



UNAIDS/PCB(26)/10.2
27 avril 2010

26^{ème} Réunion
du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA
Genève, Suisse
22-24 juin 2010

Rapport du représentant des ONG du CCP

Document préparé par la délégation des ONG du CCP

Documents complémentaires pour ce point : aucun.

Action requise pour cette réunion – le Conseil de Coordination du Programme est invité à : voir projet des points de décision dans UNAIDS/PCB(26)/10.14.

Incidence en termes de coûts des décisions : points de décision en attente.

Je pense que c'est quand nous pénétrons dans la dimension humaine de cette maladie que nous comprenons, et que nous comprenons pourquoi il est important de ne pas pratiquer la discrimination et la stigmatisation... Nous devons être plus efficaces que jamais. C'est tout simplement une question d'équité, de justice. – Dr Jonathan Mann

INTRODUCTION

1. Chaque année, la délégation des ONG présente un rapport au Conseil de Coordination du Programme (CCP). Si sa structure a évolué au fil des ans, le rapport a toujours visé à porter à la connaissance du CCP le point de vue des personnes vivant avec le VIH et des populations clés affectées. Le rapport de cette année repose sur une enquête effectuée auprès de plus de 1000 participants de la société civile, mais il ne pourra jamais rendre véritablement compte de la richesse de leurs paroles ni de l'urgente nécessité de réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH.
2. Le rapport de l'année dernière était fondé sur une consultation par questionnaire portant sur les grands obstacles à l'accès universel. Les obstacles les plus fréquemment cités avaient trait à la stigmatisation et à la discrimination. Dans le prolongement du rapport de 2009, le Conseil a accepté d'examiner la question de façon plus approfondie, en fixant un point de l'ordre du jour de la 26^{ème} Réunion du CCP intitulé « Garantir l'intégration du principe de non-discrimination dans les ripostes au VIH ». Le rapport de cette année sert de base à ce point et repose sur les conclusions et les recommandations énoncées l'année dernière. En particulier, nous soutenons qu'il convient de mieux identifier les personnes vivant avec le VIH et les populations clés affectées, qu'il faut leur apporter un appui plus solide, recueillir davantage de données les concernant, mieux cibler les ressources en leur faveur et leur garantir l'accès universel. Il s'agit notamment des femmes et des filles, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), des personnes transsexuelles, des consommateurs de drogues, des professionnel(le)s du sexe, des migrants et des populations mobiles, des populations autochtones, des jeunes, et des prisonniers. La délégation des ONG est fermement convaincue que la lutte contre la stigmatisation et la discrimination doit être menée de toute urgence en tant que pilier central de notre riposte au VIH et au sida.

MÉTHODOLOGIE

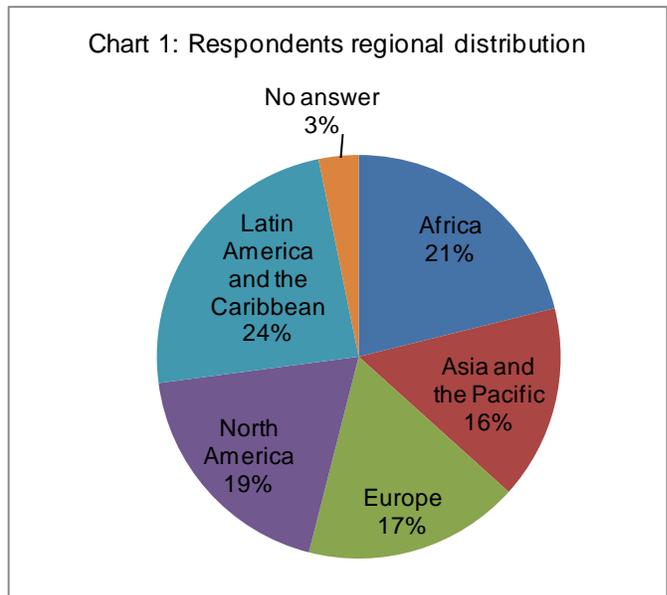
3. Le rapport se fonde sur l'expérience des délégués au sein de leur propre réseau et groupe, un examen des documents publiés récemment sur la stigmatisation et la discrimination, et une consultation plus générale de la société civile composée des éléments ci-dessous.
 - Une enquête en ligne anonyme en 10 langues (anglais, arabe, birman, chinois, espagnol, français, portugais, russe, swahili et thaï). Plus de 1500 personnes ont commencé à y répondre, et 1021 sont allées jusqu'au bout.
 - Des entretiens en tête-à-tête avec plus de 50 personnes. Les personnes interviewées ont été sélectionnées à l'échelle régionale par les délégués ou choisies parmi les personnes ayant répondu à l'enquête en ligne.
 - 8 consultations thématiques de groupe menées par des délégués.
4. L'invitation à participer à l'enquête en ligne a été envoyée par courriel à des listes générales de diffusion et au fichier d'adresses de la délégation des ONG, et par le biais des réseaux des délégations et des ONG partenaires. Une annonce a également été publiée sur le site Internet de la délégation des ONG. L'enquête était disponible en 10 langues, et les

personnes interrogées pouvaient y répondre facultativement et anonymement. Les entretiens en tête-à-tête et les discussions thématiques de groupe ont été menés par des délégués au sein de leur réseau dans leur région et par le Dispositif de communication. Certaines des personnes interviewées ont également répondu à l'enquête en ligne. Les entretiens régionaux et les discussions thématiques de groupe ont constitué les rapports régionaux de chaque délégation, qui sous-tendent eux-mêmes en partie ce résumé. Les citations figurant dans le rapport proviennent des entretiens ou des commentaires anonymes obtenus dans le cadre de l'enquête.

5. L'enquête en ligne, les entretiens individuels et les discussions thématiques de groupe étaient découpés en trois parties. La première avait pour but de réunir des informations générales sur la personne sondée. La deuxième contenait des questions sur la façon dont la stigmatisation et/ou la discrimination entravent l'accès aux services VIH de prévention, de traitement, de soins et d'appui et aux services de santé sexuelle et reproductive. La troisième partie contenait des questions sur la programmation de l'ONUSIDA (y compris des 10 Coparrainants) en matière de lutte contre la stigmatisation et/ou la discrimination. L'ensemble des questions était présenté sous forme de questionnaire à choix multiple avec possibilité d'ajouter des commentaires pour chaque réponse. L'Annexe A présente une liste détaillée des personnes interviewées et des participants des discussions thématiques de groupe.
6. Le présent document propose un résumé des conclusions du rapport, mais une décomposition et une analyse plus fines des résultats de l'enquête figureront dans un rapport distinct qui sera disponible sur notre site Internet (www.unaidspcbONG.org). Le Dispositif de communication de la délégation des ONG a collaboré avec un chercheur universitaire pour effectuer une analyse minutieuse des données. Tous les résultats sont accessibles au public.
7. Malgré tous nos efforts, nous ne pouvons savoir dans quelle mesure les personnes que nous avons interrogées représentent véritablement les personnes vivant avec le VIH et les populations clés affectées. Les personnes interrogées devaient avoir accès à un ordinateur pour remplir le formulaire d'enquête, ce qui, en soi, peut déjà être un critère de sélection des individus ayant un meilleur accès aux services VIH de prévention, de traitement, de soins et d'appui. Cependant, les personnes interrogées pouvaient répondre soit en leur nom soit au nom de personnes qu'elles représentent ou auprès desquelles elles travaillent, ce qui devrait permettre d'obtenir une meilleure représentativité de l'échantillon.

PERSONNES INTERROGÉES

8. L'échantillon de personnes interrogées dans le cadre de l'enquête était constitué de 60% d'hommes, de 36% de femmes et de 4% de personnes transsexuelles. La répartition par région était relativement homogène, allant de 16% pour l'Asie et le Pacifique à 24% pour l'Amérique latine et les Caraïbes (voir Graphique 1¹). Le groupe le plus nombreux était celui des personnes appartenant à des organisations à assise communautaire, suivi de près par le groupe des personnes appartenant à des organisations internationales.



9. Quand on a demandé aux personnes interrogées de préciser à quelle communauté elles se rattachaient, 65% ont déclaré appartenir au groupe des personnes vivant avec le VIH ou œuvrer à leur service. Les personnes ayant participé à la consultation étaient issues de l'ensemble des populations clés affectées, ou collaboraient avec elles, comme le montre le découpage au Tableau 1.

¹ Étant donné que la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord ne fait pas partie des cinq régions de l'ONUSIDA représentées par la délégation des ONG, les personnes de cette région ont été réparties entre l'Afrique et l'Asie.

Tableau 1: Groupes de population dont sont issues les personnes interrogées	Proportion de personnes interrogées assimilées à ce groupe ou œuvrant à son service	Proportion de personnes ayant répondu au nom de ce groupe
Groupes de population		
Personnes vivant avec le VIH	65%	57%
Jeunes	44%	32%
Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes	41%	22%
Gays ou lesbiennes	40%	26%
Femmes et filles	39%	33%
Professionnel(le)s du sexe	29%	35%
Consommateurs de drogues	26%	21%
Personnes transsexuelles	24%	37%
Enfants	20%	17%
Personnes âgées	16%	13%
Personnes en situation de handicap	16%	6%
Communautés autochtones et minorités ethniques	14%	5%
Migrants	14%	12%
Prisonniers	14%	6%
Anciens prisonniers	11%	10%
Organisations religieuses	10%	12%
Main d'œuvre	8%	12%
Refugiés ou demandeurs d'asile	8%	8%
Communautés mobiles (en mouvement temporaire ou en réinstallation permanente)	8%	6%
Autre (veuillez préciser)	8%	8%
Secteur privé	7%	6%
Personnes déplacées dans leur propre pays	6%	12%
Ne se prononcent pas	2%	7%

*Plusieurs réponses possibles

STIGMATISATION ET DISCRIMINATION : DES OBSTACLES À L'ACCÈS UNIVERSEL

10. Dans l'ensemble, les personnes interrogées subissaient un fort taux de stigmatisation et de discrimination se traduisant de différentes manières. Environ deux tiers des sondés avaient déjà subi des attitudes ou des comportements négatifs du fait de leur statut VIH, et plus de la moitié parce qu'ils sont rattachés à une activité ou à un groupe particuliers (commerce du sexe, consommation de drogues, rapports sexuels entre hommes, incarcération, etc.). À peine moins de la moitié des personnes interrogées avaient été victimes d'attitudes négatives de la part de leur famille ou en avaient été exclues. Au moins un tiers des sondés avaient subi d'autres situations, telles que la perte de leur emploi, le refus des professionnels de santé de leur prodiguer des soins, l'exclusion sociale ou professionnelle, et/ou la divulgation non consentie de leur statut. Un tiers des personnes interrogées avaient subi une criminalisation de leur comportement et avaient été victimes de lois de caractère

discriminatoire. Les personnes d'Amérique du Nord avaient plus tendance à signaler la criminalisation de la transmission et/ou de la non-divulgateion.

11. La stigmatisation et la discrimination peuvent revêtir différentes formes, qui figurent dans le Tableau 2 telles qu'elles ont été formulées dans le cadre de l'enquête. Un quart des participants de l'enquête en ligne ont déclaré se sentir menacés de violence physique. Les personnes interviewées au niveau régional ont donné des précisions sur cette menace ; à titre d'exemple, des professionnel(le)s du sexe asiatiques ont évoqué le programme d'utilisation du préservatif à 100%², dont l'État se sert encore pour justifier la surveillance, le dépistage obligatoire et les arrestations des professionnel(le)s du sexe.

