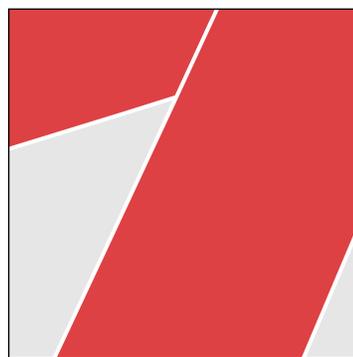


Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme

Mesures de lutte contre les effets dévastateurs du VIH/SIDA sur les plans humain, économique et social



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



UNION
INTERPARLEMENTAIRE

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA
OUTILS FONDAMENTAUX

ONUSIDA/99.48F (version française, novembre 1999)

Version originale anglaise, UNAIDS/99.48E, novembre 1999:

Handbook for Legislators on HIV/AIDS, Law and Human Rights:

Action to Combat HIV/AIDS in View of its Devastating Human, Economic and Social Impact

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) 1999. Tous droits de reproduction réservés.

Ce document, qui n'est pas une publication officielle de l'ONUSIDA, peut être librement commenté, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, à condition de mentionner la source. Il ne saurait cependant être vendu ni utilisé à des fins commerciales sans l'accord préalable, écrit, de l'ONUSIDA (contacter le Centre d'Information de l'ONUSIDA).

Les prises de position exprimées par les auteurs cités dans le document n'engagent que la responsabilité de ces auteurs.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse

Tél.: (+41 22) 791 46 51 – Fax: (+41 22) 791 41 65

Courrier électronique: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme

Mesures de lutte contre les effets dévastateurs du VIH/SIDA
sur les plans humain, économique et social

ONUSIDA / UIP
Genève, Suisse
1999

Avant-Propos

A l'aube du XXI^e siècle, le VIH et le SIDA continuent leurs ravages et frappent un nombre toujours croissant de personnes, de couples, de familles et de communautés. Plus de 90% des 33,6 millions de personnes touchées par le VIH/SIDA à la fin de l'année 1999 vivaient dans des pays en développement. Dans de nombreux pays en développement, l'épidémie a pris des proportions telles qu'elle constitue désormais une menace pour la sécurité des personnes. Parce qu'il n'épargne personne, ni les parents ni les enfants, ni les enseignants, les agents de santé, les agriculteurs, ni aucun membre actif de la société, le SIDA réduit à néant toutes les avancées réalisées dans le domaine du développement économique et social.

Chaque année, des dirigeants qui jusqu'alors croyaient leurs populations à l'abri du VIH pour des raisons culturelles, religieuses ou géographiques, ne peuvent que constater que leurs pays sont également frappés par l'épidémie. De fait, les responsables politiques de certains pays ont ignoré la menace du SIDA, sans doute par peur de s'aliéner une frange ou une autre de leurs partisans en abordant des questions telles que la sexualité à moindre risque, les stratégies du moindre mal vis-à-vis des consommateurs de drogues injectables, et autres sujets sensibles.

Ailleurs, les responsables politiques se sont attaqués avec courage à l'épidémie, en se portant aux avant-postes de la lutte contre le VIH/SIDA de la manière la plus efficace possible. En matière de prévention de la propagation du VIH et d'atténuation des effets du SIDA, ce sont les pays dont les dirigeants ont fait preuve de la détermination politique la plus forte qui ont obtenu les résultats les plus significatifs.

L'objectif de ce *Guide* est d'aider les parlementaires et autres représentants élus à formuler et promulguer une législation efficace et à entreprendre une réforme législative appropriée pour lutter contre le SIDA. Qu'il s'agisse d'inscrire dans la Constitution l'interdiction de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/SIDA ou de celles les plus vulnérables à l'infection, de légiférer pour garantir le droit des enfants scolarisés à recevoir une information sur les méthodes de protection qu'ils seront amenés par la suite à utiliser, pour n'évoquer que quelques-uns des domaines d'action, un engagement plein et entier du législateur est absolument vital pour apporter une riposte efficace à l'épidémie et garantir la disponibilité des ressources budgétaires et autres voulues.

Ce *Guide* donne des exemples d'approches législatives et réglementaires exemplaires, en provenance du monde entier, pour chacune des douze *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme* publiées en 1998 par le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). Il présente également des mesures concrètes que le législateur peut prendre pour protéger les droits de l'homme et promouvoir la santé publique dans le cadre de la riposte à l'épidémie.

Le *Guide* est le fruit d'une collaboration croissante entre l'Union interparlementaire et l'ONUSIDA, qui partagent un même attachement au respect et à la protection des droits de l'homme, en tant que valeur intrinsèque, mais aussi en tant qu'élément fondamental de leur action pour la réalisation de leurs objectifs institutionnels.

Nous espérons que les parlementaires et autres représentants élus du monde entier pourront tirer parti de ce *Guide* dans la mise en œuvre de leur riposte nationale et communautaire au SIDA, et nous leur demandons instamment d'affirmer ou de réaffirmer leur engagement politique en faveur de la prévention de l'épidémie et de l'atténuation des ravages qu'elle cause.



Peter Piot
Directeur exécutif
Programme commun des
Nations Unies sur
le VIH/SIDA



Anders Johnsson
Secrétaire général
Union interparlementaire

Remerciements

L'Union interparlementaire et l'ONUSIDA expriment leurs remerciements les plus chaleureux à Mme Helen Watchirs (Australie), principal auteur du *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme (Le Guide)*, pour sa participation active et ses recherches approfondies.

L'Union interparlementaire et l'ONUSIDA ont organisé à Genève, en février 1999, une réunion de consultation avec des spécialistes du droit qui a permis d'affiner la forme et le contenu du présent *Guide*. Nous exprimons nos remerciements aux parlementaires ci-après, qui ont assisté à cette réunion, pour leur contribution à ce *Guide*:

Dr Carolyn Bennett
Canadian IPU Group
40 Elgin, Suite 1033
Ottawa, Ontario K1A 0A4
Canada

M. David Borrow
House of Commons
Londres SW1A 0AA
Royaume-Uni

M. Victor Chernykh
Noviy Arbat, 19
Moscou
Fédération de Russie

M. Alexandre Waota Coulibaly
Assemblée Nationale de Côte d'Ivoire
Boîte postale 01 B.P. 1 381
Abidjan 01
Côte d'Ivoire

M. Juan M. Flavio, Sénateur
c/o Inter Parliamentary Relations and Protocol Service
Senate of the Republic of the Philippines
Room 604, GSIS Headquarters, Roxas Blvd.
Pasay City
Philippines

Mme Catherine Génisson
Palais Bourbon
75355 Paris 07 SP
France

Dr Paul Günter
Délégation suisse auprès de l'Union interparlementaire
3003 Berne
Suisse

Dr (Smt.) Najma Heptulla
Présidente du Conseil de l'Union interparlementaire
4, Akbar Road
New Delhi
Inde

M. Essop Essack Jassat
All Party Parliamentarian Group on AIDS
Portfolio Committee on Health
National Assembly
Cape Town 8000
Afrique du Sud

M. O.M. Kgosipula
National Assembly
P.O. Box 240
Gaborone
Botswana

Dr Newton Kulundu
c/o Secretary/Treasurer
IPU Kenya Group
National Assembly
Parliament Buildings
P.O. Box 41842
Nairobi
Kenya

Mme Zury Ríos Montt
2^o calle A 13-77 zona 15
Colonia Tecún-Umán
Guatemala City
Guatemala

Nous tenons également à remercier Art Hendriks (Pays-Bas), Mark Heywood (Directeur, AIDS Law Project, Afrique du Sud), Julian Fleet et Miriam Maluwa (ONUSIDA, Conseillers sur les questions des droits de l'homme, Suisse) et Alain Valtat (Secrétariat de l'Union interparlementaire, Suisse) pour leurs précieux conseils et suggestions.

Enfin, l'Union interparlementaire et l'ONUSIDA expriment leur gratitude aux nombreuses autres personnes, notamment à David FitzSimons et Andrea Verwohlt (Centre d'Information de l'ONUSIDA), sans lesquelles la rédaction de ce Guide n'aurait pas été possible.

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	2
Remerciements	4
RESUME DE SYNTHESE	9

I. INTRODUCTION 17

(i) Gravité du problème mondial	17
(ii) Impact sur le développement	17
(iii) Objectif de ce Guide	18

II. CONTEXTE 21

(i) Résolution de Windhoek de l'Union interparlementaire sur le VIH/SIDA	21
(ii) Action des parlementaires	22
– Exemples d'initiatives régionales et nationales	25
(iii) Le VIH/SIDA, le droit, la politique et les droits de l'homme – Directives internationales	27
– Respect des obligations internationales	28
– Exceptions	30

III. DIRECTIVES INTERNATIONALES COMMENTEES 33**(A) Responsabilités et méthodes des institutions 34**

(1) Cadre national	34
– Comités interministériels	34
– Commissions parlementaires sur le VIH/SIDA	36
– Organes consultatifs multisectoriels	37
– Activités au niveau local – étude de cas sur la décentralisation	38
(2) Appui au partenariat communautaire	39
– Approche fondée sur le partenariat	39
– Etudes de cas	39

(B) Réexamen et réforme des lois et services d'appui 41

(3) Législation relative à la santé publique	41
– Exemples de réformes menées dans divers pays	41
– Dépistage volontaire et consentement éclairé	46
– Notification des informations codées	49
– Notification aux partenaires	50
– Détention ou isolement/quarantaine	51
– Sécurité transfusionnelle	52
– Lutte contre l'infection	54
(4) Législation pénale et régime pénitentiaire	56
– Délits de transmission et d'exposition au risque de transmission	56
– Echange d'aiguilles et de seringues	59
– Rapports sexuels	62
– Commerce du sexe et prostitution	63
– Prisons	69

(5) Lois antidiscriminatoires et protectrices	73
– Législation antidiscriminatoire	73
– Incidences discriminatoires de la législation sur les groupes vulnérables	78
– Vie privée	82
– Droit du travail	86
(6) Réglementation de la fourniture des biens et services et des informations	90
– Réglementation de la fourniture des biens et services thérapeutiques	90
– Recherche dans le respect de l'éthique	94
– Droit à l'éducation et à l'information	97
– Liberté d'expression et d'association	98
(7) Services d'assistance juridique	100
(C) Promotion d'un environnement incitatif et habilitant	102
(8) Femmes, enfants et autres groupes vulnérables	102
– Droits liés à la sexospécificité et à la reproduction	103
– Enfants et jeunes gens	107
– Minorités religieuses	109
(9) Modification des attitudes de discrimination par l'éducation, la formation et l'information	110
(10) Elaboration par les pouvoirs publics et le secteur privé de normes assorties de mécanismes pour la mise en œuvre de ces normes	113
(11) Mécanismes étatiques de suivi et d'exécution en matière de droits de l'homme	114
(12) Coopération internationale	116
– Mécanismes internationaux de vérification du respect des obligations	117
– Mobilisation des ONG	119
– Chefs religieux	120
IV. CONCLUSION	121
ANNEXES	122
Annexe A Données médicales	122
Initiatives récentes concernant la mise au point d'un vaccin et l'accès aux traitements	123
Annexe B Résolution adoptée sans vote par la 99 ^{ème} Conférence interparlementaire (Windhoek, 10 avril 1998)	126
Annexe C Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme	130
Annexe D Présentation de l'ONUSIDA	152
Annexe E Présentation de l'Union interparlementaire	154
NOTES DE FIN	156

ACRONYMES

ACCSI	Action des citoyens contre le SIDA (Venezuela)
ADA	Americans with Disabilities Act (Loi sur les Américains souffrant d'un handicap)
AIDSCAP	AIDS Control and Prevention Project (Projet de prévention et de lutte contre le SIDA)
APPGA	All-Party Parliamentary Group on AIDS (groupe parlementaire inter-partis sur le SIDA)
BEMFAM	Sociedade Civil Bem-estar Familiar do Brasil
CARICOM	Secrétariat de la Communauté des Caraïbes
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CI	Caritas Internationalis
CIDEM	Centro de Información y Desarrollo de la Mujer
CIOMS	Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales
CIPD	Conférence internationale sur la Population et le Développement
DFID	Department for International Development (Royaume-Uni)
FASE	Fundación AntiSida de España
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
HREOC	Human Rights and Equal Opportunity Commission (Commission des droits de l'homme et de l'égalité)
IAVI	International AIDS Vaccine Initiative (Initiative internationale pour la mise au point d'un vaccin contre le SIDA)
ICASO	Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA
LACCASO	Réseau latino-américain/caraïbe d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA
LWP	Legal Working Party (groupe de travail sur les questions juridiques) (Canada)
MAP	Monitoring the AIDS Pandemic (MAP) Network (Réseau de surveillance de la pandémie de SIDA)
MST	Maladies sexuellement transmissibles
MTV	Music Television International
ONG	Organisation non gouvernementale
PNUCID	Programme des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
SAARC	Association sud-asiatique de Coopération régionale
SADC	Communauté de Développement de l'Afrique australe
TASO	Organisation (ougandaise) d'Aide aux Malades du SIDA
THT	Terrence Higgins Trust (Royaume-Uni)
UIP	Union interparlementaire
UNDAW	Division de la Promotion de la Femme (Nations Unies)
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le Développement international)

RESUME DE SYNTHÈSE

Dans son introduction, le présent rapport donne des chiffres saisissants: 33,4 millions de personnes vivent aujourd'hui avec le VIH/SIDA. Pour remédier aux ravages que l'épidémie fait subir aux communautés du monde entier, une riposte efficace doit être mise en œuvre. Aujourd'hui, les pays en développement et les groupes vulnérables (ceux dont les droits fondamentaux ne sont déjà pas complètement respectés) subissent de manière disproportionnée les effets de l'épidémie.

La section intitulée «Contexte» dégage les grands axes de la Résolution adoptée par l'Union interparlementaire lors de la Conférence tenue à Windhoek en Namibie, en 1998. Elle cite l'exemple de certains responsables politiques qui ont publiquement apporté leur soutien à la résolution, et évoque des initiatives régionales et nationales de parlementaires qui soulignent le lien entre le VIH/SIDA et les droits de l'homme.

Vient ensuite une brève description des fondements de droit international sur lesquels s'appuient les *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*. Ces directives demandent aux Etats ayant ratifié des traités relatifs aux droits de l'homme de réexaminer et, le cas échéant, réformer leurs législations, politiques et pratiques de façon à les mettre en conformité avec les normes définies. Certains droits (droit à la santé, à la non-discrimination, à la vie privée, à l'éducation, à l'information, à l'autonomie, à la liberté, à la liberté d'expression et d'association, ainsi que le droit de ne pas être soumis à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants) sont ensuite examinés spécifiquement dans le contexte du VIH/SIDA.

Le présent Guide analyse chacune des 12 Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme et cite quelques-unes des meilleures pratiques ayant permis leur mise en œuvre, du point de vue du contenu et/ou de la procédure, au niveau national et parfois local et régional.

(A) Responsabilités et méthodes des institutions

Directive 1 – Cadre national (pages 34-39)

Le Guide identifie plusieurs méthodes permettant d'intégrer les politiques et programmes dans les domaines et niveaux administratifs voulus.

(1) Comités interministériels

Les portefeuilles concernés (santé, éducation, justice, affaires sociales, logement, transports, tourisme, etc.) doivent siéger dans ces organes et autres sous-comités, de façon à assurer la coordination à un niveau élevé des stratégies relatives au VIH/SIDA. Des exemples sont donnés de ce type d'organes dans différents pays, dont un présidé par le Premier Ministre de la Thaïlande.

(2) Commissions parlementaires sur le VIH/SIDA

La Résolution de Windhoek recommande la création de commissions législatives spéciales non partisans, au sein desquelles les parlementaires pourront approfondir leur connaissance des questions relatives au VIH/SIDA et promouvoir un consensus. Le groupe parlementaire inter-partis sur le SIDA (All-Party Parliamentary Group on AIDS) du Royaume-Uni est un bon exemple de ce type de commission.

(3) Organes consultatifs multisectoriels

Il est essentiel que les professionnels et la communauté soient représentés au sein des organes (tels que le Conseil sur le SIDA en Malaisie) qui conseillent le gouvernement sur les questions générales, et en particulier celles liées aux questions juridiques et éthiques (c'est le cas notamment de certains comités en Afrique du Sud et au Canada).

Directive 2 – Appui au partenariat communautaire (pages 39-41)

La Résolution de Windhoek appuie explicitement l'approche fondée sur le partenariat, à toutes les étapes de l'élaboration des politiques et de la mise en œuvre et l'évaluation des programmes. La représentation au sein des organes consultatifs est une méthode qui peut être retenue pour la mise en application de cette Directive. Le Guide donne l'exemple de plusieurs ONG qui œuvrent avec succès, telles que la TASO en Ouganda.

(B) Réexamen et réforme des lois et services d'appui

Cette section est la partie la plus importante et la plus technique du Guide. Des listes de points à vérifier sont proposées pour dix domaines spécifiques, à titre d'aide à la mise en œuvre de la réforme. Le processus proprement dit de réforme de la législation sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme est particulièrement important. Le Guide cite les meilleures pratiques suivies dans différents pays, comme aux Philippines par exemple, dans le cadre de la *Loi de 1998 sur la lutte contre le SIDA*.

Directive 3 – Législation relative à la santé publique (pages 41-55)

Le Guide souligne combien il est important que la santé publique soit reconnue comme relevant de la responsabilité de l'Etat et que cela se traduise par une législation imposant la fourniture de services de prévention, de traitement et de soins. Malheureusement, certaines lois désuètes sur les maladies infectieuses ont été étendues automatiquement au VIH/SIDA, avec des conséquences absurdes: interdiction pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA d'utiliser les transports publics ou de travailler dans certaines industries.

(1) Dépistage

Le caractère nécessaire du consentement éclairé, avec services de conseil avant et après le test, est examiné. On analyse ainsi les mécanismes qui vont dans le sens de cet objectif, tels que l'intégration dans les dispositions réglementaires de santé publique de formulaires spécifiques de demande de test pour les laboratoires. En outre, les raisons pour lesquelles il n'y a pas lieu d'imposer le dépistage aux groupes ciblés sont également présentées.

(2) Notification et notification au partenaire

La nécessité de collecter des données pour des raisons de santé publique est indiscutable, et certaines solutions pour protéger la vie privée sont proposées, telles que l'utilisation de données codées pour la notification aux autorités sanitaires des nouveaux cas d'infection par le VIH. Les protocoles pour la notification aux partenaires sexuels d'une personne séropositive, dans certaines circonstances et sans son consentement, sont également abordés.

(3) Détention

Le Guide souligne l'absence de tout critère relevant de la santé publique justifiant l'isolement de personnes au seul motif de leur état sérologique pour le VIH. Toute restriction de la liberté doit être motivée uniquement par le comportement de la personne et toutes les protections juridiques doivent être garanties.

(4) Sécurité transfusionnelle

Le Guide souligne combien il est urgent que soit mis en place un système d'approvisionnement en sang sûr, géré par un service national responsable, fondé sur le don volontaire, et avec recherche systématique du VIH. Les études de cas mettent en évidence les réussites dans ce domaine en Ouganda et au Zimbabwe.

(5) Précautions générales

Il est absolument nécessaire de lutter contre l'infection en milieu médicalisé et ailleurs, quand existent des risques de contact avec le sang et d'autres liquides organiques. Dans certaines juridictions (aux Etats-Unis, par exemple), la législation relative à la santé publique précise en détail les obligations applicables.

Directive 4 – Législation pénale et régime pénitentiaire (pages 56-72)

Dans ce domaine, une législation répressive peut entraver les programmes de prévention si elle peut permettre de poursuivre les éducateurs dans le domaine du VIH/SIDA pour complicité d'infractions.

(1) Délits de transmission et d'exposition au risque de transmission

Ces dispositions ne sont pas rares (dans la mesure où elles sont perçues comme une marque de fermeté), mais elles ne sont pas recommandées et elles devraient n'être utilisées qu'en dernier recours. Si une telle disposition est néanmoins adoptée, il est préférable qu'elle soit générique, et non pas spécifique au VIH, et qu'elle reconnaisse les facteurs à décharge, par exemple le consentement du partenaire et l'emploi de moyens de protection (préservatifs). Il est essentiel que des protocoles soient établis entre les

RESUME DE SYNTHÈSE

autorités sanitaires et judiciaires pour éviter que des affaires ne soient indûment portées devant un tribunal, sans aucun élément scientifique probant.

(2) Echange d'aiguilles et de seringues

Toute approche pour un moindre mal comprend un programme d'échange d'aiguilles et de seringues, et ces stratégies ont d'ailleurs démontré leur efficacité en limitant la propagation du virus chez les consommateurs de drogues injectables. Plusieurs études de cas sont présentées, notamment une qui concerne une ONG à Saint-Pétersbourg.

(3) Actes sexuels

Les actes sexuels pratiqués en privé tels que l'adultère, la sodomie et la fornication sont interdits dans certains pays aux fins de protection de la moralité publique. Du point de vue de la santé publique, il y a lieu d'abroger ces lois qui contraignent ces comportements à risque à la clandestinité.

(4) Commerce du sexe (prostitution)

Les objectifs de santé publique seront plus sûrement atteints par une réglementation du commerce du sexe (en tant qu'industrie de services aux particuliers) imposant le respect de précautions générales (préservatifs). De nombreuses études de cas ont été documentées, notamment dans le quartier de Sonagachi à Calcutta.

(5) Prisons

La prévalence du VIH progresse vertigineusement dans les prisons à cause des comportements à risque. Des interventions visant à éduquer et informer, telles que celles menées au Brésil, ont enregistré des résultats positifs, contrairement à la répression brutale. L'absence de tels programmes condamne les détenus, ainsi que les communautés au sein desquelles ils retournent après leur libération, à l'infection par le VIH.

Directive 5 – Lois antidiscriminatoires et protectrices (pages 73-89)

(1) Législation antidiscriminatoire

Le Guide fait référence au cas déchirant du meurtre d'une volontaire d'une ONG en Afrique du Sud, assassinée après qu'elle eut révélé sa séropositivité durant la Journée mondiale SIDA. De nombreux pays sont dotés de lois antidiscriminatoires, tels que l'Afrique du Sud, le Canada, la France et le Royaume-Uni. En règle générale, des organes administratifs, tels qu'une commission des droits de l'homme, instruisent les plaintes pour discrimination (le VIH/SIDA étant souvent pris en compte comme un handicap) et tentent de parvenir à une conciliation.

(2) Incidences discriminatoires sur les groupes vulnérables

La législation peut être la source d'une discrimination systématique à l'encontre des femmes, des jeunes et des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, en ne les protégeant pas contre la violence sexuelle et les dispositions inéquitables en matière de propriété, et en ne reconnaissant pas l'existence d'une relation de couple (une relation de fait, quel que soit le sexe des deux partenaires).

(3) Vie privée

Les informations relatives au VIH présentent un caractère sensible compte tenu de la stigmatisation autour de l'épidémie. En Europe occidentale et au Canada, la législation protège généralement la vie privée, et les données médicales bénéficient bien souvent d'une protection spéciale. Dans l'ensemble, les organes administratifs, tels que les commissaires à la protection de la vie privée, présentent un mode de fonctionnement comparable à celui des commissions des droits de l'homme.

(4) Droit du travail

Une protection doit être mise en place contre le dépistage obligatoire et la discrimination inéquitable sur le lieu de travail. La situation est d'autant plus aiguë lorsqu'elle touche une personne infectée et mise à pied alors qu'elle aurait été en mesure de travailler longtemps encore (en particulier avec les progrès des traitements antirétroviraux). Le Code de pratique relatif au VIH/SIDA à l'intention des agents de santé et autres professionnels exposés (Code of Practice for Health Care Workers) de Worksafe Australia est cité comme un cas exemplaire en matière de normes de santé et de sécurité au travail.

Directive 6 – Réglementation de la fourniture des biens et services et des informations (pages 90-99)

(1) Législation relative aux biens thérapeutiques

Ces dispositions garantissent la qualité et la disponibilité des articles tels que les nécessaires pour test VIH, les préservatifs et les traitements médicaux. Le Guide évoque la levée, entreprise avec succès en France en 1987, des obstacles à la distribution de préservatifs.

(2) Recherche éthique

Il est vital de protéger les participants humains aux travaux de recherche dans le domaine du VIH. Le Guide présente le mode de fonctionnement des comités d'examen éthique et évoque des études de cas portant sur l'élaboration d'un vaccin au Brésil, en Ouganda et en Thaïlande. Les initiatives prises dans plusieurs pays pour améliorer l'accès au traitement sont également décrites.

(3) Education et information

Des matériels pédagogiques à contenu explicite sont nécessaires, mais les normes de diffusion peuvent faire obstacle aux campagnes médiatiques générales ou ciblées, à moins de prévoir des exemptions pour les matériels pédagogiques.

(4) Liberté d'expression et d'association

Parfois, les ONG, et en particulier celles qui représentent des groupes vulnérables (hommes homosexuels, professionnel(le)s du sexe et consommateurs de drogues injectables) peuvent voir leur liberté d'association limitée par la législation, les autorités invoquant dans ces circonstances le caractère illicite des comportements de leurs membres ou le fait qu'elles se montrent critiques envers l'inaction des pouvoirs publics.

Directive 7 – Services d’assistance juridique (pages 100-101)

Des études de cas exemplaires sont présentées, portant sur des services qui vont au-delà de la réforme de la législation, en aidant par exemple les individus à faire appliquer leurs droits. Les exemples cités proviennent de différents pays, dont notamment le Venezuela.

(C) ENVIRONNEMENT HABILITANT**Directive 8 – Femmes, enfants et autres groupes vulnérables** (pages 102-110)

Améliorer le statut social et juridique des groupes dont les droits fondamentaux ne sont pas intégralement respectés est une entreprise gigantesque, mais nécessaire. La vulnérabilité est liée aux conditions juridiques, sociales et économiques, mais également à la nature de l’épidémie dans chaque pays. Les groupes les plus communément touchés sont les femmes, les enfants, les minorités religieuses ou ethniques, les populations autochtones, les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées dans leur propre pays, les personnes souffrant de handicaps, les groupes économiquement désavantagés, les travailleurs itinérants, les hommes homosexuels, les toxicomanes par voie intraveineuse et les professionnel(le)s du sexe. Des programmes ciblés dans trois domaines spécifiques sont envisagés.

(1) Sexospécificité

De nombreux pays (le Népal, par exemple) ont lancé des projets visant à améliorer le degré d’alphabétisation, le niveau d’instruction et la situation des femmes. D’importantes réformes ont été menées au niveau institutionnel (création d’un bureau pour les femmes ou d’un ministère de la femme) ou par le biais de la législation (interdiction de la mutilation génitale des femmes, par exemple). La nécessité de la participation des hommes aux projets visant à influencer les rapports entre les hommes et les femmes est soulignée.

(2) Jeunes gens

Plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont été infectées avant l’âge de 25 ans. En 2010, l’ONUSIDA estime que le nombre des orphelins du SIDA atteindra 40 millions. Certains facteurs accroissent la vulnérabilité des jeunes, notamment la pauvreté, la violence, le manque de qualifications et certaines normes sociales préjudiciables concernant les relations sexuelles. Diverses formes de projets ciblés sur les jeunes, et conçus pour leur apporter les connaissances, les compétences psychosociales et les services nécessaires, sont mises en œuvre: éducation par les pairs en Zambie et action auprès des enfants des rues au Brésil.

(3) Minorités religieuses

Une étude concernant les meilleures pratiques est présentée; elle porte sur un projet de prévention et d’éducation parmi la minorité musulmane en Ouganda.

Directive 9 – Modification des attitudes de discrimination par l’éducation, la formation et l’information (pages 110-113)

La législation, à elle seule, ne suffit pas pour modifier les attitudes de discrimination.

Par leurs actions en public, des personnalités telles que feu la Princesse Diana œuvrent grandement en ce sens. Les déclarations publiques des parlementaires sont également un puissant moyen de lutte contre les préjugés. Les campagnes médiatiques financées par les pouvoirs publics, telles que celle menée en Australie et présentée dans le Guide, jouent également un rôle important.

Directive 10 – Elaboration par les pouvoirs publics et le secteur privé de normes assorties de mécanismes pour la mise en œuvre de ces normes (pages 113-114)

Le Guide donne des exemples de partenariats innovateurs, entre le secteur public et le secteur privé, qui exercent une action efficace contre l'épidémie. Le Code de conduite sur l'emploi et le VIH/SIDA de la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC) en est un exemple remarquable. Une action peut également être menée dans d'autres domaines, tels que les soins de santé et les médias.

Directive 11 – Mécanismes étatiques de suivi et d'exécution en matière de droits de l'homme (pages 114-116)

Le Guide présente les principes de Paris sur l'établissement d'institutions nationales de défense des droits de l'homme, qui soulignent la nécessité de l'indépendance, de l'accessibilité et de la responsabilité de ces commissions. Des exemples de commissions des droits de l'homme en Ouganda et en Inde sont ensuite évoqués.

Directive 12 – Coopération internationale (pages 116-120)

(1) Mécanismes de vérification du respect des obligations

Le Guide présente les activités de l'ONUSIDA ayant une incidence sur les organisations telles que les institutions des Nations Unies créées en vertu de traités relatifs aux droits de l'homme.

(2) Mobilisation des ONG

Intégrer la question du VIH/SIDA dans les travaux des ONG de défense des droits de l'homme et sensibiliser les organismes travaillant sur le VIH/SIDA au problème des droits de l'homme sont des activités essentielles.

(3) Chefs religieux

Le renforcement des liens avec les organisations religieuses impliquées dans les activités de traitement et de soins depuis le début de l'épidémie est une action vitale à plusieurs titres. L'exemple de Caritas Internationalis est présenté.

ANNEXES

La première annexe présente les données médicales sur le VIH/SIDA, ainsi que les initiatives récentes du point de vue de l'élaboration d'un vaccin et de l'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les pays en développement. Les deuxième et troisième annexes présentent la Résolution de Windhoek adoptée par l'Union interparlementaire et les Directives internationales sur le VIH/SIDA, à titre de référence. Enfin, les quatrième et cinquième annexes présentent rapidement les partenaires qui ont travaillé à l'élaboration de ce Guide: l'ONUSIDA et l'Union interparlementaire.

I. INTRODUCTION

(i) Gravité du problème mondial

Selon les estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS, le nombre des personnes vivant avec le VIH atteignait, à la fin 1998, 33,4 millions, dont 13,8 millions de femmes (43 %) et 1,2 million d'enfants¹. Bien souvent, ces personnes ne savent même pas qu'elles ont été infectées par le virus. Dans leur grande majorité, les personnes infectées par le VIH/SIDA vivent dans les pays en développement – 22,5 millions en Afrique subsaharienne (dont 50 % de femmes), 6,7 millions en Asie du Sud et du Sud-Est, et 1,4 million en Amérique latine. L'Annexe A présente les données médicales et les initiatives récentes concernant le VIH/SIDA.

En 1998, 2,5 millions de personnes seraient mortes du SIDA, dont 900 000 femmes et 510 000 enfants. Sur les 47,3 millions de personnes qui ont été infectées depuis le début de l'épidémie, il y a une vingtaine d'années, près de 14 millions sont décédées, et 95 % de ces décès ont eu lieu dans des pays en développement. Au cours de l'année 1998, 6 millions de personnes ont été infectées par le VIH, ce qui équivaut à 16 000 personnes infectées chaque jour, soit une augmentation de 10 % par rapport à l'année précédente. Pour près de la moitié, ces nouveaux cas concernent des personnes jeunes, âgées de moins de 24 ans. Si cette tendance venait à se maintenir, le total des personnes infectées par le VIH pourrait dépasser 40 millions en l'an 2000. Les gouvernements, et en particulier ceux des pays en développement qui sont les plus touchés par l'épidémie, ne peuvent pas ignorer ces statistiques: une action précoce et efficace peut sauver des millions de vies et avoir une influence décisive sur la qualité de vie des personnes déjà infectées par le VIH.

(ii) Impact sur le développement

La mise en œuvre de mesures efficaces de santé publique a permis de stabiliser l'épidémie dans la plupart des pays développés, mais il n'en va de même que dans un nombre limité de pays en développement. En effet, nombre d'entre eux enregistrent une croissance exponentielle des cas de VIH/SIDA. Au plan mondial, la répartition géographique des dépenses consacrées aux soins, à la recherche et à la prévention traduit bien cette disparité: les pays en développement ne reçoivent que 12 % environ de ces ressources alors qu'ils comptent 95 % des cas. Un certain nombre de facteurs socio-économiques contribuent à cette propagation du VIH/SIDA essentiellement dans les pays en développement: pauvreté; analphabétisme; inégalité entre les sexes; mobilité accrue des populations à l'intérieur des pays et entre les pays; et industrialisation rapide entraînant la migration des travailleurs des villages vers les villes et la perte concomitante des valeurs traditionnelles².

I. INTRODUCTION

Du fait que le VIH/SIDA touche majoritairement les jeunes adultes, à un âge où ils sont le plus productifs économiquement et sont souvent chefs de famille, ses répercussions sont considérables: réduction de l'espérance de vie, renforcement de l'inégalité (par exemple, des enfants laissés orphelins) et accroissement de la charge supportée par les systèmes de santé. De plus en plus, on reconnaît le caractère interdépendant de l'action des pouvoirs publics, du développement et des droits de l'homme³, dans la mesure où le VIH/SIDA vient saper les progrès accomplis ces dernières années en matière de développement. De fait, en quelques années, le SIDA est devenu la première cause de mortalité des adultes dans certains pays en développement et il pourrait bien être le principal déterminant macroéconomique et social de la pauvreté ou de la richesse⁴. L'adoption de mesures efficaces par les gouvernements permet de prévenir les risques de voir des projets de développement aggraver l'épidémie dans les zones de forte prévalence; par exemple, le projet de l'oléoduc Tchad-Cameroun, parrainé par la Banque mondiale, comportait un volet relatif à la prévention du VIH/SIDA⁵.

(iii) Objectif de ce Guide

L'objectif du présent Guide est d'aider le législateur à entreprendre une action et prendre des décisions aux fins de réformer les politiques et législations relatives au VIH, en lui apportant une information sur le rôle fondamental des droits de l'homme dans la riposte globale au problème de l'épidémie. Des orientations pratiques et détaillées sur la réforme des politiques et législations relatives au VIH sont ainsi proposées. En outre, le Guide donne des exemples pratiques provenant du monde entier de mise en œuvre des *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*. Certains gouvernements ont eu tendance à entreprendre une réforme législative simple ou *ad hoc* sans consultation de la communauté ni prise en compte appropriée de la question des droits de l'homme. Bien que ce Guide s'intéresse en priorité aux problèmes liés à la législation, il encourage l'adoption de méthodes complémentaires de mise en œuvre administrative des normes des droits de l'homme, telles que l'élaboration de mesures d'action et la coopération intergouvernementale. La garantie juridique des droits n'est peut-être pas la solution appropriée dans les situations où il n'est pas simple de faire valoir ces droits devant un tribunal. En effet, dans certaines circonstances ou certains pays, la législation n'est pas nécessairement une garantie efficace du respect des droits de l'homme, faute des structures et ressources économiques et sociales sans lesquelles ils sont condamnés à rester lettre morte. La législation n'est que l'un des outils (au nombre desquels on trouve l'éducation) susceptibles de favoriser une évolution sociale grâce à laquelle l'épidémie pourrait être contenue.

Les législations qui interdisent, entre personnes consentantes, certaines pratiques de nature à transmettre le VIH peuvent en fait favoriser la propagation de l'épidémie en constituant un frein aux programmes d'éducation, de prévention et de soins. Le document de l'OMS qui recense les instruments juridiques relatifs au VIH/SIDA⁶ donne ainsi de nombreux exemples de textes adoptés à la hâte par des hommes politiques désireux de donner d'eux-mêmes l'image de responsables déterminés dans la lutte contre le SIDA. Le présent Guide se propose d'aider le législateur et les responsables politiques à élaborer une législation conforme aux préceptes de la santé publique et des droits de l'homme. En l'état actuel, il ne propose pas de dispositifs types, compte tenu de la grande disparité des systèmes juridiques dans les différents pays du monde. Au contraire, il encourage la recherche de solutions variées et innovatrices face à l'épidémie, dès lors qu'elles répondent aux normes internationales des droits de l'homme. Ce Guide identifie les meilleures pratiques⁷ dans le large éventail de valeurs, traditions et pratiques économiques sociales et culturelles qu'offrent les pays du monde. Il présente et analyse essentiellement des études de cas positives qui montrent comment il est possible d'observer et de respecter les droits de l'homme. A l'occasion, il recourt à des exemples négatifs qui mettent en évidence les causes de l'échec de certaines mesures, ainsi que les éléments qui ont motivé leur modification ou leur abandon.

II. CONTEXTE

(i) Résolution de Windhoek de l'Union interparlementaire sur le VIH/SIDA

La Résolution adoptée par la 99^{ème} Conférence interparlementaire, qui s'est tenue à Windhoek en Namibie, est présentée dans l'Annexe B. Elle souligne la nécessité d'une action conjointe de la communauté internationale et des organisations internationales au vu de l'impact de l'épidémie sur le développement économique et la stabilité politique et sociale. La Résolution exhorte les parlementaires à démontrer leur engagement politique en faveur d'une riposte efficace à l'épidémie en intensifiant leur action législative, budgétaire et de contrôle. En outre, certaines approches spécifiques sont recommandées:

- mise en place d'une approche fondée sur le partenariat en faisant participer le plus grand nombre possible de parties prenantes, y compris les personnes vivant avec le SIDA et la communauté, aux processus de prise de décisions, ainsi qu'aux activités de partage de l'information;
- adoption de mesures ciblées d'éducation et de prévention en tant qu'éléments clés des stratégies nationales de lutte contre le SIDA;
- création de groupes parlementaires non partisans sur le VIH/SIDA pour garantir un dialogue continu, des consultations et un débat ainsi que des activités de formation, afin d'avoir une meilleure connaissance de l'épidémie et de promouvoir un consensus sur les politiques nationales en matière de SIDA;
- garantie que les approvisionnements en sang et produits sanguins ne sont contaminés ni par le VIH ni en raison d'autres maladies transmissibles par le sang;
- observation des précautions générales visant à lutter contre les infections;
- mise en place de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues;
- mise au point d'un vaccin efficace; et
- accès équitable aux nouveaux traitements, en particuliers dans les pays en développement qui sont touchés de manière disproportionnée par l'épidémie.

La Résolution appelle à un effort de solidarité internationale par l'apport d'une aide sociale, technique et financière, et l'affectation d'une partie de l'aide au développement aux programmes de lutte contre le SIDA dans les pays en développement. Elle attire l'attention sur la nécessité de mettre en pratique les *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*, en particulier celles ayant trait:

- à la législation relative à la santé publique;
- à la législation pénale et au régime pénitentiaire;
- aux lois antidiscriminatoires;
- au respect de la vie privée, à la confidentialité et à l'éthique, notamment dans la recherche scientifique; et
- à l'adoption par les pouvoirs publics et le secteur privé de règles et mécanismes pour l'application des directives.

Sur la base de ces Directives et des devoirs incombant aux Etats Parties conformément aux obligations internationales relatives aux droits de l'homme, la Résolution prie l'ONUSIDA, en coopération avec le Secrétariat de l'Union parlementaire, d'élaborer le présent Guide et de le diffuser en tant qu'outil de référence pour l'adoption des normes juridiques appropriées. Une version préliminaire de ce Guide a été examinée par un groupe de travail ONUSIDA/UIP composé de parlementaires de 12 pays, qui s'est réuni en février 1999.

(ii) Action des parlementaires

Les *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme* s'adressent en premier lieu au législateur et aux responsables politiques qui, de par leur position, décident en dernier ressort de l'élaboration et la mise en œuvre des politiques relatives au VIH/SIDA. De manière générale, les parlementaires peuvent contribuer à faire avancer les questions relatives au VIH/SIDA et aux droits de l'homme, aux niveaux local, national et régional, dans le cadre de plusieurs de leurs attributions:

- en tant que dirigeants politiques, ils peuvent influencer l'opinion publique et élargir les connaissances qu'a le public des questions mises en jeu,
- en tant que législateurs, ils se prononcent sur les textes soumis au Parlement et peuvent veiller à ce que la législation protège les droits de l'homme et favorise les programmes efficaces de prévention et de soins,
- en tant que défenseurs d'une cause, ils peuvent inciter les pouvoirs publics, le secteur privé et la société civile à répondre à leurs devoirs vis-à-vis de la collectivité par une riposte appropriée à l'épidémie, et
- en tant qu'acteurs capables de mobiliser des ressources, ils peuvent œuvrer à l'affectation de fonds aux programmes VIH/SIDA efficaces et conformes aux principes des droits de l'homme.

Plus spécifiquement, les parlementaires peuvent contribuer à l'application des Directives internationales par diverses actions:

- information et sensibilisation des pairs sur les Directives, aux niveaux national, provincial et local, de façon à favoriser leur promulgation, leur acceptation et leur adoption,
- élaboration d'une stratégie de diffusion des Directives auprès des acteurs clés et mise au point de plans d'action pour la surveillance et la mise en œuvre des points prioritaires, et
- participation aux consultations relatives à l'examen et la réforme de la législation, en collaborant à la rédaction des projets de lois soumis par le gouvernement ou des élus.

Il convient de définir des procédures garantissant que tous les secteurs du gouvernement soutiennent une approche du problème du SIDA fondée sur le respect des droits de l'homme, et notamment l'assemblée législative. Les parlementaires démocratiquement élus occupent une position unique où ils peuvent tout à la fois influencer l'opinion publique et inciter la population à soutenir une riposte nationale efficace à l'épidémie. L'engagement politique est une composante essentielle à l'élaboration d'une riposte au problème du SIDA fondée sur les droits de l'homme et à l'affectation des ressources voulues pour sa mise en œuvre. Récemment, le Département d'Etat des Etats-Unis a indiqué que le SIDA constituait une question de politique étrangère de premier plan:

«Pour renverser la tendance, deux facteurs sont essentiels: la reconnaissance du problème par le gouvernement et un engagement politique en faveur d'une action nationale et internationale (...) [L']implication des plus hauts responsables du gouvernement d'un pays fait toute la différence. De nombreux gouvernements se montrent encore lents à reconnaître le problème et à mettre en œuvre les mesures appropriées. (...) Or, pour combattre la pandémie de SIDA, il faut que les dirigeants du plus haut niveau travaillent avec les institutions internationales, les autres pays et le secteur non gouvernemental, que tous unissent leurs forces et mettent en commun les compétences spécialisées requises au service de l'intérêt mondial.»⁸

Les dirigeants de certains des pays africains les plus touchés font preuve d'une prise de conscience et d'une ouverture croissantes sur les questions relatives au VIH/SIDA:

- au Botswana, le Président Festus G. Mogae a annoncé en 1998 le versement par l'Etat d'une allocation mensuelle aux personnes vivant avec le VIH (sur examen de ressources),
- Nelson Mandela, ancien Président de l'Afrique du Sud et Président honoraire du Conseil mondial des entreprises sur le VIH/SIDA lancé à Edimbourg en octobre 1997, a déclaré:

«De nombreuses personnes vivent avec le VIH et le SIDA et bien d'autres risquent d'être infectées elles aussi. Or, dans la réalité, les droits tendant à les protéger contre les facteurs qui rendent vulnérables les personnes atteintes du SIDA ne sont pas respectés comme ils devraient. Nous avons le devoir de nous opposer à cette réalité et nous élever contre elle.»⁹

- Thabo Mbeki, alors Vice-Président de l'Afrique du Sud, a lancé une campagne nationale de sensibilisation en octobre 1998. Une journée de congé a été accordée à de nombreux travailleurs, pour leur permettre de suivre son discours télévisé, et les drapeaux des bâtiments publics ont été mis en berne¹⁰.

Dans plusieurs pays, les dirigeants politiques abordent la question du VIH/SIDA dans la plupart de leurs interventions, notamment le Président de la Zambie¹¹ ou celui de l'Ouganda. Par ailleurs, l'action personnelle des dirigeants est extrêmement mobilisatrice, comme l'illustrent les exemples suivants:

- Le Président des Etats-Unis, Bill Clinton, a appelé à la mise au point le plus rapidement possible d'un vaccin contre le SIDA:

«Seul un vaccin véritablement efficace contre le VIH peut limiter, et peut-être vaincre, la menace du SIDA. (...) Donnons un nouvel objectif national à la science à l'ère de la biologie. Aujourd'hui même, engageons-nous à tout faire pour mettre au point un vaccin contre le SIDA dans les dix ans à venir. (...) [S]i le XXI^e siècle doit être celui de la biologie, faisons en sorte que le vaccin contre le SIDA soit sa première grande victoire.»¹²

- le Président du Guatemala a lancé la Journée mondiale SIDA à plusieurs reprises,
- le Président de l'Uruguay, Julio Maria Sanguinetti, s'est exprimé à l'occasion de la Journée mondiale SIDA 1998 et un ruban rouge géant a été déployé autour du Palais de justice,
- le 12 décembre 1998, l'ancien Premier Ministre de l'Inde, Shri Atal Bihari Vajpayee, a appelé les parlementaires à faire de la sensibilisation à la question du SIDA une priorité dans leurs circonscriptions¹³, et
- la Première Dame des Philippines, Amelita M. Ramos, a appelé le secteur privé à construire des logements et installations pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Exemples d'initiatives régionales et nationales

Pour ce qui est des parlementaires, le soutien des pairs est un facteur indispensable pour l'élaboration d'une riposte nationale au VIH/SIDA qui soit efficace et qui respecte les droits de l'homme. Il est important que les parlementaires soient parfaitement informés sur le VIH/SIDA et qu'ils jouent un rôle de partenaires clés dans l'élaboration de politiques, programmes et législations qui contribuent à une prévention et des soins efficaces pour les personnes atteintes du VIH/SIDA. Il est encourageant de noter la participation croissante, au cours des dix dernières années, des parlementaires à des forums spécialisés ou d'intérêt général, le plus souvent avec une représentation communautaire, et ce dans le but de dresser un tableau précis de la dimension humaine de l'épidémie. Voici quelques exemples d'actions de forums régionaux:

- Dans sa déclaration finale à l'issue de la réunion tenue à Barcelone en mai 1995, la Conférence permanente des Parlementaires européens sur le VIH/SIDA a affirmé sa volonté de créer une association de coopération des parlementaires:

«Nous nous engageons à la fois à recruter individuellement nos collègues parlementaires, mais également à œuvrer à l'affiliation des commissions ou groupes de travail concernés de nos Parlements respectifs. (...) [N]ous nous engageons à entretenir le débat sur ces questions au sein de nos assemblées et à faire valoir leur importance auprès de nos gouvernements, dans le but d'assurer la meilleure utilisation des ressources consacrées aux soins et aux traitements, une efficacité maximale de la prévention et le maintien de la base de recherche indispensable à la poursuite des progrès dans les domaines de la prophylaxie et des traitements curatifs.»

La Conférence a formulé un certain nombre de recommandations pratiques telles que des programmes de minimisation des dommages liés à la toxicomanie, la mise en place de cours d'éducation sexuelle dans les établissements scolaires avant le début de la vie sexuelle et l'exonération de la TVA sur les moyens de prévention du VIH, en particulier les préservatifs.

- Une Alliance des maires et dirigeants municipaux, constituée lors de la Dixième Conférence internationale sur les MST/SIDA en Afrique, a publié la Déclaration d'Abidjan le 9 décembre 1997. Celle-ci stipule que l'Alliance s'engage à rechercher des solutions compatibles avec les besoins et réalités au niveau local, conformes aux principes des Nations Unies et aux lois et réglementations nationales, de façon à apporter une riposte plus efficace à l'épidémie. L'Alliance est créée dans le but de:

«maximiser l'engagement, la participation, la prise d'initiatives, la capacité et l'expérience au niveau des

communautés en réponse au défi que pose l'épidémie de VIH/SIDA en Afrique.»

- Les parlementaires de l'Association sud-asiatique de Coopération régionale (SAARC) spécialistes des questions médicales ont tenu une réunion consacrée à la santé reproductive, aux MST et au VIH/SIDA à Katmandou en mai 1998, à l'issue de laquelle une Déclaration sur la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA a été faite. Celle-ci appelle les parlementaires à jouer un rôle plus important en matière de sensibilisation et préconise la conduite d'une action aux niveaux régional, national et des communautés. Entre autres, la réunion recommandait la création d'un Forum régional des parlementaires de la SAARC et la mise en place de mécanismes pour l'examen et la réforme des lois et politiques nationales.

