

## **CONSEIL DE COORDINATION DU PROGRAMME DE L'ONUSIDA**

UNAIDS/PCB (38)/16.4  
Date de publication : 7 juin 2016

### **TRENTE-HUITIÈME RÉUNION**

**Date** : du 28 au 30 juin 2016

**Lieu** : Salle du Conseil exécutif, OMS, Genève

---

**Point 5 de l'ordre du jour**

### **Rapport du représentant des ONG**

**Santé et droits des personnes les plus touchées par le VIH en matière de  
sexualité et de procréation : le droit au développement**

---

**Document supplémentaire pour ce point : aucun**

**Mesures requises lors de cette réunion – Le Conseil de coordination du Programme est invité à :**

*Voir les décisions mentionnées aux paragraphes ci-après :*

85. *Rappeler* les résolutions de l'Assemblée générale de l'ONU, en particulier le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030)<sup>1</sup>, au titre desquelles les Nations Unies s'engagent à : promouvoir et protéger tous les droits humains, y compris les droits concernant la santé sexuelle et reproductive ; veiller à ce que les populations clés – les professionnel(le)s du sexe, les hommes gays et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables – et les personnes les plus touchées par le VIH – les femmes et les filles dans toute leur diversité, les adolescents et les jeunes, les migrants, les personnes incarcérées, les personnes handicapées et les peuples autochtones – ne soient pas victimes de discrimination ; rappeler également la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, qui recommande vivement au Programme commun de répondre pleinement aux besoins concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation pour prévenir les infections par le VIH<sup>2</sup> ; réaffirmer le droit au développement comme un droit universel et inaliénable de toute personne et de tout peuple ; et souligner la nécessité de mettre pleinement en œuvre la Déclaration sur le droit au développement ;
86. *Exhorter* les États membres à reconnaître les liens indissociables entre la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, l'infection à VIH et le sida, le droit au meilleur état de santé possible, et le droit au développement pour les populations clés et les personnes les plus touchées par le VIH, y compris les femmes et les filles dans toute leur diversité ;
87. *Appeler* les États membres à soutenir le droit au meilleur état de santé sexuelle et reproductive possible pour les populations clés et les personnes les plus touchées par le VIH, notamment les jeunes femmes et les adolescentes : i) en garantissant l'accès sans discrimination à une éducation sexuelle intégrée ainsi qu'à des services de santé sexuelle et reproductive intégrés de qualité ; ii) en prévenant et en remédiant à la violence sexiste et sexuelle sous toutes ses formes ; iii) en abrogeant les lois et les mesures discriminatoires et/ou qui créent des obstacles, y compris liés à l'âge, empêchant les populations clés d'accéder à l'éducation et aux services ; iv) en adoptant des lois et en mettant en place des politiques qui comportent des protections des droits en qui concerne l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression du genre ;
88. *Demander* au Programme commun, notamment à la Banque mondiale, dans le cadre d'une vaste consultation avec la société civile, de produire un rapport d'analyse des coûts afin : i) d'évaluer les incidences de la non-reconnaissance et de la non-intégration dans le droit au développement de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation des populations clés et des personnes les plus touchées par le VIH, notamment en ce qui concerne la lutte contre la pauvreté ; et ii) d'estimer les *avantages* d'une prise en compte de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation de ces mêmes populations dans ce même contexte ;
89. *Exhorter* l'ONUSIDA et d'autres partenaires à augmenter l'enveloppe financière et à fournir une assistance technique pour renforcer les capacités de la société civile et des collectivités, conformément à l'appel lancé dans le rapport « Accélérer la riposte » de l'ONUSIDA (2014), dans le rapport de la Commission Lancet (2015) et dans la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021. Ces fonds doivent être affectés aux activités suivantes :

<sup>1</sup> *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030.*  
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

<sup>2</sup> Domaines de résultats 5 et 8, *Accélérer la riposte pour mettre fin au sida, Stratégie pour 2016-2021*, ONUSIDA, 2015.

- a. Travail de plaidoyer en faveur du respect, de la protection et de la réalisation de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation pour les populations clés et les personnes les plus touchées par le VIH dans le contexte du droit au développement, y compris à travers une participation significative aux instances d'élaboration des politiques et des programmes ;
- b. Appui aux actions menées par les communautés, qui visent à promouvoir et à protéger la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, et à faire tomber les obstacles rencontrés dans ce domaine par les populations clés et les personnes les plus touchées par le VIH, en assurant notamment une éducation aux droits et un accès à une assistance juridique ;
- c. Renforcement des capacités des populations clés et des personnes les plus touchées par le VIH à l'échelle mondiale, régionale et nationale, ce qui inclut la mise en place de plates-formes de partage des connaissances et des modèles de bonnes pratiques parmi les communautés et la société civile.