Tableau 2 : Situations de stigmatisation ou de discrimination liées au VIH*	
Attitudes et comportements négatifs portant sur le statut VIH	63%
Attitudes et comportements négatifs portant sur l'appartenance à un groupe particulier	56%
Attitudes négatives de la famille ou exclusion des activités familiales	47%
Perte d'emploi	43%
Les professionnels de santé ne sont pas coopératifs ou refusent de prodiguer des soins	42%
Exclusion sur le lieu de travail	38%
Exclusion des activités ou des rassemblements sociaux	34%
Divulgateion non consentie du statut par du personnel de santé, des agents de l'État ou la presse	32%
Criminalisation du comportement (en l'occurrence par des lois réprimant la sodomie, le commerce du sexe, la consommation de drogues)	31%
Exclusion à l'école	28%
Lois de caractère discriminatoire	26%
Criminalisation de la transmission	26%
Menaces physiques (violence ou crainte de la violence)	25%
Exclusion des activités religieuses ou des lieux de culte	23%
Divulgateion forcée du statut VIH à l'entrée d'un autre pays	22%
Divulgateion forcée dans le domaine professionnel	18%
Divulgateion forcée pour une autre raison	16%
Détention ou isolement	12%
Divulgateion forcée du statut VIH pour pouvoir rester dans le pays	9%
Expulsion	9%
Aucune des situations mentionnées ci-dessus	5%
Autre, veuillez décrire la situation	4%
Ne savent pas	4%
*Plusieurs réponses possibles	

² Il s'agit d'un programme de santé publique en faveur d'une utilisation du préservatif à 100%, qui a été mis en œuvre en Asie de l'Est et du Sud-Est. Il vise à prévenir le VIH/sida au sein de la population générale par la promotion du préservatif dans le cadre du commerce du sexe. Il s'agit notamment d'aider les professionnel(le)s du sexe à insister pour que leurs clients mettent un préservatif et à ne pas avoir de rapports avec les clients qui refusent. Toutefois, ce programme est considéré comme une solution simplifiée à un problème complexe. Pour une analyse plus poussée, voir SANGRAM, *Rights-Based Sex Worker Empowerment Guidelines: An Alternative HIV/AIDS Intervention Approach to the 100% Condom Use Programme*, juillet 2008.

12. La stigmatisation peut entraîner des violations des droits de l'homme³, notamment une discrimination illégale en matière de logement, d'emploi et d'accès aux services sanitaires et sociaux. Hélas, les résultats de l'enquête montrent que la discrimination sur le lieu de travail est encore un obstacle majeur. Pour plus de 40% des personnes ayant répondu en ligne, la discrimination liée au VIH s'est traduite par la perte de leur emploi, et pour 37%, par une exclusion sur le lieu de travail. Des situations de discrimination sur le lieu de travail ont été relevées même dans des pays dotés de lois visant à l'interdire, tels que l'Afrique du Sud, le Cameroun, les États-Unis, le Kenya, le Lesotho et la Zambie⁴.

« Mon chef s'est comporté comme un représentant RH quand nous avons obtenu notre assurance maladie, et il était là pour vérifier que nous remplissions nos formulaires correctement. Je n'ai pas mentionné ma séropositivité, de peur de perdre mon job. »

- Extrait de l'enquête,
Amérique du Nord

13. En dépit de l'avis favorable émis à la 24^{ème} réunion du CCP sur le fait d'aider les gouvernements à harmoniser toutes les lois et politiques relatives au dépistage du VIH afin de garantir leur conformité avec les normes adoptées à l'échelle internationale, qui comprennent : le consentement éclairé, la confidentialité, le conseil pré- et post-test, ainsi que l'orientation vers des services appropriés de traitement, de prise en charge et de soutien⁵, le dépistage obligatoire demeure une pratique largement répandue, que plusieurs personnes interrogées ont cité comme obstacle à l'obtention d'un emploi, d'une assurance maladie et d'un logement.

L'INCIDENCE DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION SUR L'ACCÈS À LA PRÉVENTION, AU TRAITEMENT, AUX SOINS ET À L'APPUI EN RAPPORT AVEC LE VIH

14. Les données fournies par l'enquête corroborent le fait – déjà largement démontré – que la stigmatisation et la discrimination sont des obstacles à l'accès universel^{6, 7, 8, 9, 10, 11}.

15. Dans le cadre de l'enquête, on a demandé aux personnes interrogées de décrire l'incidence de la stigmatisation et/ou de la discrimination sur le recours aux services VIH de prévention, de traitement, de soins et d'appui ainsi que sur les services de santé sexuelle et reproductive. Le Graphique 2 présente les proportions mondiales des réponses à chaque question. Plus de la moitié de l'ensemble des personnes interrogées ont signalé une forme de stigmatisation et/ou de discrimination quand elles ont bénéficié des services. Plus d'un tiers des participants ont déclaré avoir peur de recourir aux services ou s'être vu refuser l'accès aux services. Parmi les personnes interrogées, 40% avaient peur de recourir aux

³ Les formes de discrimination correspondant à des violations des droits de l'homme sont énoncées dans le document de l'ONUSIDA destiné au 26^{ème} CCP et intitulé *Garantir l'intégration du principe de non-discrimination dans les ripostes au VIH*, 2010. Par conséquent, le présent rapport ne reprend pas les conclusions établies mais vise à compléter l'autre rapport avec les conclusions de l'enquête.

⁴ Commentaires sur la protection juridique tirés de l'enquête.

⁵ 24^{ème} Réunion du Conseil de Coordination du Programme, *Décisions, recommandations et conclusions*, juin 2009.

⁶ ONUSIDA, *Lutter contre la stigmatisation et la discrimination liées au VIH – un élément essentiel des programmes nationaux de lutte contre le sida*, décembre 2007.

⁷ Centre international de recherches sur les femmes (CIRF), *HIV-related Stigma and Discrimination: A Summary of Recent Literature*, août 2009. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante :

http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091130_stigmasummary_en.pdf.

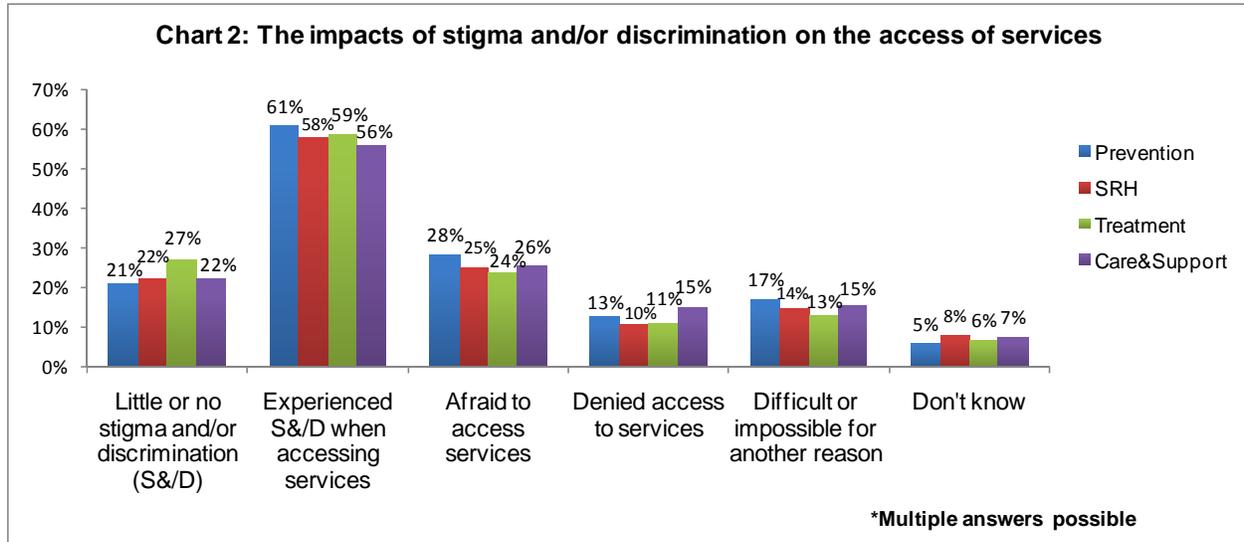
⁸ Rapport de la délégation des ONG au Conseil de Coordination du Programme, 2009.

⁹ Le document du Conseil de l'ONUSIDA sur la non-discrimination décrit plus en détail les liens qui existent entre ces phénomènes.

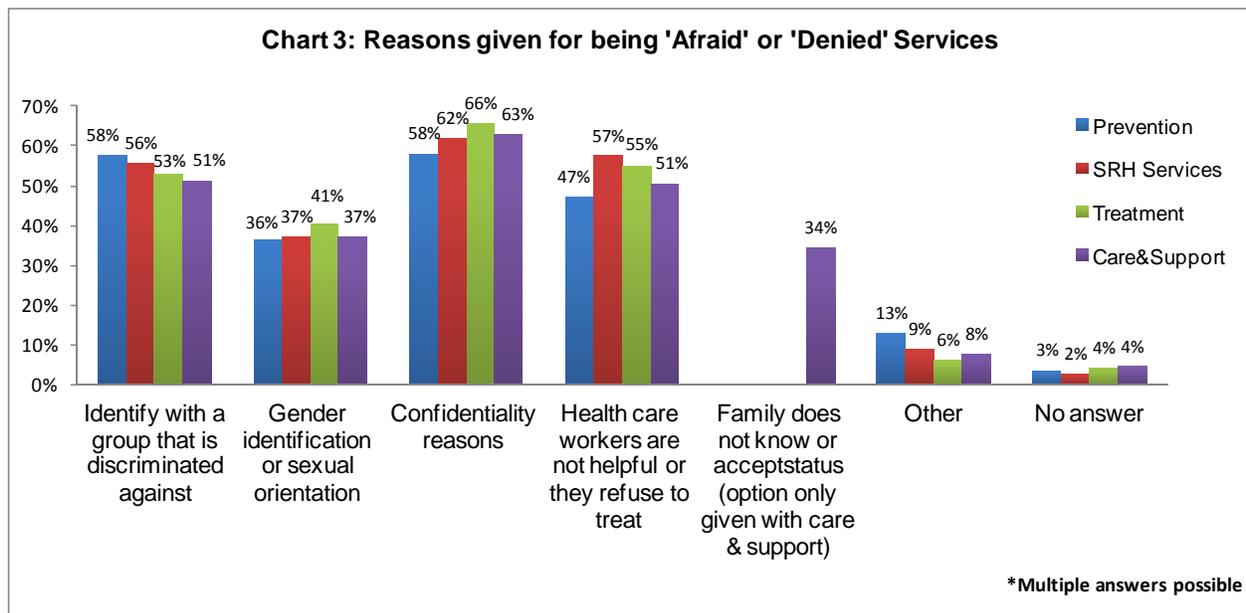
¹⁰ Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (2001), en particulier les paragraphes 13 et 17.

¹¹ Déclaration politique sur le VIH/sida (2006), paragraphe 11.

services de prévention, de soins et d'appui ou s'étaient vu refuser l'accès à ces services ; 35% avaient peur de recourir aux services de traitement et de santé sexuelle et reproductive ou s'étaient vu refuser l'accès à ces services. Près d'un quart seulement des personnes interrogées étaient en mesure d'avoir accès au traitement sans subir de stigmatisation ni de discrimination.



16. Un cinquième des sondés ont déclaré que l'accès était difficile ou impossible pour des motifs autres que la stigmatisation et la discrimination, à savoir : les services n'existent pas ; il n'existe pas de moyen de transport pour se rendre au dispensaire ou le coût du trajet est trop élevé ; les informations sont très limitées ; la discrimination sur le lieu de travail est encore une préoccupation majeure. Les personnes d'Afrique avaient plus tendance à invoquer ces raisons.
17. Les personnes qui ont répondu « Peur de recourir aux services » ou « Accès aux services refusé » avaient la possibilité de justifier leur réponse. Les raisons principales relatives à la peur portaient sur *la confidentialité* (62% de l'échantillon en moyenne), *l'assimilation à un groupe discriminé* (55%), *les professionnels de santé non coopératifs ou refusant d'offrir le service* (53%) et *l'identification sexuelle ou l'orientation sexuelle* (38%). Le Graphique 3 présente le détail de ces réponses par services (services VIH de prévention, de traitement, de soins et d'appui et services de santé sexuelle et reproductive).



CONFIDENTIALITÉ

18. Dans l'ensemble des régions, des commentaires ont été formulés sur le fait que la confidentialité n'est pas respectée, notamment par les professionnels de santé et au sein des systèmes de santé. Les personnes interrogées ont déclaré qu'elles avaient peur d'effectuer un dépistage ou de chercher à obtenir un traitement par crainte d'être assimilées à une personne vivant avec le VIH. Une personne a justifié sa réponse en expliquant que tout se savait par le bouche à oreille. Si la question de la confidentialité a été abordée dans l'ensemble des régions et langues, elle surtout fait l'objet de commentaires en russe par la communauté des gays et des personnes bisexuelles et transsexuelles, ou en son nom.

« La stigmatisation et la discrimination au sein des communautés de migrants peut être terrible. On présente vite l'infection à VIH comme la conséquence d'un acte sexuel immoral, un châtime de Dieu, un acte de sorcellerie, une malédiction, ou d'autres images négatives du même ordre. Une personne infectée sera donc coupée des autres membres de la communauté, qui ont peur d'être assimilés à elle. On craint aussi, comme cela arrive souvent dans les pays d'origine, que les dispensateurs de soins de santé ne dévoilent le statut du patient au reste de la communauté ou à d'autres communautés. »

Extrait de l'enquête, Afrique

19. Les personnes en situation de handicap ont souvent peur de recourir aux services à cause du manque de confidentialité. Un participant a précisé que cela était particulièrement vrai chez les sourds – car les prestataires de services n'ont pas les compétences nécessaires pour communiquer avec eux en privé – et les aveugles – car les informations médicales les concernant sont communiquées à la personne qui les accompagne et/ou à leur auxiliaire¹².

