

La promotion des droits humains dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida en Francophonie

**M. Christian Levrat,
Député au Conseil des Etats (Suisse)**

Berne (Suisse) | 8 juillet 2015

Tables des matières

La promotion des droits humains dans le cadre de la lutte contre le VIH/sida en Francophonie	1
1 Contexte général du rapport	3
2 Les chiffres de la riposte au VIH/sida et de l'incidence de la stigmatisation des populations-clés en Francophonie et dans le monde	5
2.1 Les chiffres en bref en Francophonie	6
2.1.1 Accès aux médicaments antirétroviraux (chiffres 2011)	6
2.1.2 Financement de la riposte au VIH (chiffres 2011) :	6
2.2 Les chiffres en bref en Afrique subsaharienne	7
2.2.1 VIH/Tuberculose	7
2.3 Les chiffres en bref dans le monde	9
2.3.1 Criminalisation des populations-clés exposées au VIH :	10
3 Actions de la Francophonie (points de décision de la Francophonie basés sur le Sommet de Kinshasa, 2012)	11
4 Mesures à prendre par les autorités politiques et sanitaires pour renforcer l'accès aux services de soin et lutter contre le VIH/sida	13
4.1 L'identification des personnes à risque	13
4.2 La conception de programmes de lutte contre le VIH/sida selon une démarche fondée sur les droits de l'homme	14
4.3 La suppression des obstacles juridiques qui entravent l'accès aux soins	15
5 Conclusion	16
6 Annexes (bases légales)	17

1 Contexte général du rapport

Les Etats disposent aujourd'hui de moyens qui permettent de réduire considérablement les incidences et la mortalité liées au VIH, des progrès significatifs ayant été accomplis depuis l'apparition des premiers cas de la maladie, il y a trente ans. L'adoption, en 2000, des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) a permis de faire de la santé en général, et de la lutte contre le VIH/sida en particulier, l'un des thèmes prioritaires de l'agenda international. C'est ainsi sur les fondements de l'OMD 6, « Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies graves », que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme voyait le jour, en 2002.

Dans le cadre d'une stratégie coordonnée de lutte contre le sida et en partenariat avec les acteurs internationaux de la santé dont ONUSIDA, l'action du Fonds mondial a permis d'augmenter de manière sensible les fonds disponibles pour la recherche, la prévention et les soins des populations concernées. Ainsi, en 2012, 4,2 millions de personnes dans le monde suivaient un traitement antirétroviral grâce aux financements alloués par le Fonds mondial. Sur le front de la prévention, 1,7 million de femmes enceintes avaient suivi un traitement permettant d'éviter la transmission du virus à leur enfant, 250 millions de personnes avaient effectué un test VIH et obtenus des conseils, 4,2 milliards de préservatifs avaient été distribués et 19 millions d'orphelins du sida avaient reçus des soins de base.

Ces stratégies de lutte et de prévention globales face à la maladie, combinées avec les progrès scientifiques considérables accomplis dans le développement de la prise en charge médicale des symptômes et du développement de la maladie, permettent aujourd'hui d'envisager, d'ici à 2030¹, un terme à l'épidémie du VIH. Pourtant, VIH et sida constituent encore, à ce jour, une « situation d'urgence mondiale », ayant contraint l'Assemblée générale des Nations Unies, à renouveler, en 2011, les engagements politiques pris précédemment en matière de riposte au VIH/sida². On estimait à 2,1 millions le nombre d'adultes nouvellement infectés dans le monde en 2013, dont 1,5 million en Afrique subsaharienne.

Interrogeant les nombreux facteurs entravant sa lutte contre la propagation de l'épidémie du VIH, la communauté internationale redéfinit, depuis quelques années, les contours de ses politiques en la matière. Elle constate notamment que, pour mettre fin à l'épidémie, les progrès accomplis jusqu'à ce jour ne suffisent pas et que la riposte au VIH/sida doit être encore intensifiée. En l'absence d'une telle intensification, l'épidémie continuera en effet à surpasser la riposte, entraînant un accroissement du besoin à long terme de traitement et une augmentation des coûts futurs³.

Dans le cadre de l'intensification de la riposte, l'usage des outils de prévention et de soin doit être maintenant généralisé à l'ensemble des populations, y compris les populations marginalisées qui constituent aussi souvent les populations-clés exposées à un risque accru d'infection par le VIH. Pour l'heure, ces populations ne retirent pas encore les bénéfices des programmes de lutte contre l'épidémie, ce qui ne fait que prolonger celle-ci. En effet, dans le monde, seuls environ trois cinquièmes des pays disposent de programmes spécifiques destinés aux travailleurs du sexe. L'accès aux services de prévention et de soin reste par ailleurs faible parmi les hommes ayant des rapports avec les hommes : parmi 138 pays, 88 indiquent que moins de la moitié des hommes ayant des rapports

¹ Rapport d'ONUSIDA : « Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie d'ici à 2013 ».