## INFORMATIONS GÉNÉRALES ET CONTEXTE

1. « **Santé et droits des personnes les plus touchées par le VIH en matière de sexualité et de procréation : le droit au développement** » est le thème du rapport 2016 des ONG au Conseil de coordination du Programme (CCP) de l'ONUSIDA. Ce rapport sera présenté au CCP lors de sa 38<sup>e</sup> réunion qui se tiendra du 28 au 30 juin 2016.
2. Il s'inscrit dans le contexte de la mise en œuvre, d'une part, du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030)<sup>3</sup> – qui comporte 17 objectifs de développement durable (ODD) – adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015, et d'autre part, de la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021<sup>4</sup>. Il comprend l'examen des principaux engagements internationaux qui décrivent et sous-tendent le droit au développement, et apporte des précisions sur ce que serait le droit au développement pour les populations les plus touchées par le VIH. Le rapport fait valoir que la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation (SDSP) font partie intégrante du droit au développement, notamment des objectifs de développement durable relatifs à la santé (ODD 3), à l'égalité des sexes (ODD 5), à la réduction des inégalités (ODD 10) et à la promotion de sociétés pacifiques et ouvertes à tous (ODD 16), et constituent une condition préalable à la pleine jouissance de ce droit<sup>5</sup>. Il décrit : les obstacles à la SDSP rencontrés par les personnes qui vivent avec ou qui sont les plus touchées par le VIH ; la manière dont ces obstacles ont contribué à la réalisation incomplète des cibles 6A et 6B des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD)<sup>6</sup> ; les incidences du déni ou de la pleine jouissance de la SDSP sur le droit au développement de ces populations. Enfin, il recommande au CCP de l'ONUSIDA des points de décision à mettre en œuvre.
3. Le rapport des ONG au Conseil de coordination du Programme reflète un examen de la littérature et des résultats des consultations menées par la délégation des ONG au CCP de l'ONUSIDA. Diverses méthodes telles que des entretiens individuels, des groupes de discussion, des consultations et entrevues par courrier électronique et par téléphone ont été utilisées. Des consultations ont été menées dans les cinq régions du monde représentées au CCP auprès de 69 personnes venus de 27 pays et s'identifiant elles-mêmes comme des membres des populations clés ou des représentants de groupes issus de ces populations. Un consultant indépendant a été engagé pour rédiger le rapport. Un second consultant a été chargé de réviser le rapport compte tenu de l'adoption de la stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, le CCP ayant accepté la demande de la délégation des ONG de reporter la présentation du rapport à la réunion de juin 2016. Le groupe de travail de la délégation des ONG a coordonné l'élaboration du rapport et 14 experts communautaires l'ont évalué. Les participants aux consultations et les évaluateurs sont cités à l'annexe 1. Les opinions des

<sup>3</sup> *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030.*  
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

<sup>4</sup> *Accélérer la riposte pour mettre fin au sida, Stratégie pour 2016-2021*, ONUSIDA, 2015.

<sup>5</sup> Ibid, p. 8-9 et 26-27. Les dix cibles et les huit domaines de résultats de la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 sont résolument alignés sur les principaux ODD en rapport avec le sida : ODD 3 – Bonne santé et bien-être ; ODD 5 – Égalité des sexes ; ODD 10 – Réduction des inégalités ; ODD 16 – Paix, justice et institutions efficaces ; ODD 17 – Partenariat mondial pour atteindre les objectifs. La stratégie détaille des possibilités de collaboration intersectorielle pour atteindre des objectifs communs, à savoir : ODD 1 – Éliminer la pauvreté ; ODD 2 – Éliminer la faim ; ODD 4 – Assurer une éducation de qualité ; ODD 8 – Promouvoir la croissance économique ; et ODD 11 – Faire des villes des endroits sûrs.

<sup>6</sup> <http://www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml>

populations clés apparaissent dans le rapport à partir du paragraphe 27 sous la forme de citations directes recueillies dans le cadre du processus de consultation.