ASSIMILATION À UN GROUPE MARGINALISÉ

« Nous nous engageons à intensifier les efforts visant à promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH et les membres des groupes vulnérables, et à veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux ; notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien, au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et des conditions de confidentialité ; et à élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie. »

- Déclaration politique sur le VIH/sida (2006) (paragraphe 29)

20. Alors que les effets de la stigmatisation et de la discrimination étaient considérés comme des facteurs limitants, les personnes interrogées ont établi clairement que des obstacles sociaux et structurels empêchaient l'accès. La stigmatisation était souvent mise en rapport avec la différence d'une personne au sein de la société ordinaire – qu'elle soit fondée sur la race, l'origine ethnique, le revenu, la consommation de drogues, la pratique du commerce du sexe, l'orientation sexuelle, l'incarcération, le statut de migrant, la situation de handicap ou l'âge. L'enquête posait des questions sur la stigmatisation et la discrimination et donnait des exemples de situations de discrimination vécues. Toutefois, les participants ont souligné que de multiples niveaux de stigmatisation et de discrimination empêchaient les individus de tout simplement tenter d'avoir accès aux services.

21. Plus de la moitié des personnes interrogées ont déclaré qu'elles craignaient de recourir aux services ou qu'elles s'en voyaient refuser l'accès sous prétexte qu'elles travaillent avec un groupe victime de stigmatisation et/ou de discrimination ou qu'elles y appartiennent. Dans l'ensemble des régions et populations, les participants ont formulé des commentaires et fourni des exemples à ce sujet, dont les points communs sont l'exclusion de la société, de multiples niveaux de stigmatisation et une forme de dépit qui conduit à une auto-stigmatisation. Des personnes ont expliqué qu'elles avaient de moins en moins envie d'essayer d'avoir des échanges avec le système de soins de santé, qui donne toujours l'impression de les prendre de haut et refuse ou est incapable de leur offrir des services adaptés.

« Tu as peut-être été infecté par le VIH parce que Dieu voulait ta mort. »

- Entretien, Asie

¹² Commentaire extrait de l'enquête, Afrique de l'Est.

22. Le directeur clinicien du centre St. Ann's Corner of Harm Reduction (centre de traitement du VIH et de prise en charge des consommateurs de drogues), dans le quartier du Bronx à New York, a évoqué le « racisme institutionnel » que la détention fait peser sur les populations noires et hispaniques aux États-Unis. Il a décrit le cercle vicieux de l'accroissement des risques dans lequel tombent les minorités incarcérées pour des délits non violents liés à la drogue. Avoir un casier judiciaire entrave l'accès à l'emploi et au crédit, ce qui provoque une augmentation du stress, de la colère et du sentiment de désespoir qui, à son tour, peut entraîner une consommation de substances et une prise de risque accrues. En outre, ce cercle écarte les individus de la société ordinaire, maintient les niveaux de pauvreté et accentue la stigmatisation¹³.

« Si l'infection à VIH survenait parmi les élites, alors la stigmatisation serait très différente. Mais puisque le VIH est présent principalement chez les défavorisés ou au sein des populations clés affectées (ainsi que chez les groupes dont le comportement est criminalisé), la stigmatisation qui en découle est très forte. »
- Entretien, Asie

23. De même, les discussions sur le VIH au sein des communautés noires africaines en Europe et en Amérique du Nord ont porté principalement sur les actes individuels, en particulier le comportement sexuel (et la transmission). Elles ont édulcoré les facteurs déterminants d'ordre général situés en amont, tels que les facteurs sociaux et structurels comme le racisme et la pauvreté, qui peuvent servir de moteur à la transmission du VIH. En mettant l'accent sur la transmission de la maladie, sans prendre en considération d'autres déterminants sociaux, on a catalogué cette population comme une population ultra-virile aux mœurs sexuelles libres. Si on ajoute à cela le statut VIH, on marginalise encore davantage ces communautés¹⁴.

24. Les participants d'une discussion thématique de groupe au Swaziland ont indiqué qu'il était, d'une manière générale, difficile d'avoir accès aux services VIH, car les prestataires de services de santé évitent les groupes qu'ils considèrent comme « immoraux », tels que les HSH et les professionnel(le)s du sexe. On a relevé que les communautés de lesbiennes, gays et personnes bisexuelles, transsexuelles et intersexuées devaient faire face à des difficultés particulières dans le recours aux services VIH et aux services de santé sexuelle et reproductive : leur comportement étant criminalisé, ces personnes doivent souvent faire croire qu'elles sont hétérosexuelles pour pouvoir avoir accès à ces services¹⁵. « En outre, nombre de professionnel(le)s du sexe n'ont pas d'assurance et ne peuvent donc avoir accès qu'à une quantité limitée de services dans certains pays. S'ils n'ont pas de papiers, les professionne(le)s du sexe migrant(e)s peuvent avoir peur de recourir aux services¹⁶. »

25. Des personnes namibiennes interrogées ont mentionné les traditions culturelles qui empêchent les jeunes de parler ouvertement de leur santé sexuelle et de leur statut VIH avec les aînés (leurs parents et les prestataires de services). « Les jeunes craignent souvent de révéler leur statut à leur famille, car il ont peur d'évoquer le fait d'être séropositif avec des personnes plus âgées¹⁷. »

¹³ Entretien, Amérique du Nord.

¹⁴ Rapport de la délégation européenne des ONG.

¹⁵ Rapport de la délégation africaine des ONG.

¹⁶ Commentaire extrait de l'enquête, Europe occidentale et centrale.

¹⁷ Rapport de la délégation africaine des ONG.

26. S'agissant de la consommation de drogues, des participants des groupes de discussion et des personnes interviewées ont fait état de situations où des médecins refusaient d'administrer un traitement contre le VIH à des consommateurs de drogues, ou leur demandaient avec insistance de se désintoxiquer avant de les laisser entamer une thérapie antirétrovirale. En Indonésie, les consommateurs de drogues désireux de bénéficier de services de réduction des risques sont contraints de révéler une foule d'informations personnelles, dont, par exemple, le nom et l'adresse de leurs parents. Nombre d'entre eux craignent que le centre de santé publique ne transmette ces informations aux services de police. Au Pakistan, une personne interviewée a parlé de médecins refusant d'administrer des antirétroviraux à une consommatrice de drogues injectables¹⁸.
27. Des consommateurs de drogues déclarent qu'ils n'ont pas recours aux services de traitement de substitution des opiacés et à d'autres services de traitement par peur du jugement d'autrui, en particulier des médecins. Une personne sondée de Russie a indiqué : « [...] les traitements de substitution destinés aux consommateurs de drogues injectables (CDI) sont interdits. Officiellement, on ne peut bénéficier d'un traitement antirétroviral que dans les centres provinciaux de lutte contre le sida, et une personne qui n'a pas d'autorisation locale de séjour ne peut pas avoir accès aux médicaments (cela est réglementé par des lois provinciales)¹⁹. » Dans cette situation, la stigmatisation et la criminalisation du comportement peuvent entraver l'accès aux services. Dans beaucoup d'endroits, la stigmatisation, la discrimination et les lois punitives qui entourent la consommation de drogues ne favorisent pas l'échange d'aiguilles, une pratique qui a pourtant fait ses preuves en termes de réduction de la transmission du VIH²⁰. Parfois, les lois interdisant et réprimant la possession de matériel d'injection dissuadent les consommateurs de se procurer et d'avoir sur eux du matériel stérile ou de transporter du matériel usagé en vue de l'éliminer dans de bonnes conditions de sécurité. En outre, les points de distribution ou certaines pratiques de police amoindrissent aussi la capacité et la volonté des consommateurs de drogues d'avoir recours aux services de réduction des risques.
28. Dans certains pays, les populations de migrants sans papiers se voient refuser l'accès aux services de traitement et de soins. Obtenue dans le cadre de l'entretien, cette réponse décrit une situation aux Pays-Bas qui prévaut dans plusieurs pays : « Nombre de migrants, notamment les clandestins, ne comprennent pas l'infrastructure du système de santé des Pays-Bas (puisqu'elle est très différente de celle des systèmes de leur pays d'origine – par exemple, ils ne comprennent pas que la loi oblige les dispensateurs de soins de santé à leur garantir la confidentialité) ; ils ont peur d'être expulsés s'ils demandent de l'aide ; ils ont peur d'être victimes de discrimination de la part de leurs groupes sociaux si leur statut VIH est dévoilé (donc ils ne fréquentent pas les groupes de soutien) ; ils se méfient des dispensateurs de soins néerlandais blancs (ils ont peur, notamment, qu'on les contamine sciemment, de se voir attribuer un traitement inefficace/de piètre qualité/périmé, etc., sous prétexte qu'ils appartiennent à une minorité ethnique)²¹. »
29. Une personne libérienne interviewée a évoqué les problèmes particuliers que rencontrent les déplacés, les réfugiés et les rapatriés dans son pays, quand ils cherchent à bénéficier de services VIH. Les rapatriés ne savent pas toujours très bien à qui s'adresser pour obtenir de

¹⁸ Rapport de la délégation asiatique des ONG.

¹⁹ Commentaire extrait de l'enquête, Europe orientale.

²⁰ Entretien, Amérique du Nord.

²¹ Commentaire extrait de l'enquête, Europe occidentale et centrale.

l'aide ; les personnes dépistées positives dans les camps peuvent se voir refuser l'entrée dans un autre pays en vue de s'y réinstaller²².

30. Les prisonniers et les détenus ne sont pas en mesure de recourir régulièrement aux services, notamment à la fourniture de préservatifs et d'antirétroviraux. Une personne interrogée a précisé : « En prison, il était difficile de bénéficier de soins. Les prisons ne favorisent pas la confidentialité (on parle à voix basse ou on fait tout pour cacher son statut), et certains prisonniers ne sont pas tendres avec les délinquants porteurs du VIH (et je pèse mes mots)²³. » De même, plusieurs personnes interrogées ont mentionné les lois qui interdisent aux prisonniers d'avoir accès aux services de prévention du VIH (par exemple : le matériel stérile d'injection).

L'ATTITUDE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, S'AGISSANT NOTAMMENT DE L'ORIENTATION SEXUELLE ET DES FEMMES ET DES FILLES

31. Au-delà des comportements favorisant la stigmatisation et du non-respect de la confidentialité, nombre de professionnels de santé ne sont pas qualifiés pour traiter certains problèmes précis que doivent affronter différentes populations²⁴. Dans le cadre de la formation aux questions de la stigmatisation et du VIH, il est nécessaire de sensibiliser ces professionnels aux besoins spécifiques des personnes homosexuelles et transsexuelles, des professionnel(le)s du sexe, des jeunes et des consommateurs de drogues, et de leur donner des outils pour les comprendre.

« Les femmes transsexuelles qui ne pratiquent pas le commerce du sexe peuvent trouver que les services axés sur les professionnelles du sexe ne sont pas adaptés à leurs besoins. »
- Entretien, Asie

32. Les professionnels de santé seraient soit non disposés à écouter les personnes transsexuelles, les professionnel(le)s du sexe ou les HSH, soit incapables de leur offrir des services adaptés. Une personne interrogée de Libye a formulé le commentaire suivant : « La stigmatisation dont sont victimes les HSH est énorme. Ainsi, les personnes qui devraient bénéficier des programmes de prévention destinés aux populations les plus vulnérables (HSH, professionnel(le)s du sexe, CDI) refusent de se rendre dans les centres publics. En effet, nous craignons que les dispensateurs de soins de santé mêmes ne respectent pas la confidentialité²⁵. »
33. Il se peut aussi que les professionnels de santé ne soient pas disposés à prendre en considération les besoins spécifiques des individus. Par exemple, une professionnelle du sexe a des problèmes de santé sexuelle et reproductive qui doivent être traités comme ceux de n'importe quelle femme, mais elle a aussi des besoins qui lui sont propres en matière de santé sexuelle, tels que des dépistages plus fréquents du cancer du col de l'utérus par examen de frottis cervico-vaginal. En Malaisie, « des données de plus en plus nombreuses attestent d'infections anales sexuellement transmissibles, de chlamydie et de condylomes génitaux causés par une infection à papillomavirus humain chez les professionnel(le)s du sexe transsexuel(le)s. Pourtant, aucun service n'est mis à notre disposition²⁶. »

²² Entretien, Afrique de l'Ouest.

