41. Mepham S, Zondi Z, Mbuyazi A, Mkhwanazi N, Newell ML. Challenges in PMTCT antiretroviral adherence in northern KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care.* 2011;23:741–7.

42. Adeniyi VO, Thomson E, Ter Goon D, Ajayi IA. Disclosure, stigma of HIV positive child and access to early infant diagnosis in the rural communities of OR Tambo District, South Africa: a qualitative exploration of maternal perspective. *BMC Pediatr.* 2015;15:98.
43. United Nations Development Programme, Women of Asia Pacific Plus (WAP+), Asia-Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+), South Asian Association For Regional Co-operation in Law (SAARCLAW). Protecting the rights of key HIV-affected women and girls in health care settings: a legal scan. Regional report. Bangkok: United Nations Development Programme; 2013.
44. Overs, C. Sex work law map. In: Institute for Development Studies [website]. London, 2017 (<http://spl.ids.ac.uk/sexworklaw/about-map> accessed 20 September 2017).
45. Carroll A, Mendos LR. State-sponsored homophobia. A world survey of sexual orientation laws: criminalisation, protection and recognition. Brussels: International Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex Association (ILGA); 2017.
46. Death Penalty Project. In: Harm Reduction International [website] (<https://www.hri.global/death-penalty-project>, accessed 14 September 2017).
47. DeBeck K, Cheng T, Montaner JS, Beyrer C, Elliott R, Sherman S et al. HIV and the criminalization of drug use among people who inject drugs: a systematic review. *Lancet HIV.* 2017;4:e357–74.
48. Bourmont M, David S. Hidden victims of war on drugs. *Phnom Penh Post.* 24 February 2017 (<http://www.phnompenhpost.com/national/hidden-victims-war-drugs>).
49. Substance abuse treatment and care for women: case studies and lessons learned. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime; 2004.
50. Poteat T, Diouf D, Drame FM, Ndaw M, Traore C, Dhaliwal M et al. HIV risk among MSM in Senegal: a qualitative rapid assessment of the impact of enforcing laws that criminalize same sex practices. *PLoS One.* 2011;6(12):e29760.
51. Schwartz S, Nowak RG, Orazulike I, Keshinro B, Ake J, Kennedy S et al. The immediate effect of the Same-Sex Marriage Prohibition Act on stigma, discrimination, and engagement on HIV prevention and treatment services in men who have sex with men in Nigeria: analysis of prospective data from the TRUST cohort. *Lancet HIV.* 2015;2(7):e299–e306.
52. Tell me where I can be safe: the impact of Nigeria's Same Sex Marriage (Prohibition) Act. In: Human Rights Watch [website]. New York; 2016 (<https://www.hrw.org/report/2016/10/20/tell-me-where-i-can-be-safe/impact-nigerias-same-sex-marriage-prohibition-act>).
53. Results of documenting violence against sex workers in Kyrgyzstan. Shah-Ayim Network, Soros Foundation-Kyrgyzstan; 2016 (unpublished).