## COMPRENDRE LES LIENS ENTRE LA SANTÉ ET LES DROITS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION (SDSP), LE VIH, LES POPULATIONS CLÉS, ET LE DROIT AU DÉVELOPPEMENT

4. Dans la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, « Accélérer la riposte pour mettre fin au sida », il est reconnu que pour enrayer l'épidémie de sida, il est nécessaire d'avancer sur la réalisation de l'ensemble des droits humains – civils, culturels, économiques, politiques, sociaux, sexuels et procréatifs – de tous, y compris des enfants, des femmes, des jeunes, des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, des consommateurs de drogues, des professionnel(le)s du sexe et de leurs clients, des personnes transgenres et des migrants. La stratégie place au cœur de riposte le fait que toute personne doit disposer « des connaissances, des droits et des moyens » pour : faire des choix en matière de prise en charge médicale ; accéder à des informations et des services de qualité, y compris des services de santé sexuelle et reproductive (SSR) ; vivre une vie sans violence, ni discrimination, hors de la pauvreté et dans la dignité et l'égalité<sup>7</sup>.
5. SDSP et VIH sont indissociables : le VIH se transmet en grande partie par voie sexuelle ou de la mère à l'enfant ; certaines infections sexuellement transmissibles (IST) augmentent le risque d'infection par le VIH ; la violence exercée par un partenaire intime et la violence sexuelle augmentent le risque de contracter le VIH. Le fait de contracter le VIH et la divulgation du statut sérologique ont également un impact négatif sur la capacité des personnes à protéger et jouir de leurs droits en matière de sexualité et de procréation, et peuvent entraîner stigmatisation et discrimination, refus d'accès ou consultation forcée dans des services de SSR, et violence sexiste, y compris dans les services (p. ex. avortement ou stérilisation sous la contrainte pour les femmes qui vivent avec le VIH). La protection et la promotion de la SDSP, y compris de la possibilité de décider quand, comment et avec qui avoir des relations sexuelles et se marier et combien d'enfants avoir, sont un élément central de la prévention du VIH ainsi que de la santé et de la longévité des personnes vivant avec le VIH. Ce pouvoir repose sur la possibilité d'accéder à tout un ensemble d'informations, de services et de produits en rapport avec la SDSP, et de pouvoir les utiliser.
6. L'expression « populations clés »<sup>8</sup> désigne les personnes les plus touchées par le VIH, dont le champ d'action en ce qui concerne la SDSP est plus que limité en raison de violations de leurs droits. Ces violations enracinent encore davantage : la stigmatisation et la discrimination ; la criminalisation ; l'exclusion économique et sociale ; les inégalités fondées sur le sexe ou l'âge ; la violence sexiste et la violence sexuelle ; l'impossibilité de bénéficier

---

<sup>7</sup> Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, op. cit., p. 5 à 7.

<sup>8</sup> Dans la note de bas de page n° 41 de la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2011-2015, *Objectif : zéro*, les populations clés, ou populations clés plus exposées au risque d'infection, sont définies comme étant des « groupes plus susceptibles que d'autres d'être exposés au VIH ou de le transmettre, dont l'engagement est essentiel à une riposte au VIH efficace. Dans tous les pays, ces populations incluent les personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des contextes, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transsexuelles, les consommateurs de drogues injectables et les professionnel(le)s du sexe et leurs clients sont plus exposés au VIH que les autres groupes. Toutefois, chaque pays devrait définir les populations clés spécifiques à son épidémie et une riposte basée sur le contexte épidémiologique et social. » La même définition est utilisée dans la stratégie de l'ONUSIDA pour la période 2016-2021. Sauf indication contraire, cette classification est adoptée dans l'ensemble du rapport des ONG.

d'une éducation sexuelle intégrée. Les obstacles (et les éléments favorables) à la concrétisation de la SDSP pour les populations clés peuvent être liés aux facteurs suivants : le niveau de connaissances et le comportement des individus, notamment le pouvoir décisionnel dans la sphère intime et le degré de contrôle sur les ressources financières ; des facteurs liés aux services, tels que l'accessibilité, l'acceptation, le coût et la qualité ; les normes culturelles et sexospécifiques, particulièrement en ce qui concerne les rapports sexuels et la sexualité, y compris les croyances et pratiques traditionnelles; la législation, les politiques et l'affectation des ressources dans un pays, qui ont une incidence sur la disponibilité et l'accessibilité des informations, des produits et des services.