²³ Commentaire extrait de l'enquête, Amérique du Nord.

²⁴ Rapport de la délégation des ONG d'Amérique latine et des Caraïbes.

²⁵ Commentaire extrait de l'enquête, Afrique du Nord.

²⁶ Rapport de la délégation asiatique des ONG.

34. D'après un examen des documents publiés récemment sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, il est nécessaire de recueillir davantage d'éléments probants pour comprendre les liens entre la sexospécificité, la

« Les problèmes que nous rencontrons en tant que personnes transsexuelles ne sont même pas encore admis dans les espaces publics, sans parler des lois et des comportements. Il nous reste un long chemin à parcourir. »

- Mia Quetzal, présidente de Trans in Action
(association caribéenne de personnes transsexuelles)

stigmatisation et l'utilisation des

services. Les études réalisées jusqu'à présent semblent indiquer que les hommes et les femmes sont victimes de formes différentes de stigmatisation²⁷. Dans les groupes de discussion, des personnes transsexuelles ont déclaré qu'elles subissaient une discrimination plus importante que les personnes vivant avec le VIH. Les résultats de la consultation de 2010 effectuée par la délégation des ONG suggèrent que nous devons prendre en compte les personnes transsexuelles dans les futures recherches qui devront être effectuées sur les liens entre stigmatisation et sexospécificité.

35. En Amérique latine, des personnes interrogées ont évoqué le fait que les gays et les hommes bisexuels, surtout ceux qui « en ont l'air », sont sûrs d'être victimes de stigmatisation et de discrimination dans presque toutes les situations et subissent souvent des violences, entraînant même parfois la mort²⁸. Une étude réalisée récemment sur l'épidémie de VIH chez les HSH en Europe centrale et orientale indique que les gays subissent de forts taux de discrimination et de violence : « Des actes de violence physique subis du fait de l'orientation sexuelle ont été rapportés par des HSH dans des proportions allant de 10% en Géorgie à 23% en Turquie. Dans certains cas, le manque de connaissances des professionnels sur les besoins des HSH en matière de santé sexuelle empêchent les HSH d'utiliser les services de soins de santé et de soutien psychologique de façon optimale²⁹. » Dans bien des pays, la stigmatisation, la discrimination et la violence ont engendré l'exclusion des HSH et ont dressé des obstacles à leur recours aux services VIH de prévention et de traitement. Un rapport publié récemment par le Réseau Asie/Pacifique des personnes vivant avec le VIH/sida (APN+) sur la recherche en matière de traitement démontre que des HSH sont victimes de violences de la part de dispensateurs de soins de santé³⁰.

« En Irak, les gays entretiennent de moins en moins de relations sociales entre eux, car ils ont peur. Par exemple, un journal a publié un reportage sur l'assassinat du coordonnateur d'un petit programme à l'intention des gays, lesbiennes, personnes bisexuelles et transsexuelles, à Bagdad. Il a été tué dans un salon de coiffure pour hommes. »

Entretien, Asie

²⁷ Centre international de recherches sur les femmes (CIRF), *HIV-related Stigma and Discrimination: A Summary of Recent Literature*, août 2009. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091130_stigmasummary_en.pdf.

²⁸ Rapport de la délégation des ONG d'Amérique latine et des Caraïbes.

²⁹ I.Bozicevic et al., « HIV epidemics among men who have sex with men in central and eastern Europe », *Sexually transmitted infections*, 2009, 85:336-342.

³⁰ APN+, *Access to HIV-related Health Services in HIV Positive Women, Men who have sex with Men, Transgender and Injecting Drug Users*, août 2009. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://www.apnplus.org/document/APN_Report2009.pdf.

36. L'homophobie, qui donne lieu à des lois criminalisant les actes homosexuels, est également présente au sein du système de santé. En Europe orientale, la prévalence du VIH est plus élevée chez les HSH que dans la population générale. Pourtant, en Europe orientale et en Asie centrale, les politiques, la surveillance et les programmes liés au VIH ne tiennent généralement pas compte des populations de lesbiennes, gays, personnes bisexuelles et transsexuelles. Cela transparaît dans l'absence de services visant à répondre à leurs besoins, surtout ceux des HSH. Quand des HSH tentent d'avoir recours à des services, les prestataires pratiquent une discrimination à leur encontre, ce qui les empêche de parler ouvertement de leur sexualité. Résultat, les examens médicaux sont inadaptés ou non ciblés (« pas d'examen anal, uniquement des dépistages d'infections sexuellement transmissibles »), et les HSH n'ont pas le sentiment qu'on se met à leur écoute³¹. Des études effectuées auprès des HSH partout dans le monde traduisent la même idée : dans les pays en développement, les HSH ont 19 fois plus de chances d'être infectés par le VIH que la population générale³².
37. Les femmes et les filles font face à des problèmes spécifiques, surtout en matière de soins de santé sexuelle et reproductive. En Indonésie, une personne interviewée a parlé d'un médecin qui estimait qu'une femme séropositive au VIH ne devait avoir aucun rapport sexuel³³. Plusieurs femmes interrogées ont formulé des commentaires sur le fait qu'il leur est impossible d'envisager de fonder une famille et sur le véritable mépris dont témoignent des médecins pour l'idée qu'une femme vivant avec le VIH puisse ressentir le même désir de maternité qu'une femme séronégative et prétendre à avoir les mêmes échanges de vues au sujet de la planification familiale.

« D'ici à 2005, veiller à l'élaboration et à l'application accélérée de stratégies nationales visant à renforcer le pouvoir d'action des femmes, à promouvoir et protéger la pleine jouissance de tous leurs droits fondamentaux et à réduire leur vulnérabilité face au VIH/sida, par l'élimination de toutes les formes de discrimination et de toutes les formes de violence contre les femmes et les filles, y compris les pratiques traditionnelles et coutumières néfastes, les sévices, le viol et autres formes de violence sexuelle, les voies de fait et la traite des femmes et des filles. »

- *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (2001) (paragraphe 61)*

38. Malheureusement, la stérilisation forcée est une réelle menace pour les femmes dans bien des régions du monde. En Namibie, des femmes vivant avec le VIH ont indiqué qu'elles avaient peur de recourir aux services de santé sexuelle et reproductive dans le secteur public et même dans le secteur privé, car elles ont entendu dire qu'on stérilisait des femmes vivant avec le VIH sans leur consentement éclairé³⁴ (en outre, des campagnes sont menées contre le gouvernement namibien, et des procédures judiciaires à son encontre sont actuellement en cours). Les personnes interrogées ont témoigné de leur méfiance à l'égard des dispensateurs de soins de santé dans les services de santé sexuelle et reproductive, conjuguée à la peur de devoir peut-être elles aussi accepter d'être stérilisées sans comprendre pleinement ce qui leur est imposé, à l'instar de leurs pairs. Une femme

³¹ Rapport de la délégation européenne des ONG.

³² S.Baral, F.Sifakis, F.Cleghorn, et al., « Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000-2006: A systematic review », *PLoS Med*, 2007, 4:e339.

³³ Rapport de la délégation asiatique des ONG.

³⁴ Rapport de la délégation africaine des ONG.

interviewée en Indonésie a cité l'exemple d'une femme vivant avec le VIH qui a subi, sans le savoir, une stérilisation forcée après son accouchement³⁵.

« Nous nous engageons à renforcer les mesures juridiques, administratives et autres destinées à promouvoir et protéger la pleine jouissance de tous les droits fondamentaux des femmes et à réduire leur vulnérabilité face au VIH/sida, par l'élimination de toutes les formes de discrimination et de toutes les formes d'exploitation sexuelle des femmes, des filles et des garçons, notamment à des fins commerciales, ainsi que toutes les formes de violence contre les femmes et les filles, y compris les pratiques traditionnelles et coutumières néfastes, les sévices, le viol et autres formes de violence sexuelle, les voies de fait et la traite des femmes et des filles. »

- Déclaration politique sur le VIH/sida (2006) (paragraphe 31)

39. Les femmes assimilées à des groupes marginalisés se heurtent à une réprobation sociale encore plus vive. Par exemple, la stigmatisation dont font l'objet les consommatrices de drogues injectables est plus forte à l'encontre de celles qui sont mères. Résultat, soit les femmes chargent quelqu'un de recourir aux services pour elles, soit elles n'en bénéficient pas du tout. En Amérique latine, des participants des groupes de discussion ont mis en avant le problème majeur que représente l'absence de structures destinées aux consommatrices de drogues et d'alcool³⁶.

« Pour les lesbiennes, les gays, et les personnes bisexuelles, transsexuelles et intersexuées ainsi que pour les professionnel(le)s du sexe, il est difficile voire impossible d'avoir accès à des services de santé sexuelle et reproductive. Certains n'ont pas les moyens d'y recourir, et il existe des obstacles d'ordres juridique et politique. »

- Extrait de l'enquête, Afrique

CRIMINALISATION

40. Toutes les personnes interrogées se sont dites préoccupées par la criminalisation croissante de comportements (par exemple : homosexualité, consommation de drogues et commerce du sexe), de la transmission du VIH et de la non-divulgence du statut. La criminalisation de la transmission du VIH ou de la non-divulgence de la séropositivité dans le cadre de rapports sexuels est particulièrement forte dans certains pays développés. Au Canada, une centaine de poursuites pénales ont été engagées pour non-divulgence de la séropositivité depuis les années 1980 – même dans des cas où aucun élément ne permettait d'établir la transmission du VIH –, dont plus de 70 ont débouché sur des condamnations. Des personnes interrogées ont estimé que le VIH était doublement stigmatisé en Europe occidentale, où les professionnel(le)s du sexe peuvent être incarcéré(e)s, où le fait d'exposer une personne au VIH (que le virus soit transmis ou non) peut être criminalisé, et où les personnes qui ont un statut incertain de migrant et qui bénéficient d'un traitement contre le VIH peuvent être expulsées vers des pays où elles ne pourront pas accéder à un traitement équivalent³⁷.

41. Des personnes interrogées ont affirmé que la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité contribuait à les dissuader de se soumettre à un dépistage du VIH et de recourir aux services VIH ainsi qu'aux services de santé sexuelle et reproductive. Des professionnel(le)s du sexe ont défini la criminalisation comme un facteur ayant des

³⁵ Rapport de la délégation asiatique des ONG.

³⁶ Rapport de la délégation des ONG d'Amérique latine et des Caraïbes.

³⁷ Rapport de la délégation européenne des ONG.

conséquences néfastes sur la fourniture de services de soins de santé, notamment le test VIH et autres examens médicaux. Au Canada, les communautés africaines, caribéennes et noires sont touchées de façon disproportionnée par cette forme de stigmatisation et de discrimination : près de la moitié des affaires de criminalisation concernent des hommes noirs hétérosexuels³⁸. Cette tendance a également été relevée en Europe occidentale³⁹.

Conséquences de la criminalisation évoquées par les personnes interrogées :

- La criminalisation favorise et alimente la stigmatisation et la discrimination, ce qui marginalise encore davantage les populations affectées par le VIH et le sida.
- La criminalisation nuit aux ripostes de santé publique au VIH et au sida.
- La criminalisation va à l'encontre des stratégies basées sur le concret visant à faire face aux défis que pose l'épidémie de VIH.
- La criminalisation dissuade les gens de faire un test VIH.
- La criminalisation pousse au déni et, de ce fait, favorise les comportements dangereux.
- La criminalisation cible les communautés ethno-raciales de façon déséquilibrée.
- La criminalisation nuit à l'efficacité des organisations de prise en charge sida et entrave la prestation de services. La peur de la responsabilité civile entrave la fourniture de services d'information, de traitement et d'autres services de santé.
- La criminalisation de la non-divulgation de la séropositivité renforce les attitudes stigmatisantes au sein de la population générale, qui a tendance à considérer les personnes vivant avec le VIH comme des « criminels en puissance », ce qui impose un degré supplémentaire de stigmatisation et de discrimination à ces groupes.
- La partialité et le manque de connaissances sur le VIH et le sida au sein du système judiciaire rendent celui-ci moins à même de traiter les affaires de criminalisation.