54. Annual report 2016/2017: Kyrgyzstan. London: Amnesty International; 2017.
55. Davis SL, Goedel WC, Emerson J, Guven BS. Punitive laws, key population size estimates, and Global AIDS Response Progress Reports: an ecological study of 154 countries. *J Int AIDS Soc.* 2017;20(1):1–8.
56. The Gap report 2014: migrants. Geneva: UNAIDS; 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/04\\_Migrants.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/04_Migrants.pdf), accessed on 1 June 2017).
57. Welcome (not): how travel restrictions have changed since 2008 [website]. UNAIDS ([http://www.unaids.org/sites/default/files/20150526\\_evolution\\_travel\\_restrictions\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/20150526_evolution_travel_restrictions_en.pdf), accessed on 15 September 2017).
58. Ghent A. Overcoming migrants' barriers to health. *Bulletin of the World Health Organization.* 2008;86:577.
59. Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, Burns F, Delpech V, Cowan S et al. Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA. *BMC Public Health.* 2015;15:1228.
60. Ten reasons why criminalization of HIV transmission harms women. Athena Network [website] (<http://www.athenanetwork.org/our-work/promoting-sexual-and-reproductive-health-and-rights/10-reasons-why-criminalizationharms-women.html> accessed 20 September 2017).
61. Csete J, Pearshouse R, Symington A. Vertical HIV transmission should be excluded from criminal prosecution. *Reproductive Health Matters.* 2009;17(34):154.
62. Greater involvement of people living with HIV (GIPA). Good practice guide. International HIV/AIDS Alliance, Global Network of People Living with HIV; 2010 ([http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/411/464-Good-practice-guide-Greater-involvement-of-people-living-with-HIV-\(GIPA\)\\_original.pdf?1405586730](http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/411/464-Good-practice-guide-Greater-involvement-of-people-living-with-HIV-(GIPA)_original.pdf?1405586730)).
63. What are integrated people-centred health services? Geneva: World Health Organization; 2016.
64. Namibia: maternity waiting homes protect newborns and mothers. In: World Health Organization [website]. January 2016. World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/features/2016/namibia-maternity-waiting-homes/en/>).
65. Surveillance report of the 2014 National HIV Sentinel Survey. Windhoek: Namibia Ministry of Health and Social Services; 2014 ([http://www.mhss.gov.na/files/downloads/12f\\_2014%20National%20HIV%20Sentinel%20Survey.pdf](http://www.mhss.gov.na/files/downloads/12f_2014%20National%20HIV%20Sentinel%20Survey.pdf), accessed 29 August 2017).
66. Zapata T, Forster N, Campuzano P, Kambapani R, Brahmabhatt H, Hidinua G et al. How to integrate HIV and sexual and reproductive health services in Namibia. The Epako Clinic case study. *Int J Integr Care.* 2017;17(4):1.
67. Argentina submission. In: UNAIDS Programme Coordinating Board, Thirty-Eighth Meeting, agenda item 8. Thematic segment: the role of communities in ending



AIDS by 2030 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20160616\\_UNAIDS\\_PCB38\\_CRP1\\_EN.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20160616_UNAIDS_PCB38_CRP1_EN.pdf), accessed 29 August 2017).

68. Young SD, Konda K, Caceres C, Galea J, Sung-Jae L, Salazar X et al. Effect of a community popular opinion leader HIV/STI intervention on stigma in urban, coastal Peru. *AIDS Behav.* 2011;15(5):930–7.
69. Nandi S, Beanland R. Systematic review on the evidence-base for eliminating stigma and discrimination in healthcare settings.. New York, NY: ICAP at Columbia University; 2017.
70. Jones DL, Zulu I, Vamos S, Cook R, Chitalu N, Weiss SM. Determinants of engagement in HIV treatment and care among Zambians new to antiretroviral therapy. *J Assoc Nurse AIDS Care.* 2013;24(5):e1–12.
71. Basso CR, Helena ET, Caraciolo JM, Paiva V, Nemes MI. Exploring antiretroviral therapy intake scenes in a human rights-based intervention to improve adherence: a randomized controlled trial. *AIDS Behav.* 2013;17(1):181–92.
72. Go VF, Frangakis C, Le Minh N, Ha TV, Latkin CA, Sripaipan T et al. Increased survival among HIV-infected PWID receiving a multi-level HIV risk and stigma reduction intervention: results from a randomized controlled trial. *J Acq Immun Def Syndr.* 2017;74(2):166–174.
73. Ferrer L, Cabieses B, Norr K, Cianelli R, Araya A, Irarrazabal L et al. Effectiveness of an educational program about the Chilean AIDS law in primary care health workers. *Rev Med Chile.* 2011;139(5):625–632.
74. Beanland RL, Siegfried N, Oliver J. Systematic review on the evidence-base for eliminating HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings. Unpublished.
75. Mockiene V, Suominen T, Valimaki M, Razbadauskas A, Martinkenas A, Caplinskas S. The impact of an education intervention to change nurses' HIV-related knowledge and attitudes in Lithuania: a randomized controlled trial. *J Assoc Nurse AIDS Care.* 2011;22(2):140–149.
76. Arora S, Jyoti S, Chakravarty S. Effectiveness of an empowering programme on student nurses' understanding and beliefs about HIV/AIDS. *International Journal of Nursing Education.* 2014;6(1):88–92.
77. Held SL. The effects of an AIDS education program on the knowledge and attitudes of a physical therapy class. *Phys Ther.* 1993;73(3):156–164.
78. Varas-Diaz N, Neilands TB, Cintron-Bou F, Marzan-Rodriguez M, Santos-Figueroa A, Santiago-Negron S et al. Testing the efficacy of an HIV stigma reduction intervention with medical students in Puerto Rico: the SPACES project. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2):18670–18670.