7. Le Programme 2030 comporte des engagements à respecter, protéger et réaliser les droits de l'homme, à faire en sorte que nul ne soit laissé pour compte et à garantir un accès universel aux services de SSR. Les principaux éléments permettant d'atteindre ces aspirations, et par conséquent les « objectifs indivisibles »<sup>9</sup> du cadre des ODD, restent à préciser et à mettre en œuvre. Il s'agit : d'assurer un accès à une éducation sexuelle intégrée ; d'admettre l'existence d'obstacles spécifiques qui empêchent les populations clés d'accéder aux services et aux produits de SSR ; de prendre les mesures nécessaires pour supprimer ces obstacles, ce qui inclut la protection des droits en matière de sexualité.
8. Les droits sexuels correspondent à des droits déjà reconnus dans des documents internationaux et régionaux sur les droits de l'homme, dans d'autres documents de consensus ainsi que dans des législations nationales, qui sont nécessaires pour concrétiser la santé sexuelle (et reproductive)<sup>10</sup>. Il s'agit des droits à : la vie, la liberté et la sécurité ; l'égalité et la non-discrimination ; être à l'abri de la torture et des traitements cruels, inhumains ou dégradants ; la vie privée ; avoir le meilleur état de santé et de protection sociale possible ; contracter un mariage avec le consentement des futurs époux ; fonder une famille et décider du nombre et de l'espacement des naissances ; l'information et l'éducation ; la liberté d'opinion et d'expression ; pouvoir accéder à la justice et aux recours judiciaires. Ce sont des droits inaliénables, égaux et intimement liés aux autres droits de l'homme et au droit au développement<sup>11</sup>.
9. De même, le droit au développement établit le droit des personnes et des peuples de participer et de contribuer à toutes les formes de développement et d'en bénéficier, et garantit la protection de tous les autres droits. Le respect des droits en matière de sexualité et de procréation des populations clés permet à celles-ci de participer et de contribuer à toutes les formes de développement et d'en bénéficier du fait d'un environnement propice dans les domaines suivants :
  - i) santé ;
  - ii) non-discrimination et liberté d'expression ;
  - iii) pouvoir de décision en ce qui concerne la SSR entre autres ;

<sup>9</sup> Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, op.cit., p. 26.

<sup>10</sup> *Defining sexual health*. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

<sup>11</sup> La Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF) et la World Association of Sexual Health (WAS) fournissent des explications plus détaillées quant au contenu des droits sexuels sur la base de la définition pratique de l'OMS, reconnaissant les droits sexuels comme un ensemble de droits relatifs à la sexualité, qui émanent des droits à la liberté, à l'égalité, au respect de la vie privée, à l'autonomie, à l'intégrité et à la dignité de tout individu. Cf. *Déclaration des droits sexuels de l'IPPF*.

[http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_french.pdf](http://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_french.pdf) ; et *Declaration of Sexual Rights*. [http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration\\_of\\_sexual\\_rights\\_sep03\\_2014.pdf](http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf).

- iv) protection contre la violence. Par conséquent, la revendication et l'exercice des droits en matière de sexualité et de procréation sont une étape clé vers la jouissance des droits conférés par le droit au développement. Par ailleurs, la revendication et l'exercice du droit au développement accroît le pouvoir des populations clés concernant leurs droits en matière de sexualité et de procréation.

## LES DROITS DE L'HOMME, Y COMPRIS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION, SONT AU CŒUR DU DROIT AU DÉVELOPPEMENT

10. **Le droit au développement est un droit humain inaliénable et universel.** La Déclaration sur le droit au développement a été adoptée en décembre 1986 par l'Assemblée générale des Nations Unies<sup>12</sup>. Ce droit est également reconnu dans des instruments et pactes internationaux<sup>13</sup>, des chartes régionales, notamment la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, la Charte arabe des droits de l'homme, la Charte africaine de la jeunesse, le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, la Charte de l'Organisation des États américains et la Déclaration des droits de l'homme de l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ASEAN), et a été réaffirmé dans d'autres sommets mondiaux<sup>14</sup>. Dans la déclaration, l'Assemblée générale a reconnu que :

*Le développement est un processus global, économique, social, culturel et politique, qui vise à améliorer sans cesse le bien-être de l'ensemble de la population et de tous les individus, sur la base de leur participation active, libre et significative au développement et au partage équitable des bienfaits qui en découlent.*

11. Les Nations Unies reconnaissent les principes de base suivants sur les droits de l'homme, y compris le droit au développement<sup>15</sup> :
- Pas de hiérarchie des droits. Tous les droits de l'homme sont égaux et interdépendants.
  - Le droit au développement n'appartient pas aux gouvernements, aux États ou aux régions, mais aux êtres humains – autrement dit, aux individus et aux peuples : comme pour tous les droits de l'homme, les titulaires de droits sont des êtres humains.
  - Les droits de l'homme sont universels; le droit au développement appartient à tous, partout.