« D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux [...]. »

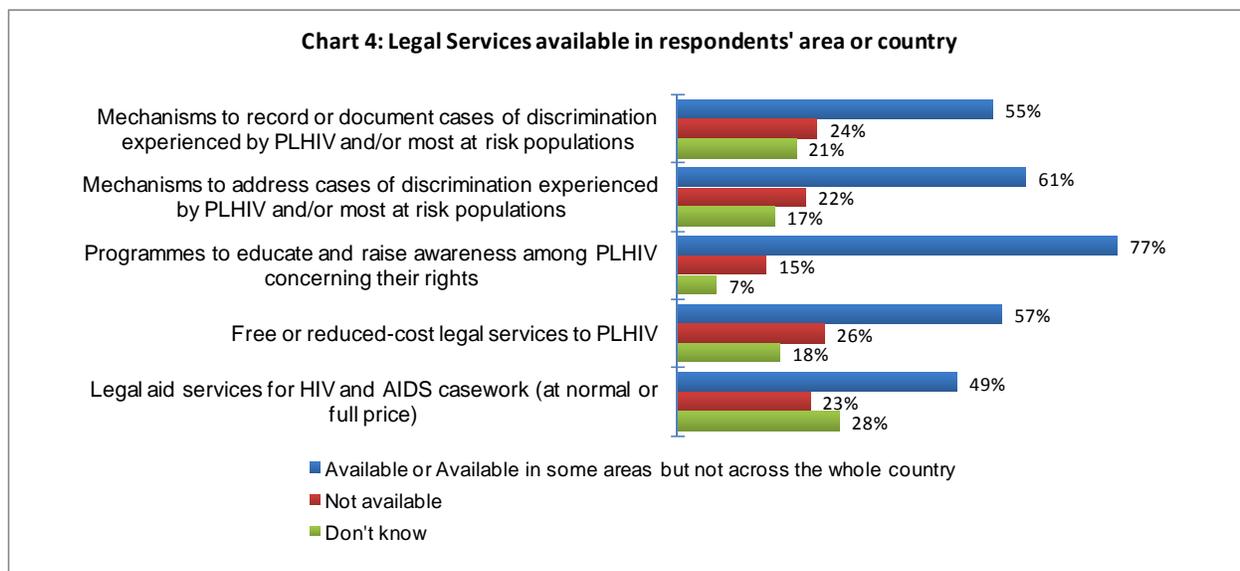
- Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (2001) (paragraphe 58)

PROTECTIONS CONTRE LA STIGMATISATION ET LA DISCRIMINATION

42. La majorité des personnes interrogées avait connaissance de l'existence de services offrant une protection contre la stigmatisation et la discrimination, au moins dans certaines régions de leur pays. Le Graphique 4 présente le détail de cette information.

³⁸ Rapport de la délégation des ONG d'Amérique du Nord.

³⁹ Réseau Europe du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+ Europe) et Terrence Higgins Trust (THT), *Criminalisation of HIV transmission in Europe: A rapid scan of the laws and rates of prosecution for HIV transmission within signatory States of the European Convention of Human Rights*, 2005. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : www.gnpplus.net/criminalisation/rapidscan.pdf.



43. Quand on leur a demandé quels étaient les types de services existants en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, plus de trois quarts des personnes interrogées ont répondu qu'elles savaient que des programmes visant à informer les personnes vivant avec le VIH sur leurs droits existaient au moins dans certaines régions de leur pays. Ce résultat pourrait donner à penser que le recours à ces services est très fréquent ; or les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête auraient plutôt tendance à en avoir simplement connaissance et besoin. Il faut réaliser plus de travaux de recherche pour savoir si ces services sont accessibles à la majorité et de quelle manière. Ce point n'a pas fait l'objet d'une question de l'enquête, mais les résultats globaux indiquent que les personnes ne sont pas encore en mesure de tirer pleinement profit de ces services.

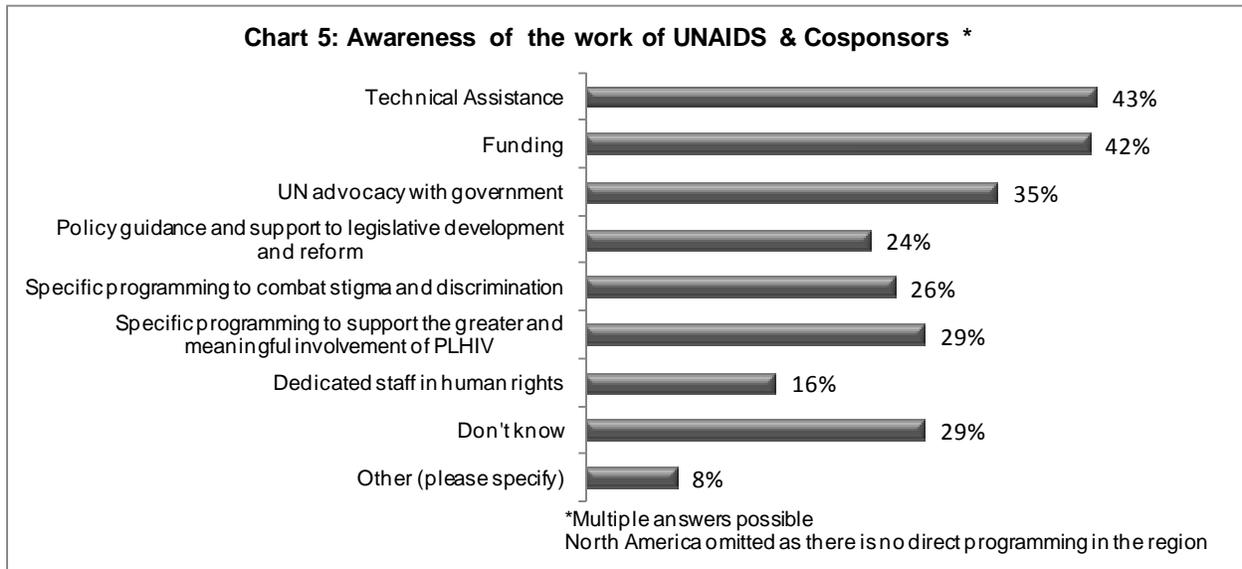
LOIS PROTECTRICES

44. Si la majorité des personnes interrogées (77%) savaient que des lois de protection contre la stigmatisation et la discrimination existaient, 59% ont déclaré qu'elles ne les connaissaient pas bien ; et 78% ont déclaré que les lois n'étaient soit pas appliquées soit pas respectées. Il convient donc de faire mieux connaître les lois protectrices, y compris les droits de l'homme, et les moyens de les utiliser dans des cas de discrimination liée au VIH. À l'inverse, 44% des 1115 personnes interrogées avaient connaissance de lois entravant l'accès aux services de prévention, de traitement, de soins et d'appui. La plupart des commentaires ont fait état de lois interdisant le comportement homosexuel, la sodomie et l'échange d'aiguilles, et criminalisant la transmission du VIH et la non-divulgateion. Sur les 478 personnes qui avaient connaissance de ce type de lois, au moins 30% ont signalé qu'elles avaient des répercussions sur les personnes vivant avec le VIH, les consommateurs de drogues, les professionnel(le)s du sexe, les migrants, les gays et lesbiennes, les HSH, les personnes transsexuelles et les prisonniers.

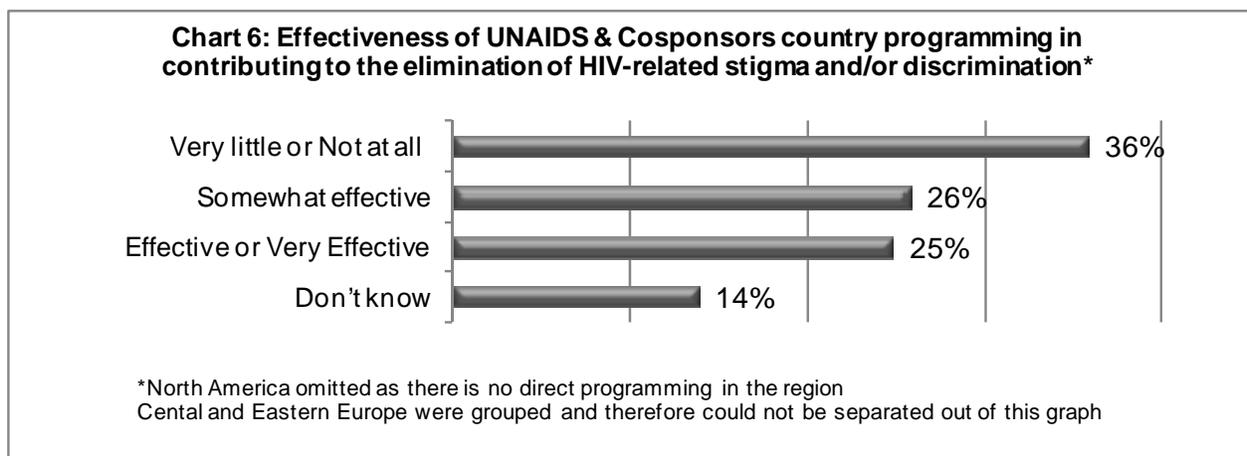
PROGRAMMATION DE L'ONUSIDA

45. Quand on leur a demandé si elles avaient connaissance des actions que mène l'ONUSIDA en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, plus de 40% des personnes interrogées dans chaque région ont déclaré que l'ONUSIDA et ses Coparrainants exerçaient des activités dans les domaines de l'appui technique et du financement. Mais sur la totalité

des personnes interrogées (plus de 1000), près de 30% (hors Amérique du Nord) ne connaissaient pas bien le type d'interventions que réalise l'ONUSIDA dans la région ou la communauté.



46. Quand on leur a demandé de juger l'efficacité de l'ONUSIDA en matière de lutte contre la stigmatisation et la discrimination, près d'un tiers des personnes interrogées ont déclaré que l'ONUSIDA était peu efficace ou n'était pas efficace du tout. La majorité des personnes interrogées en Afrique, en Asie, en Amérique latine et aux Caraïbes estimaient que les programmes mis en place dans les pays par l'ONUSIDA et ses Coparrainants pour contribuer à éliminer la stigmatisation et/ou la discrimination liées au VIH étaient légèrement efficaces, efficaces ou très efficaces. Dans les régions où la présence de l'ONUSIDA n'est pas très marquée – comme en Amérique du Nord et en Europe occidentale – la majorité des personnes interrogées n'ont pas su répondre à la question ou trouvaient que l'ONUSIDA était peu efficace ou n'était pas efficace du tout.



47. Près de 35% des personnes interrogées dans le monde ont connaissance du plaidoyer de l'ONU avec les gouvernements, mais seules 16% sont au courant de l'existence du personnel spécialisé dans les droits de l'homme. Ce résultat corrobore une partie des

conclusions de la Deuxième évaluation indépendante de l'ONUSIDA, selon lesquelles plus d'efforts doivent être déployés pour traiter les problèmes liés aux droits de l'homme à l'échelon pays. Il devrait en outre être pris en compte dans l'examen des effectifs quand l'ONUSIDA cherche à renforcer une action au niveau d'un pays dans le domaine des droits de l'homme.