79. Norr K, Ferrer L, Cianelli R, Crittenden K, Irarrázabal L, Cabieses B Peer group intervention for HIV prevention among health workers in Chile. *JANAC*. 2012;23(1):73–86.
80. Kent A, Myer L, Flisher AJ, Mathews C, Lombard C. Introducing HIV/AIDS to South African health sciences students. *Med Teach*. 2005;27(7):647–649.
81. Li L, Wu Z, Liang LJ, Lin C, Guan J, Jia M et al. Reducing HIV-related stigma in health care settings: a randomized controlled trial in China. *Am J Pub Health*. 2013;103(2):286–292.
82. HealthWISE. Work improvement in health services. Action manual. World Health Organization, International Labour Organization; 2014 ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_dialogue/---sector/documents/instructionalmaterial/wcms\\_237276.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/instructionalmaterial/wcms_237276.pdf)).
83. ILO and WHO team up to improve working conditions in the health sector. In: International Labour Organization [website]. 30 July 2014. Geneva: International Labour Organization; 1996–2017 ([http://www.ilo.org/global/aboutthe-ilo/newsroom/news/WCMS\\_250150/lang--en/index.htm](http://www.ilo.org/global/aboutthe-ilo/newsroom/news/WCMS_250150/lang--en/index.htm)).
84. “The time has come”: enhancing HIV, STI and other sexual health services for MSM and transgender people in Asia and the Pacific. Bangkok: United Nations Development Programme; 2013 ([http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/the\\_time\\_has\\_come/en/](http://www.searo.who.int/entity/hiv/documents/the_time_has_come/en/)).
85. Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health. Technical brief by the H4+ (UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO and the World Bank). Geneva: World Health Organization; 2015.
86. Terms of reference for thematic hub on policy dialogue on community-based health workers. Global Health Workforce Network, World Health Organization; 2017 ([http://www.who.int/hrh/network/GHWN\\_CHWhub\\_19May2017.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/network/GHWN_CHWhub_19May2017.pdf?ua=1)).
87. Nyamathi A, Ekstrand M, Salem B, Sinha S, Ganguly K, Leake B et al. Impact of Asha Intervention on stigma among rural Indian women with AIDS. *Western J Nurs Res*. 2013;35(7):867–883.
88. No turning back: examining sex worker-led programs that protect health and rights. New York: Open Society Foundations; 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/no-turning-back-20160701.pdf>).
89. Rios-Ellis B, Becker D, Espinoza L, Nguyen-Rodriguez S, Diaz G, Carricchi A et al. Evaluation of a community health worker intervention to reduce HIV/AIDS stigma and increase HIV testing among underserved Latinos in the southwestern U.S. *Public Health Rep*. 2015;130(5):458–467.