<sup>12</sup> Déclaration sur le droit au développement, (A/RES/41/128), 1986.

<sup>13</sup> Notamment dans les documents suivants : la Déclaration universelle des droits de l'homme ; le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ; le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ; la Convention relative aux droits des personnes handicapées ; la Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille.

<sup>14</sup> Notamment dans les documents suivants : la Déclaration de Rio sur l'environnement et le développement de 1992 ; la Déclaration et le programme d'action de Vienne de 1993 ; la Déclaration du Millénaire adoptée en 2000 ; le Consensus de Monterrey de 2002 ; le Document final du Sommet mondial de 2005 ; la Déclaration sur les droits des peuples autochtones de 2007.

<sup>15</sup> N. Pillay, *Development is a Human Right For All*. Consultable en ligne à l'adresse suivante : <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Development/Pages/IntroductionStatement.aspx>.

12. Le Programme 2030 repose explicitement sur les droits de l'homme, il est déterminé à protéger et à réaliser les droits humains de tous et envisage un monde où ces droits sont universellement respectés. Le droit au développement est un droit inaliénable de l'homme en vertu duquel « toute personne humaine et tous les peuples ont le droit de participer et de contribuer à un développement économique, social, culturel et politique dans lequel tous les droits de l'homme et toutes les libertés fondamentales puissent être pleinement réalisés, et de bénéficier de ce développement<sup>16</sup> ». Cela inclut un certain nombre d'éléments constitutifs, tels que le développement centré sur les personnes, une approche axée sur les droits de l'homme, l'équité, la participation, la non-discrimination et l'autodétermination<sup>17</sup>. Les États et les gouvernements, en tant que « titulaires de devoir » ont pour fonction de veiller à ce que les droits de l'homme soient protégés et respectés en toutes circonstances.
13. Les populations clés et les populations vulnérables, notamment les femmes et les filles dans toute leur diversité, demeurent un élément central de la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021. La Stratégie crée une occasion et une obligation de se concentrer sur les populations clés et les personnes les plus touchées par le VIH, lesquelles ont particulièrement besoin de voir les protections formulées dans les ODD précisées et mises en œuvre, y compris en ce qui concerne leur droit au développement et leurs droits relatifs à la SSR. L'ONUSIDA reconnaît par-là, d'une part, que la réalisation des droits des populations clés en matière de sexualité et de procréation renforce la possibilité pour chaque être humain de participer et de contribuer au développement économique, social, culturel et politique, et d'en bénéficier, et d'autre part, que la poursuite et la préservation du développement sous toutes ses formes exigent de respecter les droits humains de tous. Ainsi, le droit au développement repose sur la promotion et le respect de l'ensemble des droits de l'homme, y compris des droits en matière de sexualité et de procréation, et inversement.

## **DES OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT (2000-2015) AUX OBJECTIFS DE DEVELOPPEMENT DURABLE (2015-2030) : LES PROGRES VERS L'INTÉGRATION DE LA SANTE ET DES DROITS EN MATIERE DE SEXUALITE ET DE PROCREATION DANS LES PROGRAMMES MONDIAUX DE SANTE ET DE DEVELOPPEMENT**

14. Les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) ont été fixés en 2000 et devaient être atteints à l'horizon 2015. Ces objectifs accordaient notamment une attention particulière à la lutte contre le VIH, le paludisme et d'autres maladies (OMD 6), à l'amélioration de la santé maternelle et la réduction des taux de mortalité maternelle (OMD 5), ainsi qu'à la promotion de l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (OMD 3). La cible 6A de l'OMD 6 visait à « avoir enrayé la propagation du VIH/sida et commencé à inverser la tendance actuelle [d'ici à 2015] » alors que la cible 6B visait à « assurer à tous ceux qui en ont besoin l'accès aux traitements contre le VIH/sida [d'ici à 2010]<sup>18</sup> ». Même si des progrès considérables ont été accomplis par rapport à ces deux cibles, les taux toujours élevés de prévalence du VIH et d'infection par le virus, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes et dans d'autres populations clés (principalement les homosexuels et les autres hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les femmes transgenres, les professionnel(le)s du sexe et les consommateurs de drogues), reflètent les problèmes

<sup>16</sup> Déclaration sur le droit au développement, articles 1.1 et 1.2, (A/RES/41/128), 1986.