48. Quand on leur a demandé ce qui faisait obstacle à l'action contre la stigmatisation et la discrimination, 75% des personnes interrogées ont cité le manque de financement. Plus de la moitié ont évoqué l'absence de soutien du gouvernement ou le manque de personnel chargé exclusivement de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Cela peut être lié au résultat précédent selon lequel seules 16% des personnes interrogées sont au courant de l'existence du personnel spécialisé dans les droits de l'homme.
49. Afin de concevoir des programmes appropriés et de mener une action adaptée contre la stigmatisation et la discrimination, il nous faut un outil pour mesurer les progrès. Il existe désormais des outils pour mesurer les niveaux de stigmatisation et de discrimination liées au VIH, parmi lesquels l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH⁴⁰, dont les conclusions qu'il a permis de tirer au Myanmar, au Rwanda, en Chine et au Royaume-Uni – telles qu'elles sont expliquées dans le document sur la non-discrimination – reflètent bien certains des résultats de notre consultation. Ces outils, comme l'indique le document sur la non-discrimination, ne sont pas assez largement employés au niveau national et ne sont pas encore utilisés en parallèle avec des indicateurs officiels de l'UNGASS. Les indicateurs de l'UNGASS ne suffisent pas pour évaluer la réduction de la stigmatisation et de la discrimination. L'ONUSIDA encourage la divulgation d'informations à travers l'Indice composite des politiques nationales. Cet indicateur – qui fait aussi partie des indicateurs de l'UNGASS et, partant, entre dans le cadre des rapports des pays pour mesurer les progrès vers l'accès universel – permet d'évaluer l'élaboration des politiques et stratégies nationales en matière de VIH/sida, et couvre quatre grands domaines : la planification stratégique, la prévention, les droits de l'homme, et les soins et l'appui. La Partie A doit être remplie par les gouvernements et la Partie B par la société civile, bien que le gouvernement doive autoriser le rapport (voir Annexe B pour les questions liées à la stigmatisation et à la discrimination dans l'Indice composite des politiques nationales).
50. L'Indice composite des politiques nationales a trait notamment aux droits de l'homme, pourtant ces indicateurs qualitatifs ne sont pas suffisants pour établir un niveau de référence, garantir une large participation de la société civile, mesurer l'évolution ou la portée des programmes, ou être à la base de la programmation visant à faire face aux obstacles à l'échelon pays. Dans le cadre de l'enquête, seules 245 personnes interrogées sur 1021 avaient connaissance de l'Indice composite des politiques nationales ; sur ces 245 personnes, 118 avaient déjà fourni des données pour la Partie B. Au mieux, nous pouvons en conclure que la société civile possède une connaissance limitée de l'Indice composite. Si nous souhaitons exploiter l'Indice composite des politiques nationales pour mesurer les progrès réalisés en matière de réduction de la stigmatisation et de la discrimination et concevoir des programmes plus efficaces, il faut non seulement que les indicateurs soient

⁴⁰ L'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH est un outil élaboré par et pour les personnes vivant avec le VIH. Le but de l'initiative est d'améliorer les programmes et les politiques afin de réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui. L'outil vise à évaluer les efforts déployés en matière de lutte contre la stigmatisation et à collecter des données probantes. Son efficacité est optimale quand il est appliqué dans le cadre d'une initiative exhaustive de recherche et de plaidoyer. Les partenaires à l'origine de l'Indice de stigmatisation sont : le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+), la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW), la Fédération internationale pour la planification familiale (FIPF) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).

appropriés et plus précis, mais aussi que la société civile soit sollicitée pour prendre une part active à la collecte de données.

PRIORITÉS

51. Malheureusement, près de trente ans se sont écoulés depuis le début de la pandémie de sida, et pourtant, le besoin criant de mieux faire connaître le VIH et de sensibiliser l'opinion publique se fait toujours sentir. Il s'agit de la première priorité pour plus d'un tiers des participants (38%). Comme l'a expliqué une des personnes interrogées : *« Pour réduire la stigmatisation et la discrimination, il est très important, à l'heure actuelle, de donner des informations sur le VIH/sida à la population générale et de la sensibiliser. Il est indispensable de renforcer la prise de conscience à l'égard du VIH⁴¹. »* La répartition régionale des priorités indique que l'ensemble des régions, à l'exception de l'Afrique, ont inscrit la sensibilisation du public au VIH parmi leurs trois premières priorités.
52. La deuxième priorité choisie au niveau mondial était de faire pression sur les gouvernements pour qu'ils modifient les politiques et les lois néfastes. Il s'agit de la première priorité pour les personnes européennes interrogées et la deuxième au niveau général. Les personnes interrogées ont également reconnu qu'il était nécessaire de s'attaquer aux lois pénales qui accentuent la stigmatisation des groupes marginalisés et des personnes vivant avec le VIH et ont admis que de nombreuses lois censées être protectrices – celles qui peuvent être utilisées pour faire respecter, protéger et faire appliquer les droits des groupes marginalisés et des personnes vivant avec le VIH – étaient méconnues ou n'étaient pas appliquées. *« Nous devons essayer de faire supprimer les lois pénales sur la transmission du VIH... Elles sont obsolètes et néfastes ; elles ne contribuent pas à réduire la transmission et perpétuent la stigmatisation du VIH⁴²... »*
53. Les personnes interrogées ont défini le financement d'organisations de la société civile comme troisième priorité, au niveau mondial. Il s'agit de la première priorité pour les personnes interrogées d'Afrique, d'Amérique latine et des Caraïbes. Une personne a formulé un commentaire sur les effets de la mobilisation de la société civile : *« Mon organisation est chargée de collaborer avec d'autres organisations de la société civile pour traiter des cas de discrimination à l'encontre de personnes vivant avec le VIH. Ces efforts ont été fructueux, car nous avons pu obtenir le soutien de diverses organisations de la société civile pour faire pression sur les autorités concernées afin d'obtenir réparation⁴³. »*

« D'ici à 2003, concevoir et mettre en œuvre des stratégies nationales multisectorielles et financer des plans de lutte contre le VIH/sida qui s'attaquent directement à l'épidémie; qui combattent l'opprobre, le silence et la dénégation; qui traitent des aspects de la maladie en termes de sexe et d'âge; qui éliminent la discrimination et l'exclusion; qui encouragent la formation de partenariats avec la société civile et les milieux d'affaires et la participation active des personnes atteintes du VIH/sida, des personnes appartenant à des groupes vulnérables et des personnes particulièrement exposées, notamment les femmes et les jeunes [...]. »

- Déclaration d'engagement sur le VIH/sida (2001) (paragraphe 37)

54. Des commentaires formulés dans le cadre de l'enquête indiquent que, dans certains pays, la société civile considère l'ONUSIDA comme étant trop aligné sur les gouvernements pour

⁴¹ Commentaire extrait de l'enquête, Afrique australe.

⁴² Commentaire extrait de l'enquête, Amérique du Nord.

⁴³ Commentaire extrait de l'enquête, Afrique de l'Ouest et centrale.

pouvoir réellement contester leur politique en matière de droits de l'homme. Dans certains pays, il peut arriver que la société civile soit davantage en mesure de mener des campagnes de sensibilisation au niveau local, et nous devrions développer leur potentiel d'action pour qu'elles puissent les réaliser avec succès. Une personne interrogée a expliqué : « *Si des fonds sont disponibles, les organisations de la société civile seront en mesure d'atteindre des zones qui sont enclavées. Si l'on renforce les capacités des sociétés civiles, des actions concrètes seront menées dans le domaine du VIH/sida, et les gouvernements adopteront des projets de loi au parlement pour que les organisations bénéficient de politiques. Cela permettra de réduire la stigmatisation et la discrimination*⁴⁴. »

POINTS DE DISCUSSION RÉGIONAUX

55. Dans chaque série d'entretiens au niveau régional, les participants se sont dits préoccupés par le peu d'attention apportée aux populations clés dans le cadre de la réalisation de l'accès universel.
56. Les personnes européennes interviewées ont été particulièrement critiques à l'égard de la manière dont l'ONUSIDA semble prendre ses distances avec l'accès universel et ont fait savoir qu'elles craignaient que les populations clés n'apparaissent plus dans les textes fois les dates butoirs de 2010 passées⁴⁵. Elles ont aussi formulé des commentaires sur le manque de personnel chargé des droits de l'homme à l'échelon pays, pourtant indispensable pour aider les parties prenantes nationales à mettre en œuvre des programmes d'accès à la justice, tels que des services juridiques liés au VIH.
57. Les personnes interviewées d'Amérique du Nord ont estimé que l'ONUSIDA pourrait faire plus dans leur région en matière de politiques, de recherche des meilleures pratiques et d'influence sur les gouvernements nationaux. Il est nécessaire de mener plus d'actions pour faire face aux problèmes dans les domaines de la stigmatisation et la discrimination, de l'accès universel et de la criminalisation. Les réalisations dans le domaine des restrictions aux voyages liées au VIH ont été citées comme un exemple positif de leadership de l'ONUSIDA et d'un partenariat donnant lieu à des résultats concrets⁴⁶.
58. Les personnes asiatiques interviewées ont exprimé avec force le même besoin urgent relatif à la mise en place d'une collaboration avec les gouvernements et au renforcement de l'appui aux populations clés affectées. L'ONUSIDA pourrait mener davantage d'actions avec des populations en leur donnant plus de possibilités de gérer elles-mêmes des fonds. Il a été demandé d'apporter encore plus de soutien pour développer les capacités des populations clés à gérer leurs propres fonds et à concevoir, exécuter et évaluer leurs propres programmes.
59. Les personnes africaines interviewées ont exprimé le même besoin relatif à l'augmentation des fonds et au renforcement des capacités des organisations de la société civile. Les organisations non gouvernementales et les réseaux de personnes vivant avec le VIH s'emploient plus activement à lutter contre la stigmatisation et la discrimination (par des campagnes de sensibilisation visant à faire reculer la peur du VIH) que l'ONUSIDA et d'autres institutions des Nations Unies. L'exécution de programmes appropriés de lutte contre la stigmatisation par la société civile est entravée par les faibles capacités techniques

⁴⁴ Commentaire extrait de l'enquête, Afrique de l'Ouest et centrale.

⁴⁵ Rapport de la délégation européenne des ONG.

⁴⁶ Rapport de la délégation des ONG d'Amérique du Nord.

à disposition du personnel, s'agissant de la mise en œuvre concrète de la programmation, et par un manque de ressources.

60. Des personnes interrogées ont en outre estimé qu'il était nécessaire que l'ONUSIDA fasse à nouveau participer les communautés elles-mêmes à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination (c'est-à-dire remettre le principe GIPA à l'ordre du jour), étant donné qu'actuellement, l'attention se porte de moins en moins sur la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, la responsabilisation des personnes vivant avec le VIH et leur participation à la lutte contre la stigmatisation. En Namibie notamment, la société civile a exhorté l'ONUSIDA à être plus véhément dans le cadre de la dénonciation publique de la stérilisation forcée⁴⁷.
61. En Amérique latine, l'ONUSIDA doit déployer des efforts pour renforcer son engagement auprès des communautés afin de ne pas être perçu comme une entité qui ne collabore qu'avec les gouvernements. Des personnes interrogées considèrent que l'ONUSIDA joue un rôle officiel et que ses actions ne vont pas toujours dans le sens des problèmes concrets que rencontrent les personnes touchées au quotidien⁴⁸.

Principales conclusions et recommandations concernant les mesures à prendre

Plusieurs thèmes centraux sont ressortis de cette consultation avec la société civile, qui avait pour but d'étudier la stigmatisation et la discrimination. Ils sont résumés ici, accompagnés des éléments d'action correspondants.

- a. La stigmatisation et la discrimination nuisent encore gravement à la mise en place d'une riposte efficace au VIH, et les activités entreprises pour y faire face doivent être renforcées de toute urgence. Il n'est pas facile de décrire cette urgente nécessité. Des programmes visant à lutter contre la stigmatisation et la discrimination existent et peuvent être efficaces, mais ils sont trop peu nombreux et doivent être transposés à une plus grande échelle sans plus tarder. Parfois, la stigmatisation et la discrimination empêchent l'accès et le recours aux services et aux soins. Dans d'autres situations, la stigmatisation associée à certains groupes de population et à certaines pratiques peut faire obstacle à la conception même du programme et entraver l'accès des personnes non stigmatisées ou qui en ont le plus besoin⁴⁹.

Les gouvernements et la société civile doivent œuvrer pour la suppression des lois punitives et des politiques et pratiques qui entravent la mise en place de ripostes efficaces au VIH, notamment en recueillant des données sur l'impact de ce type de lois et en l'évaluant, et en facilitant l'établissement d'un dialogue régulier parmi les services de maintien de l'ordre, les ministères de la santé, les parlements, les autorités judiciaires, les comités de lutte contre le sida et la société civile, avec le soutien de l'ONUSIDA, afin de créer un environnement habilitant.

- b. La stigmatisation et la discrimination liées au VIH dégradent la qualité de vie des individus et entravent lourdement l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. On aurait trop facilement tendance à l'oublier quand on fait partie de ceux qui peuvent vivre leur sexualité au grand jour et choisir librement leur

⁴⁷ Rapport de la délégation africaine des ONG.

⁴⁸ Rapport de la délégation des ONG d'Amérique latine et des Caraïbes.

⁴⁹ Par exemple, les services d'échange d'aiguilles et de traitement de substitution des opiacés dont il a été question précédemment.

profession et leur mode de vie. Des personnes, surtout celles qui sont assimilées à des populations clés – HSH, personnes transsexuelles, professionnel(le)s du sexe, consommateurs de drogues, migrants, immigrants et prisonniers – sont menacées psychologiquement et physiquement partout dans le monde. La stigmatisation et la discrimination renforcent l'exclusion dont elles sont déjà victimes car elles les écartent de la société ordinaire, ce qui limite leur accès aux services VIH et de santé ainsi qu'à des avantages économiques et sociaux. Par conséquent, pour chaque personne participant à la riposte au VIH, la lutte contre la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH et d'autres communautés marginalisées doit devenir une priorité qu'il faut se hâter de concrétiser – aux niveaux international, régional, national et local.

- c. Mieux sensibiliser le public au VIH – telle est une priorité mondiale qui est ressortie de l'enquête. Il ne sera pas possible de lever les obstacles de la stigmatisation en un jour. Il est en revanche nécessaire de mener un débat permanent, de renforcer la prise de conscience et d'informer le public, afin de démystifier les tabous qui entourent le VIH et la sexualité et de leur attribuer un caractère de normalité. L'ONUSIDA et ses partenaires doivent sensibiliser davantage le public et encourager le leadership dans la lutte contre la stigmatisation et la discrimination parmi les décideurs, les dirigeants élus, les employés des administrations, les professionnels de santé, la société civile et le public.
- d. La discrimination au niveau structurel – dont font partie les lois pénales et les politiques inefficaces en matière de VIH, qui sont souvent alimentées par la moralité au détriment des travaux de recherche de santé publique fondés sur des éléments concrets – amoindrit la capacité des personnes vivant avec le VIH et d'autres groupes marginalisés à faire appliquer leur droit à la santé. Des obstacles à l'accès universel existent au-delà du secteur de la santé. Les éliminer nécessitera un appui juridique, des moyens d'existence durables, des possibilités pour tous en matière d'éducation, ainsi que davantage d'informations et de moyens de communication accessibles, outre un accès à des interventions liées à la santé⁵⁰. Comme cela a été exposé dans le rapport et souligné dans l'enquête et les entretiens, les obstacles tels que la pauvreté, le sexisme et le racisme renforcent la stigmatisation et limitent encore davantage l'accès aux services liés au VIH. L'ONUSIDA est – et doit rester – l'un des premiers défenseurs de l'approche multisectorielle.
- e. L'ONUSIDA doit veiller à ce que des cadres d'action au niveau mondial et à l'échelon pays soient mis en place de façon à soutenir et à faire durer les efforts déployés pour réaliser l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en rapport avec le VIH. Des mesures concrètes doivent être prises pour établir un plan qui repose sur l'accomplissement des engagements spécifiques de l'accès universel, puisque nous ne les aurons pas remplis d'ici à la fin de cette année. Les dates butoirs de 2010 et 2015

⁵⁰ Les personnes interrogées ayant déclaré que l'accès était difficile ou impossible ont donné les motifs suivants : les services n'existent pas ; il n'existe pas de moyen de transport pour se rendre au dispensaire ou le coût du trajet est trop élevé ; les infrastructures sont de piètre qualité ou sont inexistantes ; les informations sont très limitées, ne sont pas communiquées en langage courant ou ne sont pas adaptées aux personnes dont le niveau d'instruction est faible. Les messages clés relatifs au VIH et les informations sur la disponibilité des services ne sont toujours pas assez largement diffusés, et ils ne s'adressent pas aux personnes illettrées ou qui ne parlent pas la langue locale. De même, les médias, tels que la radio ou l'Internet, ne sont pas assez exploités. Il est intéressant de noter que ce sont les personnes interrogées d'Afrique qui ont le plus déclaré que l'accès était difficile ou impossible. Voici un commentaire : « Les ONG et les organisations locales ont la capacité de mener des actions, mais elles manquent de fonds. Elles n'ont pas de matériel ni de moyens de communication pour mener à bien leurs activités. Les centres de traitement sont très peu nombreux. Les gens doivent faire un long trajet pour s'y rendre, et il arrive que certains meurent en chemin. »

sont nécessaires pour démontrer l'urgence de notre tâche et pour maintenir la transparence, mais elles ne peuvent pas être considérées comme des limites. Au contraire, 2010 offre une occasion importante d'évaluer les progrès que nous avons réalisés jusque-là, de revoir notre stratégie et de réaffirmer l'engagement et la volonté politique qui sont indispensables pour que la prévention, le traitement, les soins et l'appui en matière de VIH deviennent accessibles à tous, et pour atteindre les OMD⁵¹.

Il faut réaffirmer avec force les engagements pris en faveur de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH. L'ONUSIDA et les gouvernements peuvent témoigner de leur appui à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination en faisant de la réduction de ces deux phénomènes une des grandes priorités de la Réunion de haut niveau de 2011 visant à examiner les progrès réalisés jusque-là et à définir un moyen clair et chiffré de remplir les engagements non réglés.

- f. L'ONUSIDA est en mesure de collaborer avec les pays et de soutenir les partenaires de la société civile pour supprimer les lois pénalisantes à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et de certains comportements en rapport avec les risques liés au VIH, et empêcher qu'elles ne se multiplient. L'ONUSIDA et ses partenaires doivent être parmi les premiers à répertorier et évaluer les effets néfastes de la criminalisation des comportements, de la transmission et de la non-divulgateion, et à mener des actions de plaidoyer en la matière.

L'ONUSIDA devrait continuer d'aider les pays à s'attaquer à la stigmatisation et à la discrimination, en élargissant et en intensifiant instamment un ensemble complet de programmes et d'initiatives qui ont fait leurs preuves en la matière et en intégrant la réduction de la stigmatisation à l'ensemble des services VIH. Il s'agit notamment de réaliser davantage d'évaluations des programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination et de se fonder sur les données probantes et les résultats pour la conception, l'exécution et l'élargissement des programmes ainsi que pour l'attribution des ressources.

- g. La stigmatisation et la discrimination au niveau individuel subsistent, et leurs effets sont particulièrement néfastes lorsqu'elles sont exercées par des dispensateurs de soins de santé en première ligne. C'est en milieu médicalisé que la discrimination liée au VIH apparaît le plus. L'accent que les personnes interrogées ont mis sur les pratiques discriminatoires dans le cadre des soins de santé ne fait que confirmer le contenu des écrits sur le degré élevé de stigmatisation qui entoure ces soins⁵². Les services de santé sexuelle et reproductive doivent être développés pour toucher tous les hommes, toutes les femmes et toutes les personnes transsexuelles, y compris les professionnel(le)s du sexe. Il faut doter les prestataires de services de santé des connaissances et des produits nécessaires pour que les soins soient prodigués dans un environnement qui prenne en compte tous les aspects et qui soit sûr et accessible à tous, indépendamment du sexe, de l'âge, de l'orientation sexuelle ou de l'identité sexuelle.

⁵¹ « En particulier, les niveaux élevés de discrimination dont sont victimes les personnes vivant avec le VIH, les inégalités entre les sexes et la violence à l'égard des femmes et des filles, la marginalisation des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, des consommateurs de drogues et des professionnel(le)s du sexe, associés à des lois, des politiques et des pratiques punitives, font toujours obstacle à la mise en place de ripostes nationales efficaces. », *Accounting for Universal Access*, Note 1, 15 avril 2010.

⁵² Centre international de recherches sur les femmes (CIRF), *HIV-related Stigma and Discrimination: A Summary of Recent Literature*, août 2009. Disponible (en anglais) à l'adresse suivante : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20091130_stigmasummary_en.pdf.

Les gouvernements, avec le soutien de l'ONUSIDA, devraient nouer un dialogue avec les associations de professionnels de santé et la société civile en vue de multiplier les activités entreprises pour former les professionnels de santé à la non-discrimination, au consentement éclairé, à la confidentialité, à l'obligation de soigner, à la sexualité et aux besoins spécifiques des populations clés, afin de garantir que le personnel en milieu médicalisé prodigue des soins à toutes les populations de façon non discriminatoire et respectueuse des droits de l'homme.

- h. Les populations clés sont doublement touchées par les effets de la stigmatisation et de la discrimination, en raison à la fois de leur statut VIH et du fait qu'on les assimile à un groupe marginalisé. Elles doivent être placées au cœur des programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination et, donc, participer à la conception, à l'exécution et au suivi des programmes. Il faut que les membres des communautés de tous les groupes représentatifs de la société puissent comprendre, reconnaître et combattre la stigmatisation – notamment les jeunes, les communautés et chefs religieux, les dirigeants élus, les familles, les enseignants, la police et les fonctionnaires chargés du maintien de l'ordre, les dispensateurs de soins de santé, les personnes vivant avec le VIH et les personnes séronégatives. Les membres des communautés clés affectées, quant à eux, doivent participer à l'élaboration, à la conception, à l'exécution et à l'évaluation des programmes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination au sein de leur propre communauté – il s'agit notamment des consommateurs de drogues, des HSH, des personnes transsexuelles, des professionnel(le)s du sexe, des prisonniers, des migrants et des populations mobiles, et des jeunes.
- i. Nous devons grandement améliorer notre capacité à suivre l'évolution de la stigmatisation et à l'évaluer, et développer la capacité des gouvernements nationaux et de la société civile à utiliser les outils de mesure de l'ampleur de la stigmatisation.

L'ONUSIDA devrait continuer d'élaborer et d'unifier des outils de mesure de l'ampleur de la stigmatisation liée au VIH. L'ONUSIDA devrait collaborer avec des partenaires pour faire en sorte que les outils soient unifiés, renforcés, et qu'on leur attribue des ressources suffisantes, et pour développer la capacité des gouvernements et de la société civile à les exploiter afin de mesurer la qualité de vie des personnes ainsi que la portée et l'impact des programmes de lutte contre la stigmatisation et la discrimination. Il faut donner les moyens à la société civile, et surtout aux personnes vivant avec le VIH, de participer activement à l'élaboration et au suivi des activités de réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH – à l'instar de leur participation à l'élaboration de l'Indice de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH –, et aux futurs programmes en la matière.

- j. Des indicateurs spécifiques sont nécessaires pour réunir des données sur la stigmatisation et la discrimination dont sont victimes les populations clés affectées et pour pouvoir en mesurer l'ampleur – parmi ces populations clés figurent les femmes et les filles, les HSH, les professionnel(le)s du sexe, les personnes transsexuelles, les jeunes, les prisonniers et les consommateurs de drogues. Au-delà du fait de mesurer l'ampleur de la stigmatisation et de la discrimination à grande échelle, l'ONUSIDA doit renforcer l'attention accordée aux épidémies potentielles et concentrées en récoltant des données et en élaborant des ripostes adaptées avec précision. Cela est surtout essentiel pour les populations clés, car elles ne sont pas toujours prises en compte par les gouvernements des pays dans lesquels elles vivent et ne seront pas désignées pour bénéficier d'un appui

si aucune pression n'est exercée de la part de la communauté internationale et des donateurs.

L'ONUSIDA et l'ensemble des partenaires doivent multiplier et harmoniser les activités entreprises pour lutter contre les obstacles qui empêchent de répondre efficacement aux besoins des populations clés affectées et pour renforcer leur participation directe aux programmes mondiaux et nationaux. L'ONUSIDA et tous les partenaires – dans le cadre de l'examen des indicateurs de l'UNGASS, notamment l'Indice composite des politiques nationales, et dans le développement de la collecte de données visant à « connaître son épidémie » – devraient contribuer à améliorer et à appliquer les indicateurs mondiaux et nationaux propres aux populations clés et à développer la capacité des gouvernements et de la société civile à recueillir et à communiquer des informations précises sur ces populations. Cela permettra d'obtenir des données de référence, des informations sur les progrès réalisés et une analyse des moyens mis en place pour atteindre les populations clés.

Les questions qui reviennent régulièrement dans le présent rapport et dans le document *Garantir l'intégration du principe de non-discrimination dans les ripostes au VIH* (UNAIDS/PCB(26)/10.3) sont prises en compte dans un certain nombre de projets de points de décision en cours d'élaboration. Ceux-ci, ainsi que tout autre point de décision propre à l'un des deux documents, seront intégrés dans les projets de points de décision (UNAIDS/PCB(26)/10.14) qui pourront être consultés environ quatre semaines avant la 26^{ème} Réunion du Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA.

Annexe A : Informations sur les personnes interviewées individuellement ou en groupe et sur les participants des groupes de discussion

Type d'entretien	Nom	Affiliation	Lieu	Groupe constitutif
Afrique				
Entretien individuel	Anonyme	Leticia Ponien		Jeunes vivant avec le VIH
Entretien individuel	Anonyme	UNICEF	Ouganda	PVS
Entretien individuel	Anonyme	Médecin régional	Nairobi	Organisations de la société civile
Entretien individuel	Anonyme	UNFPA	Ouganda	Femmes, enfants et personnes en situation de handicap
Entretien individuel	Anonyme	Conseil religieux	Ouganda	Jeunes, personnes vivant avec le VIH
Entretien individuel	Chenyuende Delphine Nyikwe	DELIMAR Gourmets HOME GROUP	Cameroun	Personnes vivant avec le VIH ; femmes ; jeunes ; enfants ; personnes en situation de handicap
Entretien individuel	Rahab Mwaniki	National Empowerment Network of People Living with HIV & AIDS in Kenya (NEPHAK)	Kenya	Personnes vivant avec le VIH
Entretien individuel	Slimen Zougari	Association tunisienne de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles et le sida	Tunisie	Personnes vivant avec le VIH, HSH, jeunes
Entretien individuel	Stephen k. McGILL	Stop AIDS in Liberia (SAIL)	Libéria	
Groupe de discussion	Nom des personnes non cité	Swaziland Positive Living (SWAPOL) Formateurs aux connaissances de base en matière de traitement	Swaziland	Personnes vivant avec le VIH ; personnes touchées par le VIH ; ONG soutenant les personnes vivant avec le VIH
Groupe de discussion	Nom des personnes non cité	ICW Namibie / Namibia Women's Health Network	Namibie	Femmes vivant avec le VIH
Asie et Pacifique				
Entretien individuel	Shiba	Réseau Asie/Pacifique des personnes vivant avec le VIH/sida (APN+)	Inde, résidant en Thaïlande	Personnes vivant avec le VIH
Entretien individuel	Andrew Tan	Comité exécutif, Malaysian AIDS Council/APN+ et APCOM	Malaisie	HSH, personnes vivant avec le VIH
Entretien individuel	Thissadee Sawangying	Population Services International	Thaïlande	HSH, personnes vivant avec le VIH
Entretien individuel	Joy	Swing	Thaïlande	Professionnel(le)s du sexe ; jeunes
Entretien individuel	Edward Low	Positive Malaysian Treatment Access & Advocacy Group (MTAAG+)	Malaisie	Personnes vivant avec le VIH, populations clés, migrants, personnes en situation de handicap, prisonniers, main d'œuvre
Entretien de groupe	Selvi Kay Thi Win	Anonyme	Malaisie Myanmar	Professionnel(le)s du sexe
Entretien de groupe	Uffe Gartner Nom des personnes non cité (2)	ONG internationale HSH anonyme (médecin) HSH anonyme (barman)	Irak	HSH, réfugiés
Groupe de discussion	Noel Quinto	Pinoy Plus Association	Philippines	Personnes vivant avec le VIH
	Omar Syarif	JOTHI	Indonésie	
	Basanta Chettri	NAP+N	Népal	
	Masood Fareed Malih	Association de personnes vivant avec le VIH/sida	Pakistan	
	Bounyang Siththinarangsy	LNP+	Laos	
Europe				

Entretien individuel	Ibi Fakoya	Centre for Sexual Health & HIV Research – UCL	Royaume-Uni	Migrants, minorités noires et ethniques
Entretien individuel	Jonathan Elford	City University London	Royaume-Uni	HSH et minorités ethniques et migrants
Entretien individuel	Richard Walker	UK Consortium on AIDS and International Development	Royaume-Uni	Organisations de développement international œuvrant notamment dans le domaine du VIH
Entretien individuel	Roman Dudnik	AIDS Foundation East-West (AFEW)	Républiques d'Asie centrale	HSH Europe orientale
Entretien individuel	Anke van Dam	AIDS Foundation East-West (AFEW)	Pays-Bas	HSH Europe orientale
Entretien de groupe	Moono Nyambe et Julian Hows	Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+)	Pays-Bas	Personnes vivant avec le VIH
Entretien de groupe	Fabrice Olive	Auto-support des usagers de drogues (ASUD)	France	Réseau européen des consommateurs de drogues
	Berne Stålenkrantz	Swedish Drug Users Union	Suède	
	Eliot Albert	Gold Standard Team / Respect (militant britannique)	Royaume-Uni	
Entretien de groupe	Shona Schonning	Eurasian Harm Reduction Network (EHRN)	Lituanie	Groupe européen pour le traitement du sida – Groupe de réflexion – Intérêts des personnes vivant avec le VIH/sida en matière de traitement
	Raminta Stuikyte	Conseillère indépendante pour l'EHRN, l'ICASO et l'OSI	Lituanie	
	Gus Cairns	NAM	Royaume-Uni	
Groupe de discussion	Yuri de Boer	AIDS Foundation East-West (AFEW)	Pays-Bas (ONG implantées aux Pays-Bas)	ONG nationales et internationales traitant surtout de l'élaboration de politiques et de recherche, avec un accent sur les droits en matière de santé sexuelle et reproductive, les HSH et les travaux de recherche
	Marieke Ridder-Wiskerke	STI AIDS Netherlands (SOAIDS)		
	Moniek A. van der Kroef	StopAIDSNow		
	Joost van der Meer	Centre for Culture and Leisure (COC)		
	Mark Vermeulen	StopAIDSNow		
Groupe de discussion	Christoforos Mallouris	Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+)	Programme en espace libre – Réseaux VIH mondiaux	Personnes vivant avec le VIH, organisations religieuses, femmes, professionnel(le)s du sexe, société civile
	Marcel van Soest	Campagne mondiale contre le sida		
	David Barr	Coalition internationale de la préparation au traitement (ITPC)		
	Peter Prove	Fédération luthérienne mondiale, et, prochainement, Alliance œcuménique « Agir ensemble »		
	Kieran Daly	Réseau international d'organisations d'entraide et de lutte contre le sida (ICASO)		
	Beri Hull	Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW)		
	Ruth Morgan Thomas	Global Network of Sex Worker Projects		
	Raoul Fransen	International Civil Society Support (ICSS)		
Amérique latine et Caraïbes				
Entretien individuel	Joan Didier	AIDS Action Foundation	Sainte-Lucie	Personnes vivant avec le VIH

Entretien individuel	Marcela Romero	Secrétariat, RedLacTrans	Argentine	Personnes transsexuelles
Entretien individuel	Elena Reynaga	Secrétariat, RedTraSex	Argentine	Professionnel(le)s du sexe
Entretien individuel	Jason McFarlene	Jamaica Forum for Lesbians, All-Sexual and Gays (J-FLAG)	Jamaïque	Lesbiennes, gays, personnes bisexuelles et transsexuelles
Entretien individuel	Joel Simpson	SASOD Guyana	Guyana	Lesbiennes, gays, personnes bisexuelles et transsexuelles
Entretien individuel	Leo Arenas	Secrétariat, COASCE	Chili	ONG et organisations communautaires travaillant auprès de prisonniers dans les Amériques
Entretien individuel	Robinson Cabello	Directeur, Vía Libre Perú	Pérou	ONG péruvienne
Entretien individuel	Ionie Whorms	The Ionie Whorms Innercity Counselling Centre	Jamaïque	Consommateurs de substances
Entretien individuel	Mia Quetzal	Trans in Action (Caraïbes)	Région des Caraïbes	Personnes transsexuelles
Entretien individuel	Juan Jacobo Hernandez	Directeur, Colectivo Sol Mexique	Mexique	HSH
Entretien individuel	Steeve Laguerre	SERovie	Haïti	Personnes vivant avec le VIH, et lesbiennes, gays, personnes bisexuelles et transsexuelles
Entretien individuel	Princess Brown	Sex Work Association of Jamaica (SWAJ)	Jamaïque	Professionnel(le)s du sexe
Entretien individuel	Rachell Erazo	RedTrans	Équateur	Personnes transsexuelles
Entretien individuel	Marcus Day	The Caribbean Harm Reduction Coalition	Région des Caraïbes	Consommateurs de substances
Entretien individuel	Santiago Jaramillo	Coalición ecuatoriana de personas que viven con VIH/sida (CEPVVS)	Équateur	Personnes vivant avec le VIH
Entretien individuel	Ethel Pengel	Présidente, Double Positive	Suriname	Femmes vivant avec le VIH
Entretien individuel	Miriam Edwards	Caribbean Sex Work Coalition (CSWC)	Région des Caraïbes	Professionnel(le)s du sexe
Groupe de discussion	Nom des personnes non cité (8)	CEPVVS	Équateur	Personnes vivant avec le VIH
Groupe de discussion	Nom des personnes non cité (15)	Trans	Équateur	Personnes transsexuelles
Groupe de discussion	Nom des personnes non cité (12)	ONG	Équateur	ONG
Amérique du Nord				
Entretien individuel	Valérie Pierre-Pierre	Conseil africain et caribéen sur le VIH/sida en Ontario	Canada	Nord-Américains noirs, africains et caribéens ; immigrants, réfugiés et migrants
Entretien individuel	Shannon Ryan	Black Coalition for AIDS Prevention	États Unis d'Amérique	Noirs, Africains et Caribéens ; immigrants, réfugiés et migrants
Entretien individuel	Richard Elliott	Réseau juridique canadien VIH/SIDA	Canada	Réforme juridique et droits de l'homme. Activités de base auprès des prisonniers, des consommateurs de drogues et des personnes vivant avec

				le VIH
Entretien individuel	Ken Clement	Réseau canadien autochtone du SIDA	Canada	Autochtones
Entretien individuel	Art Zocole	Two Spirits of the First Nation	Canada	Autochtones
Entretien individuel	Emily Carson	Global Youth Coalition for HIV/AIDS	États Unis d'Amérique	Jeunes
Entretien individuel	Reshma Pattni	Global Youth Coalition for HIV/AIDS	États Unis d'Amérique	Jeunes
Entretien individuel	Bill Major	St. Ann's Corner of Harm Reduction	États Unis d'Amérique	Consommateurs de drogues

Annexe B : Questions de l'Indice composite des politiques nationales en rapport avec la stigmatisation et la discrimination

La stratégie multisectorielle/le cadre d'action tient-elle/il compte des populations cibles, des milieux et des questions transversales ci-dessous ? (Une proposition à laquelle il est demandé de répondre par « oui » ou par « non » : « Lutte contre la stigmatisation et la discrimination »)

Le pays dispose-t-il de lois et de règlements visant à protéger les personnes vivant avec le VIH contre la discrimination ? (telles que des dispositions générales non discriminatoires ou des dispositions mentionnant spécifiquement le VIH, s'articulant autour de la scolarisation, du logement, de l'emploi, des soins de santé, etc.)

- SI OUI, pour quelles populations ?
- SI OUI, décrire brièvement les mécanismes en place pour assurer l'application de ces lois.

Y a-t-il dans le pays des lois, des règlements ou des politiques qui font obstacle à des services efficaces de prévention, traitement, soins et soutien du VIH pour les sous-populations vulnérables ?

- SI OUI, pour quelles sous-populations ?
- SI OUI, décrire brièvement le contenu de ces lois, règlements ou politiques et dire brièvement en quoi elles constituent des obstacles.

La promotion et la protection des droits de la personne sont-elles explicitement mentionnées dans toute politique ou stratégie de lutte contre le VIH ?

Existe-t-il un mécanisme permettant d'enregistrer, de documenter et de traiter les cas de discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH et/ou des populations les plus à risque ? SI OUI, décrire brièvement ce mécanisme.

Le pays dispose-t-il des mécanismes ci-après de suivi et d'application des droits de la personne ?

- Existence d'institutions nationales indépendantes pour la promotion et la protection des droits de la personne, y compris des commissions pour les droits de la personne, des commissions pour la réforme des lois, des observateurs et des médiateurs s'occupant des questions relatives au VIH dans le cadre de leur fonction.
- Points focaux au sein du ministère de la santé et d'autres ministères ayant pour fonction de surveiller les infractions aux droits de la personne et la discrimination liées au VIH dans des domaines comme le logement ou l'emploi.
- Indicateurs de performance ou de référence concernant le respect des droits de la personne dans le contexte des efforts de lutte contre le VIH.
- Indicateurs de performance ou de référence concernant la réduction de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH.

Les membres du système judiciaire (notamment les conseils de prud'hommes/tribunaux du travail) ont-ils été formés/sensibilisés aux questions touchant le VIH et les droits de la personne qui peuvent se poser à eux dans le cadre de leurs fonctions ?

Les services d'appui juridique suivants existent-ils dans le pays ?

- Systèmes d'assistance juridique pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH.
- Cabinets de conseil juridique du secteur privé ou centres universitaires fournissant des services juridiques gratuits ou à prix réduit aux personnes vivant avec le VIH.
- Programmes d'éducation et de sensibilisation destinés aux personnes vivant avec le VIH au sujet de leurs droits.
- S'agissant du VIH et du sida, existe-t-il des programmes conçus pour faire évoluer les attitudes stigmatisantes de la société afin de parvenir à plus de compréhension et de tolérance ? SI OUI, comment ces programmes sont-ils véhiculés ?

Dans l'ensemble, quelle note attribueriez-vous aux politiques, lois et règlements pour la protection et la promotion des droits de l'homme eu égard au VIH/sida en vigueur en 2007 et 2005 ? Commentaires.