Voici quelques exemples d'initiatives nationales:

- L'Inter-American Parliamentary Group on Population and Development (Groupe parlementaire inter-américain sur la Population et le Développement) a organisé une conférence régionale, en mars 1997, des parlementaires et responsables des programmes nationaux sur le VIH/SIDA à Managua (Nicaragua). Un séminaire sur le VIH et les droits de l'homme a été organisé au sein du Parlement nicaraguayen, alors en session parlementaire, en mars 1996. Organisé par le Programme sur le VIH et le développement du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), il comptait pour partenaires des membres du Network on Ethics, Human Rights and Judicial Aspects of HIV (Réseau sur les aspects éthiques, judiciaires et relatifs aux droits de l'homme du VIH) et du Réseau latino-américain/caraïbe d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA (LACCASO). Cette session a été ouverte par le Président de l'Assemblée nationale et clôturée par le Vice-Président. Ce séminaire a été un succès comme en a témoigné l'adoption par la suite de la loi N° 238 (Promotion, protection et défense des droits de l'homme face au SIDA)¹⁴.
- A Dacca (Bangladesh), un atelier tout à fait fructueux sur le VIH/SIDA et les MST a été organisé en septembre-octobre 1997 à l'intention des parlementaires par ACTIONAID, une ONG locale, et le Programme de lutte contre le SIDA du Gouvernement. Il comprenait une présentation, par des éducateurs pour les pairs, de professionnel(le)s du sexe d'une maison de passe (Tangail)¹⁵. Des kits d'information ont été distribués aux législateurs en préambule à deux colloques d'une durée d'une journée chacun, le premier étant à vocation générale et le second réservé aux parlementaires femmes. Plusieurs objectifs étaient poursuivis: créer un environnement où les participants se sentiraient à l'aise pour parler, combler le fossé entre les législateurs et les personnes actives sur le terrain, assister ensemble à des interventions portant sur la prévention et la gestion, et identifier les domaines dans lesquels les législateurs peuvent apporter une contribution au niveau de l'action poli-

tique, au sein du Parlement ou dans leurs circonscriptions. Le Ministère de la Santé et des Affaires familiales, ainsi que 21 parlementaires issus des principaux partis politiques et représentant différentes régions, ont signé une Déclaration d'engagement à œuvrer, en tant que législateurs, en faveur de la prévention du VIH/SIDA. En outre, les participants à l'atelier ont annoncé leur intention de participer à une commission parlementaire spéciale chargée d'élaborer des politiques et programmes et de mener des activités de mise en œuvre, de surveillance et d'évaluation.

Des initiatives comparables ont été menées dans d'autres pays, tels que l'Inde¹⁶, le Népal¹⁷, le Mexique¹⁸ et le Malawi¹⁹.

(iii) Le VIH/SIDA, le droit, la politique et les droits de l'homme – Directives internationales

Intégrer le cadre des droits de l'homme dans une riposte élargie à l'épidémie confère «une signification concrète qui va au-delà de la simple application d'une liste de droits au nom de leur seule valeur intrinsèque»²⁰. En effet, une approche de la prévention fondée sur des droits reconnaît la vulnérabilité de la société au VIH/SIDA et non pas seulement les comportements individuels à risque. Elle reconnaît également la vulnérabilité dans différents contextes des populations stigmatisées ou infériorisées, telles que les femmes, les enfants, les hommes homosexuels, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe. Les normes internationales des droits de l'homme offrent un cadre normatif cohérent pour l'analyse du problème du VIH/SIDA. En outre, elles constituent une base juridiquement contraignante, assortie de dispositifs institutionnels, de procédure et de responsabilité, qui permet de s'attaquer à la question de la vulnérabilité de la société et de mettre en œuvre un changement²¹.

Une protection insuffisante des droits de la personne alimente l'épidémie à au moins trois titres:

- la discrimination accroît l'impact de l'épidémie sur les personnes vivant avec le VIH/SIDA et celles suspectées d'être infectées, ainsi que sur leur famille et leurs proches. Par exemple, une personne qui perd son emploi à cause de sa séropositivité se trouve confrontée à de nombreux problèmes, tels que le surcoût économique des soins ou la difficulté de subvenir aux besoins de sa famille,
- la vulnérabilité des personnes à l'infection est aggravée lorsque leurs droits économiques, sociaux ou culturels ne sont pas respectés. Par exemple, un réfugié peut se voir séparé de ses soutiens (tels que sa famille) et par conséquent plus susceptible de se livrer à des activités risquées pour sa santé (telles que des rapports sexuels non protégés), et
- lorsque les droits civiques et sociaux ne sont pas respectés et que la liberté d'expression et d'association est limitée, il est difficile, voire impossible, pour la société civile d'apporter une riposte efficace à l'épidémie. Dans certains pays, l'éducation par les pairs est entravée par la loi qui interdit tout sta-

tut officiel aux associations regroupant certains types de personnes (par exemple, les professionnel(le)s du sexe). Dans ce cas de figure, toute réunion d'une ONG ou d'une association communautaire qui compte ce type d'adhérents est considérée comme une activité illicite.

Par conséquent, la santé publique et les droits de l'homme sont des objectifs complémentaires et non pas opposés. La protection de la santé publique ne peut en aucun cas justifier des mesures coercitives. En effet, ce type de mesures peut contraindre à la clandestinité les personnes qui ont le plus besoin de services de prévention et de soins, ce qui va à l'encontre des buts recherchés (prévention de nouvelles infections et soins et soutien aux personnes vivant avec le VIH/SIDA). Le VIH/SIDA n'est pas qu'un problème médical et il appelle une riposte sur plusieurs plans.

En septembre 1996, la Deuxième Consultation internationale sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme a été organisée conjointement par l'ONUSIDA et le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme. Cette consultation a réuni 35 experts représentant des gouvernements, des organismes bénévoles, des organisations d'entraide et d'action contre le SIDA, des réseaux de personnes touchées par le SIDA, des instances judiciaires, des universités et des institutions et organes régionaux. La consultation a élaboré des *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*²², saluées en 1997 par des résolutions de la Commission des Droits de l'Homme²³ et de la Sous-Commission chargée de la prévention de la discrimination et de la protection des minorités²⁴. En 1998, l'ONUSIDA et le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme ont publié ces Directives dans les six langues officielles des Nations Unies: anglais, arabe, chinois, espagnol, français et russe²⁵.

Respect des obligations internationales

Les Directives proposent une grille de références concrètes pour la mise en œuvre d'une riposte à l'épidémie, efficace et fondée sur les droits de l'homme, et l'évaluation des performances. Ces Directives s'adressent essentiellement aux gouvernements, en tant que parties responsables dans le contexte des normes internationales des droits de l'homme, mais il faut néanmoins souligner que l'action en partenariat avec d'autres pans de la société est essentielle pour une riposte efficace à l'épidémie. *Les Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme* précisent les obligations fixées par divers instruments existants ayant trait aux droits de l'homme, tels que:

- la Charte des Nations Unies,
- la Déclaration universelle des droits de l'homme,
- le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,
- le Pacte international relatif aux droits civils et politiques,
- la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale,

- la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes,
- la Convention relative aux droits de l'enfant,
- la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, et
- plusieurs conventions et recommandations de l'Organisation internationale du Travail.

Aux termes de la Charte des Nations Unies, les Etats, en tant que membres des Nations Unies, sont tenus de promouvoir et d'encourager le respect des droits de la personne sans aucune discrimination. Bien que la Déclaration universelle des droits de l'homme ne soit pas un traité comme la Charte des Nations Unies, le droit coutumier international considère généralement qu'elle a force de loi²⁶. En revanche, les traités cités ci-avant sont contraignants pour les Etats qui les ont signés et ratifiés. Dans le cadre de bon nombre d'entre eux, des dispositifs spéciaux ont été mis en place pour surveiller le respect par les Etats de leurs obligations: des rapports sont soumis régulièrement et examinés par des commissions en concertation avec les Etats.

La Déclaration de Vienne et le Programme d'action posent comme principe que les droits de l'homme, civiques, politiques, économiques, sociaux ou culturels, sont universels et indivisibles²⁷. Les Etats ont le devoir de respecter, protéger et faire observer ces libertés fondamentales et droits de la personne dans leurs systèmes politiques, économiques et culturels. L'obligation de respecter ces droits impose aux Etats de s'abstenir d'interférer en quoi que ce soit avec la liberté de la personne, l'obligation de les protéger leur impose d'éviter qu'une personne interfère avec les droits d'une autre personne, et l'obligation de les faire observer leur impose de prendre les mesures voulues pour garantir l'exercice des droits qu'une personne ne peut pas, seule, faire valoir²⁸.

Il convient tout particulièrement de noter que, en 1996, la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies a indiqué que l'expression «ou autre condition» employée dans plusieurs instruments relatifs aux droits de l'homme «devait être entendue comme englobant les conditions sanitaires, y compris le VIH/SIDA» et que la discrimination sur la base d'un statut sérologique pour le VIH/SIDA positif, ou supposé tel, est interdite²⁹. Le devoir d'observation des obligations en matière de droits de l'homme peut être appréhendé de plusieurs manières. En effet, les Etats ont une certaine latitude quant à l'approche qu'ils retiennent pour garantir l'observation des droits, sachant qu'aucune mesure particulière n'est prescrite. Les droits de l'homme fondamentaux (donnés avec des exemples de leur application spécifique dans le contexte du VIH/SIDA) sont les suivants:

- droit à la non-discrimination et l'égalité devant la loi: par exemple, interdiction de la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans les domaines des soins, de l'emploi, de l'éducation, de l'immigration, des déplacements inter-

II. CONTEXTE

- nationaux, du logement et de la protection sociale,
- droit à la santé: par exemple, garantie d'un accès équitable et approprié aux moyens de prévention, de traitement et de soins, notamment pour les groupes vulnérables, d'un statut social ou juridique inférieur (les femmes et les enfants, par exemple),
- droit à la vie privée: tant sous son aspect physique que du point de vue de l'information, par exemple, garantie de la confidentialité concernant les résultats de tests sérologiques et interdiction de tout dépistage obligatoire du VIH,
- droit à l'éducation et l'information: par exemple, garantie d'un accès équitable et approprié à l'information et l'éducation en matière de prévention, notamment aux supports éducatifs ciblés destinés aux minorités ethniques,
- droit de ne pas être soumis à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants: par exemple, interdiction de l'isolement systématique des détenus séropositifs,
- droit à l'autonomie, la liberté et la sécurité de la personne: par exemple, interdiction de tout dépistage obligatoire du VIH sans consentement éclairé et interdiction de toute détention ou quarantaine au seul motif de l'infection à VIH,
- droit de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent: par exemple, garantie d'un accès équitable et approprié aux traitements et à du sang présentant tous les critères de sécurité transfusionnelle, et application de précautions générales qui empêchent la transmission du VIH,
- droit au travail: par exemple, interdiction de toute mise à pied au seul motif de l'état sérologique d'une personne,
- droit à la liberté d'expression, d'association et de réunion: par exemple, garantie de l'autorisation de constitution d'associations de personnes touchées par le VIH/SIDA, telles que les professionnel(le)s du sexe ou les hommes homosexuels,
- droit de participer à la vie politique et culturelle: par exemple, garantie de la participation des personnes touchées par le VIH/SIDA dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de la politique,
- droit de se marier et de fonder une famille: par exemple, interdiction de tout dépistage pré-nuptial obligatoire et de tout avortement ou stérilisation forcés.

Exceptions

Dans certaines situations bien précises, les Etats peuvent imposer des restrictions à l'exercice de certains droits de la personne prévus par le droit international. En revanche, certains droits absolus, tels que le droit de ne pas être soumis à la torture ou tenu en esclavage, ne peuvent en aucun cas être abrogés. La santé publique est parfois invoquée comme motif pour limiter les droits de personnes ou groupes de personnes: par exemple, restriction de la liberté pour mise en isolement ou en quarantaine, ou violation de la vie privée liée à la communication de l'état sérologique d'une personne aux autorités sanitaires sans son consentement. Toutefois, la santé publique ne peut légitimer la restriction que de certains de ces droits uniquement et dans des circonstances très précises, et elle ne peut en aucun cas servir de prétexte à des mesures coercitives. En règle générale, la santé publique et les droits de l'homme sont plus complémentaires qu'opposés.

Les traités internationaux relatifs aux droits de l'homme prévoient les autres motifs de restriction suivants: les droits et libertés d'autrui, la moralité, l'ordre public, le bien-être général dans une société démocratique, et la sécurité nationale. Pour être légitimes, les restrictions liées à la protection de la santé publique ou l'un des autres motifs³⁰ doivent répondre aux conditions suivantes:

- elles doivent être prévues par la loi (et non pas arbitraires). La législation spécifique s'y rapportant doit être accessible, claire et précise, de manière que les individus puissent adapter leur conduite en conséquence, et
- elles doivent, dans une société démocratique (c'est-à-dire qui résulte d'une législation exprimant un consensus communautaire), être nécessaires à la protection d'un objectif social impératif et proportionnées à ce besoin (c'est-à-dire qu'il doit s'agir d'une intrusion et d'une restriction les plus limitées possible pour la réalisation de l'objectif visé, tel que la santé). Il convient de trouver un équilibre entre les avantages attendus de la mesure de restriction et les conséquences négatives qu'elle peut avoir pour les personnes concernées, en tenant compte également de l'intérêt public du libre exercice du droit soumis à restriction³¹.

Les domaines, identifiés dans les Directives internationales, dans lesquels une réforme du droit peut être envisagée, sont présentés ci-après. Cette présentation se fonde sur les normes des droits de l'homme telles qu'elles sont appliquées aux questions relatives au VIH/SIDA. Par ailleurs, elle examine si certaines situations peuvent légitimer une restriction des droits de la personne. Cet exposé est conçu pour guider le législateur dans l'examen de toute action ou proposition de réforme des dispositions légales ayant une incidence sur les personnes touchées par le VIH/SIDA.

Les Etats qui sont Parties aux différents traités relatifs aux droits de l'homme cités ci-avant sont tenus d'examiner et, le cas échéant, d'abroger ou d'amender leurs lois, politiques et pratiques qui contreviennent à leurs obligations, et de prendre les dispositions voulues pour adopter les mesures législatives ou autres garantissant le respect des droits définis dans ces traités.

III. DIRECTIVES INTERNATIONALES COMMENTÉES

Cette partie relativement importante du Guide analyse le contenu des 12 Directives internationales adoptées à la Deuxième Consultation internationale sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme qui s'est tenue en septembre 1996. Ces Directives s'articulent autour de trois grands objectifs liés entre eux:

- (A) amélioration de l'action des gouvernements du point de vue de la responsabilité multisectorielle et de la gestion des procédures,
- (B) large réforme de la législation et mise en place de services d'aide juridique axés sur l'action contre la discrimination, la protection de la santé publique, le droit à la vie privée, le droit pénal, et l'amélioration du statut de la femme de l'enfant et des groupes marginalisés, et
- (C) soutien à une participation accrue du secteur privé et de la communauté à la riposte, avec notamment un renforcement de la capacité de la société civile et un élargissement de sa responsabilité en vue d'une riposte au VIH/SIDA qui soit éthique et efficace.

Ces trois vecteurs d'action revêtent tous la même importance, mais dans la mesure où ce Guide s'adresse au législateur, il porte plus particulièrement sur les deux premiers. Le présent Guide a pour ambition d'inscrire les Directives dans le cadre de l'action avec une mise en contexte détaillée, accompagnée d'une interprétation et de commentaires sur la nécessité de la mise en œuvre (notamment en ce qui concerne la réforme de la législation). En outre, il présente des études de cas, provenant du monde entier, qui démontrent qu'une action a pu être menée avec succès dans des contextes nationaux différents. Les points identifiés dans la Résolution de Windhoek de l'Union interparlementaire, adoptée en 1998, intéressent tout particulièrement les parlementaires et sont donc mis en exergue.

(A) Responsabilités et méthodes des institutions

Directive 1: Cadre national

Les Etats devraient créer pour leur action contre le VIH/SIDA un cadre national efficace assurant une approche coordonnée, participative, transparente et responsable du problème, qui intègre tous les acteurs du secteur public compétents pour les programmes et les politiques concernant le VIH/SIDA.

Pour garantir l'existence d'un cadre national efficace, il faut intégrer les politiques et programmes concernant le VIH/SIDA dans l'ensemble des secteurs de l'Etat – exécutif, législatif et judiciaire. Seule cette approche permet de préciser les différents rôles et de garantir la prise en compte appropriée des droits de l'homme dans les domaines de compétence des différents portefeuilles; faute d'une telle méthode, certaines questions spécifiques risquent d'être ignorées ou considérées comme relevant de la responsabilité d'autrui. Des exemples d'initiatives nationales et de mécanismes propres à favoriser la coordination, la participation et la responsabilité sont donnés ci-après. Pour garantir le fonctionnement efficace de ce type de commissions ou organismes, il peut s'avérer précieux de leur allouer des budgets «protégés», ce qui les prémunit contre le risque d'être réorientés sur d'autres priorités financières. La mise en place d'activités complémentaires au niveau local est également importante puisque la charge de la mise en œuvre effective incombe généralement aux communautés. Le cas échéant, il peut être utile de mettre en place au niveau local des structures calquées sur les commissions nationales et organes consultatifs, sachant que les autorités des provinces et des Etats sont dotées de larges compétences législatives et budgétaires, susceptibles de produire un impact sur l'épidémie.

Comités interministériels

Les comités interministériels peuvent garantir l'élaboration intégrée des plans d'action nationaux des différents ministères, ainsi qu'un niveau de coordination élevé, et contribuer à la surveillance et la mise en œuvre de stratégies complémentaires de lutte contre le VIH/SIDA³². De nombreux pays donnent des modèles exemplaires de ce type de structure:

- le Comité national thaïlandais de prévention et de lutte contre le SIDA est présidé par le Premier Ministre depuis 1991³³. L'ONG thaïlandaise Coalition on AIDS (Coalition sur le SIDA) est membre de ce comité,

- le Gouvernement sud-africain a créé un comité interministériel de 10 membres, placé sous l'autorité du Vice-Président, chargé des questions liées au VIH/SIDA au sein des portefeuilles suivants: éducation, santé, affaires sociales et population, intérieur, services pénitentiaires, défense, culture, science et technologie, agriculture et aménagement du territoire, et transports³⁴,
- le Comité interministériel français, créé en 1994, est chargé de coordonner la riposte nationale au SIDA,
- le British Special AIDS Cabinet committee (Comité spécial britannique chargé du SIDA) a été créé en 1986 et doté d'un budget important, au moment où la question du SIDA a fait l'objet d'une large campagne politique³⁵, et
- le Sous-Comité chargé du VIH/SIDA du Cabinet du Malawi est présidé par le Vice-Président du pays.

L'Inde et le Botswana comptent également des comités du même type. L'existence de ces comités n'interdit toutefois pas la prise en compte des questions liées au VIH/SIDA dans les assemblées ministérielles existantes, notamment au sein des portefeuilles cités ci-avant. Le cas échéant, il y a également de bonnes raisons pour lier les questions liées au VIH/SIDA à d'autres maladies infectieuses, telles que les hépatites B et C. Il en découle qu'il n'y a pas lieu de faire un cas particulier du VIH/SIDA dans le cadre de l'action des pouvoirs publics, ce qui permet une économie de ressources.

De préférence, ces comités doivent regrouper les ministères pertinents mais, dans certains pays, ils sont composés de fonctionnaires des différents portefeuilles concernés, qui d'ailleurs peuvent se révéler aussi efficaces à un niveau de prise de décisions inférieur et moins politique. Toutefois, il est important que tous les ministères concernés soient représentés. En Zambie, les activités interministérielles suivantes ont été menées dans des domaines spécifiques autres que le SIDA:

- le Ministère de la Défense a créé un fonds pour subvenir aux besoins et à l'éducation des orphelins d'anciens soldats,
- le Ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Pêche assure une formation en techniques de mobilisation sociale aux fins de prévention et de soins du VIH/SIDA dans les zones rurales,
- le Ministère des Autorités locales et du Logement ouvre des bureaux SIDA dans toutes ses unités, et
- le Ministère du Tourisme inscrit le VIH/SIDA au programme des établissements de formation et d'enseignement³⁶.

Commissions parlementaires sur le VIH/SIDA

La mise sur pied de commissions législatives ou parlementaires spéciales sur le VIH/SIDA permet d'offrir un forum permanent aux parlementaires, au sein duquel ils peuvent approfondir leurs connaissances sur l'épidémie par des réunions et discussions politiques régulières, mais également de créer une plate-forme en vue d'une réforme juridique. La Résolution de 1998 de l'Union interparlementaire sur le SIDA recommande la création de ce type de commissions. La représentation des partis majoritaires et minoritaires au sein de ces groupes peut contribuer à promouvoir un soutien non partisan aux législations, programmes et politiques relatifs au VIH/SIDA. Plusieurs pays ont mis en place avec succès des groupes parlementaires de ce type, notamment la Grande-Bretagne³⁷ et l'Australie³⁸. Au Royaume-Uni, le groupe parlementaire inter-partis sur le SIDA (All-Party Parliamentary Group on AIDS – APPGA), créé en 1986, compte aujourd'hui 170 membres environ. Il se propose «d'agir pour éviter que le SIDA ne soit oublié dans la masse de tous les sujets abordés chaque jour» au Parlement³⁹. Les objectifs de l'APPGA sont les suivants:

- sensibilisation du Parlement aux questions liées au VIH/SIDA et action en faveur de l'adoption de politiques équilibrées fondées sur une information précise,
- rapprochement du Parlement, du secteur des services publics et du secteur des bénévoles, grâce à l'échange d'informations au sein du forum que constitue l'APPGA,
- maintien de la question du VIH/SIDA à l'ordre du jour politique par l'organisation de débats et de questions au Parlement et la tenue de réunions avec les ministres,
- liaison avec d'autres institutions pour identifier et attirer l'attention sur les failles dans les dispositions légales existantes, et
- surveillance de la législation pour faire en sorte que les questions liées au VIH/SIDA soient dûment prises en compte, par exemple dans la loi sur les soignants (Carers' Bill), la loi sur les personnes handicapées (Disabled Persons' Bill), la loi contre la discrimination des personnes souffrant d'un handicap (Disability Discrimination Bill), la loi sur le logement (Housing Bill), la loi contre les atteintes aux droits de la personne (Offences Against the Person Bill) et la loi sur les pensions (Pensions Bill)⁴⁰.

Dans le cadre de ses opérations, l'APPGA mène un certain nombre d'activités:

- organisation de réunions dans lesquelles des scientifiques de premier plan et autres spécialistes informent les parlementaires sur divers sujets tels que l'éducation sexuelle, l'évolution de l'épidémie à l'étranger ou les traitements,
- collaboration avec d'autres groupes parlementaires inter-partis tels que ceux sur le droit pénal, le problème des sans-abri, la santé mentale, l'invalidité ou la consommation de drogues,

- participation aux débats parlementaires, par exemple dans l'objectif d'apporter une réponse aux besoins en constante évolution des personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'élaborer des stratégies nationales allant dans ce sens,
- préparation de rapports parlementaires et autres documents de référence utilisés dans les débats, et aide à la rédaction des questions au Parlement, par exemple sur le dépistage du VIH, l'échange d'aiguilles et de seringues, la prévention et la prison,
- organisation de séminaires en vue d'une action efficace au sein du Parlement: procédures, possibilités d'influer sur la législation et les politiques, prise de contact avec des membres du Parlement et action visant à les influencer,
- visites aux organisations d'action contre le SIDA pour s'assurer que leurs membres sont bien informés des initiatives les plus récentes, et
- information et conseils aux membres de l'APPGA sur tous les aspects du VIH/SIDA, du point de vue médical, social et économique⁴¹.

Organes consultatifs multisectoriels

Des organes consultatifs multisectoriels, généralistes ou spécialisés, sur les questions juridiques et éthiques, au sein desquels sont représentés les groupes professionnels et la communauté, peuvent s'attaquer aux questions liées à l'examen et à la réforme de la législation. Dans ce dernier domaine, il peut s'agir d'organes consultatifs gouvernementaux (à l'exemple de l'Australian Legal Working Party of the Intergovernmental Committee of AIDS – Groupe de travail australien chargé de la législation du Comité intergouvernemental sur le SIDA)⁴², ou non gouvernementaux (à l'exemple du Project on Legal and Ethical Issues Raised by HIV/AIDS – projet sur les questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/SIDA – du Réseau juridique canadien VIH/SIDA et de la Société canadienne du sida, et du AIDS Law Project – projet sur la législation relative au SIDA – mené en Afrique du Sud)⁴³. En Malaisie, le Conseil sur le SIDA, une organisation qui chapeaute 27 groupes, compte un Sous-Comité chargé des questions juridiques et éthiques qui a édicté une Charte sur le SIDA – Droits partagés, responsabilités partagées (AIDS Charter: Shared Rights, Shared Responsibilities) en 1995. Au Kirghizistan, le Comité de coordination multisectoriel sur la prévention du VIH/SIDA et des MST a constitué un Groupe consultatif technique sur les politiques et la législation qui a conduit des consultations en 1996, à la suite desquelles le Parlement a révisé la Loi sur le SIDA en mars 1997.

Parmi les autres organes consultatifs multisectoriels ou organismes gouvernementaux publiant des rapports, citons:

- aux Etats-Unis, la Presidential Commission on the HIV Epidemic (Commission présidentielle sur l'épidémie de VIH) qui a publié un rapport en 1988,
- au Royaume-Uni, le Parliamentary Select Committee for the Social Services (Comité parlementaire sur les services sociaux) qui a publié un rapport en 1989,

- au Canada, le Comité parlementaire sur le SIDA qui a publié un rapport en 1990,
- en Allemagne, la Commission d'enquête sur le SIDA du Parlement fédéral,
- au Kenya, le rapport de session parlementaire sur le SIDA (Parliamentary Sessional Paper on AIDS), entamé avec l'élaboration d'une politique nationale en 1994, a été publié en 1996,
- au Malawi, le National AIDS Committee (Comité national sur le SIDA), un organisme interdisciplinaire présidé par le Ministre de la Justice, et
- aux Philippines, le Conseil national sur le SIDA qui, aux termes de la loi, doit comprendre 26 membres, dont plusieurs parlementaires, des représentants de six ONG, une personne vivant avec le VIH/SIDA, des représentants de deux organisations médicales, ainsi que les responsables des ministères ou institutions chargés de la santé, l'éducation, l'emploi, les affaires sociales, l'intérieur et les collectivités locales, la justice, le développement économique, le tourisme, le budget, les affaires étrangères, et l'information.

Activités au niveau local – étude de cas sur la décentralisation

L'expérience du programme contre le VIH/SIDA dans le Nord de la Thaïlande, au milieu des années 90 offre un bon exemple de décentralisation réussie⁴⁴. A cette époque, l'épidémie touchait durement cette zone du pays, puisqu'elle concentrait près de la moitié des cas de VIH/SIDA recensés en Thaïlande, notamment en raison du niveau élevé de consommation de drogues injectables et d'une industrie du sexe largement développée. En l'occurrence, il s'est agi de partager l'autorité en matière d'élaboration des politiques et programmes, de planification, de budgétisation, de prise de décisions et de consultation des organes au niveau provincial, par différentes initiatives:

- mise en place du Comité de prévention du VIH/SIDA pour le Nord du pays, chargé de coordonner la mise en œuvre du programme dans six provinces,
- versement d'une dotation globale directement à la région du Nord⁴⁵ pour une utilisation plus rapide, plus appropriée et plus souple des ressources budgétaires affectées au programme, en lieu et place d'un processus de prise de décisions centralisé dans un contexte budgétaire concurrentiel et éminemment politisé,
- constitution d'un fonds pour les ONG avec des comités de présélection installés dans la région, de façon à ce que les décisions soient prises par des personnes au fait de la situation locale et en contact étroit avec les ONG candidates, et

- promotion du rôle des ONG et organisations à assise communautaire dans les activités de prise en charge, de façon à souligner l'efficacité d'une approche fondée sur le partenariat dans la lutte contre la propagation du VIH⁴⁶.

Directive 2: Appui au partenariat communautaire

Les Etats devraient fournir un appui financier et politique permettant à des consultations collectives d'avoir lieu à toutes les étapes de l'élaboration des politiques, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes relatifs au VIH/SIDA et aux organisations communautaires d'effectuer leurs tâches avec efficacité, en particulier dans les domaines de l'éthique, du droit et des droits de l'homme.

Approche fondée sur le partenariat

Il est absolument vital que les gouvernements agissent pour permettre une participation active des communautés à risque touchées par l'épidémie. En effet, outre qu'elles bénéficient de la confiance de leurs membres, ces communautés connaissent, par expérience directe, les causes et les raisons de l'infection⁴⁷. Les organisations communautaires sont mieux à même que les institutions gouvernementales d'entretenir des rapports étroits avec des personnes vulnérables. Il convient donc de dégager les moyens structurels voulus pour permettre la tenue de consultations collectives à toutes les étapes de l'élaboration des politiques, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes relatifs au VIH/SIDA. A cette fin, des représentants des communautés pourraient être invités à participer personnellement aux séances des comités ministériels, commissions parlementaires et organes consultatifs évoqués ci-avant, ou le cas échéant à soumettre des communications écrites.

La protection des droits de l'homme doit être un élément central de cette action, la crainte de la discrimination et de la révélation d'une séropositivité constituant un frein majeur à la mobilisation et l'action des communautés. Le financement approprié des organisations communautaires et la création de capacités sont des préalables indispensables à un véritable partenariat, par lequel elles apportent leurs connaissances et l'expérience acquise par leur travail avec les personnes touchées par le VIH/SIDA. Les ripostes les plus efficaces à l'épidémie sont généralement le fruit de l'action des personnes au sein de leur communauté et contexte national⁴⁸.

Etudes de cas

Dans de nombreux pays, des groupes communautaires agissent auprès des personnes vivant avec le VIH/SIDA sous une forme ou une autre: lignes d'écoute téléphonique, centres d'accueil, foyers d'hébergement et réseaux d'entraide et de soutien⁴⁹. Une aide

gouvernementale, en particulier si elle s'accompagne d'un financement, est un élément clé du succès de ce type d'institution. En Ouganda, la AIDS Support Organization (TASO – Organisation d'Aide aux Malades du SIDA), petit groupe d'entraide créé en 1987, emploie aujourd'hui 150 personnes et compte près de 2 000 volontaires⁵⁰. La Thaïlande compte elle aussi un certain nombre d'organisations au niveau des communautés qui agissent efficacement, notamment le Wednesday Friends' Club, géré par la Croix-Rouge, la Duang Prateep Foundation à Bangkok et New Life Friends à Chiang Mai. Dans le Nord de la Thaïlande, le programme CARE a mis en œuvre un modèle qui assure des soins complets aux communautés et met l'accent sur le renforcement du partenariat et de l'appropriation par les communautés, par le biais de programmes intégrés comprenant notamment l'élaboration de politiques antidiscriminatoires claires dans le domaine de la formation⁵¹.

Le PNUD a commandé une étude de cas sur les relations entre le Gouvernement et la société civile aux Philippines dans le domaine de l'élaboration de la politique nationale en matière de VIH/SIDA et de sa mise en œuvre au niveau local⁵². Créé en 1992, le Conseil national philippin sur le SIDA est un organisme multisectoriel qui conseille le Président sur l'élaboration des politiques et coordonne la mise en œuvre d'une Stratégie nationale. Il compte 13 représentants du Gouvernement et 7 représentants des ONG, dont le Président de l'Association des personnes vivant avec le VIH/SIDA. Le Conseil a formulé, suite à un processus de consultation nationale, une Stratégie nationale de prévention du SIDA respectueuse des droits de l'homme. Entre autres choses, cette stratégie a essentiellement contribué à une refonte et une rationalisation de l'information et de la pédagogie en matière de SIDA au sein des services gouvernementaux chargés de l'éducation et de l'intérieur. La Fondation contre le SIDA de la ville d'Olongapo, créée en 1992 au niveau local, met en œuvre avec succès une approche communautaire fondée sur de vastes campagnes d'information et des programmes de soins et de soutien. Enfin, un Réseau interinstitutions d'action contre le VIH/SIDA a été créé en 1995 dans la province de Palawan où aucun cas de VIH/SIDA n'a été signalé. Ce réseau, qui regroupe cinq organismes gouvernementaux, quatre institutions privées et cinq organisations non gouvernementales, agit sur plusieurs fronts: campagnes d'information en matière de prévention, organisation d'une riposte communautaire, mise en relation des compétences sectorielles diverses, et intégration de la question du VIH/SIDA dans les programmes des membres du réseau⁵³.

En revanche, une étude menée par le PNUD en 1997 sur la participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans l'élaboration des politiques et programmes⁵⁴ en Asie a mis en évidence un manque général de compréhension, l'absence de tout examen sérieux et un désintérêt pour cette question de la part des principaux responsables administratifs et des professionnels de la santé. Dans de nombreux pays, les personnes vivant avec le VIH/SIDA ne sont que de simples patients à qui des services sont prodigués, et leur participation se borne à cela. En revanche, dans d'autres pays tels que la Thaïlande, la volonté des autorités de travailler en partenariat avec les personnes vivant avec le VIH/SIDA, qui s'est concrètement traduite par diverses mesures – attribution de responsabilités politiques, affectation de fonds et nomination au sein d'instances décisionnaires aux

fins de création d'un environnement incitatif et habilitant –, a facilité l'éclosion de mouvements locaux de personnes vivant avec le VIH/SIDA (voir le point C ci-après).

(B) Réexamen et réforme des lois et services d'appui

Sur la base d'expériences et d'études de cas du monde entier, les domaines suivants ont été identifiés comme ceux où il était le plus probable que surviennent des questions liées aux droits de l'homme dans le contexte de l'épidémie. Des listes de points à vérifier, auxquels il convient de répondre par l'affirmative ou la négative, sont proposées à titre d'aide à la mise en œuvre dans ces domaines techniques. Ces 10 listes identifient les domaines appelant une réforme législative au regard des cinq Directives relevant du point B (Réexamen et réforme des lois et services d'appui) et de la Directive 10 (Code de conduite), qui relève du point C, Promotion d'un environnement incitatif et habilitant. La section ci-après décrit le processus de réforme de la législation dans le sens d'un plus grand respect des droits de l'homme mené dans plusieurs pays.

Directive 3: Législation relative à la santé publique

Les Etats devraient réexaminer et réformer leur législation relative à la santé publique pour s'assurer qu'elle traite de façon adéquate les questions de santé publique posées par le VIH/SIDA, que les dispositions de la loi applicables aux maladies fortuitement transmissibles ne sont pas appliquées à tort au VIH/SIDA et sont compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme.

Exemples de réformes menées dans divers pays

Nicaragua

Au Nicaragua, deux ONG – la Fundación Nimehuatzin et le Centre pour les droits constitutionnels – ont proposé un projet de loi sur les droits de l'homme et le SIDA. En 1996, des ateliers sur plusieurs versions de ce projet de loi ont été organisés par le Réseau sur les aspects éthiques, judiciaires et relatifs aux droits de l'homme du VIH, qui regroupe des représentants des deux ONG déjà citées et des autres ONG spécialisées dans les droits de l'homme, des membres du Parlement, la communauté des personnes vivant avec le VIH/SIDA, un groupe de prévention de la communauté homosexuelle, le Programme des Nations Unies pour le

Développement, l'Organisation panaméricaine de la Santé et le Programme national d'action contre le SIDA. Le Réseau a mis ses compétences à la disposition des parlementaires, mais a également sensibilisé diverses organisations communautaires et le public à la question des droits de l'homme. Dans le cadre de la stratégie de communication déployée à cette occasion, un film vidéo au format «série dramatique» a été produit pour illustrer les aspects éthiques et relatifs aux droits de l'homme du VIH/SIDA et de la législation. Les grandes chaînes de télévision, ainsi que les médias du service public, ont diffusé la vidéo. Cette «série dramatique» a également inspiré un programme radiophonique et des affiches. Depuis l'adoption de la loi⁵⁵, la vidéo est utilisée à des fins de formation. Aujourd'hui, le Réseau dispose d'une équipe technique qui élabore des réglementations dans le cadre de la loi, sur des questions telles que la lutte contre la discrimination, la confidentialité et l'autonomie de la personne⁵⁶. La session spéciale du Parlement nicaraguayen organisée sur cette question a grandement contribué à la visibilité et au soutien en faveur de la législation.

Mexique

Au Mexique, une loi sur la prévention et la lutte contre l'infection à VIH est entrée en vigueur le 17 janvier 1995. Cette législation est l'aboutissement d'une coopération sans précédent entre 17 organismes gouvernementaux et 19 ONG⁵⁷. Cette disposition, qui est inscrite dans la Constitution, prend le pas sur tous les textes et réglementations des provinces et états. Elle régleme certaines questions telles que la confidentialité et interdit le dépistage obligatoire et la discrimination dans des services ou domaines d'activités spécifiques: mariage, emploi, éducation, traitements médicaux, accès au logement, immigration et émigration.

Argentine

En Argentine, une loi nationale sur le SIDA visant à promouvoir le respect des droits de l'homme a été promulguée en 1990, suite à l'adoption de nombreuses dispositions coercitives au niveau provincial. Cette loi porte sur les questions de discrimination, de confidentialité (avec certaines exceptions, notamment dans le cadre de soins ou traitements, du droit pénal et familial ou dans le cas d'une adoption) et le dépistage avec consentement éclairé (avec certaines exceptions, notamment dans le contexte des dons du sang et de l'immigration)⁵⁸.

Philippines

Le Conseil national philippin sur le SIDA comprend des représentants des deux chambres du Parlement (le président de la Commission de la santé de chacune des chambres), ainsi que les présidents des associations des gouverneurs et maires. Le Sénat a constitué le Comité *ad hoc* sur le SIDA, qui a élaboré le projet de loi sur la lutte contre le SIDA, adoptée en 1998 grâce à l'action de la Commission sénatoriale de la santé. Le texte qui confère ses fondements juridiques au Conseil national sur le SIDA établit les principes suivants:

- obligation du consentement éclairé donné par écrit et interdiction du dépistage obligatoire du VIH (par exemple pour l'obtention d'un emploi, l'autorisation de voyager, l'accès à des services médicaux et l'admission à des établissements d'enseignement), sauf dans les cas prévus par la Loi (par exemple, pour les dons de sang ou d'organes),
- garantie du droit à la confidentialité, avec toutefois certaines exceptions telles que les procédures judiciaires (les comptes rendus médicaux devant néanmoins être transmis scellés au juge qui, seul, est habilité à les ouvrir),
- interdiction de toute discrimination, sur la base d'une séropositivité établie ou suspectée, dans les domaines de l'emploi, de l'enseignement, des transports, des services publics, du crédit et des assurances, des soins de santé et des services de pompes funèbres,
- adoption de directives générales en matière de lutte contre l'infection pour les procédures chirurgicales, les soins dentaires, l'embaumement, le tatouage, etc.,
- interdiction de toute publicité mensongère pour des médicaments et autres produits de soins, traitement ou prévention du VIH/SIDA,
- inscription par les autorités responsables de l'éducation d'un cours sur la prévention du VIH/SIDA au programme des premier et second cycles du secondaire et du supérieur (en limitant toutefois l'utilisation de matériels pédagogiques à contenu sexuel explicite et la promotion de la contraception),
- attribution du statut de service de santé à l'information sur le VIH/SIDA et obligation, pour les autorités locales, de mettre en place des programmes spécifiques sur le lieu de travail et à l'intention des voyageurs étrangers, des touristes et des autres communautés, et
- reconnaissance du rôle des personnes touchées par le VIH/SIDA et utilisation de leur expérience dans les campagnes d'information, et accès aux soins de santé, services communautaires et programmes d'entraide.

Canada

Au Canada, deux ONG – le Réseau juridique canadien VIH et la Société canadienne du sida – ont entamé un examen exhaustif de la réforme de la législation. En 1995, elles ont lancé un Projet conjoint sur les questions d'aide juridique et éthique et organisé de nombreux ateliers pour évaluer les actions communautaires. Le Projet édite une lettre d'information et a publié une analyse de la littérature, ainsi que des documents et rapports de travail sur différents sujets: les prisons, la discrimination, le droit pénal, le dépistage et la confidentialité, les questions juridiques concernant les hommes et les femmes homosexuels, et les communautés indigènes (discrimination, dépistage et confidentialité). Ces documents de qualité ont contribué à l'action de persuasion et à la création d'un consensus sur la question de la réforme de la législation.

Australie

L'Australie a connu un processus de réforme de la législation comparable à celui du Canada, mais bien plus à l'initiative des pouvoirs publics que des ONG. Entre 1990 et 1992, le Legal Working Party (LWP) (groupe de travail sur les questions juridiques) du Intergovernmental Committee on AIDS (Comité intergouvernemental sur le SIDA) a publié neuf documents de travail sur les sujets suivants: la santé publique, la consommation de drogues injectables, l'homosexualité, l'industrie du sexe, le droit du travail, la responsabilité civile, le droit des médias, et la législation sur les produits thérapeutiques. Créé dans le cadre de la First National HIV/AIDS Strategy (Première stratégie nationale d'action contre le VIH/SIDA), le LWP a été le premier organe – placé sous la houlette de deux portefeuilles (Santé et Justice) – de réforme de la législation de toutes les juridictions (Gouvernement fédéral et autorités des Etats et territoires). Après la tenue d'auditions publiques, le LWP a publié un rapport final sur les options prioritaires présentées dans les documents de travail de 1992, dont environ la moitié a finalement été mise en œuvre⁵⁹. Dans leur approche, le Canada et l'Australie ont tous deux retenu le modèle anglais de réforme de la législation fondé sur la formulation de recommandations mesurées après un examen approfondi et une large consultation communautaire. Rien n'indique vraiment si le fait que l'organe chargé de la réforme de la législation soit issu d'une ONG ou des pouvoirs publics a une incidence sur l'application effective des recommandations.

Etats-Unis

Bien qu'aucun projet comparable de réforme de la législation nationale n'ait été mené aux Etats-Unis, d'autres projets ont néanmoins été lancés pour suivre les développements juridiques dans le domaine du VIH/SIDA. Par exemple, le AIDS Litigation Project (Projet relatif aux affaires judiciaires ayant trait au SIDA), financé par le Department of Health and Human Services (Ministère de la santé et des prestations sociales) a étudié les résultats de près de 600 cas soumis aux tribunaux et à la commission des droits de l'homme entre 1991 et 1997⁶⁰, et le Intergovernmental Health Policy Project (Projet sur la politique sanitaire intergouvernementale) de l'Université George Washington effectue une synthèse annuelle des dispositions relatives au SIDA prises lors des sessions législatives dans 50 Etats.

Inde

L'opposition à une législation peut également produire des résultats positifs, comme cela a été le cas avec l'obstruction en 1989 contre la *AIDS Prevention Bill* (Loi sur la prévention du SIDA) qui prévoyait des dispositions coercitives comparables à celles du *Lepers Act* (Loi sur la lèpre) de 1898⁶¹.

Il est généralement admis, au moins depuis le XIX^e siècle, que la santé publique relève de l'autorité des pouvoirs publics. Au-delà de la gestion des maladies transmissibles, la santé publique recouvre tout ce qui concerne l'accès aux services médicaux et l'environnement physique, biologique et social (lutte contre la pollution,

normes relatives aux produits alimentaires, sécurité des médicaments, propreté de l'eau et assainissement des eaux usées)⁶². Les mouvements en faveur de la santé publique et de l'amélioration des conditions d'hygiène, qui mettaient en avant l'obligation qu'a la société d'assurer des conditions de salubrité satisfaisantes aux individus, soutenaient l'idée d'une responsabilité collective plutôt qu'individuelle en matière de santé. Sur la base de principes utilitaristes, on entreprenait des interventions positives (des traitements par exemple) aux fins de protection du bien-être des citoyens, ainsi que des actions préventives (des vaccinations par exemple) pour éviter la propagation des maux. Les mesures de lutte contre les épidémies (peste, lèpre, choléra, polio, variole, maladies vénériennes et tuberculose) se fondaient sur la connaissance scientifique. Malheureusement, tout au long de l'histoire ou presque, on a associé les maladies épidémiques à des groupes minoritaires stigmatisés, ainsi, à différentes époques et en différents lieux, les pauvres, les immigrants, des groupes ethniques ou sociaux spécifiques ont été accusés de tous les maux⁶³.

Des législations désuètes, adoptées au siècle dernier pour lutter contre des maladies telles que la lèpre ou le choléra, ont été étendues au VIH/SIDA, à tort, puisque celui-ci ne se transmet pas de manière fortuite ou accidentelle. Il y a transmission accidentelle par exemple dans le cas d'une contagion par projections salivaires (éternuement, toux ou utilisation commune de couverts). Ainsi, les dispositions interdisant aux personnes porteuses du VIH de travailler dans certains secteurs (le traitement des produits alimentaires par exemple) ou d'emprunter les transports publics⁶⁴ ne sont ni nécessaires ni efficaces dans la lutte contre l'épidémie. En revanche, les principes et stratégies formulés dans les *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme* peuvent tout à fait, le cas échéant, être reprises dans la lutte contre d'autres maladies transmissibles, telles que les maladies sexuellement transmissibles. Dans les domaines du droit et de la mise en application administrative, il peut donc être tout à fait utile de prendre les choses globalement au lieu de traiter le VIH/SIDA comme un cas exceptionnel.

Les pouvoirs publics ont tout à la fois la capacité et la responsabilité de prendre en main l'élaboration et la mise en œuvre d'une riposte législative appropriée à l'épidémie en matière de santé publique, de façon à satisfaire le droit des personnes à la santé. Il convient donc que la législation en matière de santé publique confère explicitement aux autorités concernées le financement et les compétences voulues pour qu'elles puissent offrir les services suivants de prévention et de traitement:

- information et éducation, à l'intention du public au sens large et de certains groupes ciblés,
- conseil et dépistage volontaires,
- services en matière de santé reproductive et de MST à destination de tous,
- mise à disposition de préservatifs et autres moyens prophylactiques, tels que l'hypochlorite de soude et du matériel d'injection stérile,
- traitements médicamenteux,

- soins et traitements des maladies associées au SIDA, notamment la prophylaxie contre la douleur, et
- surveillance épidémiologique.

Dépistage volontaire et consentement éclairé

La loi ne doit autoriser le dépistage du VIH sur une personne qu'après que celle-ci a donné son consentement éclairé; tout manquement à cette disposition constitue une violation du droit de la personne au libre arbitre et à la vie privée. Compte tenu des conséquences économiques et sociales potentielles d'un diagnostic de séropositivité, notamment une possible discrimination, il est essentiel que chaque individu prenne la décision d'un dépistage en parfaite connaissance de cause. Dans les pays industrialisés, la disponibilité des traitements médicamenteux doit inciter les personnes qui savent être exposées à un risque d'infection à procéder à un dépistage du VIH, de façon à pouvoir entreprendre un traitement au stade le plus précoce possible de l'infection. Les conseils avant et après le dépistage jouent un rôle crucial non seulement pour des raisons psychosociales, mais également pour renforcer l'effet des messages et services de prévention et de soins. Dans plusieurs pays, la législation impose que les résultats d'un test soient communiqués directement à la personne (plutôt que par téléphone) et en privé pour garantir la confidentialité et un soutien adéquat. Certaines adaptations doivent être apportées en fonction des conditions sociales et culturelles locales: par exemple, aux Pays-Bas, les personnes ont le droit de ne pas être informées du résultat d'un test⁶⁵.

De nombreux pays proposent des sites de dépistage anonyme où les personnes ne sont pas tenues de communiquer leur identité. Toutefois, certains pays ont détourné cette protection de la vie privée puisque cette disposition ne vaut que lorsque le résultat est négatif⁶⁶. Dans les pays qui autorisent les tests à faire soi-même, les autorités doivent en garantir la qualité dans le cadre de la législation sur les produits thérapeutiques, mais également fournir des services de conseil et d'orientation aux personnes qui les utilisent. En outre, la législation contre la discrimination doit comprendre des dispositions contre toute utilisation abusive de ces tests (par exemple, par les employeurs ou les assurances).

Dans certains pays, le paternalisme chronique des professions médicales a conduit à la généralisation de dépistages obligatoires, sous couvert d'un consentement général aux services médicaux. Toutefois, la Cour européenne de Justice a considéré comme illégal le fait de soumettre des candidats à un emploi à un dépistage déguisé sans consentement éclairé préalable: *Affaire X contre la Commission*.

La législation doit prévoir des dispositifs contre le dépistage non autorisé du VIH, par exemple par le biais d'analyses clandestines du sang ou autres liquides organiques (tels que l'urine). Certains pays imposent aux médecins de joindre un formulaire de consentement (inclus en annexe dans des dispositions subordonnées telles que les réglementations en matière de santé publique) à la demande transmise au laboratoire, de façon

à établir le consentement éclairé de la personne testée. Ces formulaires peuvent certes protéger les médecins contre les poursuites judiciaires, mais ils doivent être conçus de façon à préserver l'anonymat des personnes. Un formulaire en deux volets est parfois utilisé: le premier, qui comporte le nom et la signature de la personne qui donne son consentement, est conservé par le médecin et le second, qui est transmis au laboratoire, mentionne l'identité de la personne sous forme de codes alphanumériques (par exemple, la date de naissance, le sexe et/ou les initiales du nom).

La législation en matière de santé publique peut avoir une influence positive sur les pratiques médicales, mais elle doit également proposer aux individus des mécanismes juridiques leur permettant d'obtenir réparation. Par exemple, il peut s'agir de médiateurs ou d'autorités chargées des plaintes médicales désignées par la loi. Généralement, ces types de dispositifs se révèlent plus accessibles, plus simples, plus rapides et moins onéreux que les tribunaux. Toutefois, ils n'interdisent pas aux autorités sanitaires d'entreprendre des poursuites judiciaires, dans le cadre de la législation réglementant la santé publique, ou disciplinaires auprès des ordres et organismes professionnels. De la même manière, les individus doivent pouvoir chercher réparation dans le cadre des dispositions relatives à la responsabilité civile.

Certains pays imposent un dépistage obligatoire⁶⁷, c'est-à-dire un dépistage sans consentement éclairé, aux groupes suivants:

- migrants, réfugiés ou voyageurs,
- personnels des forces armées,
- femmes enceintes,
- enfants en cours d'adoption ou faisant l'objet d'une ordonnance de garde ou d'accès,
- couples en instance de mariage,
- personnes souhaitant contracter une assurance, un plan de retraite ou obtenir un logement,
- pratiquants de certains sports, tels que la boxe,
- patients hospitalisés, par exemple avant une intervention chirurgicale ou lorsqu'un membre du personnel soignant s'est blessé avec une aiguille,
- pensionnaires d'institutions telles que les prisons ou les établissements de soins aux personnes souffrant de maladies mentales, de troubles du développement ou d'incapacités physiques graves,
- employés et en particulier, parfois, les agents de santé, les pilotes, les personnes travaillant dans les services d'accueil et dans l'industrie du tourisme, les chauffeurs de camion, les pêcheurs, et

- personnes sous le coup du droit pénal, tels que les professionnel(le)s du sexe, les consommateurs de drogues injectables et les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

La pratique du dépistage obligatoire sur ces groupes constitue une violation du principe de non-discrimination inscrit dans le droit international relatif aux droits de l'homme. La seule exception indiscutable concerne les dons de sang et de tissus et organes humains: dans ce contexte, il y a un impératif évident, du point de vue de la santé publique, de procéder à un dépistage du VIH, et une obligation légale envers le receveur qui doit consentir en parfaite connaissance de cause à l'opération. La limitation des dépistages non volontaires ne signifie pas que le dépistage volontaire ne doit pas être activement encouragé. Au contraire, il y a de très bonnes raisons d'inciter certains groupes à procéder à des dépistages volontaires, notamment les femmes enceintes, pour la santé tant de la mère que de l'enfant (par exemple, pour un accès optimal aux traitements antirétroviraux).

Par ailleurs, du point de vue de l'action publique, un certain nombre de considérations militent fortement contre le dépistage non volontaire:

- le coût et l'inefficacité de cette mesure, qui détourne des ressources déjà limitées des programmes de prévention et de soins,
- les informations collectées ne sont fiables que si un nouveau dépistage est effectué ultérieurement, dans la mesure où toute personne testée peut être dans la «fenêtre sérologique» (c'est-à-dire qu'elle ne produit pas encore d'anticorps) auquel cas le résultat est nécessairement négatif,
- ce type de dépistage peut avoir un effet contraire à celui recherché en incitant les personnes à dissimuler leurs pratiques susceptibles de leur faire contracter le VIH et, partant, en rendant plus difficile la prise de contact avec les programmes de prévention et de soins,
- dans certains cas de figure, il peut être facilement contourné: dans le cas d'une autorisation de mariage, le couple peut se marier dans une autre juridiction ou simplement choisir de vivre en union libre; dans d'autres cas, de faux «certificats de séronégativité» peuvent être obtenus, par exemple pour l'industrie du sexe ou les voyages,
- le dépistage non volontaire peut être utilisé à des fins discriminatoires: refus d'un emploi, ségrégation des détenus séropositifs ou rejet des demandes d'immigration. Or, cette mesure revient à nier la longue période asymptomatique pendant laquelle une personne peut se montrer productive (et acquitter des impôts). De même, elle est inappropriée au regard du fait que l'on ne procède à aucune recherche systématique pour certaines autres maladies qui imposent une charge égale ou supérieure au système de santé,
- il déresponsabilise l'individu puisque chacun peut penser que les autres sont séronégatifs,

- il sape les pratiques d'observation des précautions générales contre l'infection en donnant l'impression fallacieuse que l'on serait nécessairement averti de l'état sérologique des autres personnes, d'où un relâchement de la prudence, et
- il envoie un message erroné à la communauté, selon lequel le VIH/SIDA est un problème de «groupes à risque», ce qui apporte de l'eau au moulin d'une vision «eux et nous» et renforce la peur, le rejet et la stigmatisation.

L'utilisation pour le dépistage du VIH de certains groupes (tels que les nouveau-nés) d'échantillons sanguins donnés à d'autres fins peut soulever certaines questions éthiques qu'il y a lieu de résoudre au plan national. Il convient de trouver un juste équilibre entre le droit des personnes à la vie privée, concernant le sang qu'elles donnent à des fins spécifiques, et l'intérêt pour la communauté de disposer de données sur l'évolution de l'épidémie qu'elle ne pourrait pas obtenir autrement.

En Ouganda, la prévalence de l'infection à VIH a été suivie par la mise en place d'une surveillance sentinelle, qui a d'ailleurs mis en évidence un recul du taux pour les femmes enceintes dans les zones urbaines (ces données ont été confirmées par des études de l'évolution du comportement sexuel)⁶⁸. «La surveillance sentinelle est une méthode consistant à pratiquer des recherches d'anticorps VIH sur des échantillons sanguins collectés dans un autre but légitime au sein de populations sélectionnées, telles que les clients d'établissements de soins des MST, les consommateurs de drogues injectables et les femmes enceintes. Ces recherches donnent une indication sur l'évolution du VIH en fonction des pratiques à risque spécifiques dans chaque catégorie. Les éléments identifiant les donneurs sont supprimés et les résultats ne peuvent ensuite pas être associés à la personne dont le sang a été testé.» Cela étant, aux Pays-Bas, le Code civil affirme le droit à l'intégrité corporelle en vertu duquel toute personne peut s'opposer à toute recherche sur ses substances organiques et, partant, s'opposer au dépistage aux fins de la surveillance sentinelle⁶⁹.

Notification des informations codées

Plusieurs raisons relevant de la santé publique justifient la collecte de données:

- la possibilité d'agir, dans les cas individuels, pour éviter toute nouvelle infection en interrompant la chaîne de transmission, par exemple, en mettant en place une recherche des contacts,
- la nécessité d'une surveillance de l'évolution des maladies infectieuses, dans le cadre du suivi de l'épidémie (des facteurs de risque, par exemple),
- la surveillance de l'incidence et de la prévalence de façon à planifier et évaluer les programmes de prévention,
- l'impératif d'utiliser les ressources d'une manière efficace par rapport à son coût dans la lutte contre l'épidémie, en assurant notamment une planification efficace fondée sur des données épidémiologiques précises.

Hormis dans le premier cas considéré (qui sera examiné dans la section suivante, ci-après), les données codées peuvent tout à fait répondre aux objectifs visés. Généralement, c'est un laboratoire qui diagnostique une infection à VIH, tandis que le diagnostic du SIDA est un diagnostic clinique donné par des médecins, des infirmières ou d'autres prestataires de soins de santé qualifiés. Imposer, dans le cadre de la législation réglemant la santé publique, la notification aux autorités de données codées sur les cas *confirmés* d'infection à VIH va dans le sens de la protection des droits de l'homme puisque cette mesure appuie le droit à la santé, à la vie et à l'information. Certains pays (tels que la Norvège) imposent aux laboratoires de transmettre un formulaire, donné en annexe aux réglementations en matière de santé publique. Cette disposition offre l'avantage d'uniformiser l'ensemble de données et de le rendre plus simple à utiliser à des fins épidémiologiques (tout en dissuadant les utilisations illicites puisque les informations non pertinentes, telles que les marqueurs personnels, ne sont pas collectées). Un contrôle strict de la protection des données reste nécessaire compte tenu des préoccupations concernant la possibilité de les décoder. L'utilisation de données identifiables pose certains problèmes, du point de vue du droit à la vie privée, qu'il y a lieu de prendre en compte.

Notification aux partenaires

La question de savoir s'il y a lieu de soumettre les personnes vivant avec le VIH/SIDA à des mesures de santé publique coercitives, en particulier l'obligation de notification aux partenaires, a donné lieu à des débats au sein de la plupart des systèmes judiciaires. Dans de nombreuses communautés, les médecins ont depuis longtemps l'obligation morale, et parfois juridique, de protéger les personnes contre l'infection en recherchant les contacts de tout individu touché par une maladie grave, en particulier dans les cas où ces personnes n'auraient aucun autre moyen d'être averties de leur infection.

Toutefois, aux termes mêmes de la loi, la confidentialité est au cœur de la relation entre le médecin et le patient, et c'est sur cette base que le patient communique volontairement des informations sensibles concernant son état de santé. Le principe de la confidentialité vaut également pour les autres professions de santé, telles que les infirmières, les conseillers et travailleurs sociaux. Il est généralement admis que les stratégies coercitives sont inappropriées, inefficaces et susceptibles de produire des effets contraires à ceux recherchés dans la mesure où elles dissuadent les personnes qui risquent d'être infectées de rechercher, à un stade précoce, conseils et soutien et d'entreprendre un dépistage et un traitement. Les mesures coercitives de notification appliquées dans le domaine des maladies sexuellement transmissibles (MST) ou de la tuberculose sont inadaptées pour plusieurs raisons, et notamment parce qu'il n'existe aucun traitement curatif du VIH. Dans le cas du VIH, la mise en œuvre d'une recherche complète des contacts imposerait nécessairement l'emploi de techniques de surveillance étendues et coûteuses, ce qui aurait pour effet de limiter de manière inacceptable les libertés civiles.

Les Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme sont favorables à la notification volontaire aux partenaires, mais avec certains aménagements pour les cas exceptionnels. Elles recommandent notamment que la législation en matière de

santé publique autorise les professionnels des soins de santé, sans leur en faire obligation, à notifier l'état sérologique de leurs patients aux partenaires sexuels de ces derniers, dans certaines situations précisément définies. Dans certaines juridictions, le protocole de notification aux partenaires, codifié dans la législation, impose une consultation des pairs, auprès soit d'un autre professionnel soit d'un panel d'experts constitué spécialement par les autorités sanitaires pour formuler des conseils éthiques sur les cas de notification aux partenaires. Par ailleurs, la faculté de discrétion accordée aux professionnels des soins de santé les prémunit contre les éventuels abus de confiance de la part de leurs clients, et protège leur responsabilité civile en cas de non-notification à un partenaire.

Détention ou isolement/quarantaine

Hormis le comportement individuel, rien ne peut justifier, du point de vue de la santé publique, la détention d'une personne au seul motif de sa séropositivité. Certaines juridictions imposent la fermeture des lieux (tels que les établissements de bains) perçus comme étant des vecteurs de propagation du VIH, au lieu de saisir l'occasion d'en faire des sites d'information sur la sexualité sans risque. Certains pays ont par ailleurs étendu au VIH, de manière inappropriée, les conditions de quarantaine ou de détention applicables aux maladies transmises fortuitement et généralement curables. Or, la liberté des personnes vivant avec le VIH ne doit être limitée que dans des cas exceptionnels de comportements illégaux, et les protections légales voulues doivent être garanties.

Les possibilités, prévues par la législation en matière de santé publique, de limiter les conditions d'emploi et de résidence des personnes séropositives qui font courir aux autres un risque non raisonnable d'infection, doivent être modulées en fonction des circonstances exceptionnelles du cas considéré. L'isolement ne doit être utilisé qu'en dernier ressort et pour des durées limitées, et non pas indéterminées. En outre, il est préférable que ces mesures soient ordonnées, ou au moins autorisées, par un tribunal et pour un laps de temps limité (par exemple, trois jours ouvrables, à l'issue desquels elles deviennent caduques si un tribunal ne les valide pas), plutôt que laissées à la discrétion des autorités sanitaires. Par ailleurs, l'application d'interventions progressives est recommandée. Par exemple, en premier lieu, les autorités sanitaires émettent un avertissement écrit soulignant les motifs pour lesquels telle personne doit changer de comportement et l'avertissant que tout manquement entraînera le déclenchement d'une procédure formelle. Les critères retenus pour l'exercice d'une action coercitive doivent être structurés d'une manière aussi objective que possible. Il faut que la personne:

- ait auparavant eu, en connaissance de cause, un comportement de nature à exposer d'autres personnes à un risque majeur d'infection,
- soit susceptible de ne pas changer de comportement à l'avenir,
- ait déjà reçu des conseils, en vain, sur la nécessité d'adopter un comportement responsable, et
- présente un danger pour les autres.

En cas de non-observation de l'avertissement, on peut ensuite recourir aux interventions graduées suivantes: instructions de prendre des précautions, telles qu'une sexualité à moindre risque, avertissements indiquant d'éviter certaines pratiques, telles que le partage de matériel d'injection de drogues, résidence obligatoire à un endroit donné, tel qu'un logement géré par une ONG, surveillance par les autorités sanitaires ou des médecins, visites médicales régulières, par exemple pour un dépistage des MST afin de vérifier qu'il n'y a pas eu rapports sexuels non protégés, abstention de certaines activités, telles que le commerce du sexe sans protection. Les protections légales régulières suivantes sont importantes:

- notification des procédures,
- droit de révision ou d'appel auprès d'une juridiction supérieure,
- droit à représentation judiciaire,
- notification des droits, avec détail de la nature des commandements et obligations, ainsi que des droits de révision et d'appel.

Dans certains pays, les droits légaux incluent le droit à disposer d'un interprète, une aide judiciaire et la possibilité de faire appel gratuitement ou au moindre coût. En règle générale, les procédures relevant de la législation en matière de santé publique doivent se tenir à huis clos, compte tenu de la stigmatisation importante associée au VIH/SIDA et des conséquences économiques et sociales pouvant découler de la divulgation non autorisée de la séropositivité d'une personne. Néanmoins, le huis clos peut être refusé lorsque les intérêts de la personne et de la justice justifient une audience publique, par exemple lorsqu'une personnalité publique souhaite donner toute publicité à son affaire. Dans la plupart des cas (avec des exceptions pour les affaires concernant des mineurs ou des personnes souffrant de maladie mentale, et les affaires matrimoniales), les débats sont publics de façon à ce que l'on puisse constater que la justice est rendue, et qu'elle soit effectivement rendue. Cette garantie contre les abus de pouvoir peut être préservée si l'on met en place des protections moins strictes contre les atteintes à la vie privée, telles que des ordonnances de non-publication; dans ce cas, l'identité des parties est protégée par l'emploi de pseudonymes dans les minutes publiées.

Sécurité transfusionnelle

Les Directives internationales comme la Résolution de 1998 de l'Union interparlementaire reconnaissent que, pour véritablement protéger le droit à la santé, les stocks de sang, de tissus et d'organes doivent être absolument exempts du VIH et autres organismes pathogènes transmis par le sang⁷⁰. Le risque d'infection par la transfusion de sang contaminé est supérieur à 90%. Selon l'ONUSIDA, près de 4 millions de dons du sang dans le monde entier chaque année ne font l'objet d'aucun dépistage du VIH ou d'autres infections⁷¹. Pour éviter ce problème, des tests appropriés du sang donné peuvent être mis en place et l'on peut également demander aux donneurs de déclarer qu'ils ne se sont pas adonnés à des pratiques susceptibles de leur faire courir le risque d'être infectés. Cette déclaration peut être réalisée par le biais d'un ques-

tionnaire. Dans ce cas, il est important que les questions portent sur les pratiques proprement dites, plutôt que sur l'appartenance à un groupe particulier. Pour de nombreuses raisons relevant des droits individuels de la personne, le consentement éclairé du récipiendaire d'un lot de sang est un facteur important, mais il paraît également souhaitable que la communauté prévienne toute utilisation inutile d'une ressource limitée.

Dans le domaine de la transfusion, de nombreux pays se sont dotés d'une législation qui protège les hôpitaux, les banques du sang, les institutions chargées de l'approvisionnement en tissus et organes, les professionnels des soins de santé, les employés et les donneurs de toute mise en cause de leur responsabilité, dès lors que des procédures codifiées ont bien été respectées, à savoir: examen systématique du sang et déclaration du donneur signée moins de 12 heures (par exemple) avant le don. Des dédommagements peuvent être demandés uniquement en cas de négligence, de faute délibérée ou de fausse déclaration. Il est important que les juridictions se dotent d'une législation complémentaire, de façon à uniformiser les dispositions applicables dans les cas de transferts, à l'intérieur d'un même pays ou entre des pays différents, du sang et des stocks de produits sanguins (généralement utilisés dans les traitements contre l'hémophilie), de sperme, de cellules et d'organes destinés à des transfusions ou transplantations. Du point de vue de l'action publique, les motifs suivants incitent à limiter la responsabilité: l'approvisionnement en sang est essentiel pour sauver des vies; bien qu'ils soient généralement fiables, les contrôles ne permettent pas de détecter l'infection si le donneur est dans la «fenêtre sérologique»; bien souvent, aucune substance synthétique sûre (telle que les succédanés de plasma sanguin) ne peut être substituée au sang; dans de nombreux pays, le sang est donné.

Même si bon nombre de pays ont une législation qui régleme les dons, le contrôle et les transfusions de sang, celle-ci est rarement appliquée de la manière appropriée. L'ONUSIDA identifie trois éléments essentiels qui garantissent la sûreté de l'approvisionnement en sang:

- mise en place d'un service national et à but non lucratif de transfusion sanguine, responsable devant les autorités et organisé dans le cadre du service national de santé, comme c'est le cas en Afrique du Sud, en Namibie, en Zambie et au Zimbabwe,
- les donneurs doivent être des volontaires (agissant à titre gratuit) et non pas des professionnels rémunérés, et doivent en outre présenter un risque faible d'infection,
- un examen du sang donné doit être mené systématiquement pour dépister le VIH et d'autres maladies (hépatites B et C et syphilis)⁷².

Plusieurs facteurs motivent l'exclusion des donneurs rémunérés: ils sont bien souvent issus des secteurs les plus vulnérables de la société, leur santé est globalement médiocre, et ils peuvent avoir contracté diverses infections compte tenu de leurs pratiques, telles que le partage des seringues, dans les cas où le sang est vendu pour acheter de la drogue. En revanche, les donneurs volontaires donnent leur sang à intervalles suffisamment espacés, sans mettre leur santé en danger. Dans certains pays, les

défauts de contrôle du sang résultent bien souvent de problèmes financiers et/ou logistiques: contrôle uniquement dans les grandes villes et pas dans les zones rurales, problèmes de stockage (absence d'alimentation électrique pour la réfrigération), manque de personnel formé, et organisation défectueuse dans la distribution et le stockage des réactifs et autres produits utilisés pour le contrôle du sang. La volonté politique est une condition *sine qua non* pour faire évoluer cette situation, par l'affectation des budgets voulus, une gestion efficace des ressources et la conduite de contrôles réguliers et indépendants des institutions qui assurent ces services.

Une étude de 1993 du Ugandan Blood Transfusion Service (Service de transfusion sanguine de l'Ouganda) a montré l'efficacité par rapport à son coût de la subvention par les pouvoirs publics d'un contrôle efficace du VIH, dans la mesure où 1863 cas d'infection primaire et un total estimé de 415 cas d'infection secondaire ont ainsi été évités cette année-là⁷³. Une étude similaire menée au Zimbabwe a évalué le rapport coût-efficacité d'une approche consistant à combiner le «renvoi» des donneurs à une date ultérieure et l'examen systématique du sang⁷⁴. En Inde, à la suite d'une pétition organisée par une ONG contre les agences gouvernementales chargées de la sécurité transfusionnelle, la Cour suprême a ordonné la création d'un Conseil national de la transfusion sanguine, l'obligation pour les banques du sang d'obtenir une autorisation et, au bout du compte, la cessation de la vente professionnelle de sang⁷⁵.

Lutte contre l'infection

Des précautions générales contre l'infection doivent être imposées dans le contexte des soins et autres activités impliquant un contact avec le sang et autres liquides organiques. La mise en application de cet impératif dans le cadre de la législation régissant la santé publique (comme c'est le cas, par exemple, en Alberta au Canada, en Californie aux Etats-Unis et en Nouvelle-Galles-du-Sud en Australie) doit être accompagnée du déblocage des ressources voulues pour la formation du personnel et l'acquisition des équipements appropriés (gants, aiguilles et seringues non réutilisables, autoclaves et autres matériels de nettoyage). En Argentine, suite à la plainte d'un syndicat pour l'infection présumée d'un employé, des laboratoires ont été fermés ou placés sous contrôle judiciaire pour avoir réutilisé des ustensiles jetables⁷⁶. Dans certaines juridictions, les autorités sanitaires ont élaboré et codifié des directives détaillées sur ce type de précautions, en collaboration avec les professionnels et les communautés; depuis, elles constituent la norme de référence dans les actions pour négligence. La mise en œuvre de ces programmes doit être appuyée par des campagnes d'action pédagogique, en particulier dans les pays où les médicaments injectables sont prisés, mais où les stérilisations exécutées par les tradipraticiens ne sont pas satisfaisantes⁷⁷.

POINTS A VERIFIER – LEGISLATION RELATIVE A LA SANTE PUBLIQUE

1. La législation confère-t-elle aux autorités sanitaires la possibilité de proposer les services de prévention et de traitement suivants:
- information et formation,
 - dépistage et conseil volontaires,
 - services en matière de MST et de santé sexuelle et reproductive,
 - moyens de prévention, tels que préservatifs et matériel d'injection stérile,
 - médicaments, notamment traitements prophylactiques contre la douleur ?

2. La législation exige-t-elle l'obtention d'un consentement éclairé avant la conduite du test (avec un service de conseils avant et après le test) de la part des personnes à qui les résultats seront ensuite communiqués (par exemple, lorsqu'il ne s'agit pas d'une surveillance sentinelle) ?
Les exceptions légales aux dispositions relatives au consentement éclairé des personnes nécessitent-elles une autorisation judiciaire ?

3. La législation autorise-t-elle les restrictions à la liberté des personnes vivant avec le VIH uniquement pour des motifs liés à leur comportement susceptible de présenter un risque réel de transmission (c'est-à-dire un risque autre que fortuit, comme le fait d'emprunter les transports publics), et non pas au simple motif de leur statut sérologique ?
Dans ce contexte, la législation prévoit-elle les protections judiciaires suivantes:
- notification raisonnable du cas à la personne,
 - droit de révision et d'appel des décisions,
 - durée déterminée des décisions de restriction de la liberté (et non pas indéfinie),
 - droit à une représentation légale ?

4. La législation autorise-t-elle les professionnels des soins de santé à notifier l'état sérologique de leurs patients aux partenaires sexuels de ces derniers, dans les conditions suivantes:
- les conseils donnés au patient séropositif ne l'ont pas conduit à changer de comportement,
 - le patient séropositif a refusé de notifier ou de consentir à la notification de son partenaire,
 - il existe un risque réel de transmission du VIH au partenaire,
 - lorsque cela est possible, l'identité du patient séropositif est dissimulée au partenaire,
 - un soutien est ensuite apporté aux personnes concernées ?

5. La législation assure-t-elle la protection des approvisionnements en sang, tissus et organes contre la contamination par le VIH (autrement dit, impose-t-elle le dépistage du VIH dans tous ces éléments) ?

Directive 4: Législation pénale et régime pénitentiaire

Les Etats devraient réexaminer et réformer la législation pénale et le régime pénitentiaire pour qu'ils soient compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme et ne soient pas indûment utilisés dans le contexte du VIH/SIDA ou à l'encontre de groupes vulnérables.

Délits de transmission et d'exposition au risque de transmission

De nombreux pays prévoient une infraction pénale spécifique pour la transmission et l'exposition au risque de transmission du VIH intentionnelle. Cela étant, l'existence d'une telle disposition n'a qu'une incidence limitée sur la propagation du virus, du fait que la grande majorité des cas de transmission se produit à un moment où la personne infectée ignore encore son propre statut sérologique. En fait, les législations de ce type détournent l'attention d'autres mesures qui pourraient véritablement freiner l'épidémie, mobilisent des ressources, et elles peuvent même produire l'effet inverse à celui recherché en renforçant la stigmatisation à l'encontre de certains groupes déjà considérés comme des intrus par la société. En rejetant la faute sur une partie désignée, le droit pénal sape l'effet des campagnes qui incitent chacune des parties qui s'engagent dans un comportement à risque à prendre des mesures de prévention.

La coercition est un outil un peu brutal pour inciter les personnes à modifier leur comportement, en particulier dans un domaine intime et privé tel que la sexualité. Inévitablement, des boucs émissaires sont désignés, et en particulier les minorités mal vues, et dans l'esprit du public les personnes vivant avec le VIH sont perçues comme des criminels en puissance. De manière générale, les cas susceptibles d'être portés à l'attention de la justice concernent souvent des personnes appartenant à des groupes vulnérables qui intéressent les autorités pour un ensemble de raisons (telles qu'une maladie mentale), et ils sont fréquemment rapportés de manière imprécise et donc difficiles à prendre en considération. En outre, une application variable ou ciblée de la législation est source d'arbitraire et les minorités sont souvent victimes de méthodes policières exagérées⁷⁸. Les groupes vulnérables tels que les homosexuels ou les professionnel(le)s du sexe peuvent ainsi être confrontés à une application abusive de la loi à cause des jugements discriminatoires formés sur leurs modes de vie.

La portée négative des sanctions pénales appliquées aux donneurs de sang convaincus de fausse déclaration n'est pas comparable à celle relative aux comportements privés susceptibles de donner lieu à une transmission du VIH. Cette différence résulte du fait

que l'utilisation de sang contaminé constitue une violation manifeste du droit à la santé et qu'il n'y a absolument aucun intérêt d'aucune sorte à donner du sang contaminé.

En revanche, la transmission périnatale ne constitue généralement pas une infraction compte tenu de l'énorme intérêt compensatoire qu'offre une naissance. Le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant, à la naissance ou par l'allaitement au sein, est compris entre 13 et 48 % et il peut être grandement diminué par l'administration d'une thérapie antirétrovirale (zidovudine). Les Etats qui, de manière quasi systématique, contraignent les femmes séropositives à la stérilisation ou l'avortement, en violation du droit de la personne à fonder une famille, devraient tenir le plus grand compte de cette donnée scientifique sur le risque réel de transmission.

Les sanctions prévues par le droit pénal ou la législation relative à la santé publique doivent être réservées aux comportements les plus criminels⁷⁹. Dans le cas d'une transmission/exposition au risque de transmission du VIH, les charges suivantes peuvent être retenues: tentative de meurtre, coups et blessures, dommages corporels, et autres infractions relevant des troubles de l'ordre public, des comportements dangereux et des objets et substances nuisibles à la santé. L'emprisonnement du contrevenant sur la base de ces dispositions ne peut pas véritablement donner satisfaction à la société et au plaignant, et ce pour un certain nombre de raisons. Le risque de transmission du VIH augmente en milieu carcéral du fait des comportements à risque sans possibilité d'accéder à l'information ni aux mesures de prévention. La détention est moins susceptible de permettre un changement de comportement au sein de la communauté que des services de conseil et un soutien social. Par ailleurs, dans certains établissements pénitentiaires, les détenus séropositifs n'ont pas accès aux équipements et aux soins voulus.

Il est donc préférable que ces cas soient traités, si possible, dans le cadre des dispositions pénales générales relatives à la santé publique ou mentale. En 1990, devant la multiplication des violences sexuelles sur les mineurs, motivées par la volonté d'éviter l'infection à VIH, les autorités d'un pays ont fait du viol un crime capital. Or, cette décision était non seulement contraire aux droits de l'homme, mais elle a produit l'effet inverse à celui recherché puisque le nombre des cas a augmenté⁸⁰.

Les législateurs souhaitant créer une nouvelle infraction doivent prendre en compte les facteurs suivants:

- l'infraction doit être générique plutôt que spécifique au VIH et, donc, applicable à d'autres maladies transmissibles graves, mais une certaine latitude doit être laissée dans la condamnation en fonction de la curabilité de la maladie (les MST, par exemple),
- les difficultés concernant l'établissement de la preuve doivent être prises en compte, notamment le caractère prévisible de l'infraction (c'est-à-dire, la connaissance qu'avait l'accusé du fait que son acte constituait une infraction), l'intention, la causalité (c'est-à-dire, le fait que l'acte de l'accusé est bien à l'origine de l'infection de la victime, et non pas un autre contact) et le consentement. En règle générale, la responsabilité pénale est fondée sur la capacité

d'une personne à choisir délibérément et volontairement d'entreprendre un acte dont elle comprend la portée,

- la couverture de la législation peut être limitée aux seuls actes délibérés ou intentionnels. Certains pays considèrent néanmoins l'imprudence, l'insouciance ou la négligence comme des infractions, tout comme les comportements délibérés après une pratique dangereuse, et ce afin d'éviter que le refus du dépistage du VIH permette d'échapper à la culpabilité. Du point de vue juridique, il y a généralement insouciance lorsque l'accusé pouvait prévoir les conséquences de son acte, mais a quand même couru le risque de l'entreprendre. Il n'est pas exclu que les dispositions légales qui ont une incidence sur le dépistage (ce que certains commentateurs considèrent comme un dépistage obligatoire inavoué et une sanction de la simple ignorance⁸¹) aient un effet dissuasif et sapent les efforts en matière de santé publique,
- les conséquences d'un comportement constituant une infraction doivent être spécifiées. Du fait de la nature dissuasive de ces dispositions et compte tenu qu'elles évitent les problèmes liés à la preuve du préjudice, la législation de certains pays punit la mise en danger même sans infection. Un argument en particulier milite en faveur de ce type de législation: lorsque les mesures de santé publique ne suffisent pas à modifier le comportement d'un individu, il est préférable que l'on puisse recourir au droit pénal avant qu'il y ait eu infection,
- il est important que le risque réel posé par le comportement d'une personne soit mesuré sur la base de critères objectifs scientifiquement établis. Par exemple, les premières actions intentées contre des personnes séropositives pour avoir craché n'avaient pas lieu d'être puisque ce geste ne présente aucun risque réel de transmission. Il convient qu'un protocole soit établi entre les autorités judiciaires et celles chargées de la santé publique pour que seuls les cas de risque d'infection scientifiquement indiscutables soient portés devant les tribunaux,
- la classification d'une seringue remplie de sang infecté par le VIH dans la catégorie des «armes meurtrières» doit être faite avec la plus grande prudence afin de ne pas décourager le retour des matériels usagés aux centres d'échanges d'aiguilles et de seringues, et
- les modes de transmission doivent être clairement spécifiés (généralement les rapports sexuels), dans la mesure où les autres modes de transmission, tels que l'utilisation commune d'aiguilles et de seringues, ne peuvent pas forcément être pris en compte en raison des questions que pose le problème de la consommation de drogues illégales.

Le droit civil, dont l'objectif est de décourager les infractions à la loi et de dédommager les victimes de ces infractions, est parfois mis à contribution pour apporter un dédommagement aux personnes qui se sentent lésées. Toutefois, si l'établissement de la preuve est moins strict que dans le droit pénal, il existe bon nombre d'obstacles pratiques à l'établissement de la preuve dans les affaires civiles (les délais et débours, par

exemple), du fait desquels cela ne vaut pas la peine de poursuivre une personne non assurée.

Défense

Pour ces types d'infractions, une défense doit pouvoir être invoquée. Pour de nombreuses infractions en matière de santé publique, le consentement éclairé du partenaire constitue une défense (cette catégorie ne doit pas être limitée aux seuls couples mariés ou en union libre, mais doit englober tout couple ayant des rapports sexuels). Dans certaines juridictions, le mariage est une défense absolue, avec ou sans consentement⁸². Toutefois, ce type de disposition établit une distinction discriminatoire entre les couples mariés et les couples non mariés qui ont des rapports sexuels, et implique en outre que la sexualité à moindre risque n'est pas une nécessité pour les couples mariés. Cette situation met les femmes mariées en position de faiblesse pour revendiquer l'adoption de pratiques à moindre risque en général, et pour faire valoir l'importance des mesures de protection.

On a avancé que le consentement ne pouvait pas être invoqué comme argument de défense dans la mesure où une infection constitue une charge sanitaire et sociale pour la communauté. Toutefois, cet argument ignore l'intérêt qu'a l'individu, en termes d'autonomie et de vie privée, de pouvoir choisir d'avoir une activité sexuelle en dehors de toute intervention de l'Etat. Les mesures draconiennes visant à interdire aux personnes séropositives d'avoir des rapports sexuels, même avec le consentement éclairé du partenaire, sont impossibles à appliquer et viennent contredire les campagnes incitant les personnes à entreprendre, le plus tôt possible, un dépistage et un traitement et à rechercher conseils et soutien. L'utilisation de mesures de prévention doit constituer une défense absolue contre un chef d'accusation d'exposition sans consentement à une transmission du VIH, que ce soit à titre implicite, parce qu'il n'y a pas d'intention d'exposer le partenaire à une transmission (par exemple, lorsque des préservatifs sont utilisés), ou explicite. En revanche, les cas, plus rares, de défaillance des mesures de prévention (par exemple, rupture du préservatif) suivie d'une transmission du VIH, sont beaucoup plus délicats. Il conviendrait de conférer une reconnaissance juridique aux mesures de prévention, ce qui constituerait une incitation à leur utilisation. L'une des solutions qui peuvent être envisagées consiste à créer une défense partielle à ces infractions, ou encore à hiérarchiser les infractions en fonction de leur gravité.

Echange d'aiguilles et de seringues

Le droit pénal peut avoir pour conséquence d'entraver les efforts visant à réduire le risque, extrêmement élevé, de transmission du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, ainsi que la fourniture de soins et de traitements contre le VIH. Toute stratégie du moindre mal admet le fait que la plupart des pays sont concernés par la consommation illicite de drogues (selon les estimations, il y aurait 5 millions de consommateurs de drogues injectables dans 120 pays⁸³). Ensuite, elle considère que l'allègement des coûts sanitaires, sociaux et économiques représente la tâche primordiale, et que la réduction de l'approvisionnement en drogues n'est qu'un des moyens de parvenir à ce résultat. Plusieurs pays (le Népal, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et,

en Europe occidentale, la Suisse et les Pays-Bas) ont adopté des programmes légaux d'échange d'aiguilles et de seringues, qui garantissent l'impunité pour les infractions liées à la consommation de drogues.

La Return Foundation à Saint-Pétersbourg est un exemple de projet extra-institutionnel mené par une ONG: un bus sillonne la ville et propose un échange d'aiguilles, des conseils sur la consommation de drogues et une assistance médicale⁸⁴. Les ONG peuvent établir avec profit des liens avec des partenaires du secteur privé, par exemple, le Lindesmith Center du New York Open Society Institute a apporté son concours à des projets pour un moindre mal en Ukraine et en République de Moldova⁸⁵. Plusieurs juridictions ont également dépénalisé la possession et la distribution d'aiguilles et de seringues. La promotion de l'emploi d'hypochlorite de soude pour nettoyer le matériel d'injection utilisé est une autre solution, politiquement plus acceptable, qui a également été appliquée. On a aussi interprété la stratégie du moindre mal dans le sens d'une dépénalisation de la consommation de drogues, avec des essais en Suisse et aux Pays-Bas de fourniture licite d'héroïne aux consommateurs pour lesquels les traitements antérieurs n'avaient rien donné⁸⁶.

Les pays qui ont adopté une stratégie du moindre mal tendent à échapper à l'incidence élevée du VIH chez les consommateurs de drogues injectables, que l'on relève dans les autres pays. Cette approche vise à informer les consommateurs de la nécessité d'un comportement sans risque en matière d'injection, et œuvre en ce sens en permettant un accès simplifié à du matériel d'injection stérile. La question au cœur du débat sur l'introduction de ce type de programmes porte sur le caractère illicite des drogues injectées à l'aide du matériel stérile et, donc, sur le fait de savoir s'ils ne constituent pas une incitation implicite à des agissements délictueux. Des évaluations de ces programmes ont montré qu'ils n'avaient pas favorisé une hausse de la consommation de drogues, mais qu'ils avaient en revanche entraîné une progression de la demande de traitements médicamenteux et un recul du nombre des matériels d'injection utilisés abandonnés n'importe où, et contribué à contenir l'épidémie de VIH/SIDA⁸⁷. Une étude menée dans 29 villes d'Amérique du Nord, d'Europe, d'Asie et du Pacifique Sud comptant un programme d'échange d'aiguilles a fait apparaître une baisse de l'incidence du VIH de 5,8 %, alors qu'elle augmentait dans le même temps de 5,9 % dans 52 villes sans programme d'échange⁸⁸. Le programme d'échange d'aiguilles et de seringues mis en place par une ONG au Népal en 1992 est un exemple de réussite puisqu'il a permis de maintenir la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables sous la barre des 2 %, alors qu'elle atteignait environ 70 % dans les pays voisins (Province du Yunnan en Chine et État du Manipur en Inde)⁸⁹.

Pour qu'un programme d'échange d'aiguilles et de seringues fonctionne efficacement, il faut que la législation prenne en compte les points suivants:

- la classe des personnes concernées doit être identifiée: agents d'un programme d'échange, pharmaciens, médecins voire, le cas échéant, les intermédiaires qui facilitent véritablement la mise en œuvre du programme (c'est-à-dire les partenaires volontaires ou les autres consommateurs, plutôt que les fournisseurs),

- la gamme des activités doit être suffisamment large de façon à englober l'échange des aiguilles et seringues, mais aussi les actions éducatives et informatives connexes, telles que la production et la distribution de supports pédagogiques (brochures et vidéos) et du matériel utile (hypochlorite de soude, tampons d'ouate et eau stérilisée), l'action signalant l'existence du programme (par exemple, la tenue d'un tableau de marche dans le cas d'un service mobile), et l'action encourageant les pratiques d'injection plus sûres,
- l'impunité pour les infractions mineures en matière de drogues (telles que la possession) dès lors que les aiguilles et seringues sont éliminées dans des récipients agréés; dans le cas contraire, les traces de drogues illicites dans les aiguilles et seringues peuvent être retenues comme éléments à charge,
- l'interdiction d'utiliser comme élément de preuve les informations relatives à la fourniture d'aiguilles et de seringues dans les procédures pénales en matière de drogues, ce qui interdit aux autorités policières de citer à comparaître les agents d'un programme d'échange ou d'utiliser les registres du programme comme pièces à conviction,
- la nécessité d'assurer une formation de la police et de travailler en liaison avec elle, de façon à ce que les autorités sanitaires puissent expliquer l'importance du programme et que des directives de gestion claires soient formulées, et ce afin que les consommateurs ne soient pas freinés par crainte de tracasseries policières ou d'une surveillance des sites d'échange d'aiguilles et de seringues, et
- la mise en place de distributeurs utilisant des jetons spéciaux, pour éviter toute utilisation indue (par exemple, par des enfants), la promotion des relations avec les services de soutien, auprès desquels les jetons seraient disponibles, et la possibilité d'accéder, en toute confidentialité et en dehors des heures ouvrées, à des services d'aide et de réconfort.

D'autres questions méritent d'être examinées, notamment la possession de matériel pour la consommation sans injection (par exemple, pour fumer) susceptible de conduire les personnes à la consommation de drogues injectables. D'autres questions plus générales – telles que la sanction des infractions mineures en matière de drogues en dehors du système pénitentiaire, où les risques de consommation par injection sont élevés, et le recours à des condamnations sans détention – sont également importantes mais sortent du cadre du présent Guide.

Rapports sexuels

Les dispositions du droit pénal qui interdisent les actes sexuels pratiqués en privé entre adultes consentants, tels que l'adultère, la sodomie, la fornication ou les actes «contraires à la nature», à l'ordre social ou à la moralité, sont tout à fait susceptibles d'entraver la mise en œuvre des programmes de prévention et de soins du VIH/SIDA. De nombreuses juridictions ont abrogé ces textes du fait qu'ils étaient inefficaces et dépassés, et plus récemment pour des questions de santé publique. Par exemple, en Fédération de Russie, une loi qui interdisait l'homosexualité (adoptée il y a plus de 70 ans) a été abrogée en 1992. La protection des droits de la personne à la vie privée et à l'égalité de traitement milite également pour l'abrogation de cette disposition. Dans l'affaire qui a opposé Toonan au Gouvernement australien, la Commission des Droits de l'Homme (Human Rights Committee) a conclu que les dispositions interdisant les rapports sexuels en privé entre adultes consentants enfreignaient le droit à la vie privée, en soulignant notamment que:

«(...) l'interdiction pénale des pratiques homosexuelles ne peut pas être considérée comme un moyen raisonnable ou une mesure proportionnée pour atteindre l'objectif de prévention de la propagation du VIH/SIDA. (...) en contraignant à la clandestinité de nombreuses personnes menacées par l'infection (...) [il] apparaît qu'elle va à l'encontre de la mise en œuvre de programmes efficaces d'information en matière de prévention du VIH/SIDA.»⁹⁰

Certains pays nient l'existence des pratiques homosexuelles considérées comme tabous ou allèguent qu'il s'agit d'habitudes occidentales importées, et ce en dépit des études démontrant le nombre important d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes⁹¹. Or, l'interdiction pénale oblige les personnes à mener une «double vie» afin de dissimuler leur homosexualité (en particulier dans les communautés rurales ou isolées où le risque d'être découverts que courent les homosexuels est bien réel), ce qui complique d'autant l'accès aux programmes éducatifs. En outre, ces dispositions font courir le risque aux agents et éducateurs sanitaires de se rendre complices d'une infraction, dans la mesure où ils peuvent être accusés d'encourager ces pratiques sexuelles, alors qu'ils donnent uniquement des conseils pour les pratiquer sans risque. Ce type de situation tend à créer un climat de suspicion et d'hostilité entre les agents sanitaires, les communautés et les autorités, au détriment d'une atmosphère de confiance et de coopération.

Dans les pays industrialisés en particulier, les législations interdisant aux hommes d'avoir des rapports sexuels avec d'autres hommes ont été abrogées dans la mesure où elles constituaient un obstacle aux programmes éducatifs et poussaient à la clandestinité les personnes menacées par un risque d'infection. En Afrique du Sud, les droits des minorités sexuelles, désormais inscrits dans la Constitution de 1996, ont récemment été confirmés lors d'une affaire portée devant les tribunaux⁹². En effet, une corrélation positive a été établie entre, d'une part, les hommes homosexuels qui s'identifient et sont attachés à la communauté «gay» et sa culture en matière de sexua-

lité à moindre risque et d'éducation et de soutien informels par les pairs, et d'autre part l'adoption continue de nouveaux comportements⁹³. Les dirigeants religieux de certaines communautés ont admis le fait que le soutien aux personnes est un acte de foi fondamental, quelle que soit leur orientation sexuelle.

Commerce du sexe et prostitution

Dans le domaine de la prostitution, le droit pénal entrave la fourniture des services de prévention et de soins aux malades du VIH/SIDA en contraignant les personnes engagées dans cette industrie à la clandestinité. Il conviendrait de procéder à un réexamen de ces législations dans l'optique d'une dépénalisation du commerce du sexe n'impliquant aucune victimisation, puis d'imposer une réglementation sanitaire de l'industrie et des conditions de sécurité afin de protéger les professionnel(le)s du sexe et leurs clients⁹⁴. La criminalisation, qui conduit à la stigmatisation, est parfois renforcée par d'autres dispositions légales telles que la réduction automatique des peines prononcées pour le viol de prostituées⁹⁵. Dans certains pays, les droits fondamentaux des professionnel(le)s du sexe ne sont pas respectés: détention contre leur volonté dans des centres de réadaptation ou des programmes médicaux, résidence forcée sur leur lieu de travail ou résidence obligatoire dans des zones imposées, impossibilité de se marier, attribution de cartes d'identité spéciales ou mention de leur profession sur leurs papiers (leur passeport, par exemple)⁹⁶.

En revanche, toute victimisation (par exemple, la prostitution d'enfants ou la prostitution d'adultes par la contrainte) doit toujours donner lieu à des poursuites pénales. Dans ce contexte, les victimes ne doivent pas être poursuivies, mais au contraire arrachées à l'industrie, et des services médicaux et d'aide psychosociale doivent leur être apportés, y compris ceux liés au VIH. La plupart des dispositions légales relatives à la prostitution s'appuient sur des notions morales du XIX^e siècle et, pas plus à cette époque qu'aujourd'hui, elles n'ont permis de supprimer cette industrie, dès lors qu'il existe une demande et un marché. En traitant le commerce du sexe comme une industrie de services aux particuliers, qui n'est ni condamnée ni excusée, les chances sont beaucoup plus grandes d'atteindre les objectifs de santé publique que dans le cadre du droit pénal.

Pour avoir une action efficace de prévention de la transmission, la législation régissant l'industrie du sexe doit porter en priorité sur les responsabilités en matière de gestion. En supprimant la crainte des poursuites et du harcèlement par la police pour diverses infractions (le fait de se livrer à l'activité ou le fait de vivre du revenu qu'elle génère), on crée un climat plus favorable à la circulation de l'information et les professionnel(le)s du sexe sont plus disposé(e)s à se présenter régulièrement à des activités de conseil, de dépistage et de traitement. De même, si l'on donne une reconnaissance légale à l'industrie, une part de la stigmatisation associée au commerce du sexe disparaît avec, à la clé, une incidence doublement positive: les éducateurs sanitaires travaillant dans le cadre de programmes ciblés peuvent accéder plus facilement aux professionnel(le)s du sexe qui, pour leur part, craignent moins le regard du public, sachant que la stigmatisation rend plus difficiles les tentatives pour quitter la profession. Enfin, avec l'amélioration des conditions d'exercice de l'activité, une culture de

III. DIRECTIVES INTERNATIONALES COMMENTEES

la sexualité à moindre risque peut être promue au sein de l'industrie et les comportements responsables encouragés chez les professionnel(le)s, les clients et les gérants. Les législations mises en œuvre avec succès par certaines juridictions pour régler l'industrie du sexe édictent les conditions suivantes:

- les contrôles exercés sur les propriétaires/exploitants ne doivent pas entraîner des coûts tels qu'ils incitent à la création d'une nouvelle activité illicite, à laquelle les éducateurs sanitaires n'ont pas accès. Du point de vue de l'occupation des sols et de la protection contre les nuisances publiques (par exemple, le stationnement des clients, le bruit et les heures d'activité), les normes applicables aux établissements de prostitution doivent être analogues à celles des autres activités de services aux particuliers,
- l'identification personnelle des professionnel(le)s du sexe ou le dépistage obligatoire doivent être interdits, de même que la production et l'affichage de tout certificat médical ou attestation de dépistage du VIH,
- ni les gérants ni les clients ne peuvent imposer des rapports sexuels non protégés,
- une réglementation spécifique des conditions d'exercice (par exemple, un code de pratiques) doit être mise en place et faire obligation aux gérants de fournir gratuitement des préservatifs et du matériel pédagogique pour la santé sexuelle⁹⁷,
- les professionnel(le)s doivent être considéré(e)s comme des employé(e)s et non pas comme des entrepreneurs indépendants, ce qui leur permet de bénéficier des prestations sociales correspondantes (vacances et congés de maladie, retraite et assurance contre les accidents du travail), mais également de contribuer (par le biais de la fiscalité),
- aucune infraction particulière ne doit être appliquée aux professionnel(le)s du sexe séropositif(ve)s. Dans les cas exceptionnels de comportement irresponsable, ce sont les mesures générales relatives à la santé publique qui s'appliquent, sans qu'il soit tenu compte du fait qu'il s'agit d'un contexte commercial. En effet, l'application d'infractions ciblées contribuerait à pénaliser l'industrie, justifierait le dépistage obligatoire des professionnel(le)s et diminuerait l'incitation des clients à utiliser des préservatifs.

Dans les pays où la décriminalisation n'apparaît pas comme une option envisageable à court terme, d'autres solutions plus souples peuvent être considérées. Dans certaines juridictions, la législation exclut que la détention de préservatifs ou l'utilisation de matériels d'information et de prévention relatifs au VIH/SIDA puisse constituer une preuve de la perpétration d'une infraction en matière de prostitution⁹⁸. Faute d'une telle protection, les professionnel(le)s du sexe craignent bien souvent d'avoir des préservatifs sur elles/eux (par exemple, dans leur sac à main) ou d'en stocker sur le lieu de leur activité, par peur des descentes de police.

Plusieurs efforts ont été entrepris avec succès pour briser les tabous autour de la question de la sexualité, en particulier par rapport au VIH/SIDA et à l'industrie du sexe. De nombreuses recherches ont porté sur les personnes qui interviennent dans l'industrie du sexe et jouent un rôle de «passerelle» entre des personnes qui ont un comportement à risque élevé et d'autres qui ont un comportement à risque faible. La Banque mondiale cite ainsi l'exemple de clients de professionnel(le)s du sexe qui refusent le préservatif, et dont les partenaires monogames risquent ensuite de contracter une infection à VIH, à laquelle ils ne seraient sans cela pas exposés⁹⁹.

Les parlementaires peuvent entamer un dialogue tout à fait productif avec l'industrie du sexe. En Inde, le Forum of Sex Workers (Forum des professionnel(le)s du sexe) à Calcutta est ainsi intervenu auprès de parlementaires sur diverses questions relatives au VIH/SIDA et en faveur de la reconnaissance légale des droits des professionnel(le)s. En outre, le Ministre de l'Intérieur de l'Union de l'époque a assisté à la National Conference of Sex Workers (Conférence nationale des professionnel(le)s du sexe) de novembre 1997.

Etudes de cas

De nombreux programmes et projets sont mis en œuvre avec succès pour diminuer les risques dans le commerce du sexe par l'amélioration des conditions et/ou en permettant aux personnes de quitter cette industrie. Les programmes de développement économique peuvent aider les professionnel(le)s du sexe, ou les professionnel(le)s potentiel(le)s, en leur offrant des sources de revenus supplémentaires, de sorte qu'ils ou elles sont mieux armé(e)s pour opter pour une sexualité à moindre risque, pour améliorer leurs perspectives et/ou diminuer le nombre de leurs clients. Les programmes visant à créer une autre source de revenus aident également les femmes à quitter cette industrie. Ces projets ne doivent pas pour autant être étiquetés comme des «programmes de réadaptation», qui ne traitent pas les femmes comme des égales et leur imposent une forme de contrôle. L'auto-organisation des professionnel(le)s du sexe peut grandement contribuer à la promotion de la sexualité sans risque et de l'amélioration des conditions de travail en élargissant le contrôle qu'ils ou elles exercent sur leur environnement.

- EMPOWER¹⁰⁰ est une ONG thaïlandaise qui, depuis 1985, travaille avec succès avec les professionnel(le)s du sexe. Dans ses centres d'accueil de Bangkok et Chiang Mai, elle propose des cours dans de nombreux domaines (anglais, expression libre et diverses spécialisations telles que la couture ou la dactylographie) et reçoit, dans une atmosphère sans préjugé, les femmes qui peuvent alors oublier leur situation dans l'industrie. Tous les projets comprennent un volet de sensibilisation au VIH/SIDA, avec notamment la publication d'un journal traitant de l'expérience et des préoccupations des professionnel(le)s du sexe, des activités de proximité (diffusion d'informations et distribution de préservatifs sur les lieux de travail) et des actions visant à faire appliquer les droits des professionnel(le)s du sexe¹⁰¹.

- Un projet, baptisé TAMPEP et mené dans quatre pays européens (les Pays-Bas, l'Italie, l'Allemagne et l'Autriche), permet de toucher 23 groupes différents de migrants originaires d'Europe orientale, d'Asie du Sud-Est, d'Afrique et d'Amérique latine¹⁰². Parfois, les professionnel(le)s du sexe immigré(e)s sont plus isolé(e)s et donc moins en mesure d'accéder à des programmes d'éducation et d'information sanitaires. Ce projet propose des ressources et du matériel aux professionnel(le)s du sexe qui disposent déjà d'une information suffisante concernant le VIH et les MST, et forme les prestataires de services sociaux et médicaux pour leur permettre de répondre au mieux aux besoins sanitaires des professionnel(le)s du sexe. Deux permanents de TAMPEP sont affectés à chaque groupe culturel cible. Une éducatrice pour les pairs est formée pour faire passer le message auprès de ses camarades et les responsabiliser. Un médiateur appartenant à la même communauté accompagne les professionnel(le)s du sexe dans les établissements médicaux, pour traduire les explications relatives aux soins et attester de la confidentialité du service¹⁰³. Des cours de langue sont proposés aux professionnel(le)s du sexe pour leur permettre de parler avec leurs clients, notamment pour négocier les pratiques sexuelles.
- Le STD/HIV Intervention Project (Projet d'intervention contre les MST et le VIH) mené dans le quartier «chaud» de Sonagachi à Calcutta, en Inde, illustre bien le lien existant entre l'émancipation des professionnel(le)s du sexe et la prévention des maladies. Ce projet a été lancé en 1992 par la National AIDS Control Organisation (Organisation nationale de lutte contre le SIDA) avec le parrainage de l'OMS. Des études ont été menées sur les pratiques sexuelles et les infections par le VIH et les MST. Au total, l'utilisation du préservatif chez les professionnel(le)s du sexe est passée de 2,7 % en 1992 à 69 % en 1993, puis à 81 % en 1995. De même, on a noté un recul de la prévalence des ulcérations génitales et des MST. Il n'est pas possible de modifier les comportements sexuels simplement par une intervention médicale, aussi le projet s'est-il attaqué aux aspects socio-économiques plus larges. L'approche fondamentale retenue pour ce projet a été baptisée «fiabilité, respect et reconnaissance» et les participants soutiennent les principes de démocratie, de confidentialité et de professionnalisme¹⁰⁴. Un centre de services de santé a été ouvert dans la zone pour répondre aux besoins des professionnel(le)s du sexe et de leur famille durant la journée, et de leurs clients le soir. Il propose gratuitement des traitements des affections générales et sexuelles. Des éducateurs pour les pairs ont été formés pour diffuser des informations (par exemple, à l'aide de tableaux papier) et mener des opérations de communication sur le terrain, par exemple des distributions de préservatifs. A la demande des éducateurs pour les pairs, des cours d'alphabétisation et de formation juridique ont été ajoutés. Avec l'amélioration de leur statut et le recouvrement de leur amour-propre, les professionnel(le)s du sexe sont mieux à même de communiquer les un(e)s avec les autres, avec leurs clients et avec le monde extérieur (les représentants de l'autorité, par exemple). Les éducateurs sanitaires sont devenus «des guides et des éléments mobilisateurs pour la communauté, ainsi que des agents du changement social»¹⁰⁵. Une société coopérative a été créée en 1995 pour apporter une aide économique et sociale

aux professionnel(le)s du sexe, sous la forme d'épargnes et de prêts, d'une commercialisation sociale de préservatifs et de programmes pour les enfants, tels que des manifestations culturelles et sportives et des crèches gérées par d'ancien(ne)s professionnel(le)s du sexe.

- Au Kenya, KVOWRC propose des formations et des prêts aux femmes pour leur permettre de lancer de petites entreprises, et de participer à des coopératives d'achat de terres¹⁰⁶. Par ailleurs, le projet apporte aux femmes les connaissances et compétences voulues pour revendiquer une sexualité sans risque, et forme des éducateurs pour les pairs.

POINTS A VERIFIER – LEGISLATIONS PENALES

1. La loi autorise-t-elle l'organisation de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues ? Est-ce que les intermédiaires (c'est-à-dire des clients qui distribuent à des parties tierces) bénéficient de cette protection, et l'utilisation aux fins d'établissement de la preuve d'aiguilles et de seringues présentant des traces de drogues illicites est-elle limitée (par exemple, impossibilité de retenir comme élément à charge le contenu des bacs d'élimination agréés) ?

2. La loi autorise-t-elle les actes sexuels suivants pratiqués en privé entre adultes consentants:

- rapports homosexuels, tels que la sodomie,
- adultère et fornication,
- commerce du sexe dans la rue, et
- commerce du sexe en maison de passe ?

3. Si le commerce du sexe est interdit, ou s'il existe des infractions liées aux activités de type prostitution, des exceptions sont-elles prévues pour les services de prévention et de soins du VIH (par exemple, impossibilité de retenir comme élément à charge le fait de transporter des préservatifs) ?

4. La législation prévoit-elle que les dispositions relatives à la santé et la sécurité au travail dans l'industrie du sexe imposent que la sexualité à moindre risque soit:

- pratiquée par les clients,
- pratiquée par les professionnel(le)s du sexe, et
- encouragée par les propriétaires/gérants (y compris l'interdiction de demander des rapports non protégés) ?

5. La législation protège-t-elle les professionnel(le)s du sexe, y compris les enfants, contre les rapports imposés et le trafic ? Cette protection a-t-elle pour objet de sortir ces professionnel(le)s de l'industrie et de les aider, plutôt que de pénaliser leur comportement par rapport à celui des responsables (c'est-à-dire les propriétaires et intermédiaires) ?

6. La législation prévoit-elle une infraction générale ou spécifique pour la transmission intentionnelle ou délibérée du VIH ?

Prisons

La prévalence du VIH dans les prisons est souvent bien supérieure à celle relevée dans la société en général. L'importance des risques et des cas de transmission s'explique par des pratiques à risque pendant les rapports sexuels (librement consentis ou imposés), la pratique du tatouage et l'utilisation commune d'aiguilles et de seringues, en sachant notamment qu'un grand nombre de condamnations sont liées à des affaires de drogues. En dépit du fait que ces activités sont illicites en prison, et malgré les tentatives menées pour les réprimer, elles constituent une réalité et doivent être reconnues comme telle. Les détenus sont condamnés à une peine d'emprisonnement pour ce qu'ils ont commis, mais ils ne doivent pas être condamnés pour autant au VIH et les autorités pénitentiaires ont le devoir légal de veiller à ce que cela ne se produise pas.

La privation de liberté ne doit pas être synonyme de privation des droits de la personne, notamment du droit à la santé. Compte tenu de l'environnement fermé, surpeuplé, violent et dangereux des prisons, les autorités pénitentiaires ont le devoir de protéger la santé des détenus. Le dépistage obligatoire pour les détenus n'est pas une solution, dans la mesure où il viole leurs droits, contrevient au devoir de confidentialité envers les détenus séropositifs et crée une stigmatisation à leur endroit, sans pour autant offrir aucune protection aux détenus séronégatifs. Diverses mesures, respectueuses des droits de la personne, peuvent néanmoins être envisagées: affectation du personnel voulu pour exercer une surveillance efficace et appliquer les mesures disciplinaires appropriées, de façon à protéger les détenus contre le viol et la violence et la coercition sexuelles.

Comme l'a souligné l'ONUSIDA à la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies:

«Les détenus appartiennent à la société. Ils viennent de la société et ils y retournent. Protéger les détenus, c'est protéger notre société.»¹⁰⁷

Compte tenu de la rotation rapide des détenus dans les établissements pénitentiaires, ceux-ci retournent dans la société en ayant eu le temps matériel d'être infectés par le VIH. A leur tour, ils peuvent ensuite contaminer leurs partenaires, si ces derniers ne sont pas informés des pratiques à haut risque qui ont cours dans les prisons.

En tant que population captive, les détenus devraient bénéficier de services d'information, de traitement, de soins et de soutien équivalents à ceux fournis à la population en générale¹⁰⁸. Autrement dit, ils doivent avoir accès à une information sur la prévention du VIH, à des services pédagogiques, en particulier des programmes continus menés par les pairs, des dépistages et conseils volontaires (et même anonymes), mais également aux méthodes et moyens pour les appliquer concrètement (préservatifs, digues dentaires, lubrifiant à base d'eau et hypochlorite de soude). Cela étant, l'accès libre aux méthodes de prévention est une question délicate, puisque le simple fait de distribuer des préservatifs à la demande (notamment si la procédure identifie les détenus et met du même coup en évidence le fait qu'ils pratiquent une activité sexuelle illicite) est inefficace.

La consultation des détenus, du personnel pénitentiaire et de leurs syndicats conditionne le succès de ce type de programmes, puisqu'ils doivent être acceptés par toutes les parties. Dans les différentes tentatives menées pour changer l'environnement carcéral, les législateurs ont parfois retenu une stratégie consistant à essayer plusieurs projets jusqu'à obtenir le soutien des opposants potentiels (tels que le personnel pénitentiaire, par exemple). Parmi les initiatives menées dans le monde entier, citons:

- la distribution aux détenus de 100 000 préservatifs par mois par l'Etat de São Paulo au Brésil,
- un projet d'éducation par les pairs baptisé «Tereza» mené par le Noyau d'orientation et de santé sociales à Rio de Janeiro au Brésil, et
- le développement des compétences personnelles et sociales des détenus, de façon à promouvoir le respect de soi et l'engagement dans une voie non récidiviste, à l'image du projet conduit par l'ONG ILPES à San José au Costa Rica¹⁰⁹.

La mise en application au plan mondial des Directives OMS de 1993 sur l'infection à VIH et SIDA dans les prisons est restée sporadique. Elles ont reçu un appui total du Comité national de lutte contre le SIDA des Pays-Bas¹¹⁰ et du Projet conjoint sur les questions d'aide juridique et éthique du Canada¹¹¹, et un appui partiel du Prison Service (Service de l'administration pénitentiaire) de l'Angleterre et du Pays de Galles (qui recommande la distribution de préservatifs «sur prescription uniquement»)¹¹². En Argentine, suite au rapport critique remis par un juge en 1987 à la Cour nationale d'appel des affaires criminelles et correctionnelles, des conditions plus humaines ont été appliquées. Un autre juge a demandé l'arrêt de la pratique consistant à enchaîner les détenus atteints du SIDA dans les hôpitaux pénitentiaires et, en 1992, un tribunal a affirmé le droit constitutionnel pour un détenu séropositif d'épouser sa partenaire séropositive et enceinte¹¹³.

Le refus de prodiguer un traitement ou des soins et l'interdiction de participer volontairement à des essais cliniques peuvent être considérés comme une forme de traitement ou de sanction inhumains ou dégradants¹¹⁴. Il en va de même pour les refus d'accorder certains avantages ou équipements ou encore la ségrégation uniquement sur la base de la sérologie VIH (et non pas pour des comportements réfractaires ou aux fins de protection des détenus séropositifs contre toute forme d'atteinte). En elle-même, la ségrégation révèle l'état sérologique vis-à-vis du VIH aux autres détenus et au personnel pénitentiaire, et peut constituer une excuse aux abus et autres menaces qui, à leur tour, contribuent à la stigmatisation et l'isolement, même après le retour dans la société. Au sein des établissements pénitentiaires, le dépistage obligatoire et la divulgation non autorisée de l'état sérologique doivent être interdits. Tant le dépistage obligatoire que la ségrégation produisent un sentiment de sécurité fallacieux. En outre, la ségrégation est facteur de stigmatisation, elle corrobore l'idée selon laquelle les contacts fortuits avec les personnes vivant avec le VIH présentent des risques, et elle ne diminue en rien les comportements dangereux ou violents sans lien avec l'état sérologique. Enfin, la ségrégation peut entraîner l'interdiction induite de travaux à l'extérieur ou d'activités en ateliers, mais

aussi le brassage de détenus en régimes de sécurité maximale et minimale, regroupés dans une même unité, pour de simples raisons d'économie et d'organisation pratique¹¹⁵.

Dans la condamnation des infractions générales, les tribunaux ont parfois considéré le VIH comme une circonstance atténuante. Un certain nombre de pays (tels que la Pologne et l'Argentine) recommandent la libération anticipée pour raisons humanitaires des détenus atteints du SIDA, en considérant que l'infection doit être prise en compte comme n'importe quelle autre maladie potentiellement mortelle¹¹⁶.

POINTS A VERIFIER – PRISONS ET REGIME PENITENTIAIRE

1. La législation garantit-elle, dans les prisons et établissements pénitentiaires, le même accès que pour les personnes dans la société en général aux services suivants de soins et de prévention liés au VIH:

- information et éducation,
- dépistage et conseil volontaires,
- moyens prophylactiques (préservatifs, hypochlorite de soude et matériel d'injection stérile),
- traitement, tel qu'une prophylaxie post-exposition,
- participation à des essais cliniques (le cas échéant) ?

2. La législation protège-t-elle les détenus contre les actes non consentis susceptibles d'entraîner une contamination, tels que le viol et la violence ou la coercition sexuelles ?

3. La législation garantit-elle la confidentialité des informations personnelles et/ou médicales des détenus, y compris l'état sérologique vis-à-vis du VIH ?

4. La législation interdit-elle la ségrégation des détenus sur la seule base de l'état sérologique et non pas en fonction du comportement ?

5. La législation (par exemple, dans la condamnation) prévoit-elle la possibilité d'accorder une libération anticipée, ou une commutation en une sanction autre que l'incarcération, pour des raisons médicales, telles que l'infection par le SIDA ?

6. La législation garantit-elle aux prisonniers séropositifs la possibilité d'accéder aux installations et de bénéficier des privilèges prévus sans discrimination ?

Directive 5: Lois antidiscriminatoires et protectrices

Les Etats devraient promulguer ou renforcer les lois antidiscriminatoires et autres lois qui protègent les groupes vulnérables, les personnes touchées par le VIH/SIDA et les personnes souffrant d'un handicap contre la discrimination dans le secteur public et dans le secteur privé, qui garantissent le respect de la vie privée ainsi que la confidentialité et l'éthique de la recherche faisant appel à des sujets humains, qui mettent l'accent sur l'éducation et la conciliation et qui permettent des recours rapides et efficaces en droit administratif et en droit civil.

Législation antidiscriminatoire

Dans le domaine du VIH/SIDA, la discrimination est l'une des atteintes les plus fréquentes aux droits de la personne. Le meurtre récent d'une volontaire d'une ONG, qui avait reconnu publiquement sa séropositivité lors de la Journée mondiale SIDA 1998, en donne un exemple bouleversant¹¹⁷. En outre, la discrimination empêche la participation et l'intégration pleines et entières des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la société. Du point de vue juridique, le recours le plus efficace consiste à promulguer une législation générale antidiscriminatoire interdisant toute distinction induite sur la base de certains critères, dont l'invalidité. De telles législations sont en vigueur en Afrique du Sud, en Australie, au Canada, aux Etats-Unis, à Hong Kong (région administrative spéciale de Chine), en Nouvelle-Zélande, et en Europe occidentale (en France et au Royaume-Uni, par exemple) sous une forme ou une autre, dans le cadre soit de la Constitution, soit du droit pénal ou civil. Cela dit, il est préférable que le VIH/SIDA soit couvert par la législation générale, de façon à ce qu'il soit traité comme les autres maladies analogues et que les actions de pression auprès des autorités puissent s'appuyer sur une large base communautaire.

Les exemples suivants mettent en lumière le processus d'adoption d'une législation de ce type.

- En Argentine, une Commission contre la discrimination envers les personnes infectées par le SIDA a été créée en 1992 par le Sous-Secrétariat aux Droits de l'homme du Ministère de l'Intérieur. Cette initiative a été menée en consultation avec les ONG, à la suite de quelques affaires de discrimination dans le monde professionnel portées avec succès devant les tribunaux¹¹⁸.
- A Hong Kong, la *Disability Discrimination Ordinance* (Décret contre la discrimination des personnes souffrant d'un handicap) a été promulguée en 1995. La Hong Kong AIDS Foundation (Fondation contre le SIDA) a travaillé avec d'autres organisations de lutte contre le SIDA pour donner naissance à la

Coalition of AIDS Organizations Against Discrimination (Coalition anti-discrimination des organisations de lutte contre le SIDA). Cette coalition a mené une action auprès des autorités, par le biais de contacts personnels avec des parlementaires et d'audiences publiques, et organisé des campagnes communautaires, par exemple, en présentant au Legislative Council (Conseil législatif) une couverture revêtue de la signature de partisans, au moment du débat du projet de loi. Egalement au nombre des actions publicitaires menées à cette occasion, des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont écrit des témoignages anonymes adressés au public, qui ont bénéficié d'un mouvement de sympathie et d'une large couverture par les médias. Le personnel de la Fondation a mené une recherche approfondie sur la question de la discrimination, avec notamment un examen des législations des autres pays¹¹⁹.

- Aux Etats-Unis, le rapprochement des mouvements de défense des droits civiques et des personnes souffrant d'un handicap a donné naissance à une coalition visant à soutenir l'*Americans with Disabilities Act* (ADA) (Loi sur les Américains souffrant d'un handicap) de 1990. Plusieurs facteurs expliquent la réussite de la promulgation de la loi: le fait qu'elle laisse une certaine latitude pour divers aménagements (par exemple, au lieu d'interdire le dépistage du VIH, une procédure en deux temps a été maintenue)¹²⁰, et l'existence de précédents. En substance, ses principes s'appuient en effet sur des dispositions déjà prévues, quoique de manière plus étroite, dans le *Rehabilitation Act* (Loi sur la réadaptation) de 1973, et les obligations procédurales sont reprises du *Civil Rights Act* (Loi sur les droits civiques) de 1964.

Les lois antidiscriminatoires privilégient l'éducation plutôt que la répression. En règle générale, les organismes chargés d'appliquer la législation instruisent les plaintes et s'efforcent de parvenir à une conciliation. Le recours à une audience formelle devant les conseils et tribunaux compétents ne constitue qu'une solution de dernier recours, envisageable lorsque la conciliation n'a pas abouti. En règle générale, l'action des juridictions doit rester dans le champ du droit international en matière de droits de la personne. Dans leur action pour faire cesser toute discrimination basée sur certains critères, les Etats doivent protéger les personnes contre la discrimination de la part des autorités publiques, mais également du secteur privé et des personnes privées ayant des fonctions publiques. Certes, les contextes privés, tels que les relations amicales, ne sont pas couverts, mais ces législations visent essentiellement à créer un environnement propre à sensibiliser le public, à mettre en évidence les stéréotypes et à induire une évolution des attitudes et des comportements.

Ces législations doivent avoir une portée aussi large que possible de façon à couvrir les personnes vivant avec le VIH/SIDA (en particulier du fait que le VIH peut être asymptomatique)¹²¹, les personnes dont on soupçonne qu'elles sont touchées par le VIH, telles que les membres de groupes vulnérables, leurs proches et leur famille. Les domaines suivants doivent être couverts:

- soins de santé,
- emploi,
- sécurité sociale et prestations sociales,
- éducation et formation,
- sport,
- associations et clubs,
- logement,
- syndicats et organes d'habilitation,
- accès aux transports,
- retraite et assurance, et
- fourniture de biens et services.

Ce type de législation doit couvrir la discrimination directe et indirecte. Il y a discrimination directe lorsqu'une personne adopte à l'encontre d'une autre personne un comportement moins favorable que celui qu'elle aurait eu à l'égard d'une troisième personne dans des circonstances comparables, ou lui attribue des caractéristiques généralement reconnues ou imputées à une catégorie de personnes supposée avoir un statut particulier (autrement dit lorsqu'on traite une personne en fonction de stéréotypes). Il y a discrimination indirecte lorsque des conditions ou exigences non raisonnables, telles que le dépistage obligatoire du VIH, sont appliquées, auxquelles doivent pouvoir répondre une proportion notablement supérieure de personnes d'une catégorie donnée, différente de celle à laquelle appartient la personne qui déclare être victime d'une discrimination¹²². Dans le domaine de l'emploi, certaines failles doivent être prises en compte: la responsabilité par personne interposée, de façon à ce que les employeurs, les responsables et associés soient également couverts par la législation, et le «problème de la comparabilité» qui permet à ceux qui pratiquent la discrimination de dire que le handicap considéré modifie la manière dont une personne exécute une tâche¹²³.

Certaines juridictions interdisent le dénigrement du VIH/SIDA¹²⁴. Le dénigrement consiste à formuler des déclarations, fondées sur des stéréotypes relatifs à un groupe donné, qui attirent la haine, le ridicule ou le mépris sur les membres de ce groupe.

La législation antidiscriminatoire prévoit une autre innovation: elle autorise «l'action affirmative» en vertu de laquelle, par exemple, un groupe communautaire peut donner la préférence à une personne séropositive pour occuper un emploi, au motif qu'elle appartient à un groupe protégé en raison de la discrimination générale qu'il subit.

La législation doit définir les éléments pouvant être retenus pour établir formellement une discrimination. Le fait que la séropositivité soit citée comme l'une des motivations d'un acte discriminatoire doit suffire pour qu'une action soit intentée. De même,

l'établissement d'un lien causal, plutôt que la preuve d'une intention, entre l'acte discriminatoire et la séropositivité, le SIDA ou l'invalidité doit également permettre de mener une action dans le cadre de ce type de législation.

Il est essentiel que des procédures administratives efficaces pour déposer une plainte soient mises en place. Il faut notamment prévoir des voies de recours indépendantes, informelles et rapides, telles que des commissions des droits de l'homme, dotées de procédures spéciales pour une instruction rapide des affaires lorsque le plaignant est en phase terminale de la maladie; faute de ces dispositifs, l'accusé peut s'efforcer de retarder la procédure jusqu'au décès du plaignant. Des protections spéciales doivent être prévues pour permettre aux plaignants de se faire représenter, de façon à ce que les plaintes ne deviennent pas caduques en cas de décès du plaignant et que des groupes communautaires ou des syndicats puissent agir au nom de leurs membres. En outre, des recours doivent pouvoir être engagés dans les cas de discrimination systématiques de la part d'institutions et non pas seulement dans les cas individuels dont l'application est limitée. L'institution chargée d'administrer la législation (par exemple, une organisation nationale de défense des droits de l'homme) devrait disposer de pouvoirs d'investigation étendus pour instruire les cas de portée générale. Outre qu'elles demandent du temps et de l'énergie aux plaignants, les procédures entraînent une publicité, d'où une certaine victimisation, de sorte qu'il y aurait lieu que la législation autorise les plaignants à utiliser des pseudonymes pour protéger leur anonymat.

Dans l'ensemble, les législations antidiscriminatoires prévoient des exceptions et exemptions. Toutefois, il est important que celles-ci soient définies d'une manière aussi étroite que possible pour éviter que l'objet même de la loi ne puisse être contourné. L'emploi est précisément un domaine qui donne lieu à de nombreuses contestations. Il convient de prévoir une disposition qui établit que toute personne doit être en mesure d'exécuter les tâches liées au poste¹²⁵, mais les employeurs doivent avoir une obligation de mise à disposition d'installations raisonnables, sans toutefois que cela entraîne des contraintes injustifiées. L'emploi du terme «raisonnable» nécessite l'application de critères objectifs et non pas subjectifs. De nombreuses autres exceptions prévues dans d'autres législations peuvent également poser problème, notamment si elles autorisent des mesures discriminatoires telles que le dépistage prénuptial. Dans le domaine de la retraite et des assurances, les exceptions prévues doivent uniquement être basées sur les données actuarielles raisonnables, de façon à ce que le VIH/SIDA ne soit pas traité différemment d'autres conditions médicales analogues.

POINTS A VERIFIER – LEGISLATION ANTIDISCRIMINATOIRE

1. La législation protège-t-elle contre les actes discriminatoires fondés sur l'invalidité, dans la définition de laquelle est inscrit le VIH/SIDA ?

2. La législation protège-t-elle contre les actes discriminatoires fondés sur l'appartenance à un groupe rendu plus vulnérable au VIH/SIDA (par exemple, l'appartenance sexuelle ou l'homosexualité) ?

3. La législation fixe-t-elle les conditions de droit positif suivantes:

- la prise en compte de la discrimination directe et indirecte,
- la prise en compte des personnes dont on soupçonne qu'elles sont infectées (soignants, partenaires, famille, associés),
- la prise en compte du dénigrement,
- le motif qui donne lieu à une plainte peut n'être qu'une seule des raisons invoquées pour l'acte discriminatoire,
- des exemptions et exceptions étroitement définies sont prévues (par exemple, pour la retraite et l'assurance vie sur la base de données actuarielles suffisantes),
- la législation s'applique largement dans les secteurs public et privé (par exemple, au regard des soins de santé, de l'emploi, de l'éducation, du logement) ?

4. La législation prévoit-elle les mécanismes administratifs suivants:

- indépendance d'un organisme chargé d'administrer les plaintes,
- possibilité de se faire représenter (par exemple, des organisations d'intérêt public agissant au nom de personnes),
- procédures rapides (par exemple, garantie que les cas sont traités dans un délai raisonnable), voire voie rapide pour les cas où le plaignant est en phase terminale,
- accès à une aide judiciaire gratuite,
- pouvoir d'examiner les cas de discrimination systématique figurant dans les politiques et procédures,
- protection de la confidentialité (par exemple, utilisation d'un pseudonyme) ?

5. La législation attribue-t-elle à l'organe administrant la législation (tel qu'un médiateur ou une commission des droits de l'homme) les compétences suivantes:

- éducation et promotion des droits de l'homme,
- conseil aux autorités sur les questions des droits de l'homme,
- surveillance du respect de la législation nationale et des normes et traités internationaux,
- instruction, conciliation ou arbitrage des plaintes individuelles,
- consignation des données et statistiques relatives aux cas traités et établissement de rapports sur ces activités ?

Incidences discriminatoires de la législation sur les groupes vulnérables

Au vu de l'incidence disproportionnée du VIH/SIDA sur les groupes vulnérables, l'amélioration de leur statut juridique et le respect effectif de leur droits humains sont des conditions impératives pour une riposte efficace à l'épidémie. Les groupes vulnérables sont les femmes, les enfants, les populations autochtones, les personnes souffrant de handicaps et les hommes ayant des partenaires de sexe masculin. Sans un respect absolu de leurs droits humains, ces groupes vulnérables ne sont pas en mesure d'éviter l'infection, soit parce qu'ils ne reçoivent aucune éducation ou information en matière de prévention, soit parce qu'ils ne peuvent pas agir dans ce domaine. Ensuite, lorsqu'ils sont infectés, ils n'ont pas les moyens de faire face aux incidences. Dans certains pays, le système juridique lui-même a été à l'origine d'une discrimination systématique. Ailleurs, l'organisation d'une enquête nationale sur les droits de certains groupes a constitué un outil utile de sensibilisation et d'action. Bien souvent, ces enquêtes ont été lancées à l'initiative d'une personnalité indépendante et respectée, comme par exemple un commissaire aux droits de l'homme. Par ailleurs, il convient de se référer également à la Directive 8 qui traite de la nécessité de promouvoir un environnement incitatif et habilitant à l'intention des groupes vulnérables, au-delà de la seule réforme de la législation.

Femmes

S'agissant des femmes, la législation doit être réexaminée et réformée dans le sens d'une égalité de traitement pour ce qui touche:

- à la propriété: droit de posséder et d'hériter des biens, de signer des contrats et d'obtenir des crédits et des moyens financiers,
- aux relations conjugales: droit de se marier, de prendre l'initiative d'une séparation ou d'un divorce, de partager équitablement les biens au moment du divorce ou de la séparation et de conserver la garde des enfants,
- à l'égalité de rémunération entre les hommes et les femmes à travail égal,
- à l'exercice des responsabilités familiales (possibilité de congés de maternité et de paternité, services de garde d'enfants de qualité), et
- protection contre la violence et le harcèlement sexuels, y compris la reconnaissance du viol conjugal (par exemple, au Pérou)¹²⁶ et l'interdiction des mutilations génitales (par exemple, en Côte d'Ivoire).

En outre, des dispositions particulières doivent être prises lorsque les pratiques administratives ne garantissent pas:

- un accès égal aux moyens de subsistance, à l'éducation, à un emploi et aux débouchés économiques, et
- les droits en matière de reproduction et de sexualité, notamment:

- le droit d'accéder de façon indépendante aux informations et services concernant la reproduction et les MST,
- la liberté de choisir un moyen de contraception, y compris l'avortement licite,
- la liberté de déterminer le nombre et l'espace des naissances,
- le droit d'exiger des pratiques sexuelles moins risquées, et
- le droit de refuser des rapports sexuels.

L'éducation des femmes sur leurs droits dans ces domaines est également essentielle pour leur permettre de se protéger, dans le cadre de rapports sexuels ou autres, en faisant valoir concrètement leurs droits.

Enfants

Dans certains pays, les enfants ne bénéficient pas de la protection spéciale garantie par les lois internationales sur les droits de l'homme, mais pas non plus des droits fondamentaux accordés aux adultes. Il conviendrait de réexaminer et, le cas échéant, réformer les lois en vigueur pour garantir une protection suffisante contre la transmission du VIH, dans les domaines suivants:

- la protection contre les trafics, la prostitution, l'exploitation et les abus sexuels, avec des dispositions visant à la réadaptation des victimes et non pas à leur pénalisation – certains Etats ont étendu l'applicabilité territoriale des dispositions relatives à l'exploitation des enfants à des fins sexuelles, de façon à étendre leur portée,
- l'accès à une information et une éducation adaptées sur les moyens de prévention et de traitement de l'infection, à l'école et hors de l'école,
- l'accès à des services de dépistage et de conseil volontaires, avec le consentement de l'enfant, des parents ou du tuteur, selon son stade de développement,
- la protection et l'assistance des enfants privés d'environnement familial, notamment en matière de soins alternatifs, de protection et d'adoption, en particulier s'ils sont orphelins par suite du VIH/SIDA, et
- l'habilitation et la participation des enfants à l'élaboration et la mise en œuvre des programmes qui les concernent.

Les droits à la non-discrimination et à la vie privée sont importants dans les décisions concernant la garde, le placement ou l'adoption – les intérêts de l'enfant étant primordiaux dans ce contexte –, mais ils ne doivent pas servir de prétexte à un dépistage obligatoire. L'état sérologique d'un parent ou d'un enfant doit rester confidentiel et, lorsqu'il est connu, il ne doit pas être traité différemment d'une autre infection analogue.

Sexualité

Rien ne peut justifier une distinction discriminatoire concernant l'âge du consentement aux relations sexuelles selon qu'il s'agit des hommes et des femmes ou de rapports homosexuels ou hétérosexuels. Dans tous les cas, l'âge du consentement doit être cohérent, sans tenir compte du sexe ou de l'orientation sexuelle¹²⁷. L'âge du consentement au mariage est également important, sachant que le mariage précoce des jeunes filles peut avoir des conséquences négatives sur la santé.

Certaines juridictions¹²⁸ ont accordé une reconnaissance juridique aux relations privées non traditionnelles, valable pour les couples homosexuels¹²⁹ comme hétérosexuels¹³⁰. Ces législations peuvent couvrir des questions telles que les droits en matière d'héritage, de retraite et d'assurance, l'aide juridique et les prestations et obligations éventuelles dans les domaines de la fiscalité et de la sécurité sociale. Outre le principe de l'égalité de traitement, le fondement logique de ces dispositions est que le fait d'améliorer le respect de soi favorise l'évolution des comportements et allège le coût financier des problèmes juridiques liés au VIH/SIDA: absence de testament, règlement des successions et prestations de retraite et d'assurance vie. Dans certains pays, ces droits sont également refusés aux femmes mariées au motif de leur statut juridique inférieur.

Dans certains pays, les pratiques policières concernant les agressions contre les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sont discriminatoires. Par exemple, les plaintes sont ignorées ou ne sont pas prises au sérieux, et ceux qui commettent ces délits sont implicitement pardonnés. Outre qu'il s'agit d'un déni du droit de la personne à la sécurité, cette non-application discriminatoire de la loi accroît la vulnérabilité des homosexuels à la violence sexuelle et risque de saper le respect de soi pourtant nécessaire dans la revendication de pratiques sexuelles à moindre risque.

POINTS A VERIFIER – EGALITE DU STATUT JURIDIQUE – GROUPES VULNERABLES

1. La législation confère-t-elle le même statut juridique aux hommes et aux femmes dans les domaines suivants:
- possession de biens et héritage,
 - relations conjugales: divorce et garde des enfants,
 - droit de signer des contrats et de contracter des hypothèques, des crédits et des financements,
 - accès aux informations et services concernant la reproduction et les MST,
 - protection contre la violence sexuelle et autre, y compris contre le viol conjugal,
 - reconnaissance des relations de fait,
 - interdiction des pratiques traditionnelles nuisibles, telles que la mutilation génitale des femmes ?

2. La législation interdit-elle le dépistage obligatoire pour certains groupes, tels que les orphelins, les personnes sans ressources, les prostitué(e)s, les minorités, les populations autochtones, les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées dans leur propre pays, les personnes souffrant de handicaps, les hommes ayant des partenaires de sexe masculin et les toxicomanes par voie intraveineuse ?

3. La législation prévoit-elle que les enfants puissent accéder à l'information, à l'éducation et aux moyens de prévention, selon leur stade de développement ?

4. La législation permet-elle aux enfants et adolescents de participer à la prise de décisions, selon leur stade de développement, en ce qui concerne:
- le consentement à un dépistage volontaire, avec un service de conseil avant et après le test,
 - l'accès à des services de santé confidentiels en matière de reproduction et de sexualité ?

5. La législation protège-t-elle les enfants contre les abus et l'exploitation sexuels ? Ces dispositions ont-elles bien pour objet la réadaptation et le soutien des victimes de telles violences, plutôt que leur sanction ?

6. La législation fixe-t-elle un âge de consentement aux relations sexuelles identique qu'il s'agisse de rapports homosexuels ou hétérosexuels ? Reconnaît-elle les mariages ou concubinages homosexuels ?

Vie privée

A cause de l'existence de la discrimination, les informations relatives au VIH sont beaucoup plus sensibles que les autres données médicales. Il s'agit notamment des dossiers médicaux, des dossiers personnels constitués par les employeurs, des demandes de prestations, de sécurité sociale par exemple, des dossiers judiciaires ou policiers, et des dossiers établis par les services de conseil. Il convient de donner une définition large des données personnelles relatives au VIH, de façon qu'elles couvrent les informations identifiant une personne ou susceptibles de donner à penser que cette personne:

- est infectée par le VIH ou qu'elle pourrait l'être, ou qu'elle a le SIDA ou toute autre condition liée au SIDA,
- a subi un test de dépistage du VIH,
- a suivi ou suit encore une thérapie qui donne à croire qu'elle pourrait être infectée par le VIH/SIDA,
- s'est vu demander ou conseiller de subir un test de dépistage du VIH,
- a adopté un comportement susceptible d'avoir entraîné une infection à VIH, ou
- a eu des relations avec une autre personne (par exemple, un partenaire) atteinte du VIH/SIDA.

Il convient de promulguer des lois qui protègent d'une manière générale la confidentialité et la vie privée et couvrent de façon appropriée le VIH/SIDA. Certains pays réglementent spécifiquement les données médicales: en Hongrie, la *Loi de 1997 sur la protection et le traitement des données sanitaires* inscrit le VIH/SIDA dans une catégorie de maladies infectieuses pour lesquelles la notification aux autorités sanitaires doit généralement être faite sans mention des données personnelles (excepté dans certaines circonstances). Plusieurs pays sont dotés d'une législation protégeant la vie privée et la confidentialité des données: Australie, Canada, Nouvelle-Zélande et les pays d'Europe occidentale. Des organes indépendants (un Commissaire à la protection de la vie privée, par exemple) sont chargés de son application: ils reçoivent et instruisent les plaintes et accordent des compensations lorsque les tentatives de conciliation échouent. De préférence, ces dispositifs doivent couvrir le secteur privé et le secteur public, compte tenu du large éventail des données se rapportant au VIH.

Ces législations fixent les modalités suivantes:

- le moment où les organismes cités dans la loi (publics et/ou privés selon les dispositions nationales) doivent collecter des informations personnelles, par exemple lorsqu'il s'agit d'exercer une fonction légale,

- le type de mesures de sécurité requises pour protéger les données personnelles, en particulier lorsqu'elles sont informatisées,
- les conditions dans lesquelles les personnes peuvent consulter leur dossier et demander que des modifications y soient apportées pour que les données soient exactes, pertinentes, complètes et à jour,
- les conditions d'utilisation, avec les précautions voulues, des informations aux fins de recherche sociale ou médicale,
- les raisons, autres que celle pour laquelle ces informations personnelles ont été collectées, pour lesquelles elles peuvent être utilisées et communiquées. Ces exceptions sont notamment:
 - le consentement éclairé,
 - une demande d'une autorité judiciaire, par exemple dans le cadre d'une procédure liée à une affaire de transmission du VIH (voir ci-avant),
 - la notification au partenaire (voir ci-avant).

Dans tous ces cas (la raison prévue à l'origine ou les autres raisons motivant l'utilisation et la communication des données), il est fort probable que les avantages découlant de l'utilisation et de la communication des données sont plus importants que les préjudices réels ou potentiels.

Au Canada, le Commissaire à la protection de la vie privée a publié un rapport en 1989 édictant des directives pour la réglementation de la collecte, du stockage et de l'utilisation des informations personnelles relatives au VIH/SIDA. La plus grande province du Canada, l'Ontario, a elle aussi suivi cette démarche en 1990¹³¹. Des directives ont également été publiées en Australie en 1992¹³², mais elles ont été mises en application sur le plan législatif dans un seul Etat (*Tasmanian HIV/AIDS Preventative Measures Act 1993 – Loi de 1993 de l'Etat de Tasmanie sur les mesures de prévention du VIH/SIDA*).

Aux Pays-Bas, le Code pénal autorise les poursuites (le cas échéant au nom d'un patient décédé) pour violation du secret professionnel¹³³. En 1987, les parents d'une femme décédée du SIDA au Japon ont gagné un procès en diffamation contre des médias qui avaient publié des photos et indiqué qu'elle avait travaillé comme prostituée¹³⁴. La Cour européenne des droits de l'homme a statué que la publication de l'identité d'une personne et de son état sérologique eu égard au VIH/SIDA pouvait constituer une violation de la vie privée et de la famille¹³⁵. Outre la législation, d'autres mesures peuvent contribuer à créer une culture respectueuse de la vie privée. Les organes professionnels (par exemple, des journalistes et professionnels de la santé) devraient être autorisés à prononcer des sanctions, en cas d'atteinte à la confidentialité¹³⁶ ou d'intrusion excessive dans la vie privée, en les considérant comme des fautes professionnelles aux termes de codes de conduites spécifiquement édictés (voir la Directive 10). Dans le contexte d'une action judiciaire, il conviendrait que les tribunaux puissent prendre des mesures visant à protéger la vie

III. DIRECTIVES INTERNATIONALES COMMENTEES

privée et l'anonymat des personnes dont l'état sérologique pourrait être évoqué dans les débats¹³⁷. Dans certains pays, la législation impose aux victimes de viol de communiquer leur état sérologique¹³⁸ pour établir les voies de fait avec circonstances aggravantes.

POINTS A VERIFIER – LEGISLATION RELATIVE A LA VIE PRIVEE ET LA CONFIDENTIALITE

1. La législation protège-t-elle de manière générale la confidentialité et la vie privée au regard des informations médicales et/ou personnelles au sens large (c'est-à-dire, comprenant les données relatives au VIH) ?

2. La législation interdit-elle l'utilisation et la diffusion non autorisées de ces données ?

3. La législation permet-elle à toute personne de consulter son dossier et de demander que les données soient:

- exactes,
- pertinentes,
- complètes,
- à jour ?

4. La législation confère-t-elle à l'organe indépendant chargé d'administrer la législation (par exemple, un commissaire à la protection de la vie privée) les fonctions suivantes:

- éducation et promotion du respect de la vie privée,
- conseil aux autorités sur les questions relatives au respect de la vie privée,
- contrôle de la conformité avec la législation nationale et les normes et traités internationaux,
- instruction, conciliation, résolution ou arbitrage des plaintes individuelles,
- consignation des données et statistiques sur les cas traités et établissement de rapports sur ces activités ?

5. Une autre disposition d'ordre général ou relative à la santé publique permet-elle aux personnes séropositives de protéger leur anonymat dans une action judiciaire (par exemple, audience à huis clos et/ou utilisation d'un pseudonyme) ?

6. La législation relative à la santé publique autorise-t-elle la notification aux autorités sanitaires des cas de VIH/SIDA à des fins épidémiologiques, avec une protection appropriée de l'anonymat (utilisation de données codées plutôt que nominales) ?

Droit du travail

Dans le domaine du droit du travail, certaines conditions doivent être observées: les travailleurs vivant avec le VIH/SIDA ne doivent pas faire l'objet d'une discrimination injuste, les mesures de prévention appropriées doivent être mises à disposition pour des motifs de santé et sécurité au travail, et des dédommagements appropriés doivent être offerts aux travailleurs infectés dans le cadre de leur profession. Les salariés vivant avec le VIH/SIDA sont tout à fait en mesure d'occuper un emploi pendant une durée raisonnablement longue, en particulier grâce aux progrès des traitements anti-rétroviraux dans les pays industrialisés. De ce fait, les actions visant à exclure prématurément les personnes vivant avec le VIH/SIDA du monde du travail sont injustifiées et constituent une violation des droits de l'homme. En outre, ces actions peuvent se révéler non économiques dans la mesure où elles peuvent avoir pour effet d'écartier arbitrairement de son poste la personne la plus qualifiée et de créer une charge inutile sur le système de sécurité sociale.

Pour éliminer les risques en matière de sécurité publique induits par la détérioration des capacités à exécuter certaines tâches à cause d'une démence liée au SIDA (par exemple, chez les pilotes), il est préférable de recourir à des tests neurologiques et d'aptitude fonctionnelle dans l'espace pour déterminer si la faiblesse constatée est imputable à d'autres causes (abus de substances, stress/fatigue, ou tumeur au cerveau) que le VIH. Aucune disposition légale¹³⁹ ne doit obliger les employés à avertir leur employeur de leur séropositivité; cela dit, les cas exceptionnels de comportement irresponsable peuvent néanmoins donner lieu à une action dans le cadre de la législation régissant la santé publique. L'exécution de procédures invasives par des agents de santé infectés par le VIH est réglementée de manière appropriée, au cas par cas, par leur clinicien traitant, des panels d'experts spécialement constitués ou les organismes professionnels. Lorsque les employés séropositifs ne sont plus en mesure de travailler à cause de leur santé, il convient de suivre les dispositions applicables aux maladies analogues (congé de maladie, par exemple).

Il convient de réexaminer les lois pour s'assurer qu'elles prévoient les protections suivantes:

- interdiction du dépistage du VIH pour l'obtention d'un emploi (qu'il s'agisse d'une embauche ou du maintien à un poste), d'une promotion ou d'une formation. Dans ce contexte, les mesures antidiscriminatoires interdisant les licenciements injustifiés doivent suffire, mais certaines juridictions ont quand même spécifiquement interdit le dépistage du VIH¹⁴⁰. Cela étant, il peut être dans l'intérêt même de l'employé de procéder volontairement à un test de référence immédiatement après toute exposition sur le lieu de travail (par exemple, après une blessure avec une aiguille), dans la perspective d'une éventuelle demande de dédommagement,
- protection contre la discrimination lorsque l'état sérologique d'un salarié est connu ou suspecté par ses collègues, clients, syndicats (qui, aux Etats-Unis par exemple, ont l'obligation de représenter équitablement tous les membres du personnel aux termes de la législation visant à prévenir la discrimination

raciale) et employeurs. Cette protection est normalement assurée par la législation contre la discrimination, qui fait obligation aux employeurs de recevoir d'une manière raisonnable les employés souffrant d'un handicap, mais elle pourra également donner lieu à la création d'une nouvelle forme d'acte discriminatoire lié à la profession, dans les cas où des personnes sont stigmatisées en raison de leur appartenance à une industrie, par exemple les professions généralement associées au VIH en raison des risques professionnels de transmission (professions de santé, industrie du sexe et, le cas échéant, pompes funèbres),

- confidentialité des informations médicales, y compris l'état sérologique, en particulier pendant la phase de constitution d'une demande de dédommagement (par exemple, par la protection de l'anonymat pendant les procédures judiciaires),
- accès à des programmes généraux d'information et d'éducation, y compris la mise à disposition de préservatifs, des services de conseil (par exemple, recommander la sexualité à moindre risque après une blessure avec une aiguille de façon à prévenir toute infection secondaire, et expliquer les avantages et les risques – toxicité – de la prise de zidovudine en prophylaxie)¹⁴¹ et des services d'orientation-recours,
- couverture appropriée de la transmission du VIH dans l'exercice de la profession, y compris la reconnaissance du temps de latence de l'infection,
- accès approprié aux soins et autres sources d'aide au revenu lorsqu'un employé n'est plus en mesure de travailler: sécurité sociale, assurance, retraite, indemnités de licenciement, assurance maladie et capital-décès, et
- définition claire des obligations de l'employeur au regard des activités quotidiennes, de façon à prendre raisonnablement en compte la santé et la sécurité des employés par l'élaboration de codes de pratiques spécifiques lorsqu'il existe un risque d'infection dans l'exercice de la profession (par exemple, pratiques en matière de premiers secours).

Concernant ce dernier point en particulier, l'élaboration en 1993 par Worksafe Australia (la Commission nationale australienne de la santé et la sécurité au travail – National Occupational Health and Safety Commission) d'un Code de pratiques relatif au VIH/SIDA à l'intention des agents de santé et autres professionnels exposés (Code of Practice on HIV/AIDS for Health Care Workers and Others at Risk) constitue un exemple de pratique exemplaire. Aux Etats-Unis, l'administration chargée de la santé et la sécurité au travail (Occupational Safety and Health Administration) a élaboré une réglementation similaire qui définit des normes nationales uniformes sur les précautions générales contre l'infection (éviter de réencapuchonner manuellement les aiguilles usagées, éliminer les aiguilles usagées de la manière appropriée et couvrir la peau, en particulier aux endroits où elle n'est pas intacte). Les agents et institutions sont tenus d'appliquer ces précautions pour éviter les risques de transmission du VIH. Par ailleurs, ces normes peuvent être

III. DIRECTIVES INTERNATIONALES COMMENTEES

invoquées pour refuser tout dépistage discriminatoire du VIH pour des motifs de santé et de sécurité au travail. Ces codes ou réglementations doivent remplacer les dispositions de santé publique antérieures qui interdisent aux personnes séropositives de travailler, voire d'être clients, dans certains lieux de travail où l'on manipule des produits alimentaires, fabrique des médicaments, ou perce la peau (tatouage, piercing, acupuncture, épilation et réimplantation capillaire).

POINTS A VERIFIER – DROIT DU TRAVAIL

1. La législation interdit-elle d'imposer un dépistage du VIH pour l'obtention d'une embauche, d'une promotion, d'une formation ou de tout avantage ?

2. La législation interdit-elle le dépistage obligatoire pour certains groupes professionnels: militaires, chauffeurs de camion, personnes travaillant dans les services d'accueil et dans l'industrie du tourisme, et professionnel(le)s du sexe ?

3. La législation impose-t-elle l'application de mesures générales de lutte contre l'infection, et notamment la formation et la mise à disposition d'équipements dans tous les contextes impliquant une exposition au sang et autres liquides organiques (premiers secours, soins de santé, etc.) ?

4. La législation impose-t-elle d'offrir un accès à une formation et une information sur le VIH/SIDA, pour des raisons de santé et de sécurité au travail, aux travailleurs amenés à se déplacer dans des zones de forte incidence ?

5. La loi garantit-elle:

- la sécurité de l'emploi aux travailleurs séropositifs tant qu'ils sont en mesure de travailler (disposition contre les mises à pied injustifiées), et
- la sécurité sociale et autres prestations aux travailleurs séropositifs qui ne sont plus en mesure de travailler ?

6. La loi garantit-elle la confidentialité des informations personnelles et médicales des employés, y compris le statut sérologique ?

7. La législation relative au dédommagement des travailleurs reconnaît-elle la transmission professionnelle du VIH ?

Directive 6: Réglementation de la fourniture des biens et services et des informations

Les Etats devraient promulguer des lois régissant la fourniture des biens et services et des informations liés au VIH de façon à assurer un large accès à des mesures et services préventifs de qualité, à des informations adéquates sur la prévention et le traitement et à des médicaments sûrs et efficaces d'un prix raisonnable.

Réglementation de la fourniture des biens et services thérapeutiques

Tant qu'il n'existera pas de remède ou de vaccin contre le VIH, le moyen le plus efficace de lutter contre l'épidémie reste d'instruire et d'informer le public sur les moyens d'éviter la transmission. Certains pays se sont dotés d'une législation garantissant une large diffusion de biens et services de qualité liés au VIH. De nombreux pays tels que l'Afrique du Sud et le Canada ont mis en place des procédures d'obtention accélérée de l'autorisation des autorités pour utiliser des biens thérapeutiques dans des situations spécifiques, en particulier des traitements contre le VIH/SIDA.

Même si, pour l'instant, la législation n'a eu qu'un impact limité sur le processus de formation des prix par le marché, il serait possible de revoir les droits de douane, les lois douanières et les taxes à la valeur ajoutée pour rendre ces biens plus abordables. Dans le cas des préservatifs, les pouvoirs publics de certains pays les fournissent gratuitement ou pour un prix symbolique.

Nécessaires pour les tests VIH

Les lois et réglementations relatifs aux biens thérapeutiques peuvent garantir le respect des normes (de précision et de fiabilité) et l'utilisation des nécessaires pour les tests VIH (celle-ci pouvant être réservée, par exemple, au personnel médical des laboratoires agréés) en mettant en place des procédures d'autorisation et un organisme sanitaire chargé de faire appliquer la législation. L'autorisation des tests pratiqués à domicile et/ou des nécessaires pour les tests VIH rapides présente certains dangers pour les raisons suivantes: restriction des possibilités de conseil, tant dans le domaine de la modification des comportements que dans la manière de gérer les conséquences d'un résultat positif, risque d'erreur d'interprétation des résultats (d'où l'utilité des tests de confirmation), perte de données épidémiologiques précieuses, et risques d'utilisation abusive, par les employeurs et les assureurs par exemple. Si les pouvoirs publics autorisent la vente des tests pratiqués à domicile et/ou des nécessaires pour les tests VIH rapides, pour des raisons telles que la promotion du dépistage anonyme, il faudra éliminer ces inconvénients. L'établissement de services de conseil et d'assistance juridique et sociale (accessibles depuis le domicile par téléphone ou ordinateur)

visant à protéger les individus contre les atteintes à leurs droits constitue une solution possible.

Préservatifs

Des préservatifs bon marché et de bonne qualité doivent être diffusés le plus largement possible car ils préviennent la contamination par le VIH et les MST et jouent un rôle central dans les programmes de sensibilisation aux pratiques sexuelles à moindre risque. Le marketing social des préservatifs est plus efficace lorsque ces derniers sont diffusés dans les lieux fréquentés tels que les night-clubs, les restaurants, les aéroports et autres zones de transit, les toilettes, les dortoirs des lycées et des universités, les supermarchés, les pharmacies et autres commerces tels que les kiosques à journaux. D'autres moyens de diffusion présentent l'avantage supplémentaire de respecter l'anonymat: la vente par correspondance, le commerce électronique et les distributeurs automatiques. Ces moyens de commercialisation sont accessibles aux clients des professionnel(le)s du sexe et, de ce fait, renforcent l'efficacité des programmes d'intervention tels que le programme thaïlandais d'utilisation systématique du préservatif ciblé sur l'industrie du sexe. Cette large diffusion peut en outre compléter les programmes intégrés de planification familiale et de santé reproductive, qui touchent rarement les jeunes sexuellement actifs. De tels programmes ne doivent pas être conçus sans consultation préalable des chefs religieux: en effet, si l'on ne prend pas cette précaution, on risque de voir interdire la publicité pour les préservatifs dans les médias, comme ce fut le cas en Ouganda entre 1991 et 1995.

Les obstacles législatifs à la distribution, la promotion, la publicité ou la vente des préservatifs doivent être réexaminés et, le cas échéant, supprimés (comme ce fut le cas en 1987 en Belgique et en France). Un examen similaire des obstacles à la diffusion d'autres produits empêchant la transmission du VIH, tels que les aiguilles et les seringues stériles et l'hypochlorite de soude, a été recommandé dans le contexte de la consommation de drogues injectables (voir ci-avant).

L'inefficacité d'un préservatif est souvent due au non-respect du mode d'emploi – un problème que les campagnes d'information et de sensibilisation permettent de surmonter – ou à un défaut du produit (rupture ou fuite). La conformité des préservatifs aux prescriptions légales en matière de qualité doit être assurée par les moyens suivants: respect de la norme internationale sur les préservatifs¹⁴², inspections régulières par les autorités compétentes, essais des produits, collecte de rapports défavorables et échantillonnage aléatoire dans les usines et sur le marché. La législation sur la protection des consommateurs doit être revue – et éventuellement modifiée – pour garantir que les produits de qualité insuffisante (par exemple, les produits périmés) sont automatiquement retirés du marché. Il convient d'informer le public des risques induits par l'application sur les préservatifs de lubrifiants à base de pétrole et non de silicone ou d'eau, ainsi que de l'inefficacité au regard de la protection contre le VIH des préservatifs à membrane naturelle (par exemple, les préservatifs en peau d'agneau pour les personnes allergiques au latex), si toutefois ces produits ne sont pas interdits.

Traitements

La législation sur la protection des consommateurs, la responsabilité du fait des produits et la fourniture de biens thérapeutiques doit également faire en sorte d'interdire et de sanctionner les assertions frauduleuses concernant la qualité, la sûreté et l'efficacité des produits pharmaceutiques, des vaccins et des modes de traitement. Néanmoins, cela ne doit pas limiter la disponibilité des remèdes traditionnels à base de plantes réputés améliorer le fonctionnement du système immunitaire en général.

La question du prix est particulièrement problématique dans les pays en développement, où le coût des traitements pharmaceutiques sûrs et efficaces, en particulier la trithérapie antirétrovirale, constitue un obstacle significatif (Annexe A). Cette question a suscité beaucoup d'attention ces derniers temps:

- Au Costa Rica, une décision de la Cour suprême fait obligation à l'Etat de fournir un traitement gratuit contre le VIH/SIDA dans le cadre du système national de santé.
- Des décisions similaires ont été prises en Albanie et au Brésil, que ce soit dans le cadre de la Constitution ou via la promulgation de lois spéciales¹⁴³.
- En Espagne, l'ONG Fundación AntiSida de España (FASE) se bat depuis cinq ans pour que la loi reconnaisse le SIDA, et maintenant l'infection à VIH, comme des «maladies chroniques». Grâce à son action, les patients peuvent acheter les médicaments non-antirétroviraux à 10% de leur coût depuis décembre 1995 (les médicaments antirétroviraux sont gratuits). La FASE a également fait campagne pour améliorer l'accès à la trithérapie et, en 1996, le Parlement a adopté une résolution encourageant le Ministère de la Santé à donner un traitement à quiconque en a besoin¹⁴⁴.
- En 1996, huit ONG argentines ont déposé une pétition contre le Ministère de la Santé, dans laquelle elles réclamaient une protection de l'Etat au titre de l'Article 43 de la Constitution. Les tribunaux sont arrivés à une même conclusion, à savoir que le Ministère a l'obligation légale de fournir gratuitement un traitement, y compris des médicaments antirétroviraux, et des soins complets aux personnes vivant avec le VIH/SIDA qui sont dans l'incapacité de les assumer financièrement et ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale¹⁴⁵.

Dans certains pays, le VIH/SIDA est considéré comme une maladie infectieuse, ce qui assure la gratuité du traitement mais entraîne également l'application de mesures coercitives¹⁴⁶.

POINTS A VERIFIER – LEGISLATION SUR LA FOURNITURE DE BIENS THERAPEUTIQUES ET LA PROTECTION DES CONSOMMATEURS

1. La législation régleme-t-elle la qualité, la fiabilité et la disponibilité des tests de dépistage du VIH (y compris les tests pratiqués à domicile ou les tests rapides s'ils sont autorisés) ?

2. La législation fait-elle en sorte que seules soient autorisées la vente, la distribution et la commercialisation des produits pharmaceutiques, des vaccins et des modes de traitement qui sont:

- sûrs, et
- efficaces ?

3. La législation protège-t-elle les consommateurs contre les assertions frauduleuses concernant la qualité, la sûreté et l'efficacité des produits pharmaceutiques, des vaccins et des modes de traitement ?

4. La législation régleme-t-elle la qualité des préservatifs ? Si oui, contrôle-t-elle le respect de la norme internationale sur les préservatifs ?

5. La législation assure-t-elle l'accessibilité et la mise à disposition gratuite des moyens de prévention suivants:

- préservatifs,
- hypochlorite de soude,
- aiguilles et seringues ?

6. La législation garantit-elle que les médicaments liés au VIH/SIDA sont disponibles à un prix raisonnable (par exemple, via la mise en place de programmes de subvention de certains produits pharmaceutiques, et l'absence de droits/tarifs douaniers ou de taxes) ?

Recherche dans le respect de l'éthique

Des lois sont nécessaires pour assurer la protection juridique et éthique des personnes participant à la recherche liée au VIH, qui inclut la mise au point de produits pharmaceutiques, de vaccins et de modes de traitement sûrs et efficaces. Il convient de mettre en place des comités d'examen éthique généraux et indépendants, locaux et internationaux, et de renforcer leurs capacités afin d'assurer le respect des principes pertinents, tels que:

- le Code de Nuremberg de 1947¹⁴⁷,
- la Déclaration d'Helsinki de 1964¹⁴⁸,
- les Directives internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains du Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales (1993),
- les Lignes directrices relatives aux bonnes pratiques cliniques pour l'essai des produits pharmaceutiques de l'Organisation mondiale de la Santé (1995)¹⁴⁹, et
- la Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine du Conseil de l'Europe (1997).

Les principes qui s'appliquent tout particulièrement à la recherche liée au VIH sont les suivants:

- la consultation du public dans le contexte de la conception, de la mise en œuvre et de l'évaluation des recherches, ainsi que de la publication et de l'utilisation des résultats des recherches,
- la sélection non discriminatoire des participants, qui doivent inclure les femmes, les enfants et les minorités,
- le consentement éclairé,
- la confidentialité,
- l'accès équitable aux informations et avantages découlant de la recherche, et
- la protection contre la discrimination.

L'OMS et l'ONUSIDA offrent une aide technique à la création et au maintien de comités d'examen éthique efficaces à l'échelle des pays.

La sélection du Brésil, de l'Ouganda et de la Thaïlande comme sites d'essai de vaccins (voir Annexe A) a permis aux populations de ces pays de participer aux programmes de recherche. Récemment, l'ONUSIDA a organisé des ateliers communautaires régionaux qui, à partir des hypothèses de recherche formulées dans chacun de ces pays, sont parvenus à un consensus sur les recommandations déontologiques pour les essais de vaccins, lesquelles ont ensuite été approuvées lors d'une réunion à Genève en juin 1998. Au Brésil, en Ouganda et en Thaïlande, les comités nationaux

sur les vaccins des ministères de la santé ont élaboré des plans nationaux reconnaissant la nécessité de prendre en compte les questions d'éthique. A São Paulo, des chercheurs et des bénévoles se sont efforcés de développer la conscience communautaire en organisant des ateliers réguliers sur des thèmes en rapport avec l'homosexualité (par exemple, la journée de la fierté homosexuelle) et en organisant des projections de films¹⁵⁰. Une question se révèle particulièrement préoccupante: il s'agit du risque de discrimination accrue à l'encontre des minorités qui participent aux essais.

POINTS A VERIFIER – RECHERCHE IMPLIQUANT DES SUJETS HUMAINS RESPECTUEUSE DE L'ETHIQUE

1. La législation assure-t-elle la protection juridique des personnes participant à la recherche liée au VIH/SIDA ? La législation exige-t-elle l'établissement de comités d'examen éthique pour garantir l'évaluation indépendante et continue des recherches ? Les critères d'évaluation incluent-ils la validité scientifique et la conduite dans le respect de l'éthique des recherches ?

2. La législation exige-t-elle que soient fournis aux personnes, pendant et après leur participation:

- des conseils,
- une protection contre la discrimination,
- des services de santé et de soutien ?

3. La législation exige-t-elle que les participants donnent leur consentement éclairé ?

4. La législation garantit-elle la confidentialité des informations personnelles obtenues dans le cadre des recherches ?

5. La législation garantit-elle aux participants un accès équitable aux informations et avantages issus de la recherche ?

6. La législation garantit-elle la sélection non discriminatoire des participants ?

Droit à l'éducation et à l'information

Sachant que la prévention est l'un des principaux objectifs des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, le public a besoin d'être informé et instruit sur le virus et la maladie, les modes de transmission et les moyens de protection. Les informations portant sur des sujets sensibles ou personnels, tels que la sexualité ou la consommation de drogues injectables, doivent être explicites et non pas inutilement euphémiques si l'on souhaite réellement que les individus changent de comportement. Une large utilisation des médias grand public est essentielle. Les informations peuvent être diffusées de diverses manières et sur différents supports: brochures, affiches, journaux, magazines, livres, mode d'emploi des préservatifs, publicités, radio, télévision, films, vidéos, pièces de théâtre, Internet, réunions de groupe et assemblées.

La législation sur la censure et les normes de télé- et radiodiffusion peuvent faire obstacle à la mise en œuvre de ces programmes, qu'ils soient destinés au grand public ou à des groupes ciblés que leur comportement rend vulnérables. Nombre de ces lois ont été instituées au XIX^e siècle dans le but d'interdire les publicités «obscènes» pour les contraceptifs et les traitements contre les maladies vénériennes, et s'appuyaient sur le postulat implicite que quiconque enfreignait la norme morale méritait d'être puni en contractant ces maladies innommables. Les sociétés doivent examiner les valeurs morales ou religieuses qui sous-tendent ces lois et déterminer si leur respect est plus important que la protection de la population contre la transmission du VIH. La garantie des droits à l'information/éducation et la liberté d'expression/association est inscrite dans les instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et dans plusieurs constitutions nationales.

La notion de ce qui est obscène varie en fonction des normes sociales et morales en vigueur¹⁵¹. La législation en matière de censure devrait prévoir des exceptions pour les matériels à vocation strictement pédagogique et scientifique. Dans le cadre de l'examen des normes communautaires, il est important de juger le matériel en fonction du public auquel il est destiné (par exemple, les hommes homosexuels, les professionnel(le)s du sexe ou les consommateurs de drogues injectables), par opposition au public en général. Pour être efficace, les matériels ne doivent pas offenser ou froisser inutilement leurs destinataires; au contraire, les campagnes doivent faire référence aux valeurs et attitudes du groupe.

Dans la plupart des pays, la classification des matériels dans différentes catégories (diffusion restreinte ou non restreinte) répond principalement au souci d'éviter que les enfants n'aient accès à des informations inappropriées à caractère sexuel. La participation des communautés dans le processus réglementaire (par exemple, dans le cadre des procédures d'octroi d'autorisation ou d'immatriculation ou de la formulation des codes de déontologie) permet de faire en sorte que les décisions en matière de censure et de télé- et radiodiffusion reflètent les normes appropriées. Les possibilités d'utilisation des systèmes de télé- et radiodiffusion publics à des fins d'éducation et d'information sur le VIH/SIDA sont imparfaitement utilisées dans certains pays – par exemple, la diffusion de communiqués d'intérêt public à certaines heures, voire aux heures de grande écoute, devrait être libre. L'autorégulation du secteur des médias dans le domaine de la publicité peut poser problème dans le cas des matériels sur le VIH/SIDA jugés offensants ou déplaisants. Pour

éviter que les annonceurs ne s'opposent – à tort – à la diffusion de tels messages, il est important que le secteur demande conseil à des organes indépendants spécialisés dans les questions touchant au VIH/SIDA.

D'autres lois peuvent restreindre l'efficacité des campagnes sur le VIH/SIDA axées sur les populations immigrées et autochtones: c'est le cas par exemple des lois imposant l'utilisation de la langue majoritaire dans les établissements scolaires. Il convient de revoir ces lois pour s'assurer qu'elles n'entravent pas les campagnes sur le VIH/SIDA. Le cas échéant, il peut s'avérer nécessaire de les abroger ou, à tout le moins, de les réviser pour exclure de leur champ d'application les matériels pédagogiques relatifs au VIH/SIDA.

Liberté d'expression et d'association

Le caractère illégal d'activités telles que la prostitution, l'homosexualité et la toxicomanie peut empêcher la formation d'organisations communautaires fondées sur la pratique de telles activités. Dans certains pays, l'Etat interdit la création de toute organisation non gouvernementale ou d'organisations susceptibles de critiquer le Gouvernement. L'interdiction des activités d'éducation et de soutien par les pairs entrave sérieusement la lutte efficace contre l'épidémie, de même qu'elle constitue une atteinte aux droits de l'homme. La compréhension, la mobilisation et la participation des communautés sont essentielles, en particulier dans les domaines où l'action des pouvoirs publics est sans effet en raison d'un manque de confiance et de compréhension de la part de chacune des parties. La suppression des obstacles juridiques et administratifs à la création d'associations de personnes travaillant sur le VIH/SIDA doit revêtir la plus haute priorité pour les pouvoirs publics. Si une réforme complète n'est pas possible à court terme, il conviendra de limiter les restrictions législatives ou administratives à la création d'associations dans le domaine de la santé et de l'éducation.

Dans le cadre de la prévention contre le VIH/SIDA, les éducateurs peuvent être amenés à indiquer à leurs interlocuteurs des moyens de se prémunir contre le VIH dans le contexte d'une activité illicite, et se voir ainsi accusés d'encourager ladite activité. Si une réforme du droit pénal n'est pas envisageable à court terme, des exceptions doivent donc pouvoir s'appliquer aux éducateurs dans ce type de circonstance.

La manière irresponsable et sensationnaliste dont les médias traitent du VIH/SIDA a souvent nourri l'hystérie collective et contribué à stigmatiser la maladie. Par la voie réglementaire et l'éducation, les médias doivent être sensibilisés aux questions du VIH/SIDA et des droits de l'homme et être encouragés à utiliser un langage approprié et à éviter les stéréotypes lorsqu'ils décrivent les membres des groupes vulnérables. Dans nombre de pays, il existe des Conseils de la presse qui reçoivent les plaintes des personnes contestant l'exploitation de leur histoire par les médias. De même, il existe des organismes qui fixent des règles de déontologie pour les professions comme le journalisme. La Directive 10 discute de l'utilité des codes privés dans des secteurs tels que les médias. La liste ci-après renvoie à la Directive 6 et à une partie de la Directive 10.

POINTS A VERIFIER – ASSOCIATION, INFORMATION, CODES DE CONDUITE

1. La législation autorise-t-elle la totale liberté de mouvement pour les membres des groupes vulnérables, tels que les professionnel(le)s du sexe ?

2. La législation autorise-t-elle la totale liberté d'association pour les membres des groupes vulnérables, par exemple les hommes homosexuels ?

3. La législation en matière de censure prévoit-elle des exceptions pour les matériels pédagogiques et informatifs généraux ou axés sur le VIH/SIDA ?

4. Les normes de télé- et radiodiffusion prévoient-elles des exceptions pour les matériels pédagogiques et informatifs généraux ou axés sur le VIH/SIDA ?

5. La législation exige-t-elle des catégories professionnelles suivantes qu'elles élaborent et fassent appliquer des codes de conduite appropriés sur le VIH/SIDA:

- personnel de santé;
- personnel des autres secteurs où existe un risque de transmission (par exemple, l'industrie du sexe ou les pompes funèbres),
- personnel des médias,
- personnel des secteurs des retraites et de l'assurance, et
- employeurs (dans un forum tripartite avec les syndicats et l'Etat) ?

6. Ces codes de conduite doivent-ils obligatoirement contenir les éléments suivants:

- respect de la confidentialité/vie privée,
- tests VIH soumis au consentement éclairé,
- interdiction d'opérer une discrimination inéquitable, et
- obligation de minimiser les risques de transmission, notamment par le biais de normes de sécurité et de santé sur le lieu de travail incluant des précautions générales contre l'infection ?

Directive 7: Services d'assistance juridique

Les Etats devraient créer et soutenir des services d'assistance juridique qui informeront les personnes touchées par le VIH/SIDA de leurs droits, fourniront gratuitement des conseils juridiques en vue de l'exercice de ces droits, amélioreront la connaissance des questions juridiques liées au VIH et utiliseront, outre les tribunaux, des mécanismes de protection tels que les services du ministère de la justice, les bureaux des médiateurs, les voies de recours en matière de santé et les commissions des droits de l'homme.

La réforme juridique ne suffit pas à elle seule à faire respecter les droits de l'homme. C'est pourquoi il est essentiel d'aider les individus à faire valoir leurs droits dans la pratique. Il existe de nombreux exemples de services d'assistance juridique efficaces dans le domaine du VIH/SIDA. Nombre d'entre eux sont financés sur fonds privés – et non publics – aussi bien dans les pays en développement que dans les pays développés.

- Au Venezuela, l'Action des citoyens contre le SIDA (ACCSI) fournit depuis 1987 une assistance juridique gratuite aux personnes vivant avec le VIH/SIDA, leur famille et leurs proches. Ses trois juristes traitent des cas de discrimination professionnelle, de négligence médicale ou des problèmes avec les services sociaux. Parmi les affaires traitées par cette association présentant un intérêt pour la collectivité, il faut citer la contestation d'une décision du Gouvernement d'imposer un dépistage du VIH à tous les demandeurs de la résidence permanente. L'ACCSI travaille en étroite collaboration avec tous les acteurs sociaux concernés, y compris les ministères (santé, finance, justice, prisons, éducation), les associations communautaires travaillant dans le domaine du SIDA, les organismes de défense des droits de l'homme et les entreprises privées¹⁵².
- Le Collectif des juristes, en Inde, est un organisme largement autofinancé créé en 1981, qui fournit une assistance juridique aux groupes marginalisés dans le cadre des procédures présentant un intérêt pour la collectivité. Depuis l'apparition du VIH/SIDA, il a traité avec succès plusieurs affaires qui ont défrayé la chronique. Il a notamment intenté une action en contestation de constitutionnalité contre la *Loi sur la santé publique de Goa (Goa Public Health Act)*, en vertu de laquelle un homme a été emprisonné parce qu'il était atteint du VIH, et a traité une affaire de licenciement abusif (*X contre Y*) à Mumbai. Les membres du Collectif font également pression en faveur d'une réforme auprès des responsables politiques, et ont dispensé à un réseau national de juristes une formation dans le domaine du VIH/SIDA¹⁵³. Le Collectif a récemment mis en place une unité VIH/SIDA à Mumbai avec le soutien de la Commission européenne. Il fournit une assistance juridique, des conseils et

d'autres services connexes aux personnes vivant avec le VIH/SIDA.

- Aux Etats-Unis, les services juridiques aux personnes vivant avec le VIH/SIDA sont nombreux, en partie grâce à une forte tradition de bénévolat, et nombre d'entre eux ont servi de modèles à d'autres pays. Certains sont partiellement financés par l'Etat au titre de la *Loi Ryan White sur les soins (Ryan White Care Act)*. Ils incluent des organismes spécialisés ou non dans le domaine du SIDA, des institutions spécialisées dans les affaires présentant un intérêt général ou touchant aux libertés civiles, et des services ciblés sur les groupes vulnérables, tels que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes:
 - Gay Men's Health Crisis (New York),
 - Whitman-Walker Clinic (Washington),
 - AIDS Project, Legal Service (Los Angeles),
 - Gay and Lesbian Advocates and Defenders (Boston),
 - Lambda Legal Defense and Education Fund, Inc. (plusieurs villes),
 - National Lawyers Guild, AIDS Network (San Francisco) (service d'orientation),
 - State AIDS Legal Services Organization, AIDS Legal Referral Panel (San Francisco), et
 - American Civil Liberties Union (divers endroits).
- Au Royaume-Uni, il existe des services similaires tels que le Terrence Higgins Trust (THT). Principale association caritative spécialisée dans le domaine du SIDA au Royaume-Uni, le THT bénéficie d'un soutien partiel du Ministère de la Santé. Il est doté d'un petit centre juridique opérant à temps complet, animé par des juristes bénévoles à temps partiel et par des conseillers spécialistes des droits en matière de protection sociale. Les conseils sont donnés en personne, par écrit ou par le biais du service téléphonique Legal Line, qui opère le soir. L'Immunity's Legal Centre, financé par le London Borough Grants Scheme, propose différents services juridiques; il organise notamment des séances de sensibilisation dans plusieurs endroits (London Lighthouse, Landmark et Body Positive Centre, etc.).

Nombre de ces services ont mis au point des outils permettant de traiter davantage de cas: modèles de documents juridiques (des testaments, par exemple), brochures sur des thèmes spécifiques (par exemple, l'emploi, le logement, la retraite, l'immigration, l'endettement, etc.), annuaires de services juridiques¹⁵⁴, manuels de formation pour les juristes¹⁵⁵ et membres des professions parajuridiques bénévoles¹⁵⁶, guides à l'usage des fonctionnaires judiciaires¹⁵⁷ et textes généraux¹⁵⁸.

(C) Promotion d'un environnement incitatif et habilitant

Directive 8: Femmes, enfants et autres groupes vulnérables

Les Etats devraient, en collaboration avec la communauté et par son intermédiaire, promouvoir un environnement incitatif et habilitant pour les femmes, les enfants et les autres groupes vulnérables, en s'attaquant aux inégalités et préjugés enracinés par le biais d'un dialogue communautaire, de services sanitaires et sociaux spécialement conçus à cette fin et d'un appui aux groupes communautaires.

Cette directive est la plus difficile à mettre en œuvre car elle a de profondes implications. Donner aux populations vulnérables les moyens de faire face au VIH/SIDA en améliorant leur statut social et juridique est une tâche immense mais néanmoins indispensable, qui requiert l'adoption de mesures administratives et législatives touchant à la majorité des aspects de la vie. La vulnérabilité dépend des conditions juridiques, sociales et économiques ainsi que de la nature de l'épidémie dans chaque pays. Toutefois, les groupes les plus touchés sont les femmes, les enfants, les minorités religieuses ou ethniques, les populations autochtones, les migrants, les réfugiés, les populations déplacées à l'intérieur du pays, les personnes souffrant de handicaps, les groupes économiquement défavorisés, les travailleurs itinérants, les hommes homosexuels, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe. Pour élaborer des programmes ciblés, les pouvoirs publics et les communautés ont tout intérêt à identifier ces groupes à l'échelle nationale, en leur garantissant une protection adéquate pour vaincre la crainte de la stigmatisation et de l'exercice d'une coercition à leur encontre. L'implication des communautés vulnérables est importante pour de nombreuses raisons, notamment parce qu'une participation active aux programmes de prévention, de soins et de soutien renforce l'utilité et l'efficacité de ces derniers, les membres acquérant une meilleure connaissance des nouveaux besoins et des facteurs influençant le risque et la vulnérabilité.

Une riposte massive au VIH/SIDA ne doit pas se concentrer exclusivement sur les comportements individuels à risque. L'interaction complexe des facteurs suivants peut susciter ou renforcer la vulnérabilité individuelle – et donc la vulnérabilité collective: histoire personnelle (notamment sur le plan sexuel), qualité et couverture (c'est-à-dire accessibilité, adéquation et coût) des services et programmes de

prévention, de soins, de soutien social et d'atténuation des effets, et contexte sociétal, ce qui inclut, par exemple, les normes culturelles, les lois, les croyances et les pratiques sociales. Il est dangereux de simplifier à l'excès le profil de la vulnérabilité¹⁵⁹: par exemple, dans certains pays en développement, les taux d'infection sont plus élevés parmi les personnes instruites, notamment les hommes; parallèlement, l'éducation des jeunes femmes conduit généralement à une amélioration des programmes de prévention.

Droits liés à la sexospécificité et à la reproduction

Outre qu'elles présentent une plus grande prédisposition biologique à l'infection, les femmes ont un statut inférieur à celui des hommes dans de nombreux pays. De ce fait, il leur est difficile de s'informer sur le VIH/SIDA, ce qui les rend plus vulnérables à l'infection et limite leur aptitude à gérer les conséquences possibles de l'infection lorsque celles-ci réclament soins et soutien (par exemple, les femmes peuvent subir la violence et l'abandon de leur famille). Une discrimination systématique dans tous les domaines de l'existence, mais plus particulièrement dans les domaines de l'éducation, de la santé et de l'emploi, accroît de manière disproportionnée les risques d'infection chez les femmes. Les programmes d'éducation et de prévention sont de peu d'utilité lorsque les femmes n'ont pas les compétences requises pour comprendre ou exploiter les informations qu'ils contiennent. Certaines femmes sont dans l'impossibilité d'avoir des relations sexuelles moins risquées ou de quitter leur partenaire en raison des normes sociales et juridiques en vigueur et de leur statut de dépendance économique. Les normes qui présentent la maternité comme la forme d'accomplissement la plus parfaite pour la femme accroissent la vulnérabilité face au VIH et limitent la possibilité pour les femmes séropositives de ne pas avoir d'enfants. L'existence d'une norme «à deux vitesses» en matière de chasteté et de fidélité signifie que de nombreuses femmes monogames ne peuvent éviter d'être contaminées par leur mari.

Les violences sexuelles et autres dirigées contre les femmes (y compris au sein du couple), ainsi que les pratiques rituelles telles que la mutilation génitale et l'infibulation des femmes, ne sont pas interdites par la loi dans certains pays. Ces pratiques, ainsi que la crainte de la violence, augmentent les risques d'infection par le VIH et provoquent des troubles physiques et émotionnels chez les femmes. La Directive 6 a examiné l'incidence discriminatoire de la législation, en particulier des lois qui empêchent les femmes d'acquérir des terrains ou des propriétés ou qui perpétuent les inégalités en ne leur reconnaissant pas le droit de percevoir la même rémunération pour un travail de même valeur.

Améliorer le statut des femmes

Les taux disproportionnés d'analphabétisme et de pauvreté chez les femmes alimentent l'épidémie et sont la cible de plusieurs projets d'habilitation.

- Au Népal, l'American Foundation for AIDS Research (Fondation américaine pour la recherche sur le SIDA) a financé un programme communautaire de prévention du SIDA sur trois ans¹⁶⁰. Des projets d'éducation et de création de

revenus ont été menés avec succès dans les communautés Badi, Danuwar, Tamang et Tharu, qui font traditionnellement l'objet d'une forte discrimination. Ces projets s'efforcent de corriger les inégalités en défaveur des femmes par le biais de formations au commandement, de cours d'alphabétisation et d'un enseignement sur la défense de leurs droits, les informations sur le VIH étant intégrées à des cours généraux sur la santé. Ils ont utilisé des méthodes novatrices telles que le théâtre de rue et l'éducation non formelle.

- En Zambie, un projet de l'ONUSIDA a aidé des femmes travaillant dans le commerce du poisson à monter une coopérative pour obtenir des prêts sans intérêt. De la sorte, il leur est plus facile de refuser d'avoir des rapports sexuels avec les pêcheurs et les chauffeurs de camions qui contrôlent l'accès aux poissons et au transport¹⁶¹.

Il existe d'autres programmes d'éducation et de micro-crédit de ce type dans le monde, mais en général, leur but est simplement d'améliorer l'accès des femmes aux ressources économiques, et non de contribuer expressément à la prévention du VIH/SIDA ou à atténuer son impact (ce qui ne signifie pas qu'ils sont sans effet dans ce domaine).

Par ailleurs, l'expérience montre qu'il peut être utile de créer des organisations institutionnelles spécialisées dans la lutte contre les inégalités entre hommes et femmes. Pour être efficaces dans ce domaine, ces organismes doivent remplir trois conditions fondamentales: les dirigeants de l'organisme doivent témoigner publiquement de leur engagement politique, l'organisme doit mettre en œuvre une approche participative lors de l'élaboration de mécanismes de lutte contre les inégalités entre les sexes, les questions d'inégalité entre les sexes doivent être intégrées à l'ensemble des programmes – et non pas faire l'objet de programmes séparés – pour éviter la marginalisation¹⁶². Certains pays se sont dotés d'institutions de promotion des droits de la femme, notamment:

- Brésil – Conseil national des droits de la femme,
- Afrique du Sud – Bureau d'Etat pour les femmes,
- Colombie – Direction de l'égalité entre les sexes,
- Haïti – Ministère des Affaires féminines et des Droits de la femme,
- Jamaïque – Commission sur l'égalité entre les sexes et l'égalité sociale,
- Pérou – Commission des droits de la femme, et
- Philippines – Commission nationale sur le rôle des femmes philippines.

En Afrique du Sud, des unités chargées des questions d'égalité hommes-femmes ont été mises en place dans plusieurs ministères, et une commission indépendante suit les progrès du plan d'action national en faveur du traitement équitable des sexes. Faire de l'égalité entre les sexes un thème transversal contribue à l'efficacité des

programmes nationaux contre le SIDA. En Ouganda, cette question est au centre de l'approche multisectorielle de la Commission sur le SIDA. Au Malawi, le Groupe de travail sur l'égalité des sexes de l'ONU a publié une déclaration de principe conjointe en faveur de l'égalité des sexes pour soutenir le Plan national de lutte contre la pauvreté¹⁶³.

Réforme législative

La réforme de la législation est un élément clé des campagnes visant à améliorer le statut des femmes. Des enquêtes nationales sur les implications de la législation actuelle pour les femmes ont été conduites au Kenya (par un groupe de travail créé en 1993 et dirigé par le juge Effie Owuor)¹⁶⁴ et au Malawi. Les droits liés à la reproduction sont explicitement reconnus par la constitution de certains pays tels que l'Afrique du Sud, le Chili et le Mexique. A Sri Lanka, une Charte des femmes approuvée par le Gouvernement reconnaît aux femmes le droit de choisir d'avoir ou non des enfants. La réforme du droit successoral a eu quelques effets positifs au Malawi, en République-Unie de Tanzanie et en Zambie. En Ouganda, l'ONG ACORD travaille avec l'Association ougandaise des femmes juristes sur des problèmes de droits fonciers et d'héritage, pour permettre aux femmes dont le mari est mort du SIDA de conserver leurs terres¹⁶⁵. L'ONG Women in Law and Development in Africa traduit ces lois et forme des juristes pour qu'ils informent les femmes de leurs droits¹⁶⁶. En Inde, l'Asian Centre a organisé une formation sur la contribution des femmes au processus de développement pour le compte de Organization Research (ACORD), dans l'objectif de sensibiliser les personnes travaillant avec des organisations locales dans les zones à faible revenu. L'évaluation de ce projet a révélé que les participants étaient désormais plus instruits, qu'ils avaient plus confiance en eux et se valorisaient davantage. Le module sur les droits juridiques est celui qui a le plus contribué à faire évoluer les comportements et les mentalités¹⁶⁷.

Le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP) estime que 130 millions de femmes ont subi une mutilation génitale¹⁶⁸. La Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD) du Caire a déclaré que la mutilation génitale des femmes constituait une violation des droits de la personne ainsi qu'une menace pesant sur la santé des femmes durant toute leur vie. Outre le risque lié à l'utilisation d'instruments non stérilisés, les scarifications provoquées par ces mutilations facilitent la transmission du VIH car elles entraînent des traumatismes et des déchirements plus importants lors des rapports sexuels et des accouchements. Certains pays comme la Côte d'Ivoire ont réagi en interdisant cette pratique. Plusieurs ONG font campagne pour obtenir l'éradication de la mutilation génitale des femmes (qui est toujours pratiquée sur 2 millions de fillettes chaque année), en s'efforçant d'agir avec tact:

- au Kenya, l'organisation féminine Maendeleo ya Wanawake a élaboré des programmes communautaires,
- en Ouganda, le programme Reproductive, Educative and Community Health a démontré que l'on pouvait modifier les pratiques sans renoncer aux valeurs de la société¹⁶⁹,

- en 1995, l'Association ghanéenne pour le bien-être des femmes (Ghanaian Association on Women's Welfare) a obtenu la criminalisation de la mutilation génitale des femmes, et l'association continue d'assurer un enseignement à l'échelle communautaire pour mettre fin à ces pratiques,
- au Nigéria, un groupe de travail multisectoriel comprenant des représentants des ONG, des ministères de la santé et de la justice et d'agences internationales a élaboré une politique et un plan d'action nationaux pour mettre fin à la mutilation génitale des femmes¹⁷⁰.

Promulguer des lois ne suffit pas: il faut également les faire appliquer. De nombreux pays s'efforcent de réduire la violence domestique par le biais de campagnes de sensibilisation du public (au Brésil, par exemple), de la législation (en Bolivie, au Costa Rica, en Equateur et au Panama, par exemple), et en établissant des liens entre la police et les ONG de femmes (notamment au Nicaragua). Dans certains pays (tels que l'Inde), les services de police traitant les cas de violence domestique et d'agression sexuelle recrutent des agents féminins, qui sont plus à l'écoute et plus accessibles aux victimes.

Soins de santé

L'intégration des services de prévention du VIH/SIDA et de diagnostic et de traitement des MST au sein des services de planification familiale est importante. Certaines normes sociales telles que la pudeur corporelle et la priorité donnée aux hommes en matière de soins de santé empêchent les femmes d'accéder aux services de santé. Les MST non diagnostiquées entraînent une inflammation et des lésions importantes des organes génitaux qui facilitent à leur tour la transmission du VIH¹⁷¹. Le Sociedade Civil Bem-estar Familiar do Brasil (BEMFAM) est un service exemplaire à l'écoute des femmes, qui traite les patients dans une perspective globale de santé et de bien-être général¹⁷². Deux dispensaires de ce type existent en Bolivie. Le dispensaire Casa de la Mujer propose des services de santé reproductive, des conseils juridiques, une aide psychologique, des conseils en matière de nutrition et de prophylaxie, des cours d'instruction civique et des formations professionnelles. Le Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM)/Kumar Warmi propose des services intégrés gratuits ou d'un faible coût qui traitent des aspects biologiques, juridiques, psychologiques et socioculturels de la santé des femmes¹⁷³.

Les partenaires masculins

Il est de plus en plus communément admis que pour agir sur les relations entre les sexes, il faut également s'adresser au public masculin. Le Programme Panos contre le SIDA considère que ce sont les hommes qui propagent l'épidémie:

«(...) dans la mesure où les hommes ont davantage de partenaires sexuels que les femmes et ont tendance à décider de la fréquence et de la forme des rapports sexuels, et dans la mesure où les femmes sont physiologiquement plus exposées au virus, c'est le comportement

masculin qui détermine la vitesse de propagation du virus et à qui il est transmis (...) Ce comportement ne signifie pas que les hommes sont «responsables» de l'épidémie du SIDA. Les hommes sont aussi menacés puisqu'ils ne peuvent pas transmettre le virus à d'autres sans l'avoir contracté eux-mêmes.»¹⁷⁴

La Septième Conférence internationale de la Society of Women Against AIDS in Africa, qui s'est tenue à Dakar (Sénégal) en décembre 1998, mettait l'accent sur la participation des hommes. A l'issue de la Conférence, la Déclaration de Dakar appelait à un engagement et un dialogue accru entre hommes et femmes et exhortait les dirigeants politiques «à n'avoir de cesse de diffuser des messages insistant sur la gravité et le caractère urgent du problème du SIDA». A Jaipur, en Inde, un projet pilote mené avec des chauffeurs de camion et leurs épouses s'est efforcé d'améliorer la communication entre hommes et femmes par le biais du dialogue. Le projet a donné des résultats positifs et a ensuite été étendu à d'autres sites¹⁷⁵. La Jamaïque a également vu la création d'un projet innovateur: l'association Fathers Inc. s'efforce de lutter contre les préjugés négatifs des hommes et de donner des conseils aux adolescents sur le rôle des parents, le VIH/SIDA et les MST¹⁷⁶.

Enfants et jeunes gens

C'est en travaillant en collaboration avec les jeunes que l'on se donnera le plus de chances de contenir l'épidémie. Outre qu'ils débordent d'une énergie et d'un idéalisme précieux, les jeunes n'ont pas encore de valeurs et d'idées préconçues et peuvent être plus disposés à remettre en question les normes sociales et comportementales que les adultes¹⁷⁷. Leur vulnérabilité transparaît clairement dans le fait que plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH/SIDA ont été infectées avant l'âge de 25 ans. Parmi les facteurs qui accroissent la vulnérabilité figurent la pauvreté, la violence, le manque de qualifications et certaines normes sociales préjudiciables telles que le machisme et la précocité sexuelle (souvent contrainte, exploitée et dangereuse)¹⁷⁸. Les taux élevés de grossesses et de MST chez les adolescents donnent une idée de la fréquence des rapports sexuels non protégés. La vulnérabilité est un problème beaucoup plus complexe que celui – évident et tragique – des enfants des rues et des orphelins, dont l'ONUSIDA estime qu'ils seront 40 millions en 2010.

En février 1999, l'ONUSIDA et le Président brésilien, Fernando Henrique Cardoso, ont lancé la campagne mondiale Avec les jeunes et les enfants, en campagne contre le SIDA *Ecouter, Apprendre, Vivre !*, qui s'appuie sur la campagne de 1997 *Les enfants dans un monde marqué par le SIDA* et la campagne de 1998 *Forces du Changement, Avec les jeunes, en campagne contre le SIDA*. Parmi les partenaires de cette campagne figurent Music Television International (MTV), International Save the Children Alliance, l'Association mondiale des Guides et des Eclaireuses et l'Organisation mondiale du Mouvement scout. Les sept actions clés identifiées pour une stratégie mondiale sont les suivantes:

III. DIRECTIVES INTERNATIONALES COMMENTEES

- mettre en place/examiner les politiques nationales visant à réduire la vulnérabilité et à faire respecter les droits de l'homme,
- promouvoir la participation active des jeunes pour amplifier les stratégies de riposte nationales,
- soutenir les groupes de pairs et de jeunes pour contribuer à cette riposte,
- mobiliser les parents, les médias, les chefs religieux et les décideurs pour influencer l'opinion et la politique publiques,
- améliorer la qualité et la couverture des programmes scolaires qui incluent les questions liées au VIH/SIDA dans des contextes appropriés,
- faciliter l'accès aux services de santé qui sont à l'écoute des jeunes et ne sont pas influencés par les préjugés, et
- fournir des soins et un soutien aux orphelins et aux jeunes gens vivant avec le VIH/SIDA.

Pour apprendre à se protéger, les jeunes gens doivent avoir accès aux services et disposer des connaissances et compétences nécessaires. Une communication ouverte basée sur les techniques de marketing modernes est indispensable pour travailler efficacement avec cette catégorie de personnes. Parmi les programmes existants, citons l'Initiative de l'ONUSIDA/UNICEF *Protège ton jeu*, parrainée par le footballeur brésilien Ronaldo. Les établissements scolaires constituent un endroit idéal pour toucher les enfants et les jeunes. A Kampala, en Ouganda, la station de radio indépendante Capitol Radio organise un forum populaire qui permet aux adolescents de parler librement des problèmes de sexualité et du VIH/SIDA avec des experts. En Amérique latine, le Projet d'éducation à la santé et à la vie familiales de CARICOM (Secrétariat de la Communauté des Caraïbes), qui fait intervenir plusieurs agences, assure une formation intégrée sur l'hygiène sexuelle, la prévention de la toxicomanie et le VIH/SIDA.

L'éducation par les pairs constitue une stratégie de communication efficace, notamment auprès des populations vulnérables telles que les jeunes. En effet, ces éducateurs parlent le même langage, partagent les mêmes valeurs et communiquent efficacement avec les jeunes. A Lusaka, en Zambie, 52 jeunes ont reçu une formation de conseiller au sein d'un dispensaire de santé en vue d'assurer des services de soutien et de mettre le personnel en relation avec les jeunes patients. Ce programme a permis aux jeunes gens et aux adultes de la communauté d'apprendre à se respecter mutuellement et a contribué à briser le tabou de la sexualité¹⁷⁹.

Le Brésil compte à son actif plusieurs expériences réussies dans le domaine de la protection des droits de l'enfant et de la réduction de la vulnérabilité face au VIH. A Rio de Janeiro, le Centre brésilien pour les droits de l'enfant et de l'adolescent travaille avec des enfants des rues dans une zone fortement touchée par le VIH. Il assure des services de base: par exemple, il aide ses clients à obtenir un certificat de naissance (ce qui est important dans la mesure où l'absence de certificat de naissance rend l'inscription à l'école dif-

ficile et a des répercussions négatives sur l'emploi)¹⁸⁰. Le Collectif des femmes pour la vie travaille avec des fillettes et des jeunes filles qui ont été victimes d'abus sexuels pour leur faire prendre confiance en elles et éviter qu'elles ne se prostituent ou n'entrent dans un gang. Dans les foyers d'hébergement de Recife, tels que la Casa de Passagen, les jeunes filles échappent momentanément à la pression de la rue et réapprennent à se sentir en sécurité et à maîtriser leur vie¹⁸¹.

Inscrire la question du VIH/SIDA à l'ordre du jour des forums ministériels existants est un moyen pratique de mettre en évidence les problèmes. La Première Conférence mondiale des Ministres responsables de la Jeunesse, qui s'est tenue à Lisbonne (Portugal) en août 1998, a accueilli les délégations de plus de 100 pays.

En Australie, l'Enquête nationale sur les enfants sans abri menée en 1989 par la Human Rights and Equal Opportunity Commission (HREOC) a eu un profond retentissement. Les responsables de l'enquête ont fait faire des études, visité des locaux, entendu des témoins dans de nombreux endroits et reçu un grand nombre de témoignages. Ils ont pu convaincre les pouvoirs publics que ces enfants étaient privés des droits les plus élémentaires et qu'une réponse globale et urgente s'imposait. L'une des conclusions de l'enquête était que ces enfants encouraient un risque d'infection par le VIH accru, car beaucoup se prostituaient, avaient des rapports sexuels non protégés et consommaient des drogues injectables. Sous la pression des médias, des groupes communautaires, des ONG et de nombreux autres secteurs, les pouvoirs publics ont fini par accepter la plupart des recommandations de l'Enquête¹⁸².

Minorités religieuses

Les programmes ciblés sur les groupes minoritaires vulnérables à l'infection par le VIH sont rares. Les facteurs qui influencent la vulnérabilité varient souvent parmi les populations minoritaires. Les programmes généraux ne parviennent pas toujours à toucher les minorités en raison des barrières de la langue ou des normes sociales, qui peuvent faire croire aux individus que les messages éducatifs ou préventifs ne les concernent pas.

Le projet de prévention et de sensibilisation des familles au problème du SIDA grâce aux Imams, qui est ciblé sur la population musulmane de l'Ouganda (16 % de la population totale, de 20 millions d'habitants), offre un exemple d'action réussie auprès des minorités religieuses, et qui de surcroît a des effets bénéfiques sur les femmes et les enfants¹⁸³. Lancé en 1992 par l'Association médicale musulmane (Islamic Medical Association), ce projet est financé par des donateurs internationaux¹⁸⁴. Il a formé et supervise plus de 8 000 chefs religieux et bénévoles (autant d'hommes que de femmes), et touche plus de 100 000 familles réparties dans 11 districts. La question des préservatifs a été abordée dans les séances de formation lors de la deuxième année du projet, après qu'un dialogue avec les chefs religieux les eut convaincus de la nécessité d'apprendre au public à utiliser le préservatif de manière responsable. Finalement, la crainte que l'évocation des préservatifs n'encourage les rapports sexuels en dehors du mariage – ce qui est contre la loi islamique – a été écartée¹⁸⁵.

Chaque Imam (chef de prière dans une mosquée) reçoit en dotation une bicyclette pour lui-même et les bénévoles de son équipe, ce qui facilite les visites, ainsi que des moyens financiers pour démarrer une activité créatrice de revenus (petits commerces alimentaires par exemple). Ce projet a eu pour effet majeur d'améliorer le statut des femmes en rehaussant l'image qu'elles avaient d'elles-mêmes, en renforçant leur indépendance financière et en les encourageant à éviter les comportements à risque. Cela les aide à prendre des décisions importantes en vue de protéger la santé de leur famille – par exemple, ne pas chercher de partenaire extraconjugal pour améliorer le revenu du ménage – et à éduquer leurs enfants, maximisant ainsi leurs chances de trouver un emploi et de comprendre les messages liés au VIH/SIDA.

Ce projet novateur permet aux Imams d'intégrer des informations exactes sur le VIH/SIDA à leur enseignement spirituel. Les équipes de bénévoles rendent visite aux familles individuellement pour leur dispenser un enseignement et des conseils de base et les inciter à modifier leur comportement. Certaines pratiques traditionnelles peuvent accroître le risque de transmission du VIH dans des circonstances particulières: c'est le cas de la circoncision (avec des instruments non stériles), de la toilette mortuaire (nettoyage des orifices corporels sans gants de protection) et, le cas échéant, de la polygamie. Faire appel à des membres respectés de la communauté pour promouvoir un modèle de comportement permet de replacer les normes sociales (par exemple, le devoir de ne pas faire de tort aux autres) dans un contexte personnel.

Un projet similaire a été mis en place dans les classes Madarasa (classes informelles du week-end assurées par les mosquées, où sont enseignées la culture et les traditions islamiques). Un cours sur le SIDA adapté aux enfants a été mis en place pour des classes composées de plusieurs groupes d'âge. Depuis 1995, il a été suivi par 20 000 enfants musulmans.

Directive 9: Modification des attitudes de discrimination par l'éducation, la formation et l'information

Les Etats devraient encourager une large diffusion continue de programmes novateurs d'éducation, de formation et d'information spécialement conçus pour modifier les attitudes de discrimination et de stigmatisation liées au VIH/SIDA et y substituer la compréhension et l'acceptation.

Les programmes d'éducation visant à modifier les attitudes de discrimination sont un complément essentiel de la réforme de la législation antidiscriminatoire. Il est important et utile d'atténuer les préjugés à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA, car cela supprime les obstacles à un diagnostic et un traitement précoces.

Exploiter l'expertise existante est un bon moyen de modifier les comportements, comme le montre la vidéo de MTV *Staying Alive* (Rester en vie), conçue à l'attention du public jeune et diffusée partout dans le monde lors de la Journée mondiale SIDA de 1998. Feu la princesse Diana a également montré l'exemple en prenant dans ses bras, en serrant la main ou en embrassant en public des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Projets ciblés

Des ateliers ont été organisés à l'attention des parlementaires au Honduras, au Kirghizistan, au Mozambique et au Panama afin de faire connaître le problème du VIH/SIDA et de sensibiliser les responsables politiques à la question des droits de l'homme. Ces ateliers, dans lesquels le VIH/SIDA était présenté comme un problème à la fois interne et externe, ont eu le mérite de créer un climat de non-discrimination et d'ouverture au sein des parlements. L'ex-Président de la Zambie Kenneth Kaunda a annoncé en public que son fils était mort du SIDA, et en Grande-Bretagne, un membre du parlement a indiqué que cette maladie avait été fatale à son frère. En octobre 1996, un membre de la Chambre des représentants japonaise a été élu en raison de sa participation en tant qu'hémophile à un procès contre le Gouvernement et des entreprises pharmaceutiques, après qu'il eut contracté le VIH à la suite d'une transfusion sanguine¹⁸⁶.

Des efforts ont également été déployés en direction du pouvoir judiciaire dans plusieurs pays. Par exemple, en janvier 1999, le Collectif des juristes en Inde a organisé un atelier de deux jours à Mumbai sur les questions de législation et d'éthique soulevées par le VIH/SIDA¹⁸⁷. Son objectif était de sensibiliser les juges et d'attirer leur attention sur des questions susceptibles d'être débattues au sein des tribunaux. Divers sujets ont été abordés: la discrimination, les groupes vulnérables, la santé publique (dépistage, conseils et confidentialité), la sécurité transfusionnelle, les médias, et l'éthique de la recherche. Les intervenants principaux étaient des juges ayant une longue expérience des problèmes de VIH/SIDA et des droits de l'homme – le juge Edwin Cameron d'Afrique du Sud et le juge Michael Kirby d'Australie. Le 20 avril 1999, le juge Cameron a déclaré publiquement à la South African Judicial Service Commission (Commission judiciaire sud-africaine) qu'il était atteint du SIDA.

Un projet australien ciblé sur le personnel de santé examine systématiquement les pratiques institutionnelles et professionnelles dans lesquelles est susceptible d'intervenir la discrimination (telles que la lutte anti-infectieuse, le consentement éclairé et la confidentialité). Ce projet mené dans deux hôpitaux urbains et deux hôpitaux ruraux n'a pas mis l'accent sur la lutte contre la discrimination, mais a incorporé ce sujet à des thèmes plus généraux tels que l'amélioration du service et l'intégration des pratiques exemplaires aux activités institutionnelles de routine dans le but d'accroître leur viabilité. Le personnel de santé lui-même a participé à cet examen, ce qui a renforcé sa motivation et permis d'identifier les problèmes et les solutions à un niveau plus profond qu'il n'aurait été possible de le faire avec des acteurs du dehors¹⁸⁸.

Campagnes générales dans les médias

Les campagnes générales de lutte contre la discrimination qui incluent des exemples liés au VIH/SIDA peuvent être efficaces, comme en témoigne une campagne espagnole fondée sur le respect généralisé de l'individu. En 1992 et 1994, le Gouvernement australien a mené des campagnes de sensibilisation du public sur les thèmes *HIV Doesn't Discriminate, People Do* (le VIH n'établit pas de discrimination, mais les gens si) et *Don't judge what I can do by what you think I can't* (Ne jugez pas de ce que je peux faire en fonction de ce que vous me croyez incapable de faire). L'objectif de la première campagne était de combattre certains comportements et préjugés en convainquant le public que fréquenter socialement des personnes vivant avec le VIH/SIDA ne présentait aucun risque. Elle se servait non pas d'acteurs mais du témoignage de personnes réelles (avec leur consentement) qui, par des récits touchants, montraient qu'elles avaient des relations normales avec leurs amis, leurs proches, leurs collègues de travail, leurs voisins et leurs partenaires. Dans le cas des personnes qui étaient décédées depuis le tournage des spots télévisés, un message indiquait les dates de naissance et de décès. La seconde campagne appuyait la *Disability Discrimination Act* (Loi sur la discrimination à l'encontre des personnes handicapées) de 1992. Elle a été précédée d'une étude conceptuelle sur les causes sous-jacentes de la discrimination, qui se sont révélées être les craintes associées à la contagion, la toxicomanie, la sexualité et l'homophobie. Le personnel de santé a été identifié comme un élément clé dans la sensibilisation de la communauté à l'épidémie¹⁸⁹.

D'autres projets sont venus renforcer ces campagnes de sensibilisation visant à minimiser la discrimination liée au VIH. Par le biais d'ateliers, l'un d'eux s'est efforcé d'informer les personnes vivant avec le VIH/SIDA de leurs droits, d'améliorer leur aptitude à se défendre, de renseigner les prestataires de services sur les besoins des personnes vivant avec le VIH/SIDA et d'aider les organismes et communautés en vue (par exemple, sur le lieu de travail ou dans les services de logements sociaux) à créer et développer un environnement habilitant. Les ressources mises à la disposition des participants comprenaient des brochures sur la retraite, la confidentialité, les droits civils et la planification successorale. Un aspect important du projet consistait à faire des personnes vivant avec le VIH/SIDA des éducateurs. Des services de coordination des conférenciers ont été mis en place afin de donner un visage humain au VIH/SIDA et d'accroître la légitimité et l'impact des messages de lutte contre la discrimination. Des bénévoles vivant avec le VIH/SIDA se sont rendus dans des écoles et autres institutions intéressées et ont ainsi pu combattre certains préjugés. Parmi les obstacles identifiés par les projets figurent l'analphabétisme, la méconnaissance de la langue, l'appartenance ethnique, la classe, le sexe, la manque de confiance, d'autres facteurs conduisant à la marginalisation (tels que la toxicomanie), l'accès aux services et leur disponibilité et l'isolement rural¹⁹⁰. Ces stratégies générales ont mis en évidence la nature complexe de la discrimination et l'absence de solutions simples permettant d'y remédier. Elles soulignent la nécessité de prendre en compte les divers paramètres personnels et sociaux qui influencent l'expérience de la séropositivité, tels que certains autres facteurs de stigmatisation, ainsi que l'importance prise par la discrimination liée au VIH/SIDA dans la vie des personnes vivant avec le VIH/SIDA par

rapport à d'autres problèmes tels que l'emploi et le logement¹⁹¹.

Quatre études quantitatives de suivi ont été réalisées dans le but d'évaluer l'évolution des connaissances et des comportements liés au VIH/SIDA. Elles ont mis en évidence un déclin progressif de la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des groupes vulnérables (en particulier les homosexuels), à l'exception des consommateurs de drogues injectables¹⁹². Un projet complémentaire a vu le jour en 1995: il s'agit de la publication d'un Guide sur le VIH/SIDA à l'attention des médias, qui encourage l'approche responsable par opposition à l'approche sensationnaliste et préconise l'emploi de termes appropriés et non pas infamants.

Directive 10: Elaboration par les pouvoirs publics et le secteur privé de normes assorties de mécanismes pour la mise en œuvre de ces normes

Les Etats devraient veiller à ce que les pouvoirs publics et le secteur privé élaborent pour les questions concernant le VIH/SIDA des codes de conduite traduisant les principes des droits de l'homme en codes de pratique et de responsabilité professionnelles, assortis de mécanismes d'accompagnement en vue de la mise en œuvre et de l'application de ces codes.

L'innovation revêt une importance-clé dans la mise en place de partenariats entre le secteur public et le secteur privé visant à lutter efficacement contre l'épidémie¹⁹³. La profession médicale est un secteur qui se prête tout particulièrement à une collaboration pour la mise au point de codes de conduite. D'importants travaux ont déjà été accomplis par ce secteur dans plusieurs pays: on peut citer les South African Medical and Dental Council Guidelines on HIV/AIDS (Recommandations sur le VIH/SIDA du Conseil médical et dentaire d'Afrique du Sud) et le British Medical Association's Statement on AIDS (Déclaration de l'Association médicale britannique sur le SIDA).

L'emploi est un autre domaine important. Pour garantir aux individus le droit à un lieu de travail sûr, sain et non discriminatoire, des politiques nationales sur le VIH/SIDA et l'emploi doivent être élaborées par des organes tripartites, c'est-à-dire qui représentent l'Etat, les employeurs et les syndicats. A cet égard, le Code de conduite sur l'emploi et le VIH/SIDA de la Communauté de Développement de l'Afrique australe (SADC) constitue un bon exemple¹⁹⁴. Ce code s'appuie sur le principe fondamental suivant: le VIH/SIDA doit être traité comme toutes les autres maladies graves. Il couvre des questions telles que la discrimination, le consentement éclairé pour le dépistage, la confidentialité, l'accès aux avantages sociaux, les congés de maladie, le dédommagement, le règlement des litiges, les procédures de règlement des griefs et

les procédures disciplinaires. Le code a été rédigé par le AIDS Law Project et le Consortium on Legal Rights and AIDS à partir de données fournies par les syndicats, les employeurs et les pouvoirs publics, dans le cadre d'une campagne de lobbying intensive. Les 15 chefs de gouvernement des pays de la SADC ont officiellement approuvé ce code en septembre 1997 et ont commencé à l'appliquer dans leur pays. Des pays comme la Namibie l'ont adopté dans le cadre de leur Constitution¹⁹⁵. En outre, le code a été adopté par plusieurs conseils locaux et entreprises privées, dont certains l'ont modifié pour en faire leur propre document de politique interne.

On dénombre de nombreux exemples de tels codes au niveau national:

- La Chambre du Commerce et de l'Industrie de Tokyo a préparé un manuel pour ses membres. L'Association des employeurs de l'industrie automobile a adopté des recommandations sur l'éducation, le respect de la vie privée et la non-discrimination liés au VIH/SIDA en 1993. En 1995, le Ministère du Travail du Japon a élaboré des recommandations qui mettent l'accent sur le respect de la vie privée et la confidentialité et garantissent que la séropositivité ne saurait être une cause de licenciement¹⁹⁶.
- La Confédération de l'industrie indienne a rédigé un guide de recommandations et d'informations sur le thème du SIDA sur le lieu de travail¹⁹⁷.
- La Coalition des entreprises thaïlandaises sur le SIDA, qui existe depuis 1994, a (entre autres activités) élaboré un guide du VIH/SIDA sur le lieu de travail¹⁹⁸.

Les médias offrent également des possibilités de collaboration. Lors du Congrès des médias africains de 1998 sur le VIH/SIDA et la santé reproductive/les droits liés à la reproduction, les participants ont élaboré un Code d'éthique abordant les thèmes suivants: nécessité d'une compréhension fondamentale des questions liées au VIH/SIDA, respect de la vie privée, utilisation de termes corrects et non infamants, éthique et responsabilité.

Directive 11: Mécanismes étatiques de suivi et d'exécution en matière de droits de l'homme

Les Etats devraient veiller à ce qu'existent des mécanismes de suivi et d'exécution garantissant la protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH, notamment des droits des personnes touchées par le VIH/SIDA, de leurs familles et de leurs communautés.

Les principes relatifs à l'établissement d'institutions nationales de défense des droits de l'homme ont été arrêtés par la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies à Paris en 1992. Ces principes reconnaissent que le respect des droits

de l'homme dans les pays passe par la mise en place d'infrastructures nationales solides et efficaces. On dénombre une trentaine d'institutions de ce type dans le monde – en Afrique du Sud, en Australie, au Canada, aux Etats-Unis, au Malawi, en Nouvelle-Zélande, aux Philippines, au Royaume-Uni et à Sri Lanka. Leurs structures sont variables et répondent aux spécificités politiques, culturelles et économiques du pays, mais elles partagent les mêmes objectifs. Leurs fonctions communes sont les suivantes:

- activités pédagogiques et promotionnelles,
- conseils aux pouvoirs publics sur la question des droits de l'homme,
- enquêtes, conciliation et/ou résolution/arbitrage des dossiers déposés par des plaignants individuels contre des organismes publics (et parfois privés), qui portent généralement sur des cas de discrimination sur la base d'un handicap, du sexe et de la race, et
- garantie du respect par la législation nationale des normes et des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme.

Les lois qui président à la création d'institutions nationales efficaces comportent dans la plupart des cas les éléments suivants (fondés sur les principes de Paris)¹⁹⁹:

- indépendance vis-à-vis des organes gouvernementaux,
- définition de la juridiction, par exemple sur la base d'une charte constitutionnelle des droits ou d'instruments internationaux de défense des droits de l'homme,
- accessibilité physique (par exemple, par une décentralisation) et visibilité (les «clients» potentiels au sein des groupes vulnérables doivent être conscients de l'existence de l'institution),
- coopération avec les ONG, les groupes communautaires, les autres institutions nationales et les organisations intergouvernementales telles que l'ONU, et
- obligation de rendre compte – obligation de faire des rapports au Parlement (avec indication de la fréquence de ces rapports, des thèmes couverts et des procédures de soumission et d'examen des rapports).

L'ONUSIDA, le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme et le PNUD ont lancé des projets sur deux ans en Ouganda et en Inde dans le but d'aider les institutions nationales de défense des droits de l'homme à intégrer le problème du VIH/SIDA. L'objectif de ces initiatives est d'améliorer le respect des obligations découlant des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme au niveau national et de créer des mécanismes permettant à ces pays de rendre compte précisément du respect de leurs obligations auprès des organes de surveillance créés en vertu des traités de l'ONU.

La Ugandan Human Rights Commission (Commission ougandaise des droits de l'homme) a été créée en 1997 en vertu des sections 51 à 58 de la Constitution de 1995. Le Président ougandais nomme le Président de la Commission et trois autres membres avec l'accord du Parlement. Le domaine de compétence de la Commission est large, puisqu'il couvre toutes les questions liées aux droits de l'homme. Bien qu'elle soit habilitée à mener des enquêtes à la suite de plaintes et sur sa propre initiative, la Commission a surtout enquêté sur des cas de violation supposée cités dans les médias. Elle travaille en collaboration étroite avec les ONG dans des domaines tels que le contrôle du respect des obligations découlant des traités internationaux relatifs aux droits de l'homme et l'instruction civique. Elle travaille par ailleurs avec la Commission judiciaire, la Société du Barreau, les syndicats et d'autres groupes. Le premier cas de violation systématique des droits de l'homme sur lequel elle a été amenée à enquêter concernait les enfants des rues.

La National Human Rights Commission of India (Commission nationale des droits de l'homme de l'Inde) a été créée en 1993. Outre le Président et quatre autres membres, elle compte trois membres d'office – qui sont les présidents des Commissions nationales des Minorités, des Castes et Tribus recensées et des Femmes. Son mandat s'étend aux droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Elle aussi peut mener des enquêtes à la suite de plaintes individuelles ou sur sa propre initiative. L'un des principaux cas de violation systématique des droits de l'homme sur lequel elle a travaillé est la violence carcérale. Ses autres dossiers importants concernent les femmes, les enfants et les personnes souffrant de handicaps. La Commission préside l'International Coordinating Committee of National Institutions (Comité international de coordination des institutions nationales), établi lors de la Conférence mondiale sur les Droits de l'Homme de 1993.

Certains gouvernements utilisent également une autre méthode pour promouvoir le respect des droits de l'homme à l'échelon national: il s'agit d'élaborer des plans d'action nationaux sur les droits de l'homme décrivant les politiques actuelles, analysant les défis futurs et proposant des mesures nationales pour y remédier. L'élaboration de tels plans a été recommandée lors des Conférences de Beijing et de Vienne et est soutenue par le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme.

Directive 12: Coopération internationale

Les Etats devraient coopérer par le biais de tous les programmes pertinents et institutions compétentes du système des Nations Unies, en particulier l'ONUSIDA, afin de mettre en commun les connaissances et les expériences acquises dans le domaine des droits de l'homme en relation avec le VIH et devraient veiller à ce qu'existent au niveau international des mécanismes efficaces de protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA.

Les Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA à l'échelon national permettent aux institutions de coordonner et planifier conjointement leur action et leur soutien aux programmes nationaux liés au SIDA. Ils exercent toute une série de fonctions: élaboration de mesures, défense des droits, mobilisation de ressources, soutien financier et technique, et collecte, analyse et partage des informations. Les institutions des Nations Unies peuvent obtenir des plus hautes sphères de l'Etat un engagement en faveur d'une action immédiate et massive. Au Mozambique, les réunions du Groupe thématique des Nations Unies avec le Président et le Premier Ministre ont conduit à l'inclusion dans la nouvelle législation du travail des questions touchant au respect des droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA, ainsi qu'à l'adoption de mesures d'atténuation dans la planification des nouveaux investissements²⁰⁰. Des réunions entre les responsables politiques et les Groupes thématiques des Nations Unies ont été régulièrement organisées dans d'autres pays également – par exemple, avec le Vice-Premier Ministre du Viet Nam et le Vice-Premier Ministre de la République dominicaine²⁰¹.

Lors de la réunion de l'ONUSIDA et du Groupe de travail de l'Union interparlementaire qui était consacrée à l'examen d'une version préliminaire de ce Guide, en février 1999, une suggestion novatrice a été faite dans l'intérêt de la mondialisation et du partage du fardeau au sein de la communauté internationale. Il a été proposé que les programmes d'aide au développement incluent des bourses de courte durée permettant de former et sensibiliser les juristes aux questions du VIH/SIDA et des droits de l'homme. En 1995, le PNUD a organisé des ateliers de formation à Beijing (Chine), Nadi (Fidji) et Colombo (Sri Lanka) concernant la législation sur le VIH et sa réforme. Ces ateliers, qui étaient conçus comme des outils de création de capacités, avaient pour objectifs de produire un effet catalyseur à l'échelle nationale²⁰². L'ONUSIDA et le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme ont entrepris d'intégrer le thème du VIH/SIDA à la formation générale sur les droits de l'homme et aux projets d'assistance technique.

Mécanismes internationaux de vérification du respect des obligations

Il est largement admis que les mécanismes de vérification du respect des droits de l'homme doivent être améliorés à l'échelle nationale et internationale. Les institutions des Nations Unies, les gouvernements nationaux et les ONG internationales et nationales ont tous un rôle à jouer dans ce domaine. Les six organes créés en vertu d'instruments des Nations Unies et chargés de vérifier le respect des principaux traités relatifs aux droits de l'homme doivent être mieux utilisés afin que les Etats Parties apportent à l'épidémie une réponse appropriée et respectueuse des droits. En vertu de ces mécanismes, les gouvernements signataires des traités sont tenus de soumettre des rapports réguliers sur les progrès réalisés dans la mise en œuvre desdits traités. Les ONG peuvent également soumettre des rapports informels lors des séances spéciales des comités, avant que ces derniers ne discutent avec le gouvernement.

Une étude des Remarques de conclusion des quatre comités (consacrés aux femmes, aux enfants, aux droits économiques, sociaux et culturels et aux droits civils et politiques) a mis en évidence que le VIH/SIDA était cité dans 24% des 211 rapports élaborés entre 1993 et 1998. Parmi eux, 43% contenaient des commentaires, 22% des questions et 35% des recommandations. Les recommandations les plus fréquentes portent sur la nécessité: d'adopter des programmes de prévention (c'est-à-dire des services d'information et d'éducation) ou de renforcer les programmes existants, d'adopter des mesures à l'attention des personnes vivant avec le VIH/SIDA, principalement pour lutter contre la discrimination, ou de lutter contre le tourisme sexuel, d'impliquer les femmes responsables politiques dans les campagnes d'information et d'éducation ou de recueillir des données sur l'incidence sur les groupes vulnérables²⁰³.

Les organismes créés en vertu des traités commencent à accorder davantage d'attention au VIH/SIDA.

- En décembre 1996, le FNUAP, la Division de la Promotion de la Femme (Nations Unies – UNDAW) et le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme se sont réunis à Glen Cove, New York, pour étudier la question des droits de l'homme en matière de santé féminine, l'accent étant mis sur les droits en matière de santé reproductive et d'hygiène sexuelle.
- Le FNUAP et l'ONUSIDA se sont exprimés à la réunion annuelle des présidents d'organismes créés en vertu de traités, qui a eu lieu à Genève en septembre 1997. L'ONUSIDA a encouragé ces organismes à approfondir leur compréhension des liens existant entre les droits de l'homme et le VIH/SIDA afin d'intégrer ces questions dans leurs travaux. Il leur a notamment recommandé d'élaborer des directives en matière d'établissement de rapports, des Commentaires et Recommandations généraux et des Conclusions par pays. L'ONUSIDA et les ONG (l'ICASO, le Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA, servant d'agent de coordination) ont offert leur coopération et leur assistance technique aux organismes créés en vertu de traités, en leur proposant notamment de leur communiquer des informations liées au VIH par pays ainsi que des données facilitant les procédures d'établissement de rapports.
- L'ONUSIDA a élaboré un *Guide to the UN Human Rights Machinery* à l'attention des organisations de lutte contre le SIDA, les personnes vivant avec le VIH/SIDA et autres personnes et organismes travaillant dans le domaine du VIH/SIDA et des droits de l'homme. Ce guide a pour vocation d'aider les organisations à comprendre le fonctionnement des mécanismes des Nations Unies afin qu'elles puissent y participer en répertoriant les pratiques existantes et en défendant les droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA – en leur nom et avec elles.
- En octobre 1998, l'ONUSIDA a coordonné la journée thématique spéciale *Les enfants dans un monde marqué par le SIDA* pour le compte du Comité des droits de l'enfant.

Dans la mesure où les gouvernements sont les parties à qui incombe la responsabilité de faire respecter les normes internationales en matière de droits de l'homme à l'échelle nationale, ils doivent pleinement respecter les mécanismes existants de vérification de leurs performances respectives. Pour améliorer la qualité au regard du VIH/SIDA des rapports nationaux soumis aux organes créés en vertu de traités des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme, il faut que trois secteurs déploient des efforts: le gouvernement qui prépare le rapport, les ONG nationales et internationales, et les organismes qui examinent le rapport. Toutes ces parties doivent également rendre compte de la mise en œuvre des recommandations formulées à la suite du rapport.

*Le Manuel relatif à l'établissement des rapports sur les droits de l'homme des Nations Unies*²⁰⁴ aide les pays à fournir en temps utile des informations exhaustives sur les mesures prises pour satisfaire aux obligations découlant des traités et facilite le respect des procédures d'établissement de rapports. Ce manuel s'appuie sur l'expérience retirée des formations régionales organisées par l'ONU à l'attention des fonctionnaires nationaux chargés de préparer et remettre des rapports réguliers aux organismes concernés. Il reconnaît que l'établissement de rapports «est au cœur des mécanismes internationaux de vérification de la mise en œuvre des obligations découlant des traités à l'échelle nationale».

La procédure d'établissement de rapports doit être perçue comme un moyen d'instaurer un dialogue constructif entre l'Etat Partie et le groupe international indépendant d'experts, et non comme un fardeau imposé aux Etats pour réduire leur souveraineté. Investir dans les ressources qui permettent de produire des rapports de qualité s'inscrivant dans un processus continu de réalisation des droits de l'homme à l'échelle nationale peut rendre les gouvernements plus responsables vis-à-vis des citoyens²⁰⁵. L'ONUSIDA s'engage à aider les pays à aborder la question du VIH/SIDA dans leurs rapports, notamment par le biais des Groupes thématiques soutenus par les Conseillers en programmes nationaux et les Equipes techniques interpays. L'ONUSIDA envisage d'élaborer des modèles de rapports traitant la question du VIH/SIDA de manière adéquate, dans le contexte des droits de la personne appliqués aux femmes et aux enfants.

Mobilisation des ONG

Le Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA (ICASO) a élaboré un Plan sur les droits de l'homme, l'équité sociale et le VIH/SIDA en juin 1998, à la suite d'une consultation inter-régionale menée en mars 1998. Ce Plan prévoit une série d'activités et d'initiatives pédagogiques et de défense des droits fondées sur les Directives internationales. Plusieurs régions de l'ICASO ont d'ores et déjà élaboré des plans de travail spécifiques indiquant comment elles comptent intégrer la question des droits de l'homme dans leurs travaux. L'une des difficultés majeures consiste à améliorer les liens entre les organismes travaillant sur le VIH/SIDA et les ONG spécialisées dans les droits de l'homme. Lors de la 12^{ème} Conférence mondiale sur le SIDA qui s'est tenue à Genève en juin-juillet 1998, plusieurs ateliers et réunions ont été consacrés à ce problème.

Chefs religieux

Dans le cadre d'une riposte massive au problème du VIH/SIDA, il peut être utile de renforcer les liens avec les chefs religieux, et ce pour de nombreuses raisons. La plupart des organisations religieuses sont impliquées dans les questions de traitement et de soins depuis le début de la pandémie. En outre, le fait que les chefs religieux vivent au contact étroit de la communauté les rend très précieux pour les activités d'éducation et d'information sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme. L'opposition à des matériels éducatifs sexuellement explicites et à la promotion des préservatifs est un problème à la fois réel et potentiel, qui nécessite l'instauration d'un dialogue constructif entre les religieux et les responsables de la santé publique dans de nombreux pays²⁰⁶. Le projet mené avec succès au sein de la communauté musulmane de l'Ouganda a déjà été décrit (pages 109-110). Un autre projet fructueux a été mené au sein des communautés chrétiennes majoritaires du Kenya par MAP International, une ONG sans but lucratif spécialisée dans l'aide humanitaire et le développement qui a bénéficié d'un financement du Projet AIDSCAP de prévention et de lutte contre le SIDA²⁰⁷.

La Première Conférence internationale sur la Religion et le SIDA, qui s'est tenue à Dakar (Sénégal) en 1997 et a débouché sur une Déclaration des personnes vivant avec le VIH/SIDA, a constitué une réelle avancée. Une nouvelle étape a été franchie dans ce domaine avec la signature d'un Protocole d'accord entre l'ONUSIDA et Caritas Internationalis (CI), l'un des plus vastes réseaux d'ONG du monde. CI est une confédération internationale catholique regroupant 146 membres et composée d'un vaste réseau d'œuvres caritatives opérant dans le domaine de l'aide humanitaire, du développement et des œuvres sociales dans 194 pays et territoires. En vertu de ce Protocole d'accord, les deux parties s'engagent à travailler de conserve dans toute la mesure du possible pour: sensibiliser le public au VIH/SIDA, se pencher sur les questions de développement plus générales mises en lumière par la pandémie, et promouvoir les activités de défense des droits²⁰⁸. Cette coopération devrait faciliter l'accès aux soins et l'élaboration des politiques et permettre d'obtenir des informations fiables et de maîtriser l'impact de l'épidémie, en particulier sur les membres vulnérables de la société.

IV. CONCLUSION

L'objectif de ce Guide est d'aider les législateurs à intégrer la question du VIH/SIDA à la lumière des droits de l'homme dans leur mandat parlementaire en leur fournissant des informations pratiques sur les liens existant entre ces deux domaines. Ce faisant, il devrait faciliter la mise en œuvre de la Résolution de l'Union interparlementaire et des Directives internationales à l'échelle nationale, c'est-à-dire au niveau où sont débattus et élaborés les budgets. L'Union interparlementaire a tenu un rôle vital dans ce partenariat avec l'ONUSIDA et continuera de se montrer très utile en promouvant l'utilisation de ce Guide.

Si l'on ne fonde pas la riposte sur les droits, la vulnérabilité face à l'infection et l'incidence de cette dernière s'aggraveront, et la capacité de riposte de la communauté sera affaiblie. Comme le disait souvent le regretté Jonathan Mann, la protection de la majorité non contaminée est inextricablement liée à la défense des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Le cadre actuel des droits de l'homme fixe des normes contraignantes et universellement reconnues qui sont à la fois exhaustives et cohérentes, ainsi que des institutions qui visent à promouvoir l'obligation de rendre compte. Il constitue un outil solide permettant de déterminer si les réponses apportées ont réduit la vulnérabilité des populations dépossédées de leurs droits et stigmatisées. Par exemple, il est possible de déterminer si ces groupes ont été touchés par les campagnes ciblées d'éducation et d'information en matière de prévention, ou de mesurer leur impact sur la population déjà infectée ou concernée.

Les problèmes complexes et sujets à polémique soulevés par le VIH/SIDA n'ont pas forcément la même importance dans tous les pays. Des procédures consultatives nationales et communautaires sont nécessaires pour faire émerger un consensus viable sur les domaines d'action prioritaires. Les problèmes de santé publique ne doivent en aucun cas être teintés de moralisme.

Face à l'épidémie, certains pays ont adopté une attitude inappropriée, caractérisée par un manque d'engagement politique, le déni et le désengagement vis-à-vis des communautés affectées. En l'absence d'un engagement solide et de longue durée des parlementaires, qui ont la possibilité de faire changer les choses, l'épidémie continuera à se propager. Le nombre de personnes infectées par le VIH dépasse déjà 33 millions – la question est de savoir combien de vies devront encore être sacrifiées pour que les pouvoirs publics apportent une réponse massive, rapide et efficace au problème du SIDA.

ANNEXE A

Données médicales

Le SIDA est le stade terminal de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH-1 et, plus rarement, VIH-2). Le virus a été isolé pour la première fois en 1983 et des tests VIH sont disponibles depuis 1985. En règle générale, ces tests recherchent les anticorps au virus, plutôt que le virus lui-même. Le virus n'est pas transmis par les contacts fortuits. Il est transmis par:

- les rapports sexuels,
- l'utilisation d'aiguilles et seringues contaminées, tant dans le cadre de procédures médicales que pour la consommation de drogues injectables,
- l'allaitement de l'enfant par la mère ou lors de la phase périnatale, et
- la transfusion de sang ou produits sanguins contaminés.

On estime que l'infectiosité est la plus forte lors des périodes où les charges virales sont élevées, au cours de la phase initiale aiguë de l'infection et à l'extrême fin de la période asymptomatique.

Au plan mondial, les transmissions par voie sexuelle représentent environ 75 % des cas, dont les trois quarts dans le cadre de rapports hétérosexuels et un quart dans le cadre de rapports homosexuels masculins. La principale méthode pour éviter la transmission du VIH pendant la pénétration est le préservatif «masculin» traditionnel ou le préservatif «féminin» proposé depuis peu. Les recherches se poursuivent pour la mise au point d'un microbicide vaginal et/ou rectal efficace qui permettrait de faire reculer le risque de transmission du VIH et des MST²⁰⁹. Il est de la plus extrême importance que soient mises au point des méthodes de prévention contrôlées par le partenaire sexuel réceptif, ce qui permettrait de surmonter les difficultés liées à la négociation de pratiques sexuelles plus sûres dans les cas où les deux partenaires ne sont pas sur un pied d'égalité. La présence de maladies sexuellement transmissibles symptomatiques non traitées (l'herpès et la syphilis, par exemple) est un co-facteur majeur, et l'on estime que les ulcérations génitales accroissent le risque de transmission lors de l'exposition. Selon les estimations de l'OMS, 340 millions de nouveaux cas d'infections aux MST auraient été enregistrés dans le monde en 1995²¹⁰.

Après la transmission, qui s'accompagne de symptômes comparables à ceux de la grippe pendant une semaine ou deux (la phase primaire ou aiguë), il y a une période «sérologiquement muette», d'environ 6 à 12 semaines, pendant laquelle aucun anticorps au virus n'a encore été produit. L'infection à VIH est asymptomatique pendant 10 ans en moyenne, mais cette période peut n'être que de cinq à sept années dans certains pays en développement, en raison des conditions sanitaires et nutritionnelles globalement moins bonnes, mais également d'un manque de traitements pour les maladies opportunistes telles que la tuberculose (responsable d'environ 30 % de l'ensemble des décès liés au SIDA)²¹¹. Ensuite, dans la grande majorité des cas, le virus entraîne la destruction du système immu-

nitaire, ce qui laisse les malades sans défense face aux maladies opportunistes (telles que la pneumonie et les cancers associés au SIDA) qui sont en général fatales dans un délai de 6 à 24 mois selon la disponibilité des traitements. Si l'association d'antirétroviraux²¹² a donné des résultats encourageants dans les pays industrialisés, elle reste pour l'heure inabordable dans la plupart des pays en développement²¹³.

Initiatives récentes concernant la mise au point d'un vaccin et l'accès aux traitements

Dans sa Résolution adoptée à Windhoek (Namibie), la Conférence interparlementaire s'est déclarée profondément préoccupée par le retard pris dans la mise au point d'un vaccin et par l'écart entre les pays développés et les pays en développement concernant l'accès aux traitements. La présente section décrit les initiatives prises récemment par l'ONUSIDA et d'autres acteurs en réponse à ces problèmes.

Mise au point d'un vaccin

Dans les pays en développement, qui comptent 95% des cas de VIH/SIDA survenus à ce jour, les traitements antirétroviraux sont trop onéreux pour être largement appliqués, même si certaines améliorations ont été réalisées dans ce domaine (voir ci-après). La mise au point d'un vaccin capable de prévenir l'acquisition du VIH, ou la progression de la maladie chez les personnes déjà infectées, est la méthode la plus réaliste pour enrayer la pandémie à long terme (les programmes d'information, d'éducation, de prévention et de soins étant maintenus dans l'intervalle).

La mise au point d'un vaccin sûr, efficace et bon marché est l'un des cinq objectifs de l'ONUSIDA et plusieurs des activités du programme tendent vers ce but. L'ONUSIDA appelle ainsi à la mise au point dans les meilleurs délais de vaccins appropriés pour les pays en développement, et encourage leur évaluation clinique sur la base des normes éthiques et scientifiques les plus strictes. Par ailleurs, l'ONUSIDA fournit des conseils éthiques et scientifiques, indépendants et autorisés, aux pays qui envisagent de conduire des essais sur des sujets humains.

Dans le cadre de son rôle normatif, l'ONUSIDA a récemment élaboré – à la suite d'un processus de large consultation et de création d'un consensus, étalé sur neuf mois et impliquant 200 personnes de 30 pays – des directives éthiques pour la conduite de ces essais, qui viennent compléter les Directives internationales d'éthique pour la recherche biomédicale impliquant des sujets humains de 1993 du CIOMS²¹⁴ et de l'OMS. Le Dr Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA, a déclaré que ces directives ouvraient une nouvelle ère de coopération et de développement d'un potentiel d'action entre les pays:

«Nous entrons dans une nouvelle ère dans laquelle le paternalisme et le déséquilibre des ressources céderont le pas à l'émancipation dans les processus de décisions et à l'égalité dans les partenariats entre les parrains et les hôtes de la recherche scientifique.»

Par ailleurs, l'ONUSIDA aide une sélection de pays à créer les capacités voulues pour mener des activités de recherche pour la mise au point d'un vaccin. Des plans nationaux pour la mise au point d'un vaccin contre le SIDA, parrainés par l'ONUSIDA, sont ainsi mis en œuvre au Brésil, en Ouganda et en Thaïlande, et d'autres pays s'engagent dans la même voie. Ces plans donnent des orientations sur les stratégies et procédures à suivre, et formulent des recommandations spécifiques relatives à la recherche vaccinale. En plus des quelques essais en Phases I et II qui ont été conduits aux Etats-Unis et en Europe, plusieurs essais à petite échelle de vaccins contre le VIH (Phases I et II) ont également été menés au Brésil et en Thaïlande, et seront bientôt entamés en Ouganda. Le premier essai de Phase III à grande échelle pour déterminer l'efficacité d'un vaccin a été lancé en Thaïlande, et une opération similaire devrait bientôt être lancée aux Etats-Unis. Toutes ces activités sont menées en collaboration et partenariat étroits avec les autorités et les scientifiques des pays en développement, les organismes internationaux de recherche sur le SIDA, l'industrie pharmaceutique et les ONG, telles que l'IAVI (International AIDS Vaccine Initiative – Initiative internationale pour la mise au point d'un vaccin contre le SIDA).

Au Sommet de Denver, les pays du G-8 ont convenu d'agir rapidement en réponse au défi lancé par le Président des Etats-Unis de mettre au point un vaccin dans les dix ans à venir²¹⁵. Le Sommet de Birmingham du G-8 a pris l'engagement d'entreprendre un effort international visant à faire reculer la pandémie par l'élaboration d'un vaccin, la mise en place de programmes de prévention, le recours à des thérapies appropriées et un soutien à l'ONUSIDA. L'IAVI a récemment lancé une campagne pour la création d'un Global HIV Vaccine Purchase Fund (Fonds mondial d'achat d'un vaccin contre le VIH) et la Banque mondiale examine actuellement divers modèles potentiels²¹⁶.

Initiatives concernant l'accès aux traitements

En novembre 1997, l'ONUSIDA a lancé la phase pilote de son Initiative pour un meilleur accès aux médicaments liés au VIH dans quatre pays en développement: Chili, Côte d'Ivoire, Ouganda et Viet Nam. La distribution dans les deux premiers pays a été annoncée au cours de la 12^{ème} Conférence mondiale sur le SIDA, le 30 juin 1998, dont le thème était *Réduire l'écart*. Cette initiative est un effort de collaboration public-privé dans le cadre duquel les pays pilotes adapteront leurs infrastructures sanitaires et systèmes de distribution des médicaments au contexte du VIH de façon à garantir une distribution et une utilisation efficaces des médicaments, et les entreprises pharmaceutiques et de diagnostic participantes subventionneront l'achat des médicaments. Cette phase pilote court sur deux années uniquement, mais une évaluation continue permettra de surveiller plusieurs facteurs: son efficacité, l'amélioration globale de la fourniture des soins, le nombre des personnes recevant des médicaments, et l'impact sur le taux de mortalité et la prévalence des maladies liées au VIH/SIDA. Dès lors qu'une information sera disponible sur les méthodes permettant de surmonter les obstacles à une distribution efficace des médicaments liés au VIH/SIDA dans les pays en développement, ces pays seront mieux à même de mobiliser des ressources dans ce sens. L'objectif est de faire en sorte que l'expérience collective serve de base à un plan d'action pour un meilleur accès aux médicaments liés au VIH dans les pays en développement.

En 1997, 550 000 nourrissons ont été contaminés par le VIH, par une transmission périnatale ou par l'allaitement maternel. Le taux de transmission est d'environ 25%, mais l'essai clinique ACTG 076 de 1994 a fait apparaître un recul des risques de transmission à environ 8% lorsque l'on administrait de la zidovudine (AZT) aux femmes séropositives, dans les pays développés²¹⁷. Ce traitement est coûteux puisqu'il nécessite plusieurs mois de traitement pour la mère et l'enfant, avec administration de doses par voie intraveineuse pendant le travail. En février 1998, aux Etats-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont annoncé qu'un court traitement de zidovudine, administré par voie orale à la fin de la grossesse et pendant l'accouchement, permettait de réduire de moitié le taux de transmission du VIH aux nourrissons par des mères séropositives, et que ce dispositif pouvait être appliqué en toute sécurité dans les pays en développement. Cette étude, menée en Thaïlande depuis 1996, était l'une des deux études de prévention de la transmission périnatale du VIH menées en collaboration par les CDC. L'autre étude, menée à Abidjan (Côte d'Ivoire), est toujours en cours, mais l'essai contre placebo n'est plus nécessaire et un court traitement de zidovudine est proposé à toutes les femmes.

Lors de la 12^{ème} Conférence mondiale sur le SIDA, l'ONUSIDA et deux des organismes coparrainants, l'UNICEF et l'OMS, ont annoncé leur soutien à des projets pilotes visant à réduire la transmission de la mère à l'enfant dans 11 pays à faibles revenus d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine où les femmes présentent un taux élevé d'infection à VIH. L'objectif de cette initiative est de proposer des services de conseil et de dépistage volontaires et confidentiels aux femmes enceintes, des médicaments antirétroviraux à celles qui apprennent ainsi qu'elles sont séropositives, des soins obstétricaux de meilleure qualité et des conseils sur les méthodes d'alimentation des nourrissons. Un soutien sera également apporté aux mères séropositives qui décident de ne pas allaiter leur enfant, compte tenu de la stigmatisation que ce choix peut entraîner (en effet, le caractère visible de cette pratique dans les pays en développement peut donner une indication sur l'état sérologique de la mère). Glaxo Wellcome fournira le premier lot de zidovudine aux projets pilotes conçus pour aider approximativement 30 000 femmes séropositives sur une trentaine de sites au cours des 12 à 18 prochains mois. A mesure que l'initiative se développera, la société proposera des tarifs préférentiels aux institutions des Nations Unies et autres partenaires qui agissent dans les pays en développement²¹⁸.

ANNEXE B

Résolution adoptée sans vote par la 99^{ème} Conférence de l'Union interparlementaire (Windhoek, 10 avril 1998)

MESURES DE LUTTE CONTRE LES EFFETS DEVASTATEURS DU VIH/SIDA SUR LES PLANS HUMAIN, ECONOMIQUE ET SOCIAL

UNION INTERPARLEMENTAIRE
PLACE DU PETIT-SACONNEX
1211 GENEVE 19, SUISSE

La 99^{ème} Conférence interparlementaire,

rappelant les précédentes résolutions de l'Union interparlementaire concernant le VIH/SIDA, notamment celle de la 87^{ème} Conférence (Yaoundé, avril 1992),

préoccupée par la rapidité avec laquelle l'épidémie de VIH/SIDA se propage dans le monde, particulièrement chez les femmes et les enfants,

notant la prise de conscience croissante de la gravité du SIDA, maladie à laquelle chacun peut être exposé, indépendamment de l'appartenance ethnique, de la tranche d'âge, de la situation géographique et du niveau de développement économique ou de bien-être social,

mettant l'accent sur l'impact néfaste du SIDA dans les domaines social, économique et de développement qui compromet la croissance économique mondiale et menace la stabilité politique et sociale,

consciente que trouver un équilibre entre les droits et les responsabilités de personnes très diverses est une énorme tâche législative à laquelle les parlements doivent néanmoins faire face,

sachant que les femmes et les enfants ainsi que les groupes défavorisés d'un point de vue socio-économique ou juridique, ou ceux qui n'ont pas de statut légal, sont moins avertis des risques d'infection par le virus du VIH/SIDA et donc plus vulnérables parce qu'ils n'ont pas toujours pleinement accès à l'éducation, aux soins de santé, aux services sociaux et autres moyens de prévention et de lutte, et *consciente* que les conséquences économiques et sociales de l'épidémie de VIH/SIDA les touchent de manière disproportionnée,

convaincue que les pouvoirs publics comme la société dans son ensemble doivent n'épargner aucun effort pour prévenir et enrayer la propagation du VIH/SIDA et atténuer l'impact de cette pandémie dans le respect des droits de l'homme et des libertés civiles,

profondément préoccupée par l'écart toujours croissant entre pays développés et pays en développement en ce qui concerne le dépistage, l'identification, le suivi, le traitement et l'intégration sociale des personnes vivant avec le SIDA, d'autant plus grave que la grande majorité des personnes touchées vivent dans les pays en développement,

rappelant aux Etats les engagements qu'ils ont pris de promouvoir et encourager le respect des droits de l'homme dans les instruments comme la Déclaration universelle des droits de l'homme, la Charte des Nations Unies, le Pacte international relatif aux droits économiques sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants et la Convention relative aux droits de l'enfant, ainsi que les Conventions de l'Organisation internationale du Travail, la Déclaration et le Programme d'action de Vienne, la Déclaration de Beijing, les résolutions 1994/24 et 1997/52 du Conseil économique et social des Nations Unies, le Programme d'action du Caire, la Déclaration du Sommet de Paris en date du 1er décembre 1994, la Déclaration commune des Ministres de développement du G-7 en date du 1er décembre 1997, et la Résolution de l'Organisation interparlementaire de l'ASEAN (AIPO) sur la protection de la santé et la lutte contre la propagation du VIH/SIDA adoptée à la 18ème Assemblée générale de l'AIPO à Bali (Indonésie), en septembre 1997,

consciente que le VIH/SIDA ne connaît pas de frontières et doit donc être combattu par une action commune de la communauté internationale et des organisations internationales, en particulier l'ONUSIDA et les organisations qui le soutiennent conjointement (Banque mondiale, FNUAP, OMS, PNUD, UNESCO, UNICEF),

réaffirmant les principaux objectifs de la stratégie mondiale du SIDA adoptée par l'OMS et approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies, à savoir:

- a) prévenir l'infection au VIH;
- b) réduire les effets individuels et sociaux de l'infection;
- c) mobiliser et conjuguer les efforts nationaux et internationaux de lutte contre le SIDA,

convaincue qu'il est nécessaire d'agir à l'échelle mondiale pour assurer que, malgré des budgets publics déjà très sollicités, aucun effort n'est épargné pour réduire le nombre des nouvelles infections,

rappelant que légiférer sur les droits et obligations des personnes est l'une des tâches premières des parlements,

1. *exhorte* les parlementaires à prendre la mesure de l'incidence croissante que l'épidémie de VIH/SIDA a sur le développement économique mondial et sur la stabilité sociale et politique, et à prendre conscience des violations quotidiennes des droits inaliénables des individus qui en résultent;
2. *engage* tous les gouvernements, ainsi que les ONG, à adopter des politiques de prévention du SIDA à long terme, opportunes, cohérentes et intégrées en mettant en œuvre des programmes d'éducation et d'information spécifiquement adaptés aux besoins des différents groupes cibles, et prenant en compte les différentes sensibilités culturelles et religieuses, pour rendre accessibles à tous l'information sur les diverses voies de transmission du SIDA et indiquer les méthodes permettant d'éliminer, ou du moins de réduire, le risque d'infection;

3. *engage* les pays les plus prospères, conformément au principe de la solidarité internationale, à aider les pays moins avancés, à assumer des charges additionnelles appropriées, et à offrir assistance financière, aide technique et soutien social;
4. *demande* aux gouvernements, aux organismes scientifiques et à l'industrie pharmaceutique de coopérer au financement et au renforcement de la recherche sur un vaccin contre le SIDA, comme le propose l'Initiative internationale pour un vaccin contre le SIDA, et *invite* tout particulièrement l'industrie pharmaceutique à investir massivement dans cette recherche;
5. *appelle* à la tenue de négociations entre les pays riches et les pays pauvres afin de définir les moyens permettant à chaque malade de bénéficier des meilleurs traitements possibles en l'état actuel des connaissances médicales;
6. *engage* les pays développés, ainsi que les organisations internationales et les institutions financières internationales, à affecter une partie de l'aide au développement à l'appui aux programmes nationaux de lutte contre le SIDA des pays en développement;
7. *exhorte* les gouvernements à garantir la protection des droits de l'homme en mettant en pratique les directives adoptées par la Deuxième Consultation internationale sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme (septembre 1996). Une attention particulière doit être accordée à ce qui suit:
 - a) réexaminer et réformer les lois existantes en matière de santé publique afin de veiller à ce qu'elles soient adaptées aux questions que pose le VIH/SIDA, qu'elles soient conformes aux obligations internationales relatives aux droits de l'homme (protection de la vie privée, confidentialité, liberté et sécurité de la personne) et que les dispositions applicables à d'autres maladies transmissibles ne soient pas appliquées de façon inappropriée;
 - b) réexaminer et réformer les lois pénales et les systèmes pénitentiaires pour veiller à ce qu'ils soient conformes aux obligations internationales de protection des droits de l'homme, en particulier en ce qui concerne le VIH/SIDA;
 - c) adopter des lois consacrant le respect des droits de l'homme des personnes infectées et affectées par le VIH et interdisant toutes formes de discrimination à leur encontre, et affirmant leur droit à l'enseignement, au travail, au logement et aux services sociaux;
 - d) assurer le respect de la vie privée, la confidentialité et l'éthique dans les recherches scientifiques sur les êtres humains (consentement éclairé, éducation et respect des sujets);
 - e) veiller à ce que les organismes publics et le secteur privé définissent des règles concernant le VIH/SIDA qui traduisent les principes des droits de l'homme dans des codes de responsabilité et de pratique professionnelles, et mettent en place des mécanismes de surveillance pour en assurer la bonne application;
8. *engage* les parlementaires à favoriser la participation de tous les secteurs de la société en promouvant la coopération interinstitutions et multisectorielle, y com-

- pris les partenariats entre secteurs public et privé, en tant que moyen efficace de faire face à la pandémie;
9. *demande instamment* aux parlementaires d'intensifier leur action législative, budgétaire et de contrôle dans tous les domaines d'activité qui se rapportent à la prévention du VIH/SIDA et à la lutte contre cette maladie;
 10. *prie* l'ONUSIDA, en coopération avec le Secrétariat de l'Union interparlementaire, de consulter les parlements membres de l'Union en vue de parachever le projet de guide sur le VIH/SIDA, la loi et les droits de l'homme, et de le diffuser en tant qu'outil de référence pour l'adoption de normes légales, un rapport sur l'avancement de ce projet devant être présenté à la prochaine Conférence de l'Union à Moscou;
 11. *exhorte* les législateurs à veiller à ce que le problème du VIH/SIDA soit en tout temps pris en considération dans les processus de prise de décisions grâce à un partenariat qui engage le plus grand nombre possible de parties prenantes, y compris les personnes vivant avec le SIDA et leurs proches, et qui prévoient le partage et la diffusion de toutes les informations pertinentes sur les politiques et les questions médicales et sociales;
 12. *engage* les gouvernements à supprimer les voies éventuelles de transmission dans le cadre des services sanitaires, en utilisant exclusivement du sang et des produits sanguins dont la salubrité est garantie, en utilisant des seringues hypodermiques jetables et en assurant une stricte conformité à toutes les règles d'hygiène, y compris en instaurant des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, et *invite* les pays développés à apporter leur soutien matériel et technique aux pays en développement dans ce domaine;
 13. *engage* les parlements membres de l'Union à créer des groupes parlementaires non partisans sur le VIH/SIDA pour garantir un dialogue continu, des consultations et un débat ainsi que des activités de formation, afin d'avoir une meilleure connaissance de l'épidémie et de promouvoir un consensus sur les politiques nationales en matière de SIDA.

ANNEXE C

Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme

(A) Responsabilités et méthodes des institutions

Directive 1: Cadre national

Les Etats devraient créer pour leur action contre le VIH/SIDA un cadre national efficace assurant une approche coordonnée, participative, transparente et responsable du problème, qui intègre tous les acteurs du secteur public compétents pour les programmes et les politiques concernant le VIH/SIDA.

Suivant les institutions en place et leurs pratiques et l'intensité de l'épidémie, et compte tenu de la nécessité d'éviter des chevauchements de responsabilités, les mesures ci-après sont à envisager:

(a) Constituer un comité interministériel chargé d'assurer l'élaboration intégrée et la coordination à un niveau élevé des plans d'action adoptés à l'échelle nationale par les divers ministères et de suivre et d'appliquer les autres stratégies en matière de VIH/SIDA énoncées ci-après. Dans le cadre d'un système fédéral, il convient en outre de créer un comité intergouvernemental formé de représentants des provinces/Etats fédérés et des autorités nationales. Chaque ministère doit veiller à ce que le VIH/SIDA et les droits de l'homme soient intégrés à l'ensemble de ses activités et projets pertinents, notamment dans les domaines suivants:

- enseignement,
- droit et justice, y compris les services de police et les services pénitentiaires,
- science et recherche,
- emploi et service public,
- protection sociale, sécurité sociale et logement,
- immigration, populations autochtones, affaires étrangères et coopération au service du développement,
- santé,

- trésor et finances,
 - défense, y compris l'armée.
- (b) Veiller à ce qu'existe une structure bien informée et permanente chargée d'assurer l'information, les discussions générales et la réforme législative nécessaires pour faire mieux connaître l'épidémie, à laquelle toutes les tendances politiques pourront participer aux niveaux national et infranational, par exemple en créant des commissions parlementaires ou législatives où seront représentés les partis politiques, petits et grands.
- (c) Créer des organes consultatifs ou renforcer ceux qui existent auprès du gouvernement sur les questions juridiques et éthiques, par exemple un sous-comité juridique et éthique relevant du comité interministériel. Devront être représentés dans ces organes des groupes professionnels (appartenant au secteur de la santé publique, aux secteurs du droit et de l'enseignement, et aux secteurs scientifique, biomédical et social), religieux et communautaires, des organisations d'employeurs et de salariés, des ONG, des organisations d'entraide et d'action contre le SIDA, des personnes désignées/experts et des personnes touchées par le VIH/SIDA.
- (d) Sensibiliser les organes judiciaires, d'une manière compatible avec l'indépendance de la justice, aux questions juridiques, éthiques et des droits de l'homme relatives au VIH/SIDA, notamment par une formation dans le domaine judiciaire et l'élaboration d'une documentation le concernant.
- (e) Assurer une interaction permanente des services de l'Etat et des Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA et des autres entités internationales et bilatérales intéressées pour faire en sorte que, dans son action contre l'épidémie d'infection à VIH ou de SIDA, l'Etat continue à utiliser au mieux l'assistance disponible de la part de la communauté internationale. Cette interaction doit notamment permettre de renforcer la coopération et l'aide aux secteurs liés au VIH/SIDA et aux droits de l'homme.

Directive 2: Appui au partenariat communautaire

Les Etats devraient fournir un appui financier et politique permettant à des consultations collectives d'avoir lieu à toutes les étapes de l'élaboration des politiques, de la mise en œuvre et de l'évaluation des programmes relatifs au VIH/SIDA et aux organisations communautaires d'effectuer leurs tâches avec efficacité, en particulier dans les domaines de l'éthique, du droit et des droits de l'homme.

- (a) La communauté doit être représentée par des personnes touchées par le VIH/SIDA, des organisations communautaires, des organisations d'entraide et d'action contre le SIDA, les ONG s'occupant des droits de l'homme et les groupes vulnérables. Un mécanisme officiel et permanent doit être créé pour faciliter un dialogue suivi avec ces représentants et leur participation aux politiques et programmes gouvernementaux concernant le VIH. Ce mécanisme pourrait prendre la forme, d'une part, de rapports périodiques établis par ces représentants à l'intention des divers services gouvernementaux, parlementaires et judiciaires décrits dans la Directive 1, et d'ateliers conjoints organisés sur des questions de politique générale et de planification et pour évaluer l'action de l'Etat et, d'autre part, d'une structure destinée à recevoir les communications de la communauté.

- (b) L'Etat doit dégager des fonds suffisants pour appuyer, soutenir et renforcer les organisations communautaires aux fins de l'appui de base, du développement des capacités et de la mise en œuvre des activités, dans des domaines comme l'éthique, les droits de l'homme et le droit concernant le VIH. Ces activités pourraient comprendre l'organisation de séminaires de formation et d'ateliers, la création de réseaux, l'élaboration de matériel de promotion et d'éducation, des conseils aux intéressés touchant leurs droits humains et légaux, l'orientation des demandeurs vers les divers organes de recours, la collecte de données sur les droits de l'homme et la promotion de ces derniers.

(B) Réexamen et réforme des lois et services d'appui

Directive 3: Législation relative à la santé publique

Les Etats devraient réexaminer et réformer leur législation relative à la santé publique pour s'assurer qu'elle traite de façon adéquate les questions de santé publique posées par le VIH/SIDA, que les dispositions de la loi applicables aux maladies fortuitement transmissibles ne sont pas appliquées à tort au VIH/SIDA et sont compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme.

La législation relative à la santé publique doit satisfaire aux exigences ci-après:

- (a) Elle doit permettre de doter les autorités responsables de la santé publique des crédits et du pouvoir nécessaires pour assurer une gamme complète de services aux fins de la prophylaxie et du traitement du VIH/SIDA: information et éducation, accès aux tests et conseils volontaires, services de santé concernant les maladies sexuellement transmissibles, la sexualité et la reproduction pour les hommes et pour les femmes, préservatifs et traitements médicamenteux, services et matériel d'injection stérile, traitement requis par les maladies liées au VIH/SIDA, y compris la prophylaxie de la douleur, etc.
- (b) Abstraction faite des tests de surveillance et d'autres tests réalisés à des fins épidémiologiques, la législation relative à la santé publique doit assurer que les tests de recherche du VIH sont effectués seulement avec le consentement accordé en connaissance de cause par les intéressés. Les exceptions ne doivent être possibles que sur autorisation expresse des services judiciaires, laquelle ne sera accordée qu'après évaluation en bonne et due forme des considérations importantes en cause touchant la vie privée et la liberté individuelle.
- (c) Etant donné la portée que peut avoir le dépistage du VIH et afin d'améliorer la prévention et les soins, la législation relative à la santé publique doit, autant que possible, permettre que des conseils soient fournis avant et après les tests dans tous les cas. La réalisation des tests à domicile entraîne la nécessité pour les Etats d'assurer le contrôle de la qualité, d'améliorer les conseils et l'orientation pour les personnes qui effectuent ces tests et de créer des services juridiques et d'appui pour celles qui sont victimes d'un usage abusif de ces tests par d'autres.

- (d) La législation relative à la santé publique doit empêcher des mesures coercitives telles que l'isolement, la détention ou la quarantaine décidées en fonction de la situation sérologique pour le VIH. Quand la liberté de ces personnes est restreinte parce qu'elles ont commis des actes illégaux, les garanties prévues par la loi (préavis, droit de révision et d'appel, jugements assortis de périodes fixes plutôt qu'indéterminées, droit de représentation, etc.) doivent être respectées.
- (e) La législation relative à la santé publique doit faire en sorte que les cas d'infection à VIH et de SIDA signalés aux autorités sanitaires à des fins épidémiologiques le soient selon des règles strictes de protection et de confidentialité des données.
- (f) La législation relative à la santé publique doit empêcher que les renseignements relatifs à la situation sérologique pour le VIH ne puissent être recueillis, utilisés ou communiqués sans autorisation en milieu médicalisé ou ailleurs et assurer que ces données ne peuvent être utilisées sans un consentement accordé en connaissance de cause.
- (g) Aux termes de la législation relative à la santé publique, les professionnels de la santé doivent être autorisés, mais sans y être obligés, à décider, suivant la nature du cas et en fonction de considérations éthiques, d'informer les partenaires sexuels d'un patient de sa séropositivité. Une telle décision est cependant subordonnée aux critères suivants:
- le porteur du virus a reçu tous les conseils nécessaires,
 - ces conseils ont été inutiles pour provoquer chez lui le changement de comportement souhaité,
 - le porteur du virus a refusé d'informer ses partenaires ou n'a pas consenti à ce qu'ils soient informés,
 - un risque réel de transmission du VIH au(x) partenaire(s) existe,
 - le porteur du virus a reçu un préavis suffisant,
 - si possible, l'identité du porteur du virus n'est pas révélée au(x) partenaire(s),
 - le cas échéant, un suivi est assuré pour aider les intéressés.
- (h) La législation relative à la santé publique doit assurer que le sang, les tissus et les organes fournis à des fins médicales ne sont contaminés ni par le VIH ni par d'autres agents pathogènes transmis par le sang.
- (i) La législation relative à la santé publique doit imposer des précautions générales pour lutter contre l'infection, en milieu médicalisé et ailleurs, quand existent des risques de contact avec le sang et d'autres sécrétions. Les personnes travaillant en de tels lieux doivent recevoir le matériel nécessaire et la

formation voulue pour appliquer ces précautions.

- (j) La législation relative à la santé publique doit subordonner l'autorisation de pratiquer délivrée aux agents de santé à l'acquisition d'une formation minimale en matière d'éthique et de droits de l'homme et encourager leurs associations professionnelles à élaborer et appliquer des codes de conduite fondés sur l'éthique et les droits de l'homme, y compris les questions liées au VIH telles que la confidentialité et le devoir de dispenser un traitement.

Directive 4: Législation pénale et régime pénitentiaire

Les Etats devraient réexaminer et réformer la législation pénale et le régime pénitentiaire pour qu'ils soient compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme et ne soient pas indûment utilisés dans le contexte du VIH/SIDA ou à l'encontre de groupes vulnérables.

- (a) La législation pénale et/ou la législation relative à la santé publique ne doit pas viser expressément les cas exceptionnels de transmission délibérée et intentionnelle du VIH, mais plutôt les traiter comme un autre délit. Elle garantirait ainsi que les éléments de prévisibilité, d'intention, de causalité et de consentement sont clairement stipulés dans la loi à l'appui d'un verdict de culpabilité et/ou de peines plus sévères.
- (b) Il convient de réexaminer, en vue de leur abrogation, les clauses de la législation pénale interdisant les actes sexuels (adultère, sodomie, fornication, rapports sexuels de type commercial, etc.) pratiqués en privé par des adultes consentants. En tout état de cause, ces dispositions ne devraient pas empêcher de fournir des moyens de prévention et de traitement du VIH/SIDA.
- (c) En ce qui concerne la prostitution des adultes n'impliquant aucune victimisation, la législation pénale doit être réexaminée en vue de décriminaliser cette activité, puis de réglementer la santé et la sécurité des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients, afin de les protéger, notamment en favorisant l'utilisation de moyens permettant d'éviter les risques. La législation pénale ne doit pas empêcher de faire bénéficier les professionnel(le)s du sexe et leurs clients de services de prévention et de traitement du VIH/SIDA. Elle doit garantir que les enfants et les adultes qui ont été victimes d'un trafic ou ont, par d'autres moyens, été contraints de se prostituer sont protégés contre une participation à l'industrie du sexe et ne sont pas poursuivis à ce titre, mais plutôt arrachés à cette activité et bénéficient de services médicaux et d'aide psychosociale, y compris de ceux liés au VIH.

- (d) La législation pénale ne doit pas faire obstacle aux mesures prises par les Etats pour réduire le risque de transmission du VIH entre toxicomanes par voie intraveineuse et pour assurer à ces derniers les soins et le traitement requis par le virus. Elle doit être réexaminée en prenant en considération les facteurs suivants:
- autorisation ou légalisation et promotion de programmes d'échange d'aiguilles et de seringues,
 - abrogation de lois faisant un délit de la possession, de la distribution et de la fourniture d'aiguilles et de seringues.
- (e) Les autorités pénitentiaires doivent prendre toutes les mesures nécessaires – engagement d'un personnel suffisant, surveillance efficace, mesures disciplinaires, etc. – pour protéger les détenus contre le viol ainsi que la violence et la coercition sexuelles. Elles doivent aussi assurer aux détenus (ainsi qu'au personnel pénitentiaire, le cas échéant) l'accès, en matière de VIH, à une information sur la prévention, à l'éducation requise, aux tests facultatifs, aux conseils, aux moyens prophylactiques (préservatifs, hypochlorite de soude et matériel d'injection stérile), au traitement et aux soins, et à la participation librement consentie à des essais cliniques liés au VIH, de même qu'assurer la confidentialité et interdire les tests obligatoires, la ségrégation et la défense d'utiliser les installations de la prison et de bénéficier des privilèges et programmes de libération prévus pour les détenus séropositifs. Il faudrait étudier la possibilité d'accorder une libération anticipée aux prisonniers atteints du SIDA pour des motifs humanitaires.

Directive 5: Lois antidiscriminatoires et protectrices

Les Etats devraient promulguer ou renforcer les lois antidiscriminatoires et autres lois qui protègent les groupes vulnérables, les personnes touchées par le VIH/SIDA et les personnes souffrant d'un handicap contre la discrimination dans le secteur public et dans le secteur privé, qui garantissent le respect de la vie privée ainsi que la confidentialité et l'éthique de la recherche faisant appel à des sujets humains, qui mettent l'accent sur l'éducation et la conciliation et qui permettent des recours rapides et efficaces en droit administratif et en droit civil.

- (a) Il faudrait promulguer des lois antidiscriminatoires de caractère général, ou réviser celles qui existent, pour les personnes VIH-positives asymptomatiques, les personnes atteintes de SIDA et celles dont on soupçonne simplement qu'elles sont touchées par le VIH/SIDA. Ces lois devraient également protéger les groupes rendus plus vulnérables au VIH/SIDA en raison de la discrimination dont ils sont l'objet. Il faudrait aussi promulguer des lois sur l'invalidité, ou réviser celles qui existent, et inscrire le VIH/SIDA dans la définition de l'invalidité. Ces lois doivent:
- viser des domaines aussi larges que possible: soins de santé, sécurité sociale, prestations sociales, emploi, éducation, sport, logement, clubs, syndicats, organes d'habilitation, accès aux transports et à d'autres services, etc.,
 - viser la discrimination directe et indirecte, ainsi que les cas où le VIH/SIDA n'est qu'une raison parmi d'autres pour commettre un acte discriminatoire, et interdire le dénigrement des personnes touchées par le VIH/SIDA,
 - prévoir des procédures juridiques et/ou administratives indépendantes, rapides et efficaces permettant d'obtenir réparation offrant, entre autres moyens, une voie rapide pour les cas où le plaignant malade est en phase terminale, le pouvoir d'examiner les cas de discrimination systématique figurant dans les politiques et procédures, et la possibilité pour le plaignant d'utiliser un pseudonyme et de se faire représenter, ainsi que la possibilité pour des organisations d'intérêt public d'agir au nom de personnes touchées par le VIH/SIDA,
 - stipuler que les exemptions touchant la retraite et l'assurance vie doivent toujours se fonder sur des données actuarielles suffisantes, afin que le VIH/SIDA ne soit pas traité différemment d'une autre maladie.
- (b) Les lois traditionnelles et coutumières qui ont des incidences sur la situation et le traitement des divers groupes de la société doivent être réexaminées en tenant compte des lois antidiscriminatoires. Au besoin, des voies de droit doivent être disponibles en cas d'abus et des campagnes d'information, d'éducation et de mobilisation communautaire doivent être menées pour modifier ces lois et les attitudes qui y sont liées.
- (c) Il convient de promulguer des lois pour protéger d'une manière générale la confidentialité et la vie privée. Les informations relatives au VIH concernant les individus doivent être inscrites dans les définitions des données personnelles et médicales à protéger, de façon à interdire leur utilisation ou publication abusive. La législation sur la vie privée doit permettre à toute personne de consulter son dossier et de demander que des modifications y soient apportées pour que les données soient exactes, pertinentes, complètes et à jour. Un organe indépendant devrait être chargé de réparer les atteintes à la confidentialité. Des dispositions devraient être prévues pour permettre aux organes professionnels de prononcer des sanctions en cas d'atteinte à la confidentialité, en la considérant comme une faute professionnelle aux termes des codes de conduite évoqués ci-après. L'intrusion excessive

dans la vie privée par les médias pourrait également figurer dans les codes professionnels applicables aux journalistes. Les personnes touchées par le VIH/SIDA devraient être autorisées à demander que leur identité et leur vie privée soient protégées dans les actions judiciaires où des informations à ce sujet sont présentées.

(d) Des lois, règlements et accords collectifs doivent être promulgués ou conclus pour garantir les droits ci-après sur le lieu de travail:

- adoption par un organe tripartite d'une politique nationale concernant le VIH/SIDA et le lieu de travail,
- droit de refuser un test de dépistage du VIH pour obtenir un emploi, une promotion, une formation ou des prestations,
- confidentialité de toutes les données médicales, y compris la situation sérologique eu égard au VIH/SIDA,
- garantie de l'emploi aux salariés porteurs du VIH tant qu'ils sont en mesure de travailler et offre d'un autre travail acceptable,
- définition de pratiques sûres en matière de premiers secours et mise à disposition de trousse de premiers secours,
- protection de la sécurité sociale et des autres prestations dues aux salariés porteurs du VIH (assurance vie, retraite, assurance maladie, indemnités de licenciement, capital-décès, etc.),
- accès à des soins satisfaisants sur le lieu de travail ou à proximité,
- réserve suffisante de préservatifs mis gratuitement à la disposition des travailleurs,
- participation des travailleurs à la prise de décisions sur les questions liées au VIH/SIDA,
- accès aux programmes d'information et d'éducation en matière de VIH/SIDA, ainsi qu'aux services consultatifs et d'orientation appropriés,
- protection contre la stigmatisation et la discrimination de la part des collègues, des syndicats, des employeurs et des clients,
- inclusion dans la législation relative au dédommagement des travailleurs de la transmission du VIH dans l'exercice de la profession (blessures causées par des aiguilles, etc.), avec indications concernant le temps de latence de l'infection, les tests, les conseils, la confidentialité, etc.

- (e) Des lois protectrices régissant la protection juridique et éthique des sujets participant aux recherches, y compris les recherches sur le VIH, doivent être promulguées ou renforcées en ce qui concerne:
- la non-discrimination dans le choix des participants (femmes, enfants, minorités, etc.),
 - le consentement éclairé,
 - la confidentialité des informations personnelles,
 - l'équité en matière d'accès aux données et aux produits de la recherche,
 - les divers services – conseils, protection contre la discrimination, services de santé et d'appui – assurés pendant et après la participation,
 - la constitution de comités d'examen éthique, sur le plan local ou national, pour assurer un examen éthique indépendant et permanent du projet de recherche avec la participation de membres de la communauté touchée,
 - l'homologation de produits pharmaceutiques, de vaccins et de modes de traitement sûrs et efficaces.
- (f) Des lois antidiscriminatoires et protectrices doivent être promulguées pour réduire les violations des droits fondamentaux des femmes dans le contexte du VIH/SIDA, afin de les rendre moins vulnérables à l'infection par le VIH et aux effets du VIH/SIDA. Il faudrait en particulier réexaminer et réformer les lois en vigueur pour assurer l'égalité des femmes touchant la propriété et les relations conjugales, ainsi que l'accès à l'emploi et les possibilités d'activité économique, afin de supprimer les restrictions discriminatoires imposées sur le droit de posséder et d'hériter des biens, de signer des contrats, de se marier, d'obtenir des crédits et des moyens financiers, de prendre l'initiative d'une séparation ou d'un divorce, de partager équitablement les biens au moment du divorce ou de la séparation, et de conserver la garde des enfants. Il convient aussi de promulguer des lois pour faire respecter les droits des femmes en matière de reproduction et de sexualité, notamment le droit d'accéder de façon indépendante aux informations et services concernant la reproduction et les maladies sexuellement transmissibles et aux moyens de contraception, y compris l'avortement licite et sans danger et la liberté de choisir entre ces moyens, le droit de déterminer le nombre et l'espacement des naissances, le droit d'exiger des pratiques sexuelles moins risquées et le droit à une protection légale contre la violence sexuelle, hors du mariage et dans le mariage, et notamment contre le viol conjugal. L'âge du consentement aux relations sexuelles et au mariage doit être le même pour les hommes et pour les femmes, et le droit des femmes et des filles de refuser le mariage et des rapports sexuels doit être protégé par la loi. La situation sérologique pour le VIH d'un parent ou d'un enfant ne doit pas être traitée différemment d'une autre affection analogue lors des décisions concernant la garde, le placement ou l'adoption.

- (g) Des lois antidiscriminatoires et protectrices doivent être promulguées pour réduire les violations des droits fondamentaux des enfants dans le contexte du VIH/SIDA, afin de les rendre moins vulnérables à l'infection par le VIH et aux effets du VIH/SIDA. Ces lois doivent permettre l'accès des enfants à l'information, à l'éducation et aux moyens de prévention dans le domaine du VIH, à l'école et hors de l'école, régir l'accès des enfants aux tests facultatifs auxquels ils seront soumis, selon leur stade de développement, avec leur consentement ou avec celui d'un parent ou du tuteur désigné, protéger les enfants contre tout test obligatoire, en particulier s'ils sont orphelins par suite du VIH/SIDA, et assurer d'autres normes de protection aux orphelins, notamment en matière d'héritage et de subsistance. Ces lois doivent également protéger les enfants contre les violences sexuelles, assurer leur réadaptation s'ils ont été victimes de telles violences et faire en sorte qu'ils soient considérés comme les victimes d'un comportement répréhensible et ne soient pas eux-mêmes punis. Les lois sur l'invalidité doivent également s'appliquer aux enfants.
- (h) Des lois antidiscriminatoires et protectrices doivent être promulguées pour réduire les violations des droits fondamentaux des hommes ayant des rapports sexuels avec des partenaires masculins, y compris dans le contexte du VIH/SIDA, afin notamment de les rendre moins vulnérables à l'infection par le VIH et aux effets du VIH/SIDA. Ces textes doivent prévoir des peines applicables à ceux qui dénigrent les personnes ayant des rapports sexuels avec des individus de même sexe, reconnaître la légalité des mariages et/ou relations de personnes de même sexe et appliquer à ces relations des dispositions cohérentes concernant les biens, le divorce et l'héritage. L'âge du consentement aux rapports sexuels et au mariage doit être le même pour les rapports hétérosexuels et les rapports homosexuels. Les lois et les pratiques policières concernant les agressions contre les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes doivent être réexaminées pour assurer à ces personnes une protection juridique adéquate.
- (i) Les clauses qui prévoient des restrictions aux mouvements ou à l'association de membres de groupes vulnérables dans le contexte du VIH/SIDA sont à supprimer, dans les textes (décriminalisation) comme dans leur application.
- (j) La législation relative à la santé publique, la législation pénale et les lois antidiscriminatoires doivent interdire le dépistage obligatoire du VIH pour certains groupes, notamment les groupes vulnérables.

Directive 6: Réglementation de la fourniture des biens et services et des informations

Les Etats devraient promulguer des lois régissant la fourniture des biens et services et des informations liés au VIH de façon à assurer un large accès à des mesures et services préventifs de qualité, à des informations adéquates sur la prévention et le traitement et à des médicaments sûrs et efficaces d'un prix raisonnable.

- (a) Il faudrait adopter des lois et/ou règlements qui permettent d'appliquer une politique visant à diffuser largement des informations sur le VIH/SIDA par l'intermédiaire des médias. Ces informations devraient être destinées au grand public ainsi qu'à divers groupes vulnérables qui peuvent éprouver des difficultés à se renseigner. Elles devraient être adaptées aux besoins de leurs destinataires et ne pas être inconsidérément soumises à la censure ou à d'autres normes de diffusion.
- (b) Il faudrait adopter des lois et/ou règlements en vue d'assurer l'accès à des tests de dépistage et services consultatifs de qualité. Si la vente de tests pratiqués à domicile et/ou de nécessaires pour les tests VIH rapides est autorisée, la fabrication de ces produits devrait être réglementée strictement de façon à en garantir la qualité et la fiabilité. En pareil cas, la perte de données épidémiologiques, l'absence de conseils d'accompagnement et le risque d'utilisation abusive par les employeurs ou les services d'immigration seraient aussi à prendre en considération. Des services d'assistance juridique et sociale devraient être mis en place pour protéger les individus contre les atteintes à leurs droits auxquelles ce dépistage pourrait donner lieu.
- (c) La conformité de la qualité des préservatifs aux prescriptions légales devrait être contrôlée et il faudrait veiller dans la pratique au respect de la norme internationale sur les préservatifs. Les restrictions qui limitent l'offre de moyens de prévention, comme les préservatifs, l'hypochlorite de soude, les aiguilles et les seringues stériles devraient être levées et la fourniture de ces produits par des distributeurs automatiques dont l'emplacement serait approprié devrait être envisagée, étant donné l'accessibilité accrue et le caractère anonyme de ce mode d'approvisionnement.
- (d) Les droits de douane, les lois douanières et les taxes à la valeur ajoutée devraient être revus de façon à accroître au maximum l'accès à des médicaments sûrs et efficaces d'un prix raisonnable.
- (e) Il faudrait adopter des lois pour la protection des consommateurs et d'autres textes pertinents ou renforcer les dispositions en vigueur afin d'empêcher les

assertions frauduleuses concernant la sûreté et l'efficacité des produits pharmaceutiques, des vaccins et des modes de traitement, y compris ceux qui se rapportent au VIH/SIDA.

Directive 7: Services d'assistance juridique

Les Etats devraient créer et soutenir des services d'assistance juridique qui informeront les personnes touchées par le VIH/SIDA de leurs droits, fourniront gratuitement des conseils juridiques en vue de l'exercice de ces droits, amélioreront la connaissance des questions juridiques liées au VIH et utiliseront, outre les tribunaux, des mécanismes de protection tels que les services du ministère de la justice, les bureaux des médiateurs, les voies de recours en matière de santé et les commissions des droits de l'homme.

Pour la mise en place de ces services, les Etats devraient envisager:

- (a) d'accorder un appui pour des systèmes d'assistance juridique spécialisés dans les cas sociaux liés au VIH/SIDA, éventuellement en faisant appel au concours des centres d'assistance juridique communautaires et/ou des services juridiques des organismes d'entraide et d'action contre le SIDA,
- (b) d'accorder un appui ou d'offrir des incitations (des dégrèvements fiscaux par exemple) aux bureaux de services juridiques du secteur privé pour leur permettre de fournir des prestations gratuites aux personnes touchées par le VIH/SIDA dans des domaines comme la lutte contre la discrimination et l'invalidité, les droits en matière de soins de santé (consentement éclairé et confidentialité), la propriété (testaments, succession) et le droit du travail,
- (c) d'accorder un appui pour des programmes visant à instruire, sensibiliser et rendre conscientes de leurs droits les personnes touchées par le VIH/SIDA et/ou à les doter des moyens de rédiger et de diffuser elles-mêmes leurs propres chartes/déclarations des droits prévus par la loi et des droits de l'homme; d'accorder également un appui pour la production et la diffusion de brochures sur les droits prévus par la loi dans le contexte du VIH/SIDA, de répertoires de spécialistes, de manuels, de guides pratiques, de textes scolaires, de programmes types pour les cours de droit et l'enseignement permanent du droit et de bulletins d'information, de manière à encourager l'échange de données et la constitution de réseaux. Ces publications pourraient traiter de la jurisprudence, des réformes législatives, des systèmes nationaux de répression et de surveillance en cas d'atteintes aux droits de l'homme,

- (d) d'accorder un appui pour la prestation de services et l'octroi d'une protection de caractère juridique par diverses entités, telles que les ministères de la justice, les procureurs et autres instances judiciaires, les organismes de recours, les médiateurs et les commissions des droits de l'homme.

C. Promotion d'un environnement incitatif et habilitant

Directive 8:

Femmes, enfants et autres groupes vulnérables

Les Etats devraient, en collaboration avec la communauté et par son intermédiaire, promouvoir un environnement incitatif et habilitant pour les femmes, les enfants et les autres groupes vulnérables, en s'attaquant aux inégalités et préjugés enracinés par le biais d'un dialogue communautaire, de services sanitaires et sociaux spécialement conçus à cette fin et d'un appui aux groupes communautaires.

- (a) Les Etats devraient fournir un appui pour la constitution d'associations communautaires durables groupant les membres des différents groupes vulnérables en vue de favoriser l'éducation mutuelle, la responsabilisation, un changement positif de comportement et l'assistance sociale.
- (b) Les Etats devraient soutenir l'élaboration, par et pour les communautés vulnérables, de programmes d'éducation en matière de prévention et de soins, d'information et de services qui soient appropriés, accessibles et efficaces, et faire participer activement ces communautés à la conception et à la mise en œuvre desdits programmes.
- (c) Les Etats devraient fournir un appui en vue d'organiser aux niveaux national et local des assemblées où seraient examinées les conséquences de l'épidémie d'infection à VIH ou de SIDA pour les femmes. Ces assemblées devraient être multi-sectorielles et réunir des représentants et des autorités des milieux gouvernementaux, professionnels, religieux et communautaires. Elles étudieraient des questions portant sur des domaines suivants:
- le rôle des femmes au foyer et dans la vie publique,

- les droits des femmes et des hommes en matière de vie sexuelle et de reproduction, y compris la capacité pour les femmes d'avoir des relations sexuelles moins risquées et de choisir d'avoir ou non des enfants,
 - les stratégies visant à accroître les possibilités offertes aux femmes en ce qui concerne l'éducation et l'activité économique,
 - la sensibilisation des fournisseurs de services et l'amélioration des services de soins de santé et d'assistance sociale destinés aux femmes,
 - l'incidence des traditions religieuses et culturelles pour les femmes.
- (d) Les Etats devraient mettre en œuvre le Programme d'action du Caire de la Conférence internationale sur la Population et le Développement ainsi que la Déclaration et le Programme d'action de Beijing de la Quatrième Conférence mondiale sur les Femmes. En particulier, les services de santé primaire, les programmes et campagnes d'information devraient tendre à l'équité entre les sexes. La violence, les pratiques traditionnelles dommageables, les sévices sexuels, l'exploitation, le mariage précoce et les mutilations sexuelles dont les femmes sont victimes devraient disparaître. Des mesures constructives, parmi lesquelles l'organisation de programmes d'éducation formelle et informelle, l'augmentation des possibilités d'emploi et la fourniture de services d'appui, devraient être prises.
- (e) Les Etats devraient aider les organisations de femmes à inclure dans leurs programmes des questions relatives au VIH/SIDA et aux droits de l'homme.
- (f) Les Etats devraient veiller à ce que toutes les femmes et les jeunes filles en âge de procréer aient accès à des informations et à des conseils fiables et exhaustifs sur la manière de prévenir la transmission du VIH et sur le risque de transmission verticale du virus, ainsi qu'aux moyens disponibles pour réduire ce risque autant que possible ou pour mener à bonne fin une grossesse si elles choisissent de le faire.
- (g) Les Etats devraient veiller à ce que les enfants et les adolescents aient accès, dans le cadre et à l'extérieur de l'école, à des informations et à un enseignement appropriés en matière de santé, notamment à des informations sur les moyens de prévenir et de soigner l'infection à VIH ou le SIDA, ces informations et cet enseignement étant conçus en fonction de leur âge et de leurs capacités, pour les rendre aptes à maîtriser de manière avisée et responsable leur sexualité. Ces informations devraient tenir compte tant du droit de l'enfant à l'information, à la vie privée, à la confidentialité, au respect et au consentement éclairé ainsi qu'aux moyens de prévention, que des responsabilités, des droits et des devoirs des parents. L'action entreprise pour instruire les enfants de leurs droits devrait porter aussi sur les droits des personnes, y compris des enfants, touchées par le VIH/SIDA.
- (h) Les Etats devraient veiller à ce que les enfants et les adolescents aient suffisamment accès à des services confidentiels de santé sexuelle et reproductive, y compris à l'information sur le VIH/SIDA, aux conseils, au dépistage et aux moyens de

prévention comme les préservatifs, ainsi qu'aux services d'assistance sociale en cas de contamination. Ces services devraient respecter l'équilibre approprié entre le droit de l'enfant ou de l'adolescent de participer à la prise de décisions selon son stade de développement et les droits et devoirs des parents/tuteurs en ce qui concerne sa santé et son bien-être.

- (i) Les Etats devraient veiller à ce que les personnels des établissements de soins aux enfants, y compris ceux qui sont spécialisés dans l'adoption et le placement, soient formés pour faire face aux problèmes liés au VIH de façon à pourvoir efficacement aux besoins particuliers des enfants atteints d'infection à VIH et en particulier à les protéger contre le dépistage obligatoire, la discrimination et l'abandon.
- (j) Les Etats devraient fournir un appui pour la mise en œuvre de programmes spécialement conçus et ciblés de prévention et de soins destinés aux groupes dont l'accès aux programmes généraux est limité en raison de leur langue, leur pauvreté, leur marginalisation sociale, juridique ou géographique, comme les minorités, les migrants, les populations autochtones, les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays, les personnes souffrant de handicaps, les détenus, les prostitué(e)s, les hommes ayant des partenaires de sexe masculin et les consommateurs de drogues injectables.

Directive 9: Modification des attitudes de discrimination par l'éducation, la formation et l'information

Les Etats devraient encourager une large diffusion continue de programmes novateurs d'éducation, de formation et d'information spécialement conçus pour modifier les attitudes de discrimination et de stigmatisation liées au VIH/SIDA et y substituer la compréhension et l'acceptation.

- (a) Les Etats devraient aider les entités compétentes, comme les groupes de médias, les ONG et les réseaux de personnes touchées par le VIH/SIDA à concevoir et diffuser des programmes visant à promouvoir le respect des droits et de la dignité de ces personnes et des membres des groupes vulnérables en faisant appel à une vaste gamme de médias (cinéma, théâtre, télévision, radio, presse, représentations dramatiques, témoignages personnels, Internet, photographies, affichage sur les autobus). Ces programmes devraient combattre les stéréotypes appliqués à ces groupes et dissiper les mythes et les préjugés existant à leur sujet en montrant qu'ils sont des amis, des proches, des collègues, des voisins et des partenaires. De nouvelles assurances devraient être données concernant les modes de transmission du virus et la sécurité des relations sociales quotidiennes.

- (b) Les Etats devraient encourager les établissements d'enseignement (établissements primaires et secondaires, universités et autres établissements, techniques ou d'enseignement supérieur, centres d'éducation pour adultes et de formation continue), ainsi que les syndicats et les employeurs, à inclure les questions relatives au VIH/SIDA ainsi qu'aux droits de l'homme et à la non-discrimination dans les programmes de cours pertinents: relations humaines, citoyenneté/études sociales, études juridiques, soins de santé, respect de la loi, vie familiale et/ou éducation sexuelle, services sociaux/consultatifs.
- (c) Les Etats devraient accorder un appui pour l'organisation d'ateliers de formation aux droits de l'homme et à l'éthique dans le contexte du VIH à l'intention des membres de la fonction publique, des agents de la police, du personnel pénitentiaire, des hommes politiques ainsi que des chefs de villages et de communautés, des autorités religieuses et des spécialistes.
- (d) Les Etats devraient encourager les médias et les publicitaires à s'intéresser aux questions relatives au VIH/SIDA et aux droits de l'homme et à restreindre la recherche du sensationnel dans les informations ainsi que le recours inconsidéré à des stéréotypes, surtout au sujet des groupes défavorisés et vulnérables. Il serait bon de disposer à cette fin d'instruments utiles comme des manuels proposant une terminologie appropriée qui permettrait d'éliminer le vocabulaire stigmatisant et un code de conduite professionnelle pour assurer le respect de la confidentialité et de la vie privée.
- (e) Les Etats devraient accorder un appui pour une formation ciblée, une éducation mutuelle et des échanges d'information qui seraient organisés à l'intention des personnes touchées par le VIH/SIDA, du personnel et des bénévoles des organisations communautaires et des organisations d'entraide et d'action contre le SIDA ainsi que des dirigeants des groupes vulnérables dans le but d'accroître leur sensibilisation aux droits de l'homme et aux moyens d'en assurer le respect. Par ailleurs, une éducation et une formation devraient être dispensées sur les questions relatives aux droits de l'homme se rapportant spécialement au VIH aux personnes qui s'occupent d'autres aspects de ces droits.
- (f) Les Etats devraient appuyer l'emploi d'autres moyens comme les émissions radio-phoniques et l'animation de discussions de groupe à l'intention des habitants de régions éloignées ou de la campagne, des analphabètes, des sans-abri ou des marginaux, des personnes n'ayant pas accès aux émissions de télévision, aux films ou aux vidéos ou des personnes dont la langue est celle d'une minorité ethnique.

Directive 10: Elaboration par les pouvoirs publics et le secteur privé de normes assorties de mécanismes pour la mise en œuvre de ces normes

Les Etats devraient veiller à ce que les pouvoirs publics et le secteur privé élaborent pour les questions concernant le VIH/SIDA des codes de conduite traduisant les principes des droits de l'homme en codes de pratique et de responsabilité professionnelles, assortis de mécanismes d'accompagnement en vue de la mise en œuvre et de l'application de ces codes.

- (a) Les Etats devraient demander aux groupes professionnels, en particulier aux spécialistes des soins de santé, et aux autres branches d'activité du secteur privé (comme les services juridiques ou les services d'assurance) d'élaborer et d'appliquer leurs propres codes de conduite qui traiteraient des questions relatives aux droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA, ou les encourager à le faire. Ces questions seraient notamment les suivantes: confidentialité, consentement éclairé pour le dépistage, devoir de soigner, devoir d'assurer la sécurité des lieux de travail, lutte contre la vulnérabilité et la discrimination et voies concrètes de recours en cas d'infraction ou de faute professionnelle.
- (b) Les Etats devraient demander aux divers ministères de formuler des indications précises sur la mesure dans laquelle leurs politiques et leurs pratiques prennent en compte les normes relatives aux droits de l'homme des personnes contaminées par le VIH et sur la conformité de la législation officielle à ces normes. La coordination de ces normes serait assurée dans le cadre national indiqué par la Directive 1 avec la participation des groupes communautaires et professionnels et ses résultats seraient rendus publics.
- (c) Les Etats devraient mettre sur pied ou promouvoir des mécanismes multisectoriels pour assurer la responsabilisation. Cela suppose la participation sur un pied d'égalité de toutes les entités concernées (c'est-à-dire les organismes publics, les représentants du secteur industriel, les associations professionnelles, les ONG, les consommateurs, les fournisseurs de services et les utilisateurs de services). Le but commun serait d'élever le niveau des services, de renforcer les liaisons et la communication et d'assurer la libre circulation de l'information.

Directive 11: Mécanismes étatiques de suivi et d'exécution en matière de droits de l'homme

Les Etats devraient veiller à ce qu'il existe des mécanismes de suivi et d'exécution garantissant la protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH, notamment des droits des personnes touchées par le VIH/SIDA, de leurs familles et de leurs communautés.

- (a) Les Etats devraient collecter des données sur les droits de l'homme et le VIH/SIDA, utiliser ces données comme base pour l'élaboration et la réforme des politiques et des programmes et rendre compte de la situation des droits de l'homme en relation avec le VIH dans les rapports qu'ils sont tenus de présenter aux organes de suivi des traités des Nations Unies, en vertu des instruments relatifs aux droits de l'homme.
- (b) Les Etats devraient créer des postes de coordonnateurs dans les administrations compétentes, y compris les services chargés des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, la police et les services d'exécution des mesures pénales, l'appareil judiciaire, les fournisseurs de services sanitaires et sociaux publics et l'armée, en vue de suivre les atteintes aux droits de l'homme liés au VIH et de faciliter l'accès des groupes défavorisés et vulnérables à ces administrations. Des indicateurs de résultats ou des données de référence permettant de mesurer le respect des normes relatives aux droits de l'homme devraient être mis au point pour les politiques et programmes pertinents.
- (c) Les Etats devraient fournir un appui sous forme de ressources politiques, matérielles et humaines aux organismes d'entraide et d'action contre le SIDA et aux organisations communautaires afin de renforcer leurs capacités en matière d'élaboration et de suivi des normes relatives aux droits de l'homme. Les Etats devraient aider les ONG protégeant les droits de l'homme à développer leur potentiel dans le même domaine.
- (d) Les Etats devraient accorder un appui pour la création d'entités nationales indépendantes de promotion et de protection des droits de l'homme, y compris les droits de l'homme liés au VIH, telles que des commissions des droits de l'homme et des médiateurs, et/ou nommer des médiateurs pour le VIH/SIDA auprès des organismes existants ou indépendants s'occupant des droits de l'homme, des entités juridiques nationales et des commissions de réforme des lois.
- (e) Les Etats devraient promouvoir les droits de l'homme liés au VIH dans les assemblées internationales et veiller à ce que ces droits soient pris en compte dans les politiques et les programmes des organisations internationales, y compris au sein des organes des Nations Unies s'occupant des droits de l'homme ainsi que des

autres organismes du système des Nations Unies. En outre, les Etats devraient fournir aux organisations intergouvernementales les ressources matérielles et humaines nécessaires pour œuvrer efficacement dans ce domaine.

Directive 12: Coopération internationale

Les Etats devraient coopérer par le biais de tous les programmes pertinents et institutions compétentes du système des Nations Unies, en particulier l'ONUSIDA, afin de mettre en commun les connaissances et les expériences acquises dans le domaine des droits de l'homme en relation avec le VIH et devraient veiller à ce qu'existent au niveau international des mécanismes efficaces de protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA.

- (a) La Commission des Droits de l'Homme devrait prendre note des présentes Directives et du rapport de la Deuxième Consultation internationale sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme et demander aux Etats d'examiner attentivement les Directives et de les mettre en œuvre dans le cadre de l'action qu'ils mènent aux niveaux national, infranational et local concernant le problème du VIH/SIDA et des droits de l'homme.
- (b) La Commission des Droits de l'Homme devrait demander aux organes chargés de suivre l'application des instruments relatifs aux droits de l'homme, aux rapporteurs et représentants spéciaux et à ses groupes de travail de prendre note des Directives et d'inclure dans leurs activités et leurs rapports toutes les questions relevant de leur compétence qui sont traitées dans ces Directives.
- (c) La Commission des Droits de l'Homme devrait demander à l'ONUSIDA, aux organismes qui le coparrainent (UNICEF, PNUD, FNUAP, PNUCID, UNESCO, OMS et Banque mondiale) et aux autres organismes et institutions compétents des Nations Unies d'inclure la promotion des Directives dans toutes leurs activités.
- (d) La Commission des Droits de l'Homme devrait nommer un rapporteur spécial sur les droits de l'homme et le VIH/SIDA chargé, notamment, d'encourager et de suivre la mise en œuvre des Directives par les Etats ainsi que leur promotion par le système des Nations Unies, y compris les organes s'occupant des droits de l'homme, s'il y a lieu.
- (e) La Commission des Droits de l'Homme devrait encourager le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme à faire en sorte que les Directives soient diffusées en son sein et soient prises en compte dans toutes les activités et tous les programmes relatifs aux droits de l'homme, en particulier les activités et

programmes qui portent sur la coopération technique, le suivi et le soutien aux organismes et organes s'occupant des droits de l'homme.

- (f) Les Etats, dans les rapports périodiques qu'ils sont tenus de présenter aux organes chargés de suivre l'application des instruments des Nations Unies et au titre de conventions régionales, devraient rendre compte de la manière dont ils mettent en œuvre les Directives et des autres aspects pertinents de la situation des droits de l'homme en relation avec le VIH/SIDA relevant des divers instruments.
- (g) Les Etats devraient veiller à ce que, au niveau national, leur coopération avec les Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA comprenne la promotion et la mise en œuvre des Directives, y compris la mobilisation de concours politiques et financiers suffisants pour assurer cette mise en œuvre.
- (h) Les Etats devraient travailler en collaboration avec l'ONUSIDA, le Haut Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme, les organisations non gouvernementales et les autres organisations s'occupant des droits de l'homme et du VIH/SIDA en vue d'atteindre les objectifs suivants:
- aider à traduire les Directives dans les langues nationales et les langues des minorités,
 - mettre sur pied un mécanisme de communication et de coordination largement accessible pour la mise en commun des informations sur les Directives et les droits de l'homme liés au VIH/SIDA,
 - aider à élaborer un répertoire des déclarations et traités internationaux ainsi que des déclarations de principe et des rapports sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme en vue de renforcer l'appui à la mise en œuvre des Directives,
 - appuyer les projets multiculturels d'éducation et de sensibilisation sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme, y compris l'instruction dispensée aux groupes s'occupant des droits de l'homme concernant le VIH/SIDA et l'instruction dispensée aux organisations d'aide aux malades du SIDA et aux groupes vulnérables pour ce qui est des questions relatives aux droits de l'homme, ainsi que les stratégies de suivi et de protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA, en utilisant les Directives comme matériel pédagogique,
 - aider à mettre sur pied un mécanisme qui permette aux organisations s'occupant des droits de l'homme et celles s'occupant du VIH/SIDA d'appliquer une stratégie commune en vue de promouvoir et de protéger les droits de l'homme des personnes touchées par le VIH/SIDA et des personnes vulnérables à l'infection, notamment par la mise en œuvre des Directives,
 - aider à mettre sur pied un mécanisme permettant de suivre et de faire connaître les atteintes aux droits de l'homme dans le contexte du VIH/SIDA,

- aider à concevoir un mécanisme qui permette de mobiliser les efforts déployés sur le plan local pour assurer le respect des droits de l'homme liés au VIH et mettre en œuvre les Directives, y compris des programmes d'échange et de formation intercommunautaires, dans le cadre d'une région ou entre les régions,
 - faire campagne pour que les autorités religieuses et traditionnelles s'intéressent au problème des droits de l'homme liés au VIH et participent à la mise en œuvre des Directives,
 - fournir un appui pour l'élaboration d'un manuel qui aiderait les organisations protégeant les droits de l'homme et les organisations d'entraide et d'action contre le SIDA à faire campagne pour la mise en œuvre des Directives,
 - aider à identifier et financer les ONG et les organismes d'entraide et d'action contre le SIDA, au niveau national, en vue de coordonner les dispositions prises par les ONG dans le pays pour promouvoir les Directives,
 - soutenir, par une assistance technique et financière, les mesures tendant à constituer des réseaux nationaux et régionaux d'ONG dans les domaines de l'éthique, du droit et des droits de l'homme pour permettre à ces réseaux de diffuser les Directives et de s'employer à les faire appliquer.
- (i) Les Etats devraient, par l'intermédiaire des mécanismes régionaux de protection des droits de l'homme, promouvoir la diffusion et la mise en œuvre des Directives et leur incorporation dans les activités de ces mécanismes.

ANNEXE D

Présentation de l'ONUSIDA

L'ONUSIDA est le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA coparrainé par sept institutions des Nations Unies: l'UNICEF, le PNUD, le FNUAP, le PNUCID, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Il a débuté ses activités en janvier 1996. L'ONUSIDA est fondé sur le concept d'une riposte élargie au VIH/SIDA dans laquelle les institutions des Nations Unies et les autres acteurs concernés peuvent, sur la base de leurs compétences spécifiques, répondre aux problèmes qui entrent dans le cadre de leur mandat. Le Plan stratégique pour la période 1996-2000 donne la précision suivante:

«Il est apparu qu'un programme commun unissant les institutions des Nations Unies dont les compétences et mandats sont complémentaires était nécessaire au vu de l'urgence et de l'ampleur de l'épidémie, de ses profondes racines socio-économiques et culturelles, des tabous et de l'hypocrisie qui entourent la question du VIH et de ses modes de transmission, et de la discrimination et des violations des droits de l'homme auxquelles sont confrontées les personnes infectées et celles menacées de l'être (...) Le VIH tend à se propager le long des failles existant dans la société, alimenté par divers facteurs sociétaux et structurels tels que la pauvreté, le désordre, la discrimination et le statut inférieur des femmes.»

Les droits de l'homme constituent un thème transversal pour l'ONUSIDA, et son plan de travail 1998-99 identifie le domaine des droits de la personne, de l'éthique et du droit comme un volet à part entière du Programme. Une riposte au VIH/SIDA fondée sur les droits de l'homme garantit la dignité humaine, permet aux individus et aux communautés d'agir efficacement contre l'épidémie, et fixe un cadre juridique et éthique pour l'égalité d'accès aux programmes de prévention et de soins.

Plus du tiers du personnel de l'ONUSIDA est en poste dans une sélection de pays, avec 38 Conseillers de Programme dans les Pays et 14 Conseillers techniques inter-pays qui travaillent avec les Groupes thématiques des Nations Unies sur le VIH/SIDA. Etablis au niveau des pays par le Coordonnateur résident, qui appartient généralement au PNUD, ces groupes comprennent des représentants des gouvernements nationaux et des coparrainants. Les Groupes thématiques des Nations Unies sont des mécanismes de coordination grâce auxquels les pays peuvent tirer le meilleur parti du système des Nations Unies à l'appui de leur programmes nationaux de lutte contre le VIH/SIDA.

L'ONUSIDA coordonne, renforce et appuie toutes les activités des Nations Unies visant à prévenir la transmission du VIH, à fournir des soins et un soutien, à agir contre la vulnérabilité au VIH des personnes et des communautés, et à atténuer l'impact de l'épidémie. Il joue également un rôle de catalyseur en constituant des partenariats avec les acteurs pertinents tels que l'Union interparlementaire.

Bien que l'ONUSIDA n'ait aucun rôle de mise en œuvre directe, il peut avoir une influence sur l'élaboration des politiques par:

- son action mobilisatrice, qui peut déboucher sur l'adoption de normes,
- son rôle de sensibilisation au niveau mondial et national, et
- sa capacité à apporter des compétences techniques aux acteurs tels que les gouvernements. Cet aspect se traduit notamment par les outils sur les meilleures pratiques qui identifient et recensent des exemples concrets de principes, stratégies, politiques et activités qui fonctionnent et dont les qualités techniques, éthiques et stratégiques sont reconnues pour leur fiabilité, leur durabilité et leur répliquabilité.

L'adresse du site Web de l'ONUSIDA est: <http://www.unaids.org>

ANNEXE E

Présentation de l'Union interparlementaire

Créée en 1889, l'Union interparlementaire, qui est l'organisation mondiale des parlements des Etats souverains, a été la première assemblée permanente pour les négociations politiques multilatérales. A la fin de l'année 1999, 138 parlements nationaux sont membres de l'Union, qui compte également cinq assemblées parlementaires internationales en qualité de membres associés. L'Union interparlementaire est financée par ses membres avec des fonds publics et son Siège est à Genève, en Suisse.

L'Union interparlementaire réunit des représentants des parlements nationaux qui examinent les problèmes politiques, économiques, sociaux et culturels d'importance internationale. Foyer de la concertation interparlementaire à l'échelle mondiale, l'Union œuvre pour la paix, la coopération entre les peuples et l'affermissement de la démocratie représentative. En outre, elle œuvre en étroite collaboration avec les Nations Unies, dont elle partage les objectifs et appuie les efforts. En juillet 1996, l'Union a conclu un accord de coopération avec les Nations Unies visant à resserrer les liens entre les deux organisations, qui a été salué en octobre 1996 par l'Assemblée générale des Nations Unies.

L'Union interparlementaire favorise les contacts, la coordination et l'échange d'expériences entre les parlements et les parlementaires de tous pays. Elle examine les questions d'intérêt international et se prononce à leur sujet en vue de susciter une action des parlements et des parlementaires. Elle contribue à la défense et à la promotion des droits de l'homme – facteur essentiel de la démocratie parlementaire et du développement. Enfin, elle contribue à une meilleure connaissance du fonctionnement des institutions représentatives ainsi qu'au renforcement et au développement de leurs moyens d'action.

Principal organe statutaire qui exprime les vues de l'Union, la Conférence interparlementaire se réunit deux fois par an, chaque fois dans une ville différente. D'ordinaire, les délégations qui assistent à la Conférence comprennent des parlementaires issus de tous les partis. Les droits de vote varient en fonction de la population des Etats, et les voix au sein d'une même délégation peuvent être partagées pour refléter les opinions différentes des membres. Quatre commissions plénières d'étude assistent la Conférence dans ses travaux, dont la Commission pour l'Education, la Science, la Culture et l'Environnement. Le présent Guide a été rédigé avec l'aide de cette commission.

Les membres de l'Union interparlementaire soumettent à leurs assemblées et gouvernements respectifs les recommandations adoptées par l'Union lors de ses conférences, et promeuvent leur mise en œuvre. De nombreuses mesures législatives, politiques ou techniques ont ainsi été adoptées dans le monde entier. La 87^{ème} Conférence interparlementaire de Yaoundé (Cameroun) a adopté une résolution sur la nature pandémique du SIDA: la menace qu'elle représente pour la croissance économique mondiale et la stabilité politique et sociale, en particulier la promotion de politiques destinées à traduire le savoir scientifique en action gouvernementale et en une volonté d'adopter des

mesures d'ordre social et politique pour limiter les effets de la maladie. La 99^{ème} Conférence interparlementaire de Windhoek (Namibie) a adopté une résolution complémentaire sur les mesures de lutte contre les effets dévastateurs du VIH/SIDA sur les plans humain, économique et social. Le présent Guide a été élaboré pour faire suite à cette résolution.

L'adresse du site Web de l'Union interparlementaire est: **<http://www.ipu.org>**

NOTES DE FIN

- ¹ *Le point sur l'épidémie de SIDA*, décembre 1998, ONUSIDA et OMS.
- ² *The Business Response to HIV/AIDS: Innovation and Partnership*, ONUSIDA et Prince of Wales Business Leaders' Forum, Genève et Londres, 1997, section 1, p. 9.
- ³ Speth JG., *Human Rights and Sustainable Human Development*, Management Development and Governance Division, Bureau for Development Policy, PNUD, novembre 1997 et *Governance for Sustainable Human Development: UNDP Policy Document*, janvier 1997.
- ⁴ *Namibian Human Development Report: The Impact of HIV and AIDS in Namibia*, PNUD et Organismes coparrainants de l'ONUSIDA, 1997, chapitre 6.
- ⁵ Ce projet, commencé en 1998 et prévu pour une durée de 30 ans, implique la participation de 2000 travailleurs, pour la plupart des hommes célibataires non accompagnés logés dans des baraquements, et de 400 à 600 chauffeurs de camions – *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, A World Bank Policy Research paper, 1998, Box 1.3.
- ⁶ WHO/UNAIDS/HLE/97.1.
- ⁷ Pour l'ONUSIDA, la recherche des meilleures pratiques consiste à accumuler et mettre en application des connaissances sur les méthodes efficaces ou non concernant la prévention du SIDA et les programmes et projets de soutien et de soins dans des situations et contextes différents. Précisément, l'expression renvoie aux enseignements qui peuvent être tirés autant qu'au processus d'apprentissage, de retour d'information, de réflexion et d'analyse des pratiques saines, éthiques, efficaces, réactives et duplicables. Par la collecte, la production, la diffusion et la promotion de ces données, l'information peut être partagée et les enseignements tirés avant que l'on entreprenne d'adapter les méthodes à d'autres pays ou régions.
- ⁸ Kimble M. A/g Assistant Secretary, Bureau of Oceans and International Environmental and Scientific Affairs, Département d'Etat des Etats-Unis, discours intitulé «Political Will in the Response to the AIDS Epidemic» prononcé devant le National Council on International Health, Washington DC, 25 juin 1998.
- ⁹ Logan D. *The Business Response to HIV/AIDS: Innovation and Partnership*, ONU-SIDA et le Prince of Wales Business Leaders' Forum, Genève et Londres, 1997.
- ¹⁰ *The Action Brief*, ONUSIDA, décembre 1998.
- ¹¹ ONUSIDA. *Elargir la riposte mondiale au VIH/SIDA par une action mieux dirigée – Réduction du risque et de la vulnérabilité: Définitions, analyse raisonnée et voies à suivre*, Outils fondamentaux, Collection *Meilleures Pratiques*, 1998.
- ¹² Allocution lors de la remise des diplômes, Morgan State University, Baltimore, Maryland, 18 mai 1998.
- ¹³ ONUSIDA. *The Action Brief*, février 1999.
- ¹⁴ Communication personnelle avec Rita Arauz, Fundación Nimehuatzin, 9 juin 1998.
- ¹⁵ Le projet SHAKTI de CARE, financé par le DFID.
- ¹⁶ En mars 1996, le Forum for Human Development on AIDS (forum pour le développement humain sur le SIDA) des parlementaires indiens a tenu, à New Delhi, un atelier parrainé par l'ONUSIDA: *Approaches to Prevention* (approches en

- matière de prévention). Les rapports et comptes rendus sont édités par le Dr N. Heptulla. Une conférence mondiale, AIDS – Law and Humanity (SIDA – droit et humanité), a été organisée par l’Indian Law Institute, en décembre 1995 à New Delhi (Inde), et ouverte par le Président et le Premier Ministre, accompagnés de plusieurs ministres.
- 17 Des ateliers sur le SIDA ont été organisés à l’intention de 35 parlementaires du Population and Social Development Committee (Commission pour la population et le développement social) en septembre 1997 et août 1998 par le National Center for AIDS and STD Control (Centre national de lutte contre le SIDA et les MST) financé par l’ONUSIDA.
- 18 Au Mexique, la Commission pour la santé a organisé un Forum international sur le VIH/SIDA et le défi législatif à l’intention de la chambre basse du Congrès.
- 19 La Sous-Commission sur le VIH/SIDA du Cabinet du Malawi compte des assises parlementaires pour les femmes (Parliamentary Caucus for Women).
- 20 Whelan D. «Human Rights Approaches to an Expanded Response to Address Women’s Vulnerability to HIV/AIDS», *Health and Human Rights* (1998) 3(1), p. 21-23.
- 21 Mann J et Tarantola D. «Responding to HIV/AIDS: A Historical Perspective», *Health and Human Rights* (1998) 2(4), 5.
- 22 E/CN.4/1997/37.
- 23 1997/33.
- 24 1997/40.
- 25 HR/PUB/98/1.
- 26 Gostin L et Lazzarini L. *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic*, Oxford University Press, New York, 1997, p. 4.
- 27 Adoptée lors de la Conférence mondiale sur les Droits de l’Homme, A/CONF.157/24 (Partie I), Chap. III. Voir également la Déclaration sur le droit au développement.
- 28 Craven MCR. *The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: A Perspective on its Development*, Clarendon Press, Oxford, 1995, p. 109.
- 29 Résolution de la Commission des Droits de l’Homme des Nations Unies 1996/44 et Résolution 1995/21 de la Sous-Commission chargée de la prévention de la discrimination et de la protection des minorités.
- 30 Siracusa Principles E/CN.4/1984/4.
- 31 Sieghart P. *AIDS and Human Rights: A UK Perspective*, British Medical Foundation for AIDS, Londres, 1989.
- 32 Dans un système fédéral, ces comités peuvent comprendre une représentation nationale, mais aussi des provinces et des Etats.
- 33 *Connecting lower HIV infection rates with changes in sexual behaviour in Thailand*, étude de cas de l’ONUSIDA, juin 1998.
- 34 *Citizen*, 23 octobre 1997.
- 35 Street J et Weale A. «Britain: Policy-making in a Hermetically Sealed System» in Kirp D et Bayer R (dir. publ.), *AIDS in the Industrialized Democracies – Passions, Politics and Policies*, Rutgers University Press, New Brunswick, 1992, p. 185.
- 36 ONUSIDA, *Elargir la riposte mondiale au VIH/SIDA par une action mieux dirigée*, Outils fondamentaux, Collection *Meilleures Pratiques*, 1998.

- ³⁷ *Ibid.*, p.207.
- ³⁸ Ballard J. «Australia: Participation and Innovation in a Federal System» *ibid.*, p.144.
- ³⁹ Marchant P. «The British Parliamentary Experience», discours à la Conférence permanente des Parlementaires européens sur le VIH/SIDA, 19-20 mai 1995, Barcelone, Espagne, *Rapport de la conférence*, p.80.
- ⁴⁰ All-Party Parliamentary Group on AIDS, *Annual Review*, 1996, p.3.
- ⁴¹ *Ibid* et *Annual Review* 1995.
- ⁴² Voir Watchirs H. «Law Reform in Australia: The Legal Working Party, Intergovernmental Committee on AIDS» in Wiseberg L. (dir. publ.) *Human Rights and HIV/AIDS: Effective Community Responses*, Réseau international de documentation sur les droits humains (financé par l'ONUSIDA), Ottawa, 1998.
- ⁴³ Wiseberg L. (dir. publ.), *Human Rights and HIV/AIDS: Effective Community Responses*, Réseau international de documentation sur les droits humains (financé par l'ONUSIDA), Ottawa, 1998.
- ⁴⁴ Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette initiative: l'action de hauts responsables nationaux et régionaux, la prise de conscience de la rapide propagation de l'épidémie, soulignée par les conclusions alarmantes de la surveillance sentinelle, la mise en évidence indiscutable de l'intérêt de la décentralisation par la communauté extérieure chargée de l'assistance, et les incitations formulées par un forum organisé lors de la 3^{ème} Conférence internationale sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique tenue à Chiang Mai. Dr Wiwat Rojanapithayakorn et M. P. Cox, «Interim Results of a Case Study from Northern Thailand – Governance and HIV, Decentralisation», rapport présenté lors du 4^{ème} Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique, Manille, octobre 1997.
- ⁴⁵ C'était la première fois qu'un budget était ainsi attribué à un programme n'appartenant pas à un ministère.
- ⁴⁶ Maatin A. *Governance and HIV – A Discussion Paper*, deuxième version, UNDP Regional Governance Facility, Islamabad, 1997, p.5 et 13.
- ⁴⁷ Turner K. *Governance and HIV, Report of a Joint Planning Meeting – UNDP Regional Project on HIV and Development for Asia and the Pacific and UNDP Sustainable Human Development Governance Resource Facility*, juillet 1997, p.4.
- ⁴⁸ Parnell B, Lie G, Hernandez JJ et Robins C. *Development and the HIV Epidemic: A forward-looking evaluation of the approach of the UNDP HIV and Development Programme*, juin 1996, p.2.
- ⁴⁹ Bagasao TM. «Moving Forward Through Community Response: Lessons Learned from HIV Prevention in Asia and the Pacific», *Health and Human Rights* (1998), 3(1), p.9 à 15.
- ⁵⁰ ONUSIDA, Actualisation ONUSIDA, *Mobilisation communautaire et SIDA*, avril 1997.
- ⁵¹ Bagasao, *loc.cit.*
- ⁵² La communauté très dynamique des ONG aux Philippines bénéficie du fait que l'importance de ces organisations est reconnue notamment dans la Constitution qui prévoit la participation de la société civile aux conseils, en particulier dans le domaine de l'action des autorités locales.
- ⁵³ Aldaba F. et Petilla J. «Interim Results of a Case Study from the Philippines-Governance and HIV, Government/Civil Society Interface», rapport présenté lors du 4^{ème} Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique, Manille,

- octobre 1997.
- ⁵⁴ O’Loughlin B et Murni S. *Report on a Consultancy on the Involvement of People Living with HIV/AIDS in Policy and Programme Development in the Response to the HIV Epidemic in Asia and the Pacific*, septembre 1997.
- ⁵⁵ Loi N° 238 sur la promotion, la protection et la défense des droits de l’homme face au SIDA, 6 décembre 1996.
- ⁵⁶ Communication personnelle avec Rita Arauz, Fundación Nimehuatzin, 9 juin 1998.
- ⁵⁷ Gonzalez-Martin F. «HIV/AIDS and Human Rights in Mexico», *The Human Rights Brief*, (1996) 3(3).
- ⁵⁸ Cependant, une loi de 1995 autorise effectivement le dépistage obligatoire des membres de l’armée et de la police; or, un cachet apposé sur la carte nationale d’identité des personnes exemptées du service militaire pour séropositivité va bien évidemment à l’encontre du droit à la vie privée. Tealdi, JC. *loc. cit.*
- ⁵⁹ Feachem R. *Valuing the past, investing in the future: Evaluation of the National HIV/AIDS Strategy 1993-94 and 1995-96*, AGPS, 1995, Canberra.
- ⁶⁰ Gostin LO, Webber DW. «HIV Infection and AIDS in the Public and Health Care Systems: The Role of Law and Litigation», *Journal of the American Medical Association* (1998), 279(14), 1108.
- ⁶¹ Agarwal, «The AIDS Prevention Bill 1989 – Defects and Effects», *Supreme Court Journal* (1990) 1, 68.
- ⁶² Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Centre François-Xavier Bagnoud pour la Santé et les Droits de l’Homme, Harvard School of Public Health *AIDS, Health and Human Rights: An Explanatory Manual*, 1995, Partie 1(2).
- ⁶³ Fee E, Fox D. *AIDS: The Burdens of History*, University of California Press, Berkeley, 1988.
- ⁶⁴ Par exemple, en Inde, le *Railways Act* (Loi sur les transports ferroviaires) de 1989 et les *Rules on Carriage of Passengers* (Dispositions relatives aux transport de passagers) de 1990. Nayak RK. «HIV/AIDS Phenomenon in India: Problems, Policies and the Law» in Frankowski S. (dir. publ.) *Legal Responses to AIDS in comparative perspective balancing individual rights and societal interests*, Kluwer, 1998.
- ⁶⁵ Akveld H, Hessing D. Dutch Legal Responses to AIDS in Frankowski S. *op. cit.* p.300.
- ⁶⁶ Dosa A. «Legal Aspects of Combating AIDS in Hungary» in Frankowski S., *op. cit.* p. 325.
- ⁶⁷ Certains pays distinguent deux catégories de dépistage obligatoire: le dépistage impératif, qui est une condition *sine qua non* à l’obtention d’un service ou d’une prestation, et le dépistage obligatoire qui est imposé, sans autre alternative, à une personne qui doit alors fournir un échantillon sanguin (ou d’un autre liquide organique).
- ⁶⁸ *Evaluation des progrès en Ouganda*, ONUSIDA, Etude de cas, mai 1998.
- ⁶⁹ Akveld H, Hessing D. *loc. cit.*, p. 302.
- ⁷⁰ Le stock de sang est protégé par la législation dans les pays tels que l’Algérie, l’Allemagne, l’Autriche, le Chili, la Colombie, le Danemark, l’Espagne, la Grèce, la Hongrie, l’Italie, le Luxembourg, Maurice, la Norvège, la Suisse, la Turquie et le Viet Nam – voir *WHO Directory of Legal Instruments Dealing with HIV/AIDS*, *op. cit.*

- ⁷¹ *Sécurité transfusionnelle et SIDA*, ONUSIDA, Point du vue, Collection *Meilleures Pratiques*, octobre 1997.
- ⁷² *Ibid.*
- ⁷³ *World Bank Policy Research Report, op. cit*, Box 4.2.
- ⁷⁴ McFarland W, Kahn JG, Katzenstein DA, Mvere D et Shamu R. «Deferral of blood donors with risk factors for HIV infection saves lives and money in Zimbabwe», *Journal of AIDS and Human Retrovirology* (1995) 9(2) 183-92.
- ⁷⁵ Kumar S. Indian Supreme Court Demands Cleaner Blood Supply, *Lancet* (1996) 347, 114.
- ⁷⁶ Tealdi JC. Responses to AIDS in Argentina: Law and Politics, Frankowski S. *op. cit.* p. 413.
- ⁷⁷ *ibid.*, Box 2.2.
- ⁷⁸ Gostin L, Curran WJ. The Limits of Compulsion in Controlling AIDS, *Hastings Center Report*, 1986, 16(6) 24 at 28-9.
- ⁷⁹ En l'occurrence, la culpabilité dépend de la mesure dans laquelle le contrevenant est moralement responsable de ses actes. Dans le droit pénal, la responsabilité découle de l'acte proprement dit et des motivations de celui qui le commet.
- ⁸⁰ *WorldAIDS*, Panos Institute, mars 1994, et *AIDS and Young People: A Generation at Risk*, Panos Media Briefing N° 4, juillet 1996.
- ⁸¹ Sullivan KM, Field M.A. AIDS and the Coercive Power of the State, *Harvard Civil Rights/Civil Liberties Law Review* (1988) 23(1) 139.
- ⁸² *Criminal Law and HIV/AIDS* Panos Information Sheet, mai 1997.
- ⁸³ Wodak A. Health, HIV Infection, Human Rights, and Injecting Drug Use, *Health and Human Rights* (1998), 2(4) p.24 à 27.
- ⁸⁴ Klomegah KK. Drug Use Fuels Epidemic in Russia, *Panos News*, 20 mars 1998.
- ⁸⁵ ONUSIDA, *Guide pratique à l'intention des Groupes thématiques: agir ensemble contre le VIH/SIDA*, 1998, IV.3.
- ⁸⁶ *Ibid.*
- ⁸⁷ *Confronting AIDS, op. cit.* , chapitre 3.
- ⁸⁸ Hurley SF, Jolley DG, Kalder, JM. Effectiveness of needle exchange programmes for prevention of HIV infection, *Lancet* (1997) 349 (9068) 1797-1800.
- ⁸⁹ *Ibid.*
- ⁹⁰ Communication N° 488/1991. *Actes officiels de l'Assemblée générale, quarante-neuvième session, Supplément N° 40 (A/49/40)*, vol.II, annexe IX EE, para. 8.5. Le Gouvernement fédéral australien a contraint l'Etat de Tasmanie à mettre en application les conclusions de la Commission des Droits de l'Homme (Human Rights Committee) par la promulgation de la *Human Rights (Sexual Conduct) Act 1994* (Loi de 1994 sur les droits de l'homme concernant les pratiques sexuelles).
- ⁹¹ McKenna N. *On the Margins: Men who have sex with men in the developing world*, Panos Institute en association avec la Croix-Rouge norvégienne, Londres, 1996.
- ⁹² Décision non rapportée de la Cour constitutionnelle dans l'affaire opposant la *National Coalition for Gay and Lesbian Equality and Anon* (Coalition nationale pour l'égalité et la dignité des gays et lesbiennes) et au Ministère de la Justice et Ors (9 octobre 1998) – voir le site Web de la University of Witwatersrand Law School à l'adresse: <http://www.law.law.wits.ac.za./judgements/1998/gaylessum.html>.

- ⁹³ Werrett L, Talbot W. *HIV/AIDS Prevention, Homosexuality and the Law*, Document de travail, Intergovernmental Committee on AIDS, Legal Working Party, Australian Department of Community Services and Health, Canberra, février 1991.
- ⁹⁴ Comme cela a été fait aux Pays-Bas en 1996.
- ⁹⁵ Comme c'est le cas dans certains pays d'Amérique latine. Wijers M, Lap-Chew L. *Trafficking in Women, Forced Labour and Slave-like Practices in Marriage, Domestic Labour and Prostitution*, Foundation Against Trafficking in Women, Pays-Bas, 1997, p.153.
- ⁹⁶ Bindman J. *Redefining Prostitution as Sex Work on the International Agenda*, Anti-Slavery International (avec la participation du Network of Sex Work Projects), Londres, 1997.
- ⁹⁷ Y compris, le cas échéant, des traductions en fonction des origines ethniques des clients et des professionnel(le)s.
- ⁹⁸ Par exemple, dans l'Etat du Queensland, en Australie.
- ⁹⁹ *Op. cit.*, chapitre 2.
- ¹⁰⁰ Education Means Protection of Women Engaged in Recreation.
- ¹⁰¹ Overs C, Longo P. *Making Sex Work Safe*, AHRTAG and Network of Sex Work Projects, Londres, 1997, p.43.
- ¹⁰² Transnational AIDS/STD Prevention Among Migrant Prostitutes in Europe.
- ¹⁰³ *Ibid.* p.40 et 71.
- ¹⁰⁴ Singh S, Chowdhury S. *A Dream, A Pledge, A Fulfilment: Five Years' Stint at Sonagachi 1992-97* All India Institute of Hygiene and Public Health, Calcutta.
- ¹⁰⁵ *Ibid.* p.9.
- ¹⁰⁶ *Ibid.*, p.45.
- ¹⁰⁷ Déclaration de l'ONUSIDA à la Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies, avril 1996.
- ¹⁰⁸ Au Costa Rica, la législation impose au Ministère de la Santé d'équiper les infirmeries des prisons en aiguilles et seringues jetables, trousses de dépistage, préservatifs et matériels pédagogiques.
- ¹⁰⁹ Foreman M. *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility*, Panos et Zed Books, Londres, 1998.
- ¹¹⁰ *AIDS and Detention: The Combat Against AIDS in Penitentiary Institutions in the Netherlands*, 1995.
- ¹¹¹ Réseau juridique canadien VIH et Société canadienne du sida, *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*, septembre 1996.
- ¹¹² AIDS Advisory Committee, *Review of HIV and AIDS in Prison*, juin 1995.
- ¹¹³ Tealdi JC. *loc. cit.*, p.382-384 et 393.
- ¹¹⁴ Voir l'affaire *D. contre le Royaume-Uni*, Cour européenne des Droits de l'Homme, 2 mai 1997, Appl. N° 30240/96.
- ¹¹⁵ Norberry J, Chappell D. *AIDS and Prisons*, Trends and Issues Paper No. 21, Australian Institute of Criminology, décembre 1989.
- ¹¹⁶ Jurgens R. *HIV/AIDS in Prisons: Final Report*, Réseau juridique canadien VIH et Société canadienne du sida, Montréal, septembre 1996.
- ¹¹⁷ Communiqué de presse de l'ONUSIDA, *UNAIDS expresses sorrow over killing of South African AIDS-Activist*, 5 janvier 1999.
- ¹¹⁸ Tealdi JC. *Responses to AIDS in Argentina: Law and Politics* in Frankowski S. *op. cit.* p.388.

- 119 Oi-chu Lin. *Community Campaign in the Fight Against Discrimination: the Hong Kong Experience* in Réseau international de documentation sur les droits humains, *op. cit.*, p.12-14.
- 120 Dans un premier temps, un employeur peut uniquement demander si les candidats à un emploi sont en mesure d'assurer les fonctions prévues par le poste. Après qu'une proposition conditionnelle d'emploi a été faite, tous les employés entrants peuvent être soumis à un examen médical, mais pas les candidats sélectionnés. On estime que le coût des examens médicaux, l'obligation de maintenir confidentiels les résultats de ces tests et de les utiliser uniquement conformément aux dispositions de la loi dissuadent considérablement de mener des dépistages du VIH. Feldblum C. Disability Antidiscrimination Laws and HIV Testing of Health Care Providers in *Courts, Health Science and the Law* (1991) 2(1) 136 (Georgetown Medical and Law Centers).
- 121 Dans le *Disability Discrimination Act*, (*Loi contre la discrimination des personnes souffrant d'un handicap*) de 1992, l'Australie donne la définition suivante: «la présence dans le corps d'organismes susceptibles de causer des maladies».
- 122 Watchirs H. HIV/AIDS Discrimination and Privacy – the Need for Legislative Protection, in Jayasuriya DC (dir. publ.) *HIV Law Ethics and Human Rights*, UNDP Regional Project on HIV and Development, New Delhi, 1995.
- 123 Dans le Territoire de la capitale australienne, la loi stipule qu'aucune circonstance particulière ne peut être considérée comme matériellement différente puisqu'il appartient à celui qui établit une discrimination de tenir compte de la personne séropositive.
- 124 Nouvelle-Galles-du-Sud, Australie.
- 125 Par exemple, *le Ministère de la Justice du Canada contre Thwaites* T16299-3, 28 mars 1994.
- 126 Seager J. *The State of Women in the World Atlas*, Penguin, Londres, 1997.
- 127 Cette cohérence du point de vue de l'âge ne doit pas modifier la nature du délit de pédophilie, dans un contexte hétérosexuel comme homosexuel.
- 128 Voir l'affaire opposant *D.* au *Conseil des ministres*, Tribunal européen de 1^{ère} instance, 28 janvier 1999, T-262/97
- 129 Par exemple, la Loi danoise sur l'union civile, 1989.
- 130 Par exemple, l'*Australian Capital Territory's Domestic Relationships Act* (Loi du Territoire de la capitale australienne sur les relations privées) de 1995.
- 131 *HIV/AIDS: The Need for Privacy*, octobre 1990.
- 132 *Report of the Privacy and HIV/AIDS Working Party*, Commonwealth de l'Australie, septembre 1992.
- 133 Akveld H, Hessing D. *loc. cit.*, p.310.
- 134 Saito T. Japanese Legal Response to AIDS in Frankowski S. (dir. publ.) *op. cit.* p.272.
- 135 Affaire *Z. contre la Finlande*, 25 février 1997, Appl. N° 22009/93.
- 136 Par exemple, l'affaire *Jansen Van Vuuren contre Kruger* (1993) 4 SA 842.
- 137 Par exemple, l'affaire *AB* contre le *Scottish National Blood Transfusion Service* (1990) SCLR 263.
- 138 Grimm G. Combating Discrimination Against AIDS Patients in Tanzania *The Human Rights Brief* (1997) 4(3), Center for Human Rights and Humanitarian Law, Washington College of Law, American University.

- 139 Même implicite, telle que l'obligation de fidélité et de bonne foi, l'obligation d'exécuter son travail dans les règles de l'art et d'apporter le soin voulu pour éviter de causer des traumatismes ou des pertes dans l'exercice de son travail.
- 140 Par exemple, la Californie, la Floride, l'Illinois, le Texas, le Massachusetts, le Wisconsin et la Tasmanie (Australie).
- 141 Après une blessure avec une aiguille, il peut être demandé à un employé de prendre de la zidovudine, à titre d'action visant à atténuer les dommages, si la valeur prophylactique de la prise est jugée raisonnable, au vu des données médicales.
- 142 Jayasuriya DC. *AIDS and Condoms*, Institute of Comparative Health Policy and Law, Nawala, 1989.
- 143 Wiseberg L. (dir. publ.), *Human Rights and HIV/AIDS: Effective Community Responses*, Réseau international de documentation sur les droits humains (financé par l'ONUSIDA), Ottawa, 1998.
- 144 Entretien personnel avec Federico Hernandez, FASE, 12 mai 1998.
- 145 Bianco M. Président, FEIM (the Foundation for Women's Studies and Research) in Wiseberg L. (dir. publ.), *Human Rights and HIV/AIDS: Effective Community Responses*, Réseau international de documentation sur les droits humains (financé par l'ONUSIDA), Ottawa, 1998.
- 146 Zielinska E. Legal Responses to AIDS – A Polish Perspective in Frankowski S. (dir. publ.) *op. cit.*
- 147 Permitted Medical Experiments, International Tribunal of Nuremberg, in *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Council Law No. 10, The Medical Case*, Vols. I and II, Washington D.C., US Govt. Printing Office, 1950.
- 148 *Recommendations Guiding Physicians in Biomedical Research Involving Humans*, adoptées à la 18ème Assemblée médicale mondiale, selon modifications.
- 149 Série de rapports techniques de l'OMS, N° 850, p.97-137.
- 150 Belouqui J, Chokevivat V, Collins C. HIV Vaccine Research and Human Rights: Examples from Three Countries Planning Efficacy Trials in *Health and Human Rights* (1998) 3(1) 39 à 49.
- 151 Alexander M. Information and Education Laws in Jayasuriya DC., *op.cit.*, p.34-65.
- 152 Carrasco E, Coordinateur ACCSI, «Providing Legal Aid and Advice on Human Rights and HIV/AIDS» in Wiseberg L. *op. cit.*
- 153 ACTIONAID et PNUD, *Strategies for Hope – No. 11 Broadening the front: NGO responses to HIV and AIDS in India*.
- 154 Par ex. Holtzman M (dir. publ.) *Legal Services Directory for People with AIDS*, Gay Men's Health Crisis et American Bar Association *Directory of Legal Resources for People with AIDS and HIV*, AIDS Coordination Project, Washington.
- 155 Par ex. le Gay Men's Health Crisis Volunteer Attorney Training Manual, le Whitman-Walker AIDS Advocacy Volunteer Attorney Practice Manual et un manuel élaboré par l'AIDS Project, Los Angeles.
- 156 Strode A *et al HIV/AIDS and the Law: A Resource Manual*, AIDS Law Project and Lawyers for Human Rights, Université de Witswatersrand, Afrique du Sud, 1997.
- 157 Rubinfeld AR. *AIDS Benchbook* National Judicial College, American Bar Association (ABA), Reno, Nevada, 1991 – cette école et l'ABA organisent également des formations sur le SIDA dans le contexte des tribunaux.

- 158 Par exemple, Harris D. *AIDS: A Guide to the Law*, Terrence Higgins Trust, Londres, 1990 et Lambda Legal Defense and Education Fund, Inc. *AIDS Legal Guide: A Professional Resource on AIDS-related Legal Issues and Discrimination*, New York, 1989.
- 159 ONUSIDA, *Elargir la riposte mondiale au VIH/SIDA par une action mieux dirigée – Réduction du risque et de la vulnérabilité: Définitions, analyse raisonnée et voies à suivre*, Outils fondamentaux, Collection *Meilleures Pratiques*, 1998.
- 160 Hannum J. *AIDS in Nepal: Communities Confronting an Emerging Epidemic*, AmFAR, Seven Stories Press, New York, 1997.
- 161 ONUSIDA *Les femmes et le SIDA: Point de vue ONUSIDA*, octobre 1997.
- 162 ONUSIDA, *Gender and HIV/AIDS: Taking stock of research and programmes*, Outils fondamentaux, Collection *Meilleures Pratiques*, mars 1999, p.31.
- 163 *Ibid.*
- 164 Policy Profile – HIV Prevention and Women’s Rights: Working for One Means Working for Both, *AIDScaptions*, Vol. II(3), mai 1996.
- 165 ONUSIDA, *Gender and HIV/AIDS: Taking stock of research and programmes*, Outils fondamentaux, Collection *Meilleures Pratiques*, mars 1999, p.29.
- 166 *AIDScaptions, loc. cit.*
- 167 ONUSIDA, *Gender and HIV/AIDS: Taking stock of research and programmes*, Outils fondamentaux, Collection *Meilleures Pratiques*, mars 1999, p.27.
- 168 ONUSIDA, *AIDS Five Years since ICPD: Emerging issues and challenges for women, young people and infants*, Document de travail, 1999.
- 169 FNUAP, *The State of the World Population – the Right to Choose: Reproductive Rights and Reproductive Health – 1997*, Chapitre 2 et Rapport spécial: Implementing the ICPD Programme of Action.
- 170 *Women’s Health – Using Human Rights to Gain Reproductive Freedom*, Panos Media Briefing N° 32, décembre 1998, p. 17.
- 171 McNamara R. *Female Genital Health and the Risk of HIV Transmission*, PNUD, Issues Paper 3, HIV and Development Programme, New York, novembre 1993.
- 172 ONUSIDA, *Sexospécificité et SIDA*, Actualisation ONUSIDA, septembre 1998.
- 173 ONUSIDA, *Gender and HIV/AIDS: Taking stock of research and programmes*, Outils fondamentaux, Collection *Meilleures Pratiques*, mars 1999, p.26.
- 174 Foreman M. *AIDS and Men – Old Problem, New Angle*, Panos HIV/AIDS Briefing No. 6, décembre 1998.
- 175 AIDSCAP, *Making prevention work: global lessons learned from the AIDS Control and Prevention Project, 1991-7*, Arlington, VA.
- 176 Mane P. *Women to Gender: From Rhetoric to Action in HIV/AIDS Prevention, Care, Support and Impact-Alleviation*, document présenté à AIDS IMPACT, Biopsychosocial Aspects of HIV infection, Troisième conférence internationale, juin 1997, Melbourne, Australie.
- 177 ONUSIDA, *AIDS five years since ICPD: Emerging Issues and challenges for women, young people and infants*, Document de travail, 1999 p.13-15.
- 178 ONUSIDA Rapport de travail, 1999 World AIDS Campaign, Challenges for Latin America and the Caribbean, 25 février 1999.
- 179 ONUSIDA, *AIDS five years since ICPD: Emerging issues and challenges for women, young people and infants*, Document de travail, 1999, p.19.

- 180 Voir Byrne, I. *The Human Rights of Street and Working Children: A Practical Manual for advocates*, Consortium for Street Children, UK, Intermediate Technology Publications, Londres, 1998.
- 181 Baker G, Knaul F, Vasconcelos A. Development as Empowerment: Brazilian Project Offers Passage to a Better Life for Street Girls *Passages*, (1991) 10 (4) International Center on Adolescent Fertility, 3-6.
- 182 Une procédure similaire de recherche, de consultation, d'examen et de réforme a été conduite en 1993 dans le cadre de l'Enquête nationale sur les droits des personnes atteintes d'une maladie mentale (également menée par le HREOC).
- 183 *Education SIDA grâce aux Imams: L'initiative d'une communauté spirituelle motivée, en Ouganda*, ONUSIDA et Islamic Medical Association of Uganda, Collection *Meilleures Pratiques*, Genève, ONUSIDA, 1998.
- 184 OMS, UNICEF, PNUD, USAID et World Learning Inc.
- 185 Grâce à une analogie avec la nourriture – l'apprentissage de la consommation alimentaire responsable évite que les aliments soient consommés d'une manière nocive.
- 186 Saito T. Japanese Responses to AIDS in Frankowski S, *op. cit.*, p. 250.
- 187 Un autre atelier est prévu pour décembre 1999 – janvier 2000: entretien personnel avec Mandeep Dhaliwal, Coordonnateur de projet, 22 avril 1999.
- 188 *HIV/AIDS Related Discrimination Health Care Worker Project*, School of Medical Education, préparé pour la Campagne nationale contre le SIDA, Department of Human Services and Health, AGPS, Canberra, août 1994.
- 189 Kippax S, Tillett G, Crawford J, Cregan J. *Discrimination in the Context of AIDS: Disease and Deviance*, Macquarie University AIDS Research Unit, rédigé pour l'Australian Department of Community Services and Health, juillet 1991.
- 190 *HIV/AIDS Related Discrimination PLWHA Project Report*, préparé pour le Department of Human Services and Health, décembre 1994.
- 191 McConachy D, Booker N. *HIV/AIDS Related Discrimination: PLWHA Evaluation Report*, préparé pour la Campagne nationale contre le SIDA, Department of Human Services and Health, AGPS, Canberra, juillet 1994.
- 192 Lenehan, Lynton, Bloom, Blaxland. *Research into HIV/AIDS Related Discrimination*, préparé pour l'Australian Department of Human Services and Health, AGPS, Canberra, octobre 1994.
- 193 Voir *Intégrer le VIH/SIDA dans les préoccupations de l'entreprise*, ONUSIDA, Point de vue, novembre 1998.
- 194 *HIV/AIDS and the Law: A Resource Manual*, AIDS Law Project and Lawyers for Human Rights, Université de Witwatersrand, Afrique du Sud, mai 1997, Annexe 2.
- 195 Ministère du Travail, République de Namibie, *National Code of HIV/AIDS and Employment*, août 1996.
- 196 Saito T. Japanese Legal Responses to AIDS *loc. cit.*, p. 255-6.
- 197 *The Business Response to HIV/AIDS: Innovation and Partnership*, ONUSIDA et le Prince of Wales Business Leaders Forum, 1998, p.35.
- 198 *Ibid.*, p. 37.
- 199 Centre des Nations Unies pour les Droits de l'Homme, Institutions nationales de protection des droits de l'homme, Séries de formation professionnelle N° 4, Genève, 1995.

- 200 ONUSIDA, *Guide pratique à l'intention des Groupe thématiques: agir ensemble contre le VIH/SIDA*, 1998, III.9
- 201 *Ibid.*
- 202 Jayasuriya, DC. *HIV Law and Law Reform in Asia and the Pacific*, PNUD, Inde, septembre 1995.
- 203 Whelan D. International Center for Research on Women *A Human Rights Approach to Reducing Women's Vulnerability to HIV/AIDS*, document présenté à la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, juillet 1998.
- 204 Institut des Nations Unies pour la formation et la recherche (UNITAR) et Centre des Nations Unies pour les droits de l'homme, 1997.
- 205 *Ibid.*
- 206 Voir Family Health International/AIDSCAP, *AIDS in Kenya: Socioeconomic Impact and Policy Implications*, 1996.
- 207 Black B. HIV/AIDS and the Church: Kenyan Religious Leaders Become Partners in Prevention, *AIDScaptions*, juin 1997, p. 23.
- 208 *The Action Brief*, ONUSIDA, novembre 1998.
- 209 *Antimicrobiens et prévention du VIH*, Actualisation ONUSIDA, avril 1998.
- 210 *Lutte contre les MST: mesures de santé publique*, Actualisation ONUSIDA, mai 1998.
- 211 *Maladies opportunistes liées au VIH*, Actualisation ONUSIDA, octobre 1998.
- 212 Voir *Accès aux médicaments*, Actualisation ONUSIDA, octobre 1998 and *Traitements antirétroviraux: Neuf Modules d'information*, OMS, Genève, 1998.
- 213 *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*, A World Bank Policy Research Report, Oxford University Press, 1997, chapitre 1.
- 214 Conseil des Organisations internationales des Sciences médicales.
- 215 paragraphe 33, communiqué du Sommet du G-8 à Denver, 22 juin 1997.
- 216 *IAVI Newsletter*, printemps 1998, p.2. (<http://www.iavi.org>).
- 217 Connor EM, Sperling RS, Gelber R, *et al.* «Reduction of maternal-infant transmission of HIV-type 1 with zidovudine treatment», (1994) *New England Journal of Medicine* **331**: 1173-1180.
- 218 Communiqué de presse ONUSIDA, Genève, 29 juin 1998. En mars 1998, Glaxo Wellcome a annoncé une réduction substantielle du prix de l'AZT fourni pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans les pays en développement.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse

Tél.: (+41 22) 791 46 51 – Fax: (+41 22) 791 41 65

Courrier électronique: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>