<sup>17</sup> Pillay, op. cit.

<sup>18</sup> *Objectif 6* : Combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies, <http://www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml>

que ces populations continuent de rencontrer pour faire valoir et réaliser leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Les niveaux multiples de stigmatisation, de discrimination et de marginalisation auxquels ces groupes sont confrontés – y compris la violence sexiste, la violence sexuelle et le déni de la SDSP – créent également des obstacles pour accéder à une prise en charge médicale et thérapeutique du VIH.

15. En 2000, aucune cible spécifique axée sur la SSR n'existait, malgré un consensus grandissant sur son importance, comme en témoignent plusieurs conférences mondiales et des plates-formes internationales d'action. En 1994, la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a associé la santé sexuelle au « nouveau concept de santé procréative globale ». Il a partiellement été remédié à l'exclusion de la SSR des OMD en 2007, grâce à l'inclusion d'une cible (OMD 5B) sur la réalisation de l'accès universel à la santé procréative d'ici à 2015<sup>19</sup>. Les objectifs mis à jour ne mentionnaient cependant pas spécifiquement la santé sexuelle.
16. Au cours des 15 dernières années, des changements spectaculaires ont eu lieu dans la compréhension globale de la sexualité et de la santé sexuelle, et ils sont pour une grande part le fait des enseignements tirés de la recherche sur le VIH, la mobilisation sociale et les comportements sexuels<sup>20</sup>.
17. La santé sexuelle englobe certains aspects de la santé procréative tels que la contraception et l'avortement, mais de nombreux aspects de la santé sexuelle – le plaisir, l'intimité, les conséquences de la violence et des mutilations génitales féminines pour la santé sexuelle, la complexité des dysfonctionnements sexuels – ne sont pas directement associés à la reproduction<sup>21</sup>. La santé sexuelle englobe les premières années de la vie, précédant la capacité à se reproduire, s'étend bien au-delà de la période de procréation et concerne les personnes qui ne peuvent pas ou qui ont choisi de ne pas avoir d'enfants. Toutefois, aucune définition plus large de la santé sexuelle n'a fait l'objet d'un consensus<sup>22</sup>. La santé procréative poursuit une approche sélective – axée sur la prévention des maladies, la mortalité maternelle et infantile, la planification familiale – au lieu de mettre l'accent sur la santé au sens large en tant que « condition de bien-être physique, émotionnel et social, et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité<sup>23</sup> ».
18. Suite aux consultations mondiales organisées par le groupe de travail ouvert et aux négociations intergouvernementales convoquées par le Secrétaire général des Nations Unies et l'Assemblée générale de 2013 à 2015, le Sommet des Nations Unies qui s'est tenu du 25 au 27 septembre 2015 a officiellement adopté les 17 ODD du Programme 2030, qui remplacent les huit OMD (cf. Annexe 3). Les nouveaux objectifs figurent dans le document final, « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 »<sup>24</sup>.

---

<sup>19</sup> *Vision 2020*, IPPF, avril 2013.

<sup>20</sup> *Advancing Sexual Health through Human Rights: The Role of Law*, Kismodi et al. *Global Public Health*, 2015, Vol.10 N° 2 : 252-267.

<sup>21</sup> *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28-31 janvier 2002, Genève, OMS*

<sup>22</sup> L'OMS n'a proposé aucune définition officielle de la santé sexuelle. Voir le paragraphe 25 pour un examen plus approfondi de la santé sexuelle.

<sup>23</sup> <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html>

<sup>24</sup> *Health in the Sustainable Development Goals: Ready for a Paradigm Shift?*, Buse K et Hawkes S. *Globalization and Health*, 2015; 11:13, 2015.

- Un programme plus large, plus global et plus spécifique pour la santé est défini dans les objectifs de développement durable, avec l'inclusion d'objectifs axés sur la santé sexuelle et procréative. L'**objectif 3** met l'accent sur la santé, « **Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge** ». L'**objectif 5**, étroitement lié au précédent, porte sur le genre, « **Parvenir à l'égalité entre les sexes et l'autonomisation de toutes les femmes et les filles** ». Les deux objectifs comprennent la cible relative à l'accès universel à la santé sexuelle et procréative, l'objectif 5 reconnaissant les droits procréatifs, quoique dans le contