

Éradication de la discrimination dans les soins de santé

Une étape fondamentale pour l'élimination de l'épidémie de sida



Sommaire

Résumé	2
Comprendre la discrimination et les obligations en matière de droits humains pour éliminer la discrimination	6
Conséquences de la discrimination sur la santé et les droits humains dans les milieux ayant un rapport avec la santé, notamment les milieux de soin	10
La redevabilité de l'élimination de la discrimination dans les soins de santé	15
Conjoncture favorable pour l'action	16
En perspective : le programme Discrimination zéro	18
Annexe	20
References	23

Résumé

Des progrès énormes ont été enregistrés au cours de la décennie écoulée dans la lutte contre le sida. Le nombre de nouvelles infections par le VIH a diminué depuis 2000¹. La société a fait un pas de plus vers l'élimination des infections à VIH chez les enfants², plus de personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut et reçoivent le traitement du VIH³ et les décès liés au sida diminuent (1).⁴ La mobilisation à l'échelle mondiale, la définition des objectifs avec précision, les ressources déployées, l'innovation et, en particulier, la participation des communautés ont été à l'origine de ces avancées.

Toutefois, ces réalisations sont inégales en fonction des endroits, des régions et des groupes de population. Dans le monde entier, la stigmatisation, la discrimination, l'exclusion et l'inégalité, notamment l'inégalité de niveau d'autonomie entre les sexes continue de rendre les femmes et les filles, les jeunes, les personnes handicapées, et les autres groupes défavorisés⁵, qui tous constituent la grande partie de la population, vulnérables à l'épidémie ; et à entraver leur accès aux services de prévention, de traitement et de soins du VIH. La stigmatisation et la discrimination dans toutes leurs manifestations empêchent des personnes d'avoir accès à des services auxquels elles ont droit ainsi qu'aux institutions qui ont le mandat de les servir. En moyenne, une personne sur huit vivant avec le VIH affirme avoir été victime de discrimination pour l'accès aux services de santé (1). La stigmatisation et la discrimination sous multiples formes ou aggravées, en d'autres termes, la stigmatisation et la discrimination alimentées par divers facteurs, amplifient les obstacles aux services de santé. Dans une analyse provenant du Swaziland, près de 62 % des hommes qui entretiennent

- 1 Il n'y a eu que 2,1 millions [1,8 million - 2,4 millions] de nouvelles infections en 2015, contre 3,2 millions [2,9 millions - 3,5 millions] en 2000.
- 2 En 2015, 150 000 [110 000 - 190 000] enfants ont été affectés par le VIH, soit 50 % de moins qu'en 2010.
- 3 À la fin de 2015, 60 % [56 - 65 %] des personnes vivant avec le VIH connaissaient leur statut. En juin 2016, 18,2 millions [16,1 millions - 19,0 millions] des personnes vivant avec le VIH accédaient à un traitement antirétroviral, contre 15,8 millions en juin 2015.
- 4 L'augmentation rapide du traitement de sauvetage a concouru à réduire de 45 % les décès liés au sida depuis 2005.
- 5 L'ONUSIDA considère les homosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec les autres hommes, les travailleurs du sexe, les personnes transsexuelles et les usagers de drogues injectables comme les quatre principaux groupes de populations les plus exposées, mais reconnaît que les détenus et d'autres personnes incarcérées sont particulièrement vulnérables au VIH et n'ont pas souvent l'accès adéquat aux services de santé.

des rapports sexuels avec d'autres hommes ont été interrogés et ont déclaré avoir craint, en raison de leur choix sexuels, de se rendre dans des centres de santé pour se faire soigner. Selon la même analyse, ceux qui font face à la discrimination dans les établissements de santé signalent une plus grande peur de chercher les soins de santé par rapport à ceux qui ne sont pas victimes de discrimination (2). L'exigence d'autorisation de parents ou de répondant demeure un obstacle d'envergure chez les adolescents et les jeunes pour l'accès au dépistage du VIH dans 58 pays, et les services de santé sexuelle et reproductive dans 72 pays (3). En 2015, il y a eu 2,1 millions de nouvelles infections par le VIH et 1,1 million de personnes sont mortes par des causes liées au sida dans le monde entier. Les populations les plus vulnérables sont particulièrement touchées par l'épidémie (voir ci-dessous pour plus d'exemples) (4).

En 2015, les pays ont approuvé les Objectifs de développement durable (ODD) parmi lesquels l'objectif 3 dont la cible principale est l'éradication des épidémies de sida, tuberculose et paludisme et la lutte contre l'hépatite d'ici 2030⁶. D'autres Objectifs de développement durable sont également d'une importance cruciale pour atteindre cet objectif, y compris ceux concernant l'égalité entre les sexes, l'emploi et le travail décent pour tous et la réduction des inégalités. La Déclaration politique de 2016 sur la lutte contre le sida, adoptée par les États Membres lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur l'éradication du sida, a insisté sur le fait que, pour atteindre toutes les cibles des Objectifs de développement durable, personne ne doit être laissée pour compte et que la discrimination, notamment dans le secteur de la santé, doit être bannie (5). L'éradication de la discrimination est l'idéal de l'ONUSIDA et l'une des cibles de sa stratégie dénommée Fast-Track (6). Fast-Track se focalise sur l'éradication de la discrimination dans les soins de santé, en milieu professionnel et de l'éducation, et est essentielle pour la réalisation des dix (10) engagements énoncés dans la Déclaration politique 2016 sur l'éradication du sida⁷.

Coopérant pour la mise en œuvre de Fast-Track, l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

ont lancé le programme *Discrimination zéro dans les soins de santé* le 1^{er} mars 2016, qui rassemble toutes les parties prenantes pour des efforts communs en vue d'une planète où tout le monde, partout, est en mesure de recevoir les soins de santé dont ils ont besoin sans discrimination (7). Cela signifie s'attaquer à la discrimination sous ses nombreuses formes en supprimant les lois, les politiques et les pratiques punitives défavorables pour les populations les plus exposées et les autres groupes vulnérables, ou qui entravent leur accès à des services de santé de qualité. Dans le même temps, il est important de veiller à ce que les travailleurs de la santé, dans leur milieu professionnel, jouissent de leurs droits syndicaux sans stigmatisation ni discrimination et évoluent dans un environnement protecteur leur permettant d'exercer leurs rôles, droits et redevabilités tout en étant prémunis contre les risques professionnels. En continuant à mettre l'accent sur les personnes et en veillant à ne laisser aucune pour compte dans l'intervention contre le sida, l'éradication de l'épidémie de sida dans chaque région, pays, communauté et groupe de population est possible.

Ce rapport décrit brièvement et définit les défis qui résultent de la discrimination dans les milieux de soins de santé et ses conséquences. Cette discrimination affecte les personnes qui cherchent à accéder aux mesures de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH, ainsi que les travailleurs de la santé dans leur milieu professionnel. Les normes internationales en matière de droits humains justifient la mobilisation mondiale pour l'éradication de cette discrimination. Le présent rapport vise à servir de référence aux décideurs politiques et aux autres parties prenantes œuvrant pour l'élaboration de politiques et de programmes axés sur la réglementation des soins de santé et l'éradication de la discrimination et d'autres obstacles structurels pour parvenir à une vie saine pour tous.

6 Les Objectifs de développement durables étaient adoptés en septembre 2015 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>).

7 Les engagements Fast-Track sont tirés de la Déclaration politique de 2016 sur le sida, adoptée par les États membres lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2016 sur la lutte contre le sida et de la Stratégie 2016 - 2021 de l'ONUSIDA.

Défi de la discrimination dans les milieux de soins de santé

Les personnes à travers le monde font face à des obstacles à l'accès à des soins de santé de qualité. Les raisons varient selon les pays et entre les communautés qui y vivent. Toutefois, certaines barrières sont communes. Il s'agit des diverses formes de discrimination auxquelles sont confrontées certaines populations. Les populations les plus exposées et les autres groupes vulnérables continuent à faire face à la stigmatisation, la discrimination, la pénalisation et aux traitements indus à cause de leur état de santé, situation réelle ou présumée, race, statut socioéconomique, âge, sexe, orientation sexuelle ou identité et expression sexospécifiques. Une telle discrimination et d'autres violations des droits humains sont omniprésentes dans les milieux de soins de santé, ce qui affecte la santé de ces populations marginalisées. Les travailleurs dans les établissements de soins de santé peuvent également faire face à la discrimination de leurs collègues et employeurs.

La discrimination à l'égard d'une personne est rarement liée à un caractère unique. Elle est souvent alimentée par divers facteurs. On dit alors qu'elle est multidimensionnelle ou exacerbée⁸. Trop souvent, les personnes à risque élevé d'infection par le VIH sont confrontées à de multiples formes de discrimination. En vertu du droit international relatif aux droits humains, les États ont le devoir de prendre des mesures pour s'attaquer à toutes les formes de discrimination, y compris assurer le droit d'accès aux

8 Consulter à titre d'illustration : Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies. Observation générale n° 22, Droit à la santé sexuelle et génésique, 2016 (E/C.12/GC/22) ; Convention sur les droits des personnes handicapées, préambule et article 6, 2006 (A/RES/61/106) ; Comité des Nations Unies pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Observation générale 25, Mesures spéciales temporaires, 2004.

soins de santé sur une base non discriminatoire⁹. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies a déclaré que tous les établissements de santé doivent être accessibles à tous, sans discrimination. Cet accès doit être perçu tant de la perspective du rapprochement de ces établissements des populations les plus vulnérables que de la perspective des possibilités économiques de ces populations¹⁰.

L'objectif d'une vie saine pour tous et les cibles de la couverture sanitaire universelle ainsi que l'éradication du sida, de la tuberculose, du paludisme, de l'hépatite et d'autres maladies transmissibles

ne sauraient être atteints sans aborder la stigmatisation et la discrimination en milieu de soins de santé. Les leçons tirées de la mise en œuvre des programmes relatifs aux droits humains dans le cadre de l'intervention contre le VIH peuvent servir de points d'entrée important pour aborder la discrimination multidimensionnelle dans les soins de santé de manière plus extensive. Ces leçons sont entre autres la nécessité de la participation des communautés touchées, qui s'est jusque-là avérée cruciale pour l'intervention contre l'épidémie de VIH.

9 Consulter à titre d'illustration : Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, Observation générale 14 : droit au plus haut niveau de santé possible, 2000 ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, Observation générale 22 : droit à la santé sexuelle et génésique, 2016.

10 Consulter à titre d'illustration : Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, Observation générale 14 : droit au plus haut niveau de santé possible, 2000.

Comprendre la discrimination et les obligations en matière de droits humains pour éliminer la discrimination

Les lois et les politiques régissant les soins de santé doivent être solidement ancrées sur les principes des droits humains. Les programmes pour leur mise en œuvre devraient développer les compétences en matière de droits humains des travailleurs de la santé et une plus forte redevabilité ; tout en habilitant les patients. La compréhension du contenu et de la signification de la discrimination est essentielle pour concevoir de meilleurs programmes visant son élimination dans les milieux de soins de santé ainsi que pour assurer la redevabilité.

Définition de la stigmatisation

La stigmatisation en tant que phénomène social nuisible a été définie comme un processus qui commence lorsqu'un caractère ou un groupe spécifique est étiqueté et lié à des stéréotypes négatifs, entraînant une perte de statut et une discrimination à l'encontre de ceux qui portent le caractère ou des membres du groupe (8). La stigmatisation liée au VIH se réfère à des croyances, sentiments et attitudes négatifs envers les personnes vivant avec le VIH, les groupes associés aux personnes vivant avec le VIH (par exemple, les familles des personnes vivant avec le VIH) et d'autres populations plus exposées au risque d'infection par le VIH, comme les usagers de drogues injectables, des travailleurs du sexe, des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et des personnes transsexuelles (9).

Définition de la discrimination

Conformément au droit international des droits humains, tout acte ou comportement qui vise ou qui a pour effet d'empêcher une personne de jouir de ses droits humains fondamentaux sur un pied d'égalité avec les autres, y compris son droit d'accès aux soins de santé est compris comme la discrimination. Le droit à la non-discrimination prescrit que les personnes soient traitées dans le respect de leur dignité humaine,

de leur autonomie, de leur vie privée et de leur confidentialité, et qu'elles soient prémunies contre toute coercition et abus sur un pied d'égalité avec les autres, y compris en ce qui concerne les soins de santé¹¹.

La discrimination liée au VIH se réfère à un traitement inéquitable et injuste (par acte ou omission) d'une personne en fonction de son statut sérologique réel ou présumé ou du fait de sa appartenance à un segment de la population qui est supposé plus à risque, ou plus vulnérable à l'infection par le VIH. Elle englobe le traitement injuste des populations les plus exposées et des groupes vulnérables, tels que les travailleurs du sexe, les usagers de drogues injectables, les femmes, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, des personnes transsexuelles, des personnes vivant en prison et d'autres milieux fermés, des jeunes, des migrants, des réfugiés et les déplacés internes. La discrimination liée au VIH repose généralement sur des attitudes et des croyances stigmatisantes face à certaines populations ; certains comportements et pratiques ; la conception du sexe, de la maladie et de la mort (10). La discrimination liée au VIH peut être exacerbée par d'autres formes de discrimination, notamment la discrimination fondée sur la race, le sexe, le statut socioéconomique, l'orientation sexuelle, l'apparence masculine ou féminine, l'identité ou l'origine nationale (11).

Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui garantit le droit à la santé entre autres droits (voir annexe), est l'un des nombreux traités qui énoncent des motifs prohibés de discrimination. Le Comité qui interprète les droits et surveille l'application par les

États et d'autres organismes de surveillance des traités a également établi divers motifs prohibés de discrimination dont le statut VIH, le sexe, le handicap, l'orientation sexuelle et l'âge (12, 13, 14, 15). En outre, les organes de contrôle de l'Organisation internationale du Travail ont adopté de nombreuses normes internationales du travail, fondées sur des instruments internationaux relatifs aux droits humains qui s'appliquent au VIH. Plus précisément, la recommandation n° 200 énumère les principaux droits fondamentaux de l'homme qui sont applicables à tous les milieux professionnels dans tous les secteurs, notamment le droit de ne pas être victime de discrimination fondée sur le statut VIH réel ou présumé, l'orientation sexuelle ou l'appartenance aux populations supposées plus à risque, ou plus vulnérables au VIH (16). (Voir l'annexe pour plus de détails.)

La discrimination peut être directe ou indirecte. Les formes directes et indirectes de traitement différentiel en raison de la discrimination sont prohibées (17). La discrimination directe se produit lorsqu'une personne est traitée de manière moins favorable, à travers des actes ou des omissions, par rapport à une autre personne dans une situation similaire pour une raison liée à un motif prohibé. Par exemple, une personne séropositive peut être victime de discrimination dans l'emploi si elle n'est pas embauchée au motif de son état ou pour des préoccupations concernant sa capacité à exercer ses fonctions, en raison de son statut sérologique réel ou présumé. Vivre avec le VIH n'a généralement pas d'incidence sur la capacité d'une personne à exercer ses fonctions, compte tenu notamment des effets d'un traitement antirétroviral durable.

11 Consulter à titre d'illustration : Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, Observation générale n° 20 : Non-discrimination dans les droits économiques, sociaux et culturels, 2009 (E/C.12/GC/20) ; Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, Observation générale n° 22, Droit à la santé sexuelle et génésique, 2016 (E/C.12/GC/22).

La discrimination indirecte se réfère à des lois, des politiques ou des pratiques qui apparaissent neutres à la base, mais ont des conséquences disproportionnées sur des groupes spécifiques de personnes. Par exemple, l'exigence d'une adresse permanente ou d'un enregistrement dans une localité spécifique pour obtenir des prestations de santé peut affecter indirectement les migrants.

L'éradication de la discrimination est cruciale, mais ne garantit pas toujours l'égalité. Il ne suffit pas seulement de veiller à un traitement égal pour tous mais aussi de mettre en place un environnement propice à l'égalité dans les résultats (égalité factuelle). Les différences biologiques, ainsi que les différences sociales et culturelles, doivent être prises en compte. Il s'agit en fait de tenir compte des causes sous-jacentes de la discrimination pour garantir des structures de soins de santé non discriminatoires (18). Par exemple, les efforts visant à éliminer la stérilisation forcée des femmes vivant avec le VIH doivent réaffirmer la nature illégale de cette stérilisation et les faibles probabilités biologiques de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, ainsi que remettre en question les stéréotypes sous-jacents qui considèrent les femmes vivant avec le VIH non dignes de parenté.

Les forces motrices et facilitatrices(19, 20) menant à la discrimination sont entre autres la stigmatisation liée au VIH qui résulte de la peur, des préjugés et des stéréotypes liés au VIH ; les lois punitives visant les personnes vivant avec le VIH et d'autres populations les plus exposées ; d'autres obstacles juridiques et réglementaires à l'accès aux services ; les lacunes dans les politiques institutionnelles et les moyens de protection des travailleurs de la santé ; et le manque d'information et de documentation sur les droits.

Même lorsque des lois de protection existent, peu de personnes vivant avec, à risque ou affectées par le VIH sont en mesure de demander réparation en cas

de violation de leurs droits. Ce manque d'accès à la justice est exacerbé pour les personnes appartenant à des groupes vulnérables, comme les femmes vivant avec le VIH, les travailleurs du sexe et les usagers de drogues injectables. Les obstacles structurels qui entravent l'accès à la justice sont le manque d'accès à l'éducation, l'analphabétisme, le manque de sensibilisation, le manque de pouvoir économique ou de pouvoir de négociation et les préconceptions sexistes. Un tel manque de redevabilité entraîne l'impunité pour les auteurs de discrimination. Le droit à un recours effectif est un droit de l'homme en soi et son déni exacerbe les atteintes aux droits humains et compromet la santé.

Obligations de se conformer, de protéger et de respecter les droits humains

En vertu du droit international des droits humains, les États qui ont ratifié les traités internationaux relatifs aux droits humains (voir annexe) ont l'obligation de respecter, de protéger et d'assurer l'exercice des droits humains. Il s'agit pour ces États de prendre des mesures anticipatoires dans tous les domaines des droits humains, y compris la non-discrimination et les droits sexuels et reproductifs dans les milieux de soins de santé et le milieu professionnel :

- *L'obligation de respecter* oblige les États à s'abstenir d'interférer directement ou indirectement avec la jouissance des droits humains. Par exemple, les États ont l'obligation, en vertu du droit international, de s'abstenir de limiter l'accès aux traitements antirétroviraux, aux préservatifs et aux contraceptifs. Ils sont également obligés de s'abstenir de retenir, de censurer ou de déformer l'information sur la santé, par exemple, en précisant que l'utilisation de préservatifs

n'empêche pas la propagation du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles.

- *L'obligation de protéger* exige des États qu'ils empêchent les tiers d'interférer avec l'exercice des droits humains. Il s'agit de l'obligation d'enquêter et de punir les pratiques des prestataires de soins de santé et d'autres personnes comme la stérilisation sous pression ou forcée des femmes vivant avec le VIH, la cessation forcée des grossesses chez les femmes vivant avec le VIH ou le refus de fournir des services aux personnes faisant partie des populations les plus exposées.
- *L'obligation d'assurer l'exercice des droits* exige que les États adoptent des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, promotionnelles et autres appropriées pour permettre le plein exercice des droits. Ils doivent promouvoir les droits de l'homme. Par exemple, les États doivent adopter des lois interdisant la discrimination à l'égard des populations les plus exposées, notamment dans les milieux de soins de santé et les milieux professionnels. Ils doivent s'assurer que les prestataires de soins de santé sont formés pour fournir les services de manière

compatible avec les droits humains, par exemple, les services doivent être fournis de manière non discriminatoire et respectueuse de la dignité et de l'autonomie des patients. Les États doivent également assurer l'allocation adéquate des ressources budgétaires pour mettre en œuvre des lois et des politiques qui protègent contre la discrimination et pour s'attaquer efficacement aux obstacles aux droits humains dans leurs ripostes nationales au sida.

Les États ont une obligation juridique immédiate de s'attaquer à la discrimination dans les soins de santé et le milieu professionnel, même en cas de graves contraintes de ressources. Les personnes vulnérables de la société doivent être protégées, et de nombreuses mesures, telles que la plupart des stratégies et programmes conçus pour éliminer la discrimination liée à la santé doivent être poursuivies en déployant les ressources nécessaires. Ces stratégies et programmes sont entre autres l'adoption, la modification ou l'abrogation de la législation, ou la diffusion de l'information, notamment par le biais de programmes d'éducation du personnel sanitaire (21, 22).¹²

12 Consulter également la Recommandation n° 200 de la Conférence internationale du Travail, VIH et sida ; 2010. Cette recommandation établit des principes clés en matière de droits humains pour la prévention de la transmission du VIH et l'atténuation des conséquences de l'épidémie de VIH sur le monde du travail.

Conséquences de la discrimination sur la santé et les droits humains dans les milieux ayant un rapport avec la santé, notamment les milieux de soin

La discrimination dans les soins de santé ne concerne pas seulement le déni des services de santé à certaines personnes. Parmi les exemples de discrimination dans les établissements de soins de santé, il faut également mentionner la mise à disposition d'informations erronées, l'exigence d'autorisations de parents ou de répondant pour la fourniture de services, le non respect de la vie privée, le manque de confidentialité, le dépistage obligatoire du VIH ou le dépistage et le traitement sans consentement éclairé (23, 24, 25). En particulier, la discrimination liée au VIH peut prendre plusieurs formes, notamment le dépistage obligatoire du VIH sans consentement ou des conseils appropriés (26, 27, 28) ; la stérilisation forcée ou contrainte de femmes vivant avec le VIH (29) ; la réduction des contacts au minimum des prestataires de soins de santé avec les patients vivant avec le VIH ou la réduction de soin(30) ; les retards ou refus de traitement (31, 32) ; l'exigence de paiement supplémentaire pour le suivi des infections (33, 34, 35) ; l'isolement des patients vivant avec le VIH (36) ; le déni des services de santé maternelle (37) ; et la violation de la vie privée et de la confidentialité des patients, y compris la divulgation du statut sérologique des patients aux membres de famille ou au personnel hospitalier sans autorisation (38, 39).

En plus de constater la violation du droit à la non discrimination, les organismes nationaux et internationaux ont constamment constaté les politiques et les pratiques ci-dessus en violation des autres obligations en matière de droits humains dans les traités internationaux et dans les lois et constitutions nationales. Ces politiques et pratiques concernent le droit à : la vie ; la santé ; la vie privée et la confidentialité ; et l'absence de violence, de la torture et d'autres maltraitements

Bien qu'il s'agisse de violations des droits humains déjà nuisibles en elles-mêmes, elles affectent aussi

négalement la santé en isolant les personnes des institutions mêmes qui ont le mandat de les servir et auxquelles elles ont le droit d'accès. En plus de la stigmatisation et de la discrimination spécifiques liées au VIH, la discrimination dans les soins de santé mine de manière plus générale l'accès des personnes aux services de prévention, de traitement et de soins et la qualité des soins de santé dispensés. Elle peut également réduire l'observation des schémas thérapeutiques, en décourageant l'accès continu aux soins (40, 41, 42). Dans une revue systématique des études qualitatives et quantitatives menées auprès des 26 715 personnes séropositives vivant dans 32 pays réalisée en 2013, il était démontré que la stigmatisation liée au VIH compromettait l'observance du traitement antirétroviral, principalement en sapant le soutien social et la formation adaptative (43).

Les attitudes négatives et les comportements discriminatoires des prestataires sont anormaux en eux-mêmes et peuvent également empêcher les personnes d'accéder aux services, y compris au test, au partage d'informations avec le personnel ainsi que de respecter les schémas thérapeutiques. En Thaïlande, 88 % des travailleurs de la santé interrogés en 2013 ont rapporté des attitudes négatives envers les personnes vivant avec le VIH, et 23 % des personnes interrogées ont observé des pratiques discriminatoires par le personnel dans leur établissement de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ces pratiques consistaient pour les membres du personnel de santé à ne pas être disposés à prendre soin des personnes vivant avec le VIH ou à leur fournir des soins de moindre qualité par rapport aux autres patients (44). Selon les données consolidées provenant de 50 pays pour l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH, une personne sur huit vivant avec le VIH affirme s'être vue refuser les soins de santé (45).

Comme on l'a noté ci-dessus, les travailleurs de la santé qui vivent eux-mêmes avec le VIH sont également touchés par la stigmatisation et les pratiques discriminatoires liées au VIH, notamment le dépistage systématique obligatoire du VIH comme condition préalable à l'emploi, la discrimination et la stigmatisation au travail dans leur propre profession (46, 47). En outre, l'absence d'un cadre de travail propice pour les travailleurs de la santé les met à risque : selon les estimations, plus de 50 000 cas d'hépatite et 1 000 cas de VIH se produisent chez les travailleurs de la santé dans le monde chaque année à cause de piqûre d'aiguille et des blessures (48). L'incapacité d'accéder à l'équipement de protection individuelle pour se conformer aux précautions universelles et le manque de connaissances sur les modes de transmission du VIH exacerbe la peur et entraîne la stigmatisation et la discrimination. Il est important de s'attaquer à ces facteurs de discrimination et d'habiliter les travailleurs de la santé, notamment en veillant à ce que leurs droits au travail soient pleinement respectés, protégés et promus.

Les populations les plus exposées et les autres groupes vulnérables sont souvent sous-desservis et rencontrent des obstacles importants à la réalisation de leurs droits liés à la santé. Par exemple, l'accès aux informations sur le VIH et / ou sur les services en matière de santé sexuelle et reproductive peut être largement indisponible ou de qualité inférieure pour ces populations, affectant la qualité de leur santé. Les raisons peuvent inclure des barrières physiques ou géographiques, des informations réelles ou erronées et des pratiques discriminatoires (49). Par exemple, les femmes autochtones, les femmes appartenant à d'autres groupes minoritaires, les femmes handicapées, les femmes vivant avec le VIH et les personnes transsexuelles ont été stérilisées sous pression ou de force (50, 51, 52). De telles pratiques reflètent non seulement le caractère

multidimensionnel de la discrimination mais également la violation d'autres droits, notamment le droit de déterminer le nombre, l'espace et le calendrier des naissances, les droits à la vie privée et la santé et le droit de ne pas être soumis à des traitements inhumains et dégradants. Elles sont en outre reconnues comme des formes de violence faites aux femmes (53).

Le droit international des droits humains exige qu'une attention particulière soit accordée aux populations vivant dans des situations de vulnérabilité et de désavantage. Conformément à ce principe, l'Agenda pour le développement durable 2030 comprend des engagements à ne laisser personne pour compte et à donner la priorité à la résolution des besoins des populations les plus affectées¹³. L'ONUSIDA a défini les populations suivantes comme particulièrement vulnérables à la discrimination et, par conséquent, laissées pour compte dans l'intervention contre le sida à ce jour : les adolescents et les jeunes femmes, les prisonniers, les migrants, les personnes handicapées, les usagers de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les homosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transsexuelles, les enfants et les femmes enceintes vivant avec le VIH, les personnes déplacées, les personnes handicapées, les personnes âgées de 50 ans ou plus et des personnes vivant avec le VIH.

Les lois, les politiques et les pratiques suscitant de la discrimination à l'égard de ces populations les plus exposées créent un environnement qui favorise la discrimination dans les soins de santé et ont des conséquences sur la santé (54). Par exemple :

- On estime qu'un sur dix d'environ 12 millions d'usagers de drogues injectables dans le monde vit avec le VIH. Les usagers de drogues injectables sont presque universellement pénalisés pour leur consommation de drogues ou pour le mode de vie adopté pour maintenir leur consommation de drogues (55). Les taux de couverture thérapeutique antirétrovirale chez les personnes qui utilisent de la drogue sont plus faibles que pour les personnes qui ne consomment pas de drogues, de même que l'accès aux services de santé en général (56).
- Les travailleurs sexuels sont dix (10) fois plus susceptibles d'être atteints du VIH par rapport aux adultes de la population en général. Le travail sexuel est pénalisé ou illégal dans 116 pays. Dans certaines parties du monde, les travailleurs du sexe peuvent être arrêtés pour transport de préservatifs, qui sont considérés comme des preuves de l'activité sexuelle illégale (57). La pénalisation augmente la vulnérabilité au VIH en alimentant la stigmatisation et la discrimination ; enfreignant l'accès aux services liés au VIH et aux autres services de santé sexuelle, aux préservatifs et aux services de réduction des méfaits ; et portent un coup à l'amour propre des travailleurs du sexe et à leur capacité à faire des choix éclairés sur leur santé (58).
- Globalement, les homosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sont 24 fois plus susceptibles de contracter le VIH par rapport à la population en général. Les

13 Les exemples sont les minorités sexuelles, raciales et ethniques, les populations autochtones, les migrants, les réfugiés et les déplacés internes, les travailleurs du sexe, les enfants et les adolescents et les personnes ayant des handicaps physiques ou mentaux ; et en particulier les femmes au sein de ces différents groupes. Comité des droits économiques sociaux et culturels. Observation générale n° 14 : Droit au meilleur état de santé possible (article 12), paragraphes 18 - 27 ; 2000 ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Recommandation générale n° 24 : Les femmes et la santé (article 12), paragraphe 6, 1999.

pratiques sexuelles du même sexe sont pénalisées dans 73 pays et territoires (59). Les rapports montrent le lien entre la pénalisation et les limites de l'accès aux soins de santé. Des études récentes pour l'évaluation des conséquences de la pénalisation des relations entre personnes de même sexe ont révélé que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes ont rapporté une plus grande peur dans la recherche de soins de santé et un plus grand évitement des soins de santé après la mise en œuvre de ces lois (60). Les études ont documenté de graves perturbations dans la disponibilité et l'accès aux services liés au VIH et à d'autres services de santé suite à des poursuites fortement médiatisées des homosexuels et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (61).

- La prévalence du VIH chez les migrants en Thaïlande en provenance des pays voisins représente jusqu'à quatre fois le taux de prévalence du VIH au sein de la population générale. Dans les pays européens, les migrants sont confrontés à des obstacles complexes, tels que le manque d'accès aux services de santé ou à la protection sociale, notamment par des restrictions de droits légaux limités à l'assurance maladie, surtout s'ils sont sans-papiers. Les restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence liées à la séropositivité, tout en étant inutiles, discriminatoires et inefficaces dans la protection de la santé publique, existent encore dans au moins 35 pays, territoires et zones (62). Les difficultés liées à la migration et l'exclusion sociale dont les migrants sont souvent victimes, ainsi que les obstacles à l'accès aux soins de

santé (notamment les problèmes d'abordabilité), peuvent les mettre en situation de vulnérabilité accrue au VIH (63).

- À l'échelle mondiale, le risque d'être atteint du VIH est 49 fois plus élevé chez les femmes transsexuelles que chez tous les adultes en âge de procréer. La plupart des pays ne disposent pas d'un cadre juridique conforme aux droits humains pour la reconnaissance juridique du sexe choisi et affirmé ; la documentation juridique ne reflète alors souvent pas l'identité sexuée. Il en résulte que l'accès aux services de base est souvent refusé à des personnes ou elles en sont empêchées, notamment en ce qui concerne les soins de santé (64).
- À l'heure actuelle, environ 50 000 cas d'hépatite et 1000 cas de VIH se produisent chez les travailleurs de la santé dans le monde chaque année à cause de blessures par piqûre d'aiguille (65). L'inadéquation du milieu professionnel met les travailleurs de la santé en danger. Par exemple, le manque d'accès aux moyens de protection, quoique simple et à faible coût, exacerbe la peur et entraîne la stigmatisation et la discrimination. Un autre exemple est l'impossibilité d'accéder à la formation.
- Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans présentent un risque particulièrement élevé d'infection par le VIH, soit 20 % des nouvelles infections à VIH chez les adultes dans le monde en 2015, pourtant elles ne constituent que 11 % de la population adulte. En Afrique subsaharienne, 56 % des nouvelles infections par le VIH chez les

adultes étaient des femmes dans l'ensemble parmi lesquelles 25 % étaient des jeunes femmes (66). La prévalence du VIH supérieure à 5 % a été fortement attribuée dans certains contextes à la violence physique et émotionnelle des partenaires intimes dans des contextes où l'homme soumettait la femme (67). En outre, les obstacles à l'accès aux services de santé, tels que l'autorisation de parents ou de répondant, empêchent de nombreux adolescents et jeunes femmes de rechercher des informations et des services en matière de santé sexuelle et reproductive. Cela peut conduire à des avortements plus dangereux, des grossesses non désirées et des infections par le VIH (68). Les études montrent que l'exigence du consentement des parents empêche l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et reproductive nécessaires, mais les lois qui protègent la confidentialité les encouragent (69).

- Une étude dans quatre pays a révélé que les femmes vivant avec le VIH étaient plus susceptibles de subir une des formes de discrimination que les hommes vivant avec le VIH (70). Les pratiques discriminatoires se produisent en particulier dans les établissements de soins de santé génésique. Par exemple, la discrimination liée à la grossesse est fréquemment signalée par les femmes, y compris des conseils pour ne pas avoir d'enfants (71), un traitement inapproprié ou l'absence de soins pendant l'accouchement (72) et la stérilisation forcée ou contrainte de femmes vivant avec le VIH (73). Ce type de discrimination peut avoir des effets particulièrement négatifs sur la santé

des femmes et des efforts visant à éliminer la transmission mère-enfant du VIH, parce que les femmes qui ont fait face à la stigmatisation liée au VIH et la discrimination sont moins susceptibles d'avoir accès au traitement et aux soins pré et post-natals (74).

La Commission mondiale sur le VIH et la loi¹⁴ a entrepris des recherches approfondies, la consultation, l'analyse et les délibérations pour examiner les liens entre les milieux juridiques et la riposte au VIH. Dans son rapport final, le VIH et la loi : les risques, les droits et la santé (Juillet 2012), la Commission a constaté que les femmes affectées par le VIH sont régulièrement victimes de discrimination dans les milieux de soins de santé. Les recommandations du rapport sont les suivantes :

- La suppression des obstacles juridiques qui entravent l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive.
- L'assurance que les travailleurs de la santé fournissent aux femmes des informations exhaustives sur les options en matière de santé sexuelle et reproductive, et recherchent leur consentement éclairé pour toutes les questions relatives à leur santé.
- La formation des travailleurs de la santé sur le consentement éclairé, la confidentialité et la non-discrimination.
- La mise à disposition des mécanismes de plaintes et de recours dans les établissements de soins de santé (75).

14 La commission est un organisme indépendant coordonné par le Programme des Nations Unies pour le développement au nom de l'ONUSIDA.

La redevabilité de l'élimination de la discrimination dans les soins de santé

Dans le cadre de leurs obligations en matière de droits humains, les États doivent veiller à la redevabilité et la réparation, y compris au contrôle du respect de la non-discrimination, dans les établissements de soins de santé. Dans le cadre de ces efforts de redevabilité, des mécanismes fiables et des cadres de suivi et évaluation¹⁵ sont importants pour le suivi des résultats de programme, ainsi que pour construire et diffuser la base de preuves, notamment en assurant la collecte des données et les meilleures pratiques pour éliminer la discrimination dans les établissements de soins de santé. Les forces motrices et les manifestations de la stigmatisation et de la discrimination dans les soins de santé peuvent être évaluées en fonction des expériences rapportées par les personnes vivant avec le VIH dans les enquêtes de l'indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH (77) et les récits des faits rapportés par les populations les plus exposées à travers, par exemple, les enquêtes de surveillance bio-comportemental intégrées. Les données sur les connaissances, attitudes et pratiques des travailleurs de la santé doivent également être recueillies régulièrement pour éclairer les programmes et renforcer la redevabilité.

15 Plusieurs indicateurs ont été globalement approuvés pour le suivi des progrès vers l'éradication de la discrimination. Ceux-ci se trouvent dans le Registre des indicateurs (<http://www.indicatorregistry.org>), un référentiel central d'informations sur les indicateurs utilisés pour le suivi de l'épidémie de sida et la riposte au niveau des pays ainsi qu'à l'échelle mondiale*. On peut y accéder en cliquant sur le lien « stigmatisation et discrimination » ("stigma and discrimination") sur le côté droit de l'écran.

Conjoncture favorable pour l'action

En septembre 2015, les États membres des Nations Unies ont adopté l'Agenda 2030 pour le développement durable (78). L'agenda présente un idéal de développement durable fondé sur les droits humains et, en assurant une vie saine, la construction d'une société inclusive, il met le respect de l'égalité et la détermination à ne laisser personne pour compte au centre de ses objectifs. L'Objectif de développement durable 3 repose en grande partie sur l'amélioration des efforts pour assurer une couverture maladie universelle, signalant une forte volonté de surmonter les obstacles à l'accès avec pour but d'assurer un meilleur accès aux services pour tout le monde, partout. Tous les êtres humains jouissent de leurs droits humains et libertés fondamentales internationales, indépendamment du caractère légal ou non de leur comportement ou de leur occupation dans un pays.

La Déclaration politique 2016 sur l'élimination du sida réaffirme « ... la nécessité pour tous les pays de mettre en œuvre les engagements et promesses de la présente Déclaration conforme aux droits humains ... internationaux » (79). Les engagements de l'État consistent à veiller à ce que les services de santé soient conformes aux normes relatives aux droits humains, et que toutes les formes de violence, de discrimination et de pratiques coercitives dans les établissements de soins de santé soient éliminées et prohibées. En ce qui concerne le VIH, cela a pour effet que tous les êtres humains aient un accès égal à la prévention, le traitement, les soins et le soutien pour le VIH sans stigmatisation et discrimination.

Dans la Déclaration politique 2016 sur l'élimination du sida, les États membres se sont engagés à lutter contre la discrimination dans les soins de santé, l'éducation et le milieu professionnel. Reconnaisant que les établissements de soins de santé figurent parmi les environnements où les personnes sont le plus victimes de stigmatisation et de discrimination liés au VIH, la

Stratégie de l'ONUSIDA 2016 - 2021, adoptée en octobre 2015, a un objectif clair sur l'élimination de la discrimination liée au VIH, avec un accent particulier sur les soins de santé, le milieu professionnel et les milieux éducatifs. La *Stratégie mondiale de ressources humaines pour la santé de l'Organisation mondiale de la santé : la main-d'œuvre 2030 (81)* accorde une priorité similaire à l'élimination des discriminations en matière de soins de santé.

En perspective : le programme Discrimination zéro

Unissant leurs efforts pour relever le défi de la discrimination dans les établissements de soins de santé, l'ONUSIDA, en coopération avec l'Organisation mondiale de la santé et l'Alliance mondiale du personnel de santé (AMPS) ont lancé l'élaboration du programme Discrimination zéro dans le domaine des soins de santé (82), qui est l'aboutissement d'une consultation tenue en novembre 2015. Les participants étaient des organismes des Nations Unies, la société civile, les associations professionnelles et les gouvernements. Cette consultation a permis de conclure que pour réussir dans l'éradication de la discrimination liée au VIH, il faut tenir compte qu'elle fait partie de la discrimination globale que l'on retrouve dans les milieux des soins de santé, elle même faisant partie de la discrimination généralisée à l'égard des populations les plus exposées ; et en outre, il faut tenir compte de la façon dont elle affecte la riposte au sida. Par exemple, sans éradiquer la violence faite aux femmes en général, et sans mettre fin à la discrimination envers les femmes et les filles dans les établissements de soins de santé, des niveaux davantage élevés d'avortements à risque, de grossesses non désirées et d'infection à VIH ne pourraient être réduits. Par ailleurs, pour assurer une couverture maladie universelle, avec une main-d'œuvre de santé qualifiée et motivée comme condition sine qua non, il faudra également éliminer la discrimination dans les soins de santé, y compris par et contre les travailleurs de la santé.

Le 1^{er} mars 2016, l'ONUSIDA, l'Organisation mondiale de la santé et l'Alliance mondiale du personnel de santé (AMPS), avec le soutien croissant de parties prenantes de partout dans le monde ont lancé le programme Discrimination zéro dans les soins de santé. Ce programme met la priorité sur trois domaines importants pour les interventions :

- Effet politique : mobilisation politique à travers la participation des principaux partenaires pour rendre la question prioritaire à tous les niveaux.
- Redevabilité : promotion de cadres de suivi et évaluation pour recueillir des preuves, suivre les progrès et assurer la redevabilité.

- Mise en œuvre : Accent sur la mise à l'échelle des interventions dont l'efficacité est avérée pour l'éradication de la discrimination dans les soins de santé.

Le programme prescrit une démarche pour relever ce défi. Il interpelle les parties prenantes à assurer la protection des droits humains et la santé par :

- Le renforcement des capacités et des compétences du personnel de soins de santé pour fournir des services non discriminatoires et sans stigmatisation, notamment en leur donnant la formation appropriée et en leur facilitant l'accès aux équipements de protection individuelle.
 - L'appui de l'élaboration et de la diffusion de la base de données probantes et des pratiques visant à éliminer la discrimination dans les établissements de soins de santé.
 - L'investissement dans des mécanismes de redevabilité et de réparation.
 - Le renforcement des mécanismes et des cadres de suivi, évaluation et la redevabilité en matière de soins de santé non discriminatoire.
 - La définition des normes en matière de soins de santé non discriminatoire, notamment en :
 - Garantissant la suppression des barrières juridiques et politiques qui sont un frein aux soins de santé non discriminatoire, y compris, mais sans se limiter à l'interdiction du dépistage et au traitement obligatoire ainsi qu'aux autres pratiques coercitives, et en garantissant le respect de la vie privée et de la confidentialité.
 - S'assurant que les établissements de soins de santé fournissent des soins de santé avec obligeance et sans porter de jugements quel que soit l'apparence d'homme ou de femme, l'identité ou l'expression sexuelle, le sexe, la nationalité, l'âge, le handicap, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle, la religion, la langue, le statut socio-économique, le statut VIH réel ou présumé ou l'état du patient pour une autre affection ; et quelques soient les activités ou les pratiques de la personne : travailleur du sexe, consommateur de drogue, prisonnier ou travailleur migrant.
- S'assurant que les prestataires des soins de santé informent activement les patients de leurs droits humains.
 - Garantissant la mise en place des mécanismes de recours et des mécanismes de réparation et de redevabilité efficaces contre la discrimination et les violations des droits à la fois des patients et des travailleurs de la santé.
 - Garantissant que les établissements de soins de santé permettent aux populations les plus exposées et vulnérables d'avoir accès aux prestataires de services supplémentaires, aux réseaux de soutien par les pairs, aux organismes communautaires ou aux services juridiques, le cas échéant.
- Soutenir l'habilitation de nos patients, de nos travailleurs et de la société civile pour qu'ils puissent exiger des soins de santé et milieux professionnels non discriminatoires, et faire participer les communautés touchées à l'élaboration des politiques et des programmes favorisant l'égalité et la non-discrimination dans les établissements de soins de santé et autres milieux professionnels.

Annexe

Droits humains et VIH : obligations conventionnelles et engagements politiques

Les droits humains sont inhérents à tous les êtres humains. Les droits humains sont universels, inaliénables et s'appliquent de manière équitable à toutes les personnes sans distinction ni discrimination aucune. Les droits humains et les libertés fondamentales sont interconnectés, interdépendants et indivisibles. Ils sont exprimés dans des instruments tels que les traités et conventions, qui peuvent être ratifiés par les pays.

Les listes suivantes fournissent une sélection de normes et résolutions clés de droits humains ainsi que des déclarations d'intérêt pour la riposte au VIH. Ces listes ne sont pas exhaustives : beaucoup d'autres textes, tant au niveau international que régional peuvent être tout aussi importants.

Ces instruments internationaux sont :

- La Déclaration universelle des droits humains (1948).
- Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966).
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966).
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979).
- La Convention contre la torture (1984).
- La Convention relative aux droits de l'enfant (1989).

- La Convention sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990).
- La Convention relative aux droits des personnes handicapées (2006).

La non-discrimination n'est pas abordée indépendamment des autres droits. Les droits suivants sont particulièrement applicables pour assurer l'éradication de la discrimination dans les soins de santé et se trouvent dans les instruments énumérés ci-dessus :

- Le droit à la vie.
- Le droit à la liberté et à la sécurité de la personne.
- Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale.
- Le droit à l'égalité.
- Le droit à la liberté de mouvement.
- Le droit de demander et d'obtenir l'asile.
- Le droit à la vie privée.
- Le droit à la liberté d'expression et d'opinion et le droit de recevoir librement des informations.
- Le droit à la liberté d'association.
- Le droit de se marier et fonder une famille.
- Le droit au travail.
- Le droit à l'égalité d'accès à l'éducation.
- Le droit à un niveau de vie suffisant.
- Le droit à la sécurité sociale, l'assistance et le bien-être.
- Le droit de bénéficier du progrès scientifique.
- Le droit de participer à la vie publique et culturelle.
- Le droit à un recours effectif.
- Le droit de ne pas être soumis à la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Déclarations politiques de l'Assemblée générale des Nations Unies

L'Assemblée générale des Nations Unies a adopté quatre déclarations politiques sur le VIH et le sida, les États membres ont pris des engagements politiques pour lutter contre le VIH et le sida, ainsi que les différents facteurs, notamment la discrimination :

- Déclaration d'engagement sur le VIH / SIDA 2001.
- Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH / SIDA 2006.
- Déclaration politique des Nations Unies sur le VIH et le SIDA 2011.
- Déclaration politique sur l'élimination du SIDA. 2016

Documents de l'Organisation internationale du Travail

- Recommandation de l'Organisation internationale du Travail, sur le VIH et le SIDA, la Recommandation 200 (2010).
- Convention sur l'inspection du travail, 1947 (n° 81).
- Convention sur l'égalité de rémunération, 1951 (n° 100).
- Convention sur l'inspection du travail (agriculture), 1969 (n° 129).
- Convention sur l'âge minimum, 1973 (n° 138).
- Consultations tripartites (Normes internationales du travail), 1976 (n° 144).
- Convention sur la sécurité et la santé, 1981 (n° 155).
- Convention sur les travailleurs ayant des redevabilités familiales, 1981 (n° 156).
- Convention sur le licenciement, 1982 (n° 158).
- Convention sur les pires formes de travail des enfants 1999 (n° 182).
- Convention sur la protection de la maternité, 2000 (n° 183).
- Conventions sur le cadre promotionnel pour la sécurité et la santé au travail, 2006 (n° 187).
- Convention sur les travailleurs domestiques, 2011 (n° 189).

References

1. Fact sheet November 2016, UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>). Get on the Fast-Track. The life-cycle approach to HIV. UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf).
2. The gap report, UNAIDS; 2014. (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf).
3. Risher K, Adams D, Sithole B, Ketende S, Kennedy C, Mnisi Z, Mabusa X, Baral SD. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(3Suppl. 2):18715.
4. Prevention gap report. UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf). Fact sheet November 2016. UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>).
5. Fact sheet November 2016, UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>).
6. On the Fast-Track to ending the AIDS epidemic. UN Secretary-General to the UN General Assembly, Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the 2016 Political Declaration on HIV and AIDS; 2016 (A/70/811).
7. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf).
8. Agenda for zero discrimination in health care. UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Agenda-zero-discrimination-healthcare>).
9. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(Suppl. 2):18734.
10. Guidance note. Reduction of HIV-related stigma and discrimination. UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf).
11. Guidance note. Reduction of HIV-related stigma and discrimination. UNAIDS; 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf).
12. People Living with HIV Stigma Index. UNAIDS; 2016 (<http://www.stigmaindex.org>).
13. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (E/C.12/GC/14).
14. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/GC/20).
15. General Comment No. 22: The right to sexual and reproductive health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2016 (E/C.12/GC/22).
16. United Nations Human Rights Committee, *Toonen v Australia* (1994); General Recommendation 15, Avoidance of discrimination against women in national strategies for the prevention and control of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), CEDAW Committee; 1990.
17. HIV and AIDS Recommendation No. 200. International Labour Organization; 2010.
18. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/GC/20).
19. General Recommendation 25: Temporary special measures. Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women; 2004.
20. Stangl A, Go V, Zelaya C, Brady L, Nyblade L, Stackpool-Moore L, Hows J, Sprague L, Nykanen-Rettaroli L, de Zaldondo B. Enabling the scale-up of efforts to reduce HIV stigma and discrimination: a new framework to inform program implementation and measurement (http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Water/ContributionsStigma/others/UNAIDS1_Stangl_et_al-Conceptual_Frameworkfor_HIV-relatedStigma.pdf); Aparna Jain,
21. Jain A, Nyblade L. Scaling up policies, interventions and measurement for stigma-free HIV prevention, care, and treatment services, Health Policy Project; 2012.
22. General Comment 14: On the right to the highest attainable standard of health. UN Committee on Economic Social and Cultural Rights; 2000.
23. General Comment 22: The right to sexual and reproductive health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2016.
24. General Comment 24: Women and health. UN Committee on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women; 1999.
25. General Comment 22: On sexual and reproductive health. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2016.
26. General Comment 14: On the right to the highest attainable standard of health. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000.
27. Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoir R, Gupta I, George B, Samson L, Daly C, Pulervitz J. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2007;4(2):616-25.
28. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, Nair KS, Parwati Merati T, Thephtien B, Marin M, Quesada A. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*. 2005;17(4): 413-24.
29. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
30. Interagency statement on forced or coerced sterilization. Geneva: World Health Organization; 2014.
31. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, Nair KS, Parwati Merati T, Thephtien B, Marin M, Quesada A. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*. 2005;17(4):413-24.

32. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5):1796-1808.
33. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
34. Elamon J. A situational analysis of HIV/AIDS-related discrimination in Kerala, India. *AIDS Care*. 2005;17(Suppl. 2):S141-51.
35. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
36. Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoir R, Gupta I, George B, Samson L, Daly C, Pulervitz J. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: A developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2007;4(2):616-25.
37. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
38. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
39. Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoir R, Gupta I, George B, Samson L, Daly C, Pulervitz J. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: A developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2007;4(2):616-25.
40. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, Nair KS, Parwati Merati T, Thephtien B, Marin M, Quesada A. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*. 2005;17(4):413-24.
41. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(Suppl. 2):18734.
42. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5):1796-1808.
43. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, Davis C, Cunningham WE. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDS*. 2007; 21(8):584-92.
44. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, Tsai AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(Suppl. 2).
45. Developing tools and methods to measure HIV-related stigma and discrimination in health care settings in Thailand. Bangkok: International Health Policy Program Ministry of Public Health; 2014 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KHKM.pdf).
46. The gap report, UNAIDS; 2014 (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf).
47. Developing tools and methods to measure HIV-related stigma and discrimination in health care settings in Thailand. Bangkok: International Health Policy Program Ministry of Public Health; 2014 (http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KHKM.pdf).
48. Health Policy Project. Piloting the questionnaire "Measuring HIV-related stigma and discrimination among health workers" in Nyanza Province, Kenya. Health Policy Project; 2014.
49. WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health-care settings. Geneva; WHO; 2015 (http://www.who.int/injection_safety/global-campaign/injection-safety_guideline.pdf?ua=1)
50. The right to contraceptive information and services for women and adolescents. New York: Center for Reproductive Rights and UNFPA; 2010.
51. General Recommendation 25: Gender related dimensions of racial discrimination, paras 1 and 2. Committee on the Elimination of Racial Discrimination; 2000.
52. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, para 38. Geneva: UN Human Rights: Office of the High Commissioner; 2008.
53. General comment 9: The rights of children with disabilities, para 60. Committee on the Rights of the Child; 2007.
54. Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. Communication no. 4/2004. Thirty-sixth session, AS. v. Hungary. 2006; European Court of Human Rights, VC v Slovakia (2011).
- General Recommendation 19: Violence against women, Article 16, para 22. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women; 1992.
- General Recommendation 21: Equality in marriage and family relations, paras 21-23. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women; 1994.
- General Recommendation 24: Women and health, Article 12, paras 20-23, 31(b, c). Committee on the Elimination of Discrimination Against Women; 1999.
- 260: Resolution on Involuntary Sterilisation. African Commission on Human and Peoples' Rights; 2013 (<http://www.achpr.org/sessions/54th/resolutions/260>).
55. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, Davis C, Cunningham WE. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDS*. 2007;21(8):584-92.
56. Do no harm: health, human rights and people who use drugs. UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf).
57. The gap report. UNAIDS; 2014. (http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf).
58. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low and middle income countries, recommendations for a public health approach. WHO, UNFPA, UNAIDS; 2012.

- Ten reasons to decriminalize sex work. Open Society Foundations; 2012.
59. Sex work and the law in Asia and the Pacific. UNAIDS, UNFPA, UNDP; 2012 (<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/English/HIV-2012-SexWorkAndLaw.pdf>).
 60. State-sponsored homophobia, a world survey of laws: criminalization, protection and recognition of same sex love. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; 2016.
 61. Schwartz SR, Nowak RG, Orazulike I, Keshinro B, Ake J, Kennedy S, TRUST Study Group. 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. *The Lancet HIV*. 2015;2(7):e299–e306.

Risher K, Adams D, Sithole B, Ketende S, Kennedy C, Mnisi Z, Mabusa X, Baral SD. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(3Suppl. 2):18715.
 62. The gap report. UNAIDS; 2014.
 63. Welcome (Not). UNAIDS; 2015 (http://www.unaids.org/en/resources/infographics/20120514_travel).
 64. On the Fast-Track to ending the AIDS epidemic, para 54. UN Secretary-General to the UN General Assembly, Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the 2016 Political Declaration on HIV and AIDS; 2016 (A/70/811).

Migrants, monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. European Centre for Disease Prevention and Control; 2015.

The gap report. UNAIDS; 2014.
 65. License to be yourself. Open Society Foundations; 2014 (http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/license-to-be-yourself-20140501.pdf).

Fact sheet: legal gender recognition. Transgender Europe (http://www.tgeu.org/sites/default/files/LGR_factsheet-web.pdf).
 66. WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health-care settings. Geneva: WHO; 2015.
 67. Prevention gap report. UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf).
 68. Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the demographic and health surveys tell us? *Lancet Global Health*. 2015;3(1):e34–43. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70343-2.
 69. Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO; 2015.
 70. Dailard C, Turner Richardson C. Teenagers access to confidential reproductive health services. Guttmacher Institute. 2005;8(4) (<https://www.guttmacher.org/pubs/tgr/08/4/gr080406.html>).
 71. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5).
 72. Nayar US, Stangl AL, De Zaldouondo B, Brady LM. Reducing stigma and discrimination to improve child health and survival in low- and middle-income countries: promising approaches and implications for future research. *Journal of Health Communication*. 2014; 19:142-63.
 73. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*. 2015;12(6):e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
 74. Interagency statement on forced or coerced sterilization. Geneva: WHO; 2014.
 75. Turan J, Nyblade L. HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: a review of the evidence. *AIDS and Behaviour*. 2013; 17(7):2528-39. doi: 10.1007/s10461-013-0446-8.
 76. HIV and the law: risks, rights and health. Global Commission on HIV and the Law; 2013 (<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>).
 77. Indicator Registry (<http://www.indicatorregistry.org>).
 78. People Living with HIV Stigma Index (www.stigmaindex.org).
 79. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations; 2015 (A/Res/70/1). (http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E).
 80. On the Fast-Track to accelerate the fight against HIV and AIDS and to End the AIDS Epidemic by 2030, Resolution 65/266 (adopted 8 June 2016). Nations General Assembly, Political Declaration on HIV and AIDS; 2016 (A/RES/70/266).
 81. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: WHO; 2016 (http://who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1).
 82. Agenda for Zero Discrimination in Healthcare 2016, http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare_en.pdf Do no harm: health, human rights and people who use drugs. UNAIDS; 2016 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf).



ONUSIDA
Programme commun
des Nations Unies
sur le VIH / SIDA

20, Avenue Appia
1211 Genève 27
Suisse

+41 22 791 3666

unaids.org