90. Pinyosinwat T. PHAMIT: a program on HIV/AIDS prevention among migrant workers. *Field Actions Science Reports*. 2009;3 (<https://factsreports.revues.org/310>).
91. Shannon K, Strathdee SA, Goldenberg SM, Duff P, Mwangi P, Rusakova M et al. Global epidemiology of HIV among female sex workers: influence of structural determinants. *Lancet*. 2015;385(9962):55–71.
92. Reeves A, Steele S, Stuckler D, McKee M, Amato-Gauci A, Semenza JC. National sex work policy and HIV prevalence among sex workers: an ecological regression analysis of 27 European countries. *Lancet HIV*. 2017;4(3):e134–e140.
93. New Zealand Government. Report of the Prostitution Law Review Committee on the operation of the Prostitution Reform Act 2003. Wellington: Ministry of Justice; 2008 (<http://prostitutescollective.net/wp-content/uploads/2016/10/report-of-the-nz-prostitution-law-committee-2008.pdf>).
94. Sinclair K, Ross MW. Consequences of decriminalization of homosexuality: a study of two Australian states. *J Homosex*. 1985;12(1):119–27.
95. Jain D. Impact of the decriminalization of homosexuality in Delhi: an empirical study. *The Arkansas Journal of Social Change and Public Service*. 2013 (<http://ualr.edu/socialchange/2013/01/13/impact-of-the-decriminalization-ofhomosexuality-in-delhi-an-empirical-study/>).
96. Making transgender rights a reality in India. In: Human Rights Watch [website]. New York: Human Rights Watch; 2017 (<https://www.hrw.org/news/2017/07/25/making-transgender-rights-reality-india>).
97. Beyrer C. Pushback: the current wave of anti-homosexuality laws and impacts on health. *PLoS Med*. 2014 (<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001658>).
98. Annual report: the Czech Republic drug situation. Prague: The National Monitoring Centre for Drugs and Addiction; 2013 ([https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/1347/628/AR\\_2013\\_en\\_v2015-02.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/1347/628/AR_2013_en_v2015-02.pdf)).
99. Domośłowski A. Drug policy in Portugal: the benefits of decriminalizing drug use. Warsaw: OpenSociety Foundations; 2011 <https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/drug-policy-in-portugal-english-20120814.pdf>).
100. Hughes CE, Stevens A. What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *Br J Criminol*. 2010;50:999–1022.
101. Drug decriminalization in Portugal: a health-centred approach. New York: Drug Policy Alliance; 2015 ([https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA\\_Fact\\_Sheet\\_Portugal\\_Decriminalization\\_Feb2015.pdf](https://www.drugpolicy.org/sites/default/files/DPA_Fact_Sheet_Portugal_Decriminalization_Feb2015.pdf)).

102. Portugal: country drug report, 2017. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, SICAD; 2017 ([http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4508/TD0116918ENN.pdf\\_en](http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4508/TD0116918ENN.pdf_en), accessed 28 August 2017).
103. Eastwood N, Fox E, Rosmarin A. A quiet revolution: drug decriminalization across the globe. London, UK: Release; 2016 (<https://www.release.org.uk/sites/default/files/pdf/publications/A%20Quiet%20Revolution%20-%20Decriminalisation%20Across%20the%20Globe.pdf>, accessed 28 August 2017).
104. Ashiru BO, Paul SM, Spaulding AC. HIV testing for minors without parental consent: has new legislation in New Jersey increased the number of adolescents being tested for HIV? Presented at the 135th American Public Health Association Annual Meeting, Washington DC, 3–7 November 2007. Abstract 157071.
105. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counselling and care for adolescents living with HIV. Geneva: World Health Organization; 2013.
106. Aristegui I, Romero M, Dorigo A, Gomez Lucas M, Zalazar V, Rodriguez L et al. Transgender people perceptions of the impact of the gender identity law in Argentina. Presented at the 20th International AIDS Conference (AIDS 2014), Melbourne, 20–25 July 2014.
107. Ley de identidad de género y acceso al cuidado de la salud de las personas trans en Argentina. Buenos Aires: Fundación Huésped; 2014 (<https://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/05/OSI-informe-FINAL.pdf>).
108. Hsu LN, Howard R, Torriente AM, Por C. Promoting occupational safety and health for Cambodian entertainment sector workers. *New Solut.* 2016;26(2):310–13.
109. Prakas on working conditions, occupational safety and health rules of entertainment service enterprises, establishments and companies. No: 194 KB/ Pr.K. Unofficial English translation. Phnom Penh: Ministry of Labour and Vocational Training; 2014 ([http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---ilo\\_aids/documents/legaldocument/wcms\\_344809.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_344809.pdf)).
110. Cambodian entertainment workers welcome new regulation on labour rights. In: UNAIDS [website]. 12 November 2014. Geneva: UNAIDS ([http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2014/november/20141111\\_cambodia](http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2014/november/20141111_cambodia)).
111. Eba P. HIV specific legislation in sub-Saharan Africa: a comprehensive human rights analysis. *Afr. Hum. Rights Law J.* 2015;15(2):224–262.
112. The Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immune Deficiency Syndrome (Prevention and Control) Bill, 2014. In: PRS Legislative Research [website]. Prsindia.org; 2017 (<http://www.prsindia.org/billtrack/the-humanimmunodeficiency-virus-and-acquired-immune-deficiency-syndrome-prevention-and-control-bill-2014-3126/>).

113. India: law bans discrimination against AIDS patients. In: United States Library of Congress: Global Legal Monitor [website]. 27 April 2017 (<http://www.loc.gov/law/foreign-news/article/india-law-bans-discrimination-against-aidspatients/>).
114. Global health ethics: key issues. World Health Organization; 2015 ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164576/1/9789240694033\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/164576/1/9789240694033_eng.pdf?ua=1)).
115. Decree No. 176/2013/ND-CP, dated November 14, 2013, penalties for administrative violations against medical laws. In: [website] (<http://hethongphapluatvietnam.com/decreed-no-176-2013-nd-cp-dated-november-14-2013-penalties-for-administrative-violations-against-medical-laws.html>, accessed 29 August 2017).
116. Government of the Republic of Namibia v LM and Others (SA 49/2012) [2014] NASC 19. In: Southern African Legal Information Institute (SAFLI) [website] (<http://www.saflii.org/na/cases/NASC/2014/19.html>).
117. Human Rights Committee. Concluding observations on the sixth periodic report of Costa Rica. CCPR/C/CRI/CO/6. 2016 ([http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/CRI/CO/6&Lang=En](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CCPR/C/CRI/CO/6&Lang=En)).
118. Fact sheet: Human Rights Council—Universal Periodic Review. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights; 2008 (<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/UPR/Documents/UPRFactSheetFinal.pdf>).
119. Database of recommendations [database]. In: UPR-Info. UPR-Info; 2017 (<https://www.upr-info.org/database/>).
120. Beyond promises: the impact of the UPR on the ground. Geneva: UPR-Info; 2014 ([https://www.upr-info.org/sites/default/files/general-document/pdf/2014\\_beyond\\_promises.pdf](https://www.upr-info.org/sites/default/files/general-document/pdf/2014_beyond_promises.pdf)).
121. Toonen v Australia. Communication No. 488/1992. UN Doc CCPR/C/50/D/488/1992 (1994).
122. Khudobin vs Russia (ECHR, 2006).
123. Armonas v. Lithuania and Biriuk v. Lithuania (36919/02) (ECHR, 2008).
124. Novruk and Others v. Russia (31039/11, 48511/11, 76810/12, 14618/13 and 13817/14) (ECHR, 2016).
125. Kiyutin v. Russia (2700/10) (ECHR, 2011).
126. UNAIDS. Global AIDS Monitoring, 2017. Indicators for monitoring the 2016 United Nations Political Declaration on HIV and AIDS. Geneva: UNAIDS; 2017 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2017-Global-AIDSMonitoring\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDSMonitoring_en.pdf), accessed 16 May 2017).

127. Minister of Health and Others v Treatment Action Campaign and Others (No 2) (CCT8/02) [2002] ZACC 15; 2002 (5) SA 721; 2002 (10) BCLR 1033 (5 July 2002). In: Southern African Legal Information Institute (SAFLI) [website] (<http://www.saflii.org/za/cases/ZACC/2002/15.html>).
128. Meier BM, Yamin AE. Right to health litigation and HIV/AIDS policy. *J Med Law Ethics*. 2011;39(1):81–84.
129. EN and Others v Government of RSA and Others (2006) AHRLR 326 (SAHC 2006). In: African Human Rights Case Law Database [website]. Centre for Human Rights, University of Pretoria (<http://www.chr.up.ac.za/index.php/browse-bysubject/450-south-africa-en-and-others-v-government-of-rsa-and-others-2006-ahrlr-326-sahc-2006.html>).
130. Kenyan High Court: maternity hospital illegally imprisoned women, violated human rights. In: Center for Reproductive Rights [website]. 17 September 2015. New York: Center for Reproductive Rights; 2015 (<https://www.reproductiverights.org/press-room/kenyan-high-court-maternity-hospital-illegally-imprisoned-women-violated-humanrights>).
131. Mapa nacional de la discriminación. Segunda edición. Buenos Aires: Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo; 2014 (<http://www.inadi.gob.ar/mapa-discriminacion/documentos/mapa-de-la-discriminacionsegunda-edicion.pdf>).
132. Discrimination reporting system. In: Commission on Human Rights and Administrative Justice (CHRAJ) Ghana [website]. Accra; 2012 (<http://drs.system.chrajghana.com/>).
133. On the Fast-Track to end AIDS by 2030: focus on location and population. Geneva: UNAIDS; 2015 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/WAD2015\\_report\\_en\\_part01.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/WAD2015_report_en_part01.pdf)).
134. Derechos humanos de las personas LGBTI: necesidad de una política pública para la igualdad en Perú. Lima: Defensoría del Pueblo; 2016 (<https://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/Informe-175--Derechos-humanos-de-personas-LGBTI.pdf>).
135. Eba PM. The HIV and AIDS tribunal of Kenya: an effective mechanism for the enforcement of HIV-related human rights? *Health Hum Rights*. 2016;18(1).
136. Access Equity Rights Now. Swaziland: MaxArt Newsletter 8. 2016 [[http://www.stopaidsnow.org/sites/stopaidsnow.org/files/filemanager/0142-Opmaak\\_editie\\_8-Nieuwsbrief\\_MaxART\\_Webversie.pdf](http://www.stopaidsnow.org/sites/stopaidsnow.org/files/filemanager/0142-Opmaak_editie_8-Nieuwsbrief_MaxART_Webversie.pdf) accessed 15 September 2017).
137. Alexandrova O, Kurbatova L, Bakulin M, Kamilova S. Monitoring and documenting cases of discrimination in the provision of services in HIV infection in medical institutions in Eastern Europe and Central Asia: thesis of the Fifth Conference on HIV/AIDS in Eastern Europe and Central Asia. Moscow 2016 (in Russian).