² Assemblée générale des Nations Unies, Déclaration politique sur le VIH et le sida : Intensifier nos efforts pour éliminer le VIH/sida : Résolution adoptée par l'Assemblée générale, 8 juillet 2011, A/RES/65/277

³ Rapport d'ONUSIDA : « Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie d'ici à 2013 ».

avec des hommes connaissent leur statut sérologique. Enfin, la plupart des pays ne disposent pas de programmes de prévention à l'intention des toxicomanes⁴. Si ces populations cibles sont fréquemment citées, on constate également des discriminations dans d'autres groupes, fragilisés par leur accès restreint à la prévention et aux soins : les filles et les jeunes femmes, les prisonniers, les migrants, les personnes transgenres, les enfants et les mères séropositifs, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les personnes handicapées ou encore les personnes âgées de 50 ans et plus.

Ne pas tenir compte des laissés-pour-compte des campagnes de lutte contre l'épidémie met à mal des décennies de prévention, de recherche médicale et réduit fortement les chances d'éradiquer un jour le VIH/sida. Ainsi, force est de constater que pour que les programmes de lutte contre le VIH/sida soient plus efficaces, ils doivent dorénavant s'attaquer aux enjeux sociaux et structurels qui dissuadent ces populations marginalisées d'accéder aux services de dépistage, de prévention et de traitement du VIH. Mettre fin à l'épidémie du sida implique un engagement absolu en faveur des droits de l'homme, basé sur l'objectif « zéro discrimination »⁵.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

2 Les chiffres de la riposte au VIH/sida et de l'incidence de la stigmatisation des populations-clés en Francophonie et dans le monde

Les chiffres sur la riposte au VIH dans les pays membres de la Francophonie (OIF) sont issus d'un rapport conjoint OIF-ONUSIDA « [Point de décision de la Francophonie : stopper les nouvelles infections au VIH et garantir les traitements pour tous](#) », paru en 2012 à l'occasion du Sommet de la Francophonie de Kinshasa. Ce rapport visait à faire le point sur la lutte contre le sida en Francophonie et à identifier des domaines d'action prioritaires, en particulier dans les pays francophones de l'Afrique subsaharienne. Il en ressortait notamment que grâce aux progrès accomplis dans la lutte contre le VIH, près de la moitié des personnes vivant avec le VIH dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de l'espace francophone avaient accès en 2011 aux traitements antirétroviraux.

Reste que ce « Point de décision de la Francophonie » faisait état de disparités dans l'accès aux traitements antirétroviraux entre les pays francophones et non francophones de l'Afrique subsaharienne, mais également au sein même de l'espace francophone. En 2011, les pays francophones assuraient, en moyenne, un taux de couverture de 43 % tandis que le taux des pays subsahariens non membres de l'OIF atteignait 59 %. Le Directeur d'ONUSIDA notait pour sa part que les pays subsahariens membres de la Francophonie auraient besoin, pour combler le déficit, que l'aide internationale qu'ils reçoivent augmente, d'ici à 2015, de 1,4 milliard US\$ - soit de 160 % par rapport au niveau actuel du financement alors que les pays non francophones de la région auraient, par comparaison, besoin d'une aide accrue de 5 %.

Aucun nouveau bilan concernant la lutte contre le VIH au sein de l'espace francophone n'a été réalisé depuis, alors que 2015 est une année charnière pour le développement: il s'agit en effet de l'année-butoir pour la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), adoptés en 2000 par l'ensemble des Etats de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Si la tendance générale va à la régression de la pandémie dans les pays francophones ainsi qu'au niveau mondial⁶, les lois, les dispositions et les pratiques qui discriminent et stigmatisent les populations à risque, notamment les homosexuels, les consommateurs de drogues injectables, les travailleuses du sexe, les femmes transgenres et autres, entravent sérieusement leur accès aux soins (y compris aux thérapies antirétrovirales) et remettent en question les efforts consentis jusqu'ici pour éradiquer le VIH. Selon ONUSIDA (chiffres 2013), sur 193 pays, soixante-seize pénalisent encore les relations homosexuelles, certaines juridictions allant jusqu'à autoriser la condamnation à la peine de mort⁷. Il en résulte par exemple en Afrique de l'Ouest et Centrale, un taux de prévalence au VIH parmi les homosexuels et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes (2009-2013) nettement supérieur à celui de la population en général (voir tableau en p. 8). Les chiffres d'ONUSIDA parlent d'eux-mêmes : on estime que la prévalence au VIH est 28 fois plus élevée chez les consommateurs de drogues injectables que dans le reste de la population. Pour les travailleuses du sexe la prévalence est 12 fois plus élevée, 19 fois plus élevée pour les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes et jusqu'à 49 fois plus élevée parmi les femmes transsexuelles.

⁶ Les nouvelles infections au VIH ont chuté de 38% depuis 2001.