138. Empowering women affected by HIV to protect their rights at health care settings. Positive protection. Training manual—facilitator’s guide. 2016. Kathmandu: United Nations Development Programme; 2016 (<http://www.apnplus.org/wp-content/uploads/2016/03/s-Guide-English.pdf>).
139. Cartillas sobre derechos humanos. In: Comisión Nacional de los Derechos Humanos [website]. Mexico City: Comisión Nacional de los Derechos Humanos; 2010–2017 (<http://www.cndh.org.mx/Cartillas>).
140. How to report human rights violations faced by LGBT people to national human rights institutions (NHRIs) in South Asia. APCOM; 2017 (<https://apcom.org/wp-content/uploads/2017/02/Know-Your-Rights-A4-For-Web-Download.pdf>).
141. Evaluating the integration of legal support and health care in Kenya: findings from the second phase of the evaluation. Program on International Health and Human Rights, Harvard School of Public Health; 2011.
142. United Nations Development Programme, UNAIDS, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific. Review of country progress in addressing legal and policy barriers to universal access to HIV services in Asia and the Pacific. Bangkok: United Nations Development Programme; 2016 (<http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/rbap-hhd-2016-review-of-country-progress.pdf>).
143. Demanding access to justice: UNAIDS spearheads establishment of the Coalition of Lawyers for Human Rights. Geneva: UNAIDS; 2016 (<https://results.unaids.org/sites/default/files/documents/Nigeria%20Case%20Study.pdf>).
144. Fallon A. Ugandan lawyer revolutionises access to justice with just an iPhone and Facebook. 29 May 2014. Inter Press Service.
145. Delivering Community Justice Services at Scale: Community Law Centres in Ukraine. In: Open Society Justice Initiative. 2016 (<https://www.opensocietyfoundations.org/sites/default/files/community-legalukraine-20160920.pdf> accessed 15 September 2017).
146. Goodwin L, Maru V. What do we know about legal empowerment? Mapping the evidence. *HJRL*. 2017;9(1):157–194.
147. Yadav V. iMonitor+: innovation and mobile technologies to tackle public health challenges. *Global Health and Diplomacy*. 2016;Fall ([http://onlinedigeditions.com/article/iMonitor%2B%3A\\_Innovation\\_And\\_Mobile\\_Technologies\\_To\\_Tackle\\_Public\\_Health\\_Challenges/2590273/339758/article.html](http://onlinedigeditions.com/article/iMonitor%2B%3A_Innovation_And_Mobile_Technologies_To_Tackle_Public_Health_Challenges/2590273/339758/article.html)).
148. UNAIDS in Malawi: shaping a Fast-Track agenda to end AIDS. Lilongwe: UNAIDS Malawi; 2016 ([https://results.unaids.org/sites/default/files/documents/Biennium%20Report-UNAIDS%20Malawi\\_0.pdf](https://results.unaids.org/sites/default/files/documents/Biennium%20Report-UNAIDS%20Malawi_0.pdf)).

149. Everslage B. Zero discrimination day: Linkages uses SMS to collect feedback on health services for continuous program improvement. In: Linkages [website]. 1 Mar 2017 (<https://linkagesproject.wordpress.com/2017/03/01/zerodiscrimination-day-linkages-uses-sms-to-collect-feedback-on-health-services-for-continuous-program-improvement/>).
150. UNAIDS special analysis, 2017 (methods described in Ending AIDS: progress towards the 90–90–90 targets. Geneva: UNAIDS; 2017).
151. Towards a global HIV prevention coalition and road map: preventing and reducing new HIV infections by 75% by 2020. Geneva: UNAIDS, 2017.
152. Political Declaration on HIV and AIDS: On the Fast-Track to Accelerate the Fight against HIV and to End the AIDS Epidemic by 2030.. New York: United Nations General Assembly. 2016.
153. Agenda for zero discrimination in health care. Geneva: UNAIDS; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare_en.pdf), accessed on 17 May 2017).
154. UNAIDS 2016–2021 strategy. On the Fast-Track to end AIDS. Geneva: UNAIDS; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151027\\_UNAIDS\\_PCB37\\_15\\_18\\_EN\\_rev1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf), accessed 10 May 2017).
155. World AIDS Day 2016: “dignity above all”. In: World Health Organization [website]. 1 December 2016. World Health Organization; 2017 (<http://www.emro.who.int/media/news/world-aids-day-2016-dignity-above-all.html>, accessed on 20 May 2017).
156. HIV, human rights and gender equality. Technical brief. Geneva: The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria; 2017.
157. Joint United Nations statement on ending discrimination in health-care settings. In: World Health Organization [website]. 30 June 2017. World Health Organization; 2017 (<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2017/discrimination-in-health-care/en/>, accessed 4 July 2017).
158. Patel RC, Stanford-Moore G, Odoyo J, Pyra M, Wakhungu I, Anand K et al. “Since both of us are using antiretrovirals, we have been supportive to each other”: facilitators and barriers of pre-exposure prophylaxis use in heterosexual HIV serodiscordant couples in Kisumu, Kenya. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):21134.











**ONUSIDA**  
**Programme commun des**  
**Nations Unies sur le VIH/sida**

20 Avenue Appia  
1211 Genève 27  
Suisse

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)