⁷ Source (ONUSIDA, 2013) : [Rapport mondial 2013](#), p. 87

2.1 Les chiffres en bref en Francophonie⁸

Le VIH dans l'ensemble des pays de la Francophonie à revenu faible et intermédiaire en 2011

Nombre de personnes vivant avec le VIH :	3,6 millions [3,4 millions – 3,9 millions]
Nombre de personnes suivant un traitement anti-VIH :	826 000
Pourcentage de patients éligibles recevant un traitement :	46 % [43 % – 49 %]
Nouvelles infections au VIH chez les adultes :	220 000 [150 000 – 320 000]
Nouvelles infections au VIH chez les enfants :	50 000 [37 000 – 68 000]
Couverture de la PTME :* :	39 % [31 % – 49 %]
Nombre de décès liés au sida :	210 000 [170 000 – 270 000]

* Pourcentage des femmes enceintes séropositives recevant un traitement anti-VIH ou une prophylaxie antirétrovirale de prévention contre la transmission du virus à leur enfant.

2.1.1 Accès aux médicaments antirétroviraux (chiffres 2011)

- En 2011, les pays à revenu faible et intermédiaire de la Francophonie ont ouvert l'accès aux thérapies antirétrovirales à 46 % des patients éligibles – soit 826 000 personnes au total – contre seulement 26 000 en 2003. L'élargissement, dans les pays de l'OIF, de l'accès aux traitements anti-VIH a entraîné une baisse de près de 30 % des décès liés au sida de 2004 à 2011.
- Malgré des progrès importants, quelque 970 000 patients vivant dans les pays de l'OIF sont toujours en attente d'une thérapie antirétrovirale vitale – ce qui représente 14 % du déficit mondial de traitement. Parmi les Etats membres de la Francophonie, la couverture des traitements s'étend de moins de 5 % à plus de 80 %.
- La région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord rencontre des difficultés particulières dans sa riposte au sida. Contrairement à l'Afrique subsaharienne, son épidémie de VIH se concentre principalement sur les populations-clés exposées au VIH, notamment les consommateurs de drogues injectables, les travailleurs du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les transsexuels. **En 2011, aucun des pays membres de l'OIF de la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord n'était parvenu à une couverture supérieure à 40 % pour les traitements anti-VIH.**

2.1.2 Financement de la riposte au VIH (chiffres 2011) :

Le total des besoins en ressources visant la lutte anti-sida des pays subsahariens de l'OIF s'élève à 2,6 milliards US\$ en 2015. Le déficit de financement est estimé à : 1,5 milliard US\$ environ. Pour combler ce déficit, il sera nécessaire d'obtenir un supplément de :

- **120 millions US\$** de sources intérieures – soit une augmentation de 70 % par rapport au niveau actuel du financement.

⁸ Source (Sommet de la Francophonie, Kinshasa, 2012) : [Point de décision de la Francophonie : stopper les nouvelles infections au VIH et garantir les traitements pour tous.](#)

- **1,4 milliard US\$** de donateurs internationaux – soit une augmentation de 160 % par rapport au niveau actuel du financement.

2.2 Les chiffres en bref en Afrique subsaharienne

Le VIH en Afrique subsaharienne en 2013⁹

Nombre de personnes vivant avec le VIH :	24,7 millions [23,5 millions – 26,1 millions]
Nombre de personnes suivant un traitement anti-VIH :	12,9 millions
Pourcentage de patients éligibles recevant un traitement :	37 %
Nouvelles infections au VIH chez les adultes :	1,5 million [1,3 million – 1,6 million]
Nouvelles infections au VIH chez les enfants :	210 000 [180 000 – 250 000]
Couverture de la PTME :*	68 % [?% – ?%] ¹⁰
Nombre de décès liés au sida :	1,1 million [1,0 million – 1,3 million]

* Pourcentage des femmes enceintes séropositives recevant un traitement anti-VIH ou une prophylaxie antirétrovirale de prévention contre la transmission du virus à leur enfant.

- En 2013, 24,7 millions de personnes vivaient avec le VIH en Afrique subsaharienne, ce qui représente 71 % du nombre total des personnes vivant avec le VIH dans le monde¹¹.
- La couverture du traitement est de 37 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH en Afrique subsaharienne¹².

2.2.1 VIH/Tuberculose¹³

- Les thérapies antirétrovirales diminuent de 66 % le risque qu'une personne vivant avec le VIH contracte la tuberculose et le traitement VIH réduit le risque de mortalité de 50 % des personnes atteintes de tuberculose et identifiées comme séropositives au VIH.

⁹ Source (ONUSIDA, 2014): [Fiche d'information 2014](#)

¹⁰ Source (ONUSIDA, 2014): [The Gap Report](#), p. 39, p. 233: "The proportion of pregnant women living with HIV who did not receive antiretroviral medicines has halved over the past five years, from 67% [65–69%] to 32% [26–36%]". Par ailleurs, 85% des femmes enceintes vivant avec le VIH proviennent de l'Afrique subsaharienne.

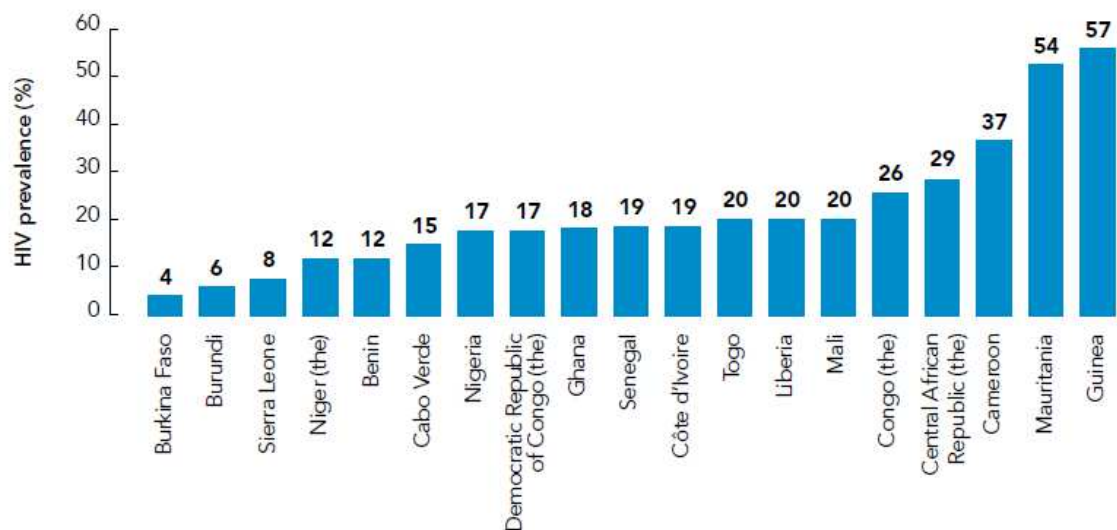
¹¹ Source (ONUSIDA, 2014) : [The Gap Report](#), p. 26

¹² Ibid., p. 30

¹³ Ibid.

TABLEAU SUR LA PRÉVALENCE AU VIH PARMIS LES HOMOSEXUELS ET LES HOMMES QUI ONT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC D'AUTRES HOMMES EN AFRIQUE DE L'OUEST ET CENTRALE (2009-2013)¹⁴

HIV prevalence among gay men and other men who have sex with men in western and central Africa, 2009–2013



Source: Global AIDS Response Progress Reporting, 2014.

¹⁴ Source (ONUSIDA, 2014) : [The Gap Report](#), p. 47

2.3 Les chiffres en bref dans le monde

Le VIH dans le monde en 2013¹⁵

Nombre de personnes vivant avec le VIH :	35 millions [33,2 millions – 37,2 millions]
Nombre de personnes suivant un traitement anti-VIH :	12,9 millions
Pourcentage de patients éligibles recevant un traitement :	37 % [35 % – 39 %]
Nouvelles infections au VIH chez les adultes :	2,1 millions [1,9 million – 2,4 millions]
Nouvelles infections au VIH chez les enfants :	240 000 [210 000 – 280 000]
Nombre de décès liés au sida :	1,5 million [1,4 million – 1,7 million]

SCHÉMA : PAYS REPRÉSENTANT 89% DU TOTAL DES NOUVELLES INFECTIONS À VIH¹⁶

PAYS À REVENU FAIBLE OU INTERMÉDIAIRE

Angola	Mozambique
Brésil	Nigeria
Cameroun*	Pakistan
Tchad*	Afrique du Sud
Chine	Sud-Soudan
Côte d'Ivoire*	Swaziland
République démocratique du Congo*	Ouganda
Ethiopie	République-Unie de Tanzanie
Haïti*	Ukraine
Inde	Vietnam*
Indonésie	Zambie
Iran (République islamique d')	Zimbabwe
Jamaïque	
Kenya	
Lesotho	
Malawi	

PAYS À REVENU ÉLEVÉ

Fédération de Russie
Etats-Unis d'Amérique

*Pays francophones

¹⁵ Source (ONUSIDA, 2014) : [Fiche d'information 2014](#)

¹⁶ Source (ONUSIDA, 2014) : [Accélérer la riposte. Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030](#), p. 19

2.3.1 Criminalisation des populations-clés¹⁷ exposées au VIH :

- Les lois punitives ciblant les populations-clés les plus vulnérables au VIH demeurent répandues dans le monde entier. En 2012, des sources non gouvernementales (dans 70 % des pays) et des gouvernements nationaux (60 %) ont signalé l'existence de lois, de règlements ou de politiques entravant l'accès des populations-clés et des groupes vulnérables aux services efficaces de prévention, de traitement, de prise en charge et de soutien¹⁸.
- Sur 193 pays, soixante-seize pénalisent actuellement les relations homosexuelles, certaines juridictions allant jusqu'à autoriser la condamnation à la peine de mort¹⁹.

Les personnes qui sont socialement marginalisées ou criminalisées sont beaucoup plus touchées par le VIH/sida que la population en général²⁰ :

- Les homosexuels ainsi que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sont 19 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les autres.
- La prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables est 28 fois plus élevée que chez les autres.
- Les femmes issues des populations-clés sont particulièrement touchées par le VIH. A l'échelle mondiale, on estime que la prévalence du VIH chez les travailleuses du sexe est de 12 % et d'environ 30 % dans les environnements à forte ou moyenne prévalence. Malgré l'absence de données, un examen mondial des données disponibles révèle que les femmes transgenres sont 49 fois plus susceptibles de vivre avec le VIH que les autres ; la prévalence du sida chez ce groupe est de 19 %²¹.

La double stigmatisation et discrimination des personnes vivant avec le VIH et appartenant à des populations marginalisées crée des barrières dans l'accès aux soins, y compris aux thérapies antirétrovirales et en matière de protection des droits de l'homme. De plus, les politiciens ne sont pas enclins à soutenir des programmes pour les communautés marginalisées et criminalisées, notamment en période de contraintes budgétaires et si ces programmes entrent en concurrence avec d'autres besoins du service public²².

¹⁷ Voir définition p. 15

¹⁸ Source (ONUSIDA, 2013) : [Rapport mondial 2013](#), p. 89

¹⁹ Source (ONUSIDA, 2013) : [Rapport mondial 2013](#), p. 87

²⁰ Source (ONUSIDA, 2014) : [The Gap Report](#), p. 127

²¹ Source (ONUSIDA, 2013) : [Rapport mondial 2013](#), p. 79

²² Source (ONUSIDA, 2014) : [The Gap Report](#), p. 127

3 Actions de la Francophonie (points de décision de la Francophonie basés sur le Sommet de Kinshasa, 2012)

L'Organisation internationale de la Francophonie n'a pas de mandat ni de financements de ses Etats membres pour le secteur de la santé. Le VIH/sida est abordé dans le cadre du plaidoyer du Secrétaire général lié aux Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) de l'ONU, où se retrouvent l'action diplomatique de l'OIF et les missions des Opérateurs de la Francophonie. L'important réseau dont dispose l'OIF en Afrique – le continent le plus touché par l'épidémie – l'a néanmoins amené à conduire une action préventive et socio-culturelle dans le domaine de la lutte contre le VIH/sida.

Depuis 2009, l'Organisation internationale de la Francophonie (OIF) a intensifié sa collaboration avec ONUSIDA par la signature d'un [accord-cadre](#) au profit des populations de l'espace francophone, en particulier les plus vulnérables. Les deux organisations internationales ont ainsi convenu de procéder à des échanges réguliers d'informations, de s'inviter réciproquement à des réunions ou conférences d'intérêt commun et de s'informer mutuellement de leurs projets. Cet accord-cadre engage non seulement l'OIF, mais également ses opérateurs à parachever des accords parallèles à celui-ci avec ONUSIDA, afin d'assurer la convergence des efforts de la Francophonie avec les objectifs d'ONUSIDA. Par la suite, cet outil a permis à l'APF de conclure à son tour un [accord avec ONUSIDA](#) en 2010 à Dakar.

En 2011, l'OIF a soutenu ses pays membres et l'ONUSIDA pour élaborer les engagements définis dans la [Déclaration politique sur le VIH/sida](#) approuvée lors de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies²³.

Lors du Sommet de la Francophonie de Kinshasa de 2012, l'OIF a également publié en collaboration avec ONUSIDA un [Point de décision de la Francophonie : stopper les nouvelles infections au VIH et garantir les traitements pour tous](#). Ce rapport appelle les pays de l'OIF à revenu faible et intermédiaire, en particulier les pays de l'Afrique subsaharienne, à se concentrer sur trois domaines clés dans la riposte au VIH/sida : intensification de la couverture des traitements anti-VIH ; prévention des nouvelles infections au VIH chez les enfants ; financement de la riposte au VIH.

De même, l'enthousiasme et l'engagement des pays africains francophones a été, selon le Directeur exécutif d'ONUSIDA, Michel Sidibé, déterminant pour l'adoption en 2012 de [la Feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme](#)²⁴ par les 53 Etats membres de l'Union africaine.

Pour les 29 pays francophones que compte l'Afrique, cette feuille de route a défini les étapes requises pour assurer la gouvernance en matière de santé, le financement et l'accès aux médicaments. Pour ce faire, elle préconise notamment des investissements qui « ciblent les besoins les plus pressants et les populations pour lesquelles il est le plus urgent d'agir. Ils sont stratégiques, s'appuient sur des données probantes et sur les droits, s'attaquent aux discriminations et aux inégalités, renfor-

²³ http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/20110610_UN_A-RES-65-277_fr.pdf

²⁴ Cette Feuille de route comprend des actions concrètes pour réduire la dépendance vis-à-vis de l'aide internationale et qui reposent sur trois piliers d'action : 1) des financements plus diversifiés, équilibrés et durables définis par chaque pays; 2) l'accès aux médicaments abordables et de qualité garantie (production locale et harmonisation des réglementations); et 3) leadership, gouvernance et supervision pour des ripostes durables.

cent les systèmes de santé et les systèmes communautaires²⁵». Une de ses actions prioritaires est notamment d'investir dans des programmes qui réduisent les stigmatisations et les discriminations liées au VIH pour permettre aux populations les plus vulnérables et affectées par le VIH d'avoir accès à des services de prévention et de santé efficaces²⁶.

La jeunesse francophone s'est également mobilisée pour lutter contre les discriminations et stigmatisations dont sont encore trop souvent victimes les personnes atteintes du VIH. En 2013, à l'occasion de la 6^{ème} session du Parlement Francophone des jeunes (PJF) à Abidjan, une commission du PJF a adopté sur le fond une résolution dénonçant la pénalisation du VIH/sida, qui a été par la suite présentée aux chefs d'Etat et de gouvernement au Sommet de la Francophonie à Dakar (2014).

L'Assemblée parlementaire de la Francophonie (APF) est l'opérateur de la Francophonie le plus engagé et expérimenté en matière de lutte contre le VIH/sida. Avant même la signature en 2009 de l'accord-cadre avec ONUSIDA, l'APF a mis sur pied dès 2000, un Réseau parlementaire de lutte contre le VIH/sida en Afrique. Ce Réseau – constitué afin de sensibiliser davantage les populations à cette problématique, promouvoir l'échange d'informations et d'expériences et renforcer le rôle des parlementaires en la matière – travaille en partenariat avec ONUSIDA sur les aspects législatifs concernant le VIH. Il a notamment adopté des résolutions fortes appelant les Etats à plus de détermination dans la réponse à l'épidémie aussi bien sur des questions d'accès au traitement, de non-discrimination, de financement et de protection des femmes :

1. « [La résolution sur le renforcement de la lutte contre le VIH/sida en particulier en Afrique](#) », Yaoundé, XXVI^e Session du 6 au 8 juillet 2000 ;
2. « [La recommandation sur les droits des orphelins et enfants rendus vulnérables du fait du VIH/sida](#) », Bruxelles, XXXI^e Session du 6 au 9 juillet 2005 ;
3. [La résolution de Québec](#), XXXIV^e Session du 4 au 7 juillet 2008 ;
4. « [La résolution : la Francophonie en lutte contre le VIH/sida](#) », Paris, XXXV^e Session du 3 au 6 juillet 2009 ;
5. « [La résolution : la pénurie de personnel qualifié et l'exode des compétences dans la lutte contre le VIH/sida](#) », Dakar, XXXVI^e Session du 5 au 8 juillet 2010 ;
6. « [La résolution sur l'absence de français à la XVIIIème conférence internationale sur le VIH](#) », Dakar, XXXVI^e Session du 5 au 8 juillet 2010 ;
7. « [La résolution sur les droits des femmes et la riposte au VIH/sida](#) », Kinshasa, XXXVII^e Session du 5 au 8 juillet 2011 ;
8. « [La Résolution sur l'éducation affective, relationnelle et sexuelle des jeunes comme mesure de prévention du VIH/sida](#) », Kinshasa, XXXVII^e Session du 5 au 8 juillet 2011 ;
9. « [La résolution sur le financement de la riposte au VIH/sida](#) », Bruxelles, XXXVIII^e Session du 8 au 12 juillet 2012.

²⁵ Ibid.

²⁶ Ibid.

4 Mesures à prendre par les autorités politiques et sanitaires pour renforcer l'accès aux services de soin et lutter contre le VIH/sida

Le Fonds mondial a identifié dans sa stratégie 2012-2016 un certain nombre de mesures à intégrer aux programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida afin que les populations les plus exposées, c'est-à-dire les populations-clés²⁷, cessent d'être victimes de stigmatisation et discrimination qui empêchent leur accès aux services de santé. Selon ONUSIDA, de nombreuses études révèlent que la stigmatisation liée au VIH/sida entraîne son dépistage tardif, la non-divulgation de la séropositivité aux partenaires sexuels et un recours limité aux services liés au VIH. De même, la stigmatisation et la discrimination persistent au sein de nombreux établissements de soins de santé, où les personnes vivant avec le VIH/sida sont en butte à l'attitude critique et au refus de prise en charge des prestataires²⁸. Elles sont le plus souvent liées à des peurs irrationnelles suscitées par l'infection et à des jugements moraux. Et pourtant, elles augmentent de manière significative les risques de propagation du virus et compromettent sérieusement ses chances d'éradication.

Depuis 2011, ONUSIDA a adopté une stratégie progressiste basée sur les trois piliers suivants : la prévention, le traitement et la non-discrimination. L'approche d'ONUSIDA part du constat que la stigmatisation, la discrimination, les lois et les politiques répressives sont autant de facteurs qui continuent d'entraver la riposte au VIH/sida et un accès équitable aux services de santé.

Parmi les mesures préconisées par le Fonds mondial pour améliorer l'accès aux services de santé des personnes atteintes du VIH/sida sont, il convient de relever en particulier :

4.1 L'identification des personnes à risque

ONUSIDA et d'autres organisations ont identifié un nombre de populations particulièrement touchées par le VIH, par exemple en termes de risques d'infection, de difficultés d'accéder aux services, mais aussi en termes de discriminations et stigmatisations. Ces populations à plus grand risque et leur implication sont cruciales dans la lutte contre l'épidémie du VIH/sida. Ce sont notamment les

²⁷ Le Fonds mondial définit les populations-clés comme suit :

« Les populations-clés sont exposées à un risque et à une charge de morbidité élevés relatifs aux trois maladies. Leur accès aux services pertinents est nettement inférieur à celui du reste de la population. Des efforts spécifiques et des investissements stratégiques sont donc nécessaires pour renforcer la couverture, l'équité et l'accessibilité. Ces populations se heurtent fréquemment aux violations des droits de l'homme, font face à de nombreux obstacles qui entravent l'accès aux services et leurs recours sont limités puisqu'elles sont systématiquement privées de leurs droits et victimes d'une marginalisation et d'une criminalisation sociales et économiques. Elles fournissent des informations, des conseils et une supervision de grande valeur aux organisations chargées de la mise en œuvre et au Fonds mondial en tant que membres du Conseil d'administration, membres du personnel, récipiendaires des subventions, prestataires d'assistance technique et bénéficiaires, grâce à leur expérience directe et à leur investissement personnel dans la lutte contre les trois maladies. »

Les populations-clés incluent notamment les prisonniers, les migrants, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres, les femmes et les filles, les jeunes, les personnes handicapées, les professionnels du sexe et leurs clients, les consommateurs de drogues injectables, les populations autochtones et les personnes déplacées. Voir [note d'information du Fonds mondial](#), « Les droits de l'homme dans le cadre des subventions allouées à la lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et au renforcement des systèmes de santé », février 2014, p. 3.

²⁸ Source (ONUSIDA, 2013) : [Rapport mondial 2013](#), p. 84

filles et les jeunes femmes, les prisonniers, les migrants, les toxicomanes, les travailleurs du sexe, les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, les personnes transgenres, les enfants et les mères séropositifs, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays, les personnes handicapées, les personnes âgées de 50 ans et plus et les personnes vivant avec le VIH. Ces populations ne s'excluent pas mutuellement et leur prévalence au VIH/sida varie d'une région à l'autre.

Le Fonds mondial recommande explicitement d'impliquer des représentants des populations-clés dans l'élaboration des stratégies nationales et régionales pour la riposte au VIH/sida. Pour mieux cibler la réponse à ce fléau, il est important de connaître l'épidémie et d'avoir des informations sur les risques de contamination et les potentiels en matière de lutte contre le VIH/sida de ces différentes populations.

Néanmoins, les Etats et gouvernements de la Francophonie doivent impérativement être attentifs au risque de double discrimination que comporte le processus d'identification des personnes les plus vulnérables au VIH/sida. En effet, les informations sur ces populations peuvent aussi être utilisées contre elles et être instrumentalisées pour les accuser, par exemple, de propager l'épidémie.

4.2 La conception de programmes de lutte contre le VIH/sida selon une démarche fondée sur les droits de l'homme

Il importe que les stratégies nationales ou régionales de riposte au VIH soient plus proches des groupes les plus touchés aujourd'hui et qu'elles suppriment les obstacles en matière de droit de l'homme qui entravent l'accès aux services de santé des populations-clés. Lorsque les droits de ces personnes ne sont pas respectés et protégés, celles-ci ont en effet beaucoup plus de difficultés d'accéder aux services de prévention, de dépistage, de traitement, de soins et de prises en charge disponibles. Tous les efforts de prévention au niveau national ou régional peuvent ainsi être mis à mal en raison de discriminations qui vont à l'encontre des engagements en matière de droits de l'homme pris par les Etats et les gouvernements de la Francophonie au travers de traités internationaux.

Par conséquent, le Fonds mondial préconise comme mesure pour améliorer l'accès aux services de santé l'intégration systématique de principes des droits tels que la non-discrimination, la dignité humaine, la transparence et la responsabilité dans la conception et mise en œuvre de programmes nationaux ou régionaux de lutte contre le VIH/sida. D'après lui, en adoptant une démarche fondée sur les droits de l'homme, les groupes vulnérables et les populations-clés peuvent ainsi être responsabilisés et assurer leur participation aux processus décisionnels les concernant. Une telle démarche a l'avantage de pouvoir mieux évaluer leurs besoins ainsi que les défis et les obstacles géographiques, financiers, sociaux, juridiques et culturels auxquels ils sont confrontés dans leur accès aux soins. La mesure préconisée implique forcément de sensibiliser le personnel soignant aux droits de l'homme et aux risques pour la santé publique que peuvent causer des discriminations à l'égard des personnes atteintes du VIH/sida et des populations-clés. Cette sensibilisation doit également renforcer la capacité du personnel soignant à fournir des services de prévention, de dépistages, de traitements et de soins aux populations les plus pauvres et les plus marginalisées.

4.3 La suppression des obstacles juridiques qui entravent l'accès aux soins

Le Fonds mondial recommande quatre types d'intervention afin de supprimer les obstacles juridiques et en matière de droits de l'homme qui entravent l'accès aux services de santé des populations-clés.

Premièrement, il s'agit de réaliser à l'échelle nationale ou régionale une évaluation de l'environnement juridique, c'est-à-dire d'examiner de près les lois, les réglementations et les politiques relatives au VIH/sida, de voir comment les personnes atteintes du VIH/sida ont accès à la justice et les lois sont appliquées vis-à-vis d'elles et de les réviser ou abroger si nécessaire. Les lois radicales en matière de transmission du VIH/sida ont pour seul effet de pousser les travailleurs du sexe, les homosexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables dans la clandestinité et de les éloigner des services VIH. En apportant des améliorations à l'environnement juridique, des progrès significatifs peuvent être accomplis dans la riposte au VIH/sida.

Deuxièmement, il convient de développer une culture juridique dans le contexte du VIH/sida en enseignant des notions élémentaires de droit et en offrant un accès à des services juridiques. Par ce biais, les communautés peuvent être informées de leurs droits et des droits de l'homme et accéder à la justice grâce à une assistance juridique ou à des services juridiques. Le Fonds mondial atteste qu'une telle intervention « améliore la fréquentation des services de santé, fournit des points d'entrée supplémentaires pour les services de proximité, le dépistage et le traitement, et contribue à ce que les politiques et les lois soient appliquées de façon générale et systématique »²⁹.

La troisième intervention préconisée par le Fonds mondial vise à former les fonctionnaires, les forces de police et les soignants et à dialoguer avec eux de manière à créer un environnement plus propice à la riposte sanitaire au VIH/sida. Le Fonds mondial signale à ce sujet que : « la sensibilisation des fonctionnaires, des forces de police, des parlementaires, des juges et des soignants aux droits reconnus par la loi et aux droits de l'homme des populations-clés, des femmes et des filles, contribue à assurer une plus grande cohérence dans la mise en œuvre des lois et des politiques. L'intégration des représentants communautaires dans ces formations facilite également la création de canaux de communication parmi les populations-clés, les fonctionnaires et les forces de police »³⁰.

Pour terminer, le Fonds mondial encourage les Etats et les gouvernements à intervenir pour assurer un suivi et le signalement des cas de violations des droits de l'homme, qui peuvent prendre les formes suivantes : discrimination, violence en fonction du genre, problèmes des populations-clés avec les forces de police, violation du principe de consentement en connaissance de cause, non-respect du secret médical, refus de prise en charge, etc. Il est dès lors indispensable que les communautés concernées soient soutenues dans leur plaidoyer en faveur des réformes juridiques et politiques de différentes manières : par exemple, en développant et en soutenant des structures recueillant l'avis des populations-clés ou en documentant les cas de discrimination liée au VIH/sida exercée par les soignants, etc.

²⁹ Note d'information du Fonds mondial, « Les droits de l'homme dans le cadre des subventions allouées à la lutte contre le VIH, la tuberculose, le paludisme et au renforcement des systèmes de santé », février 2014, p. 9

³⁰ Ibid.

5 Conclusion

La prévalence au VIH de certaines populations-clés, notamment des travailleuses du sexe, des consommateurs de drogue injectables et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes est alarmante et montre toute l'importance à ce que les nouvelles stratégies de lutte contre le VIH soient moins nationales, mais plus proches des groupes les plus touchés aujourd'hui. « The Gap Report ³¹ » d'ONUSIDA rappelle que les pays qui ignorent la discrimination et tolèrent les inégalités ne réaliseront pas tout leur potentiel, et seront confrontés aux graves conséquences de l'inaction sur le plan de la santé publique comme sur le plan financier.

Par conséquent, seul un engagement sans relâche en faveur de la protection des droits humains permettra un succès à la riposte au sida. Aussi longtemps que les personnes vivant avec le VIH souffriront de discriminations et de stigmatisations dans l'accès aux soins et aux traitements et qu'aucune protection ne sera octroyée aux populations marginalisées, le fléau du sida ne pourra être vaincu.

« Les efforts déployés pour vaincre la stigmatisation et la discrimination, loin de se limiter aux parties prenantes traditionnelles du secteur de la santé, doivent solliciter toutes les instances gouvernementales, notamment les pouvoirs législatifs et judiciaires, ainsi que la société civile et les personnes vivant avec le VIH. Des mesures sont également nécessaires pour informer et sensibiliser les législateurs (députés) et les responsables de l'application des lois (ministres de l'Intérieur et de la Justice, fonctionnaires de police, procureurs, juges, avocats, responsables pénitentiaires et chefs religieux officiels et traditionnels) aux droits de l'homme dans le contexte du VIH ».

ONUSIDA, Rapport mondial 2013, p. 90

³¹ Source (ONUSIDA, 2014) : [The Gap Report](#)

6 Annexes (bases légales)

Annexe 1 : [Assemblée générale des Nations Unies, Déclaration politique sur le VIH et le sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida, Résolution adoptée par l'Assemblée générale, 8 juillet 2011, A/RES/65/277](#)

Annexe 2 : [Feuille de route de l'Union africaine sur la responsabilité partagée et la solidarité mondiale pour la riposte au sida, à la tuberculose et au paludisme \(2012\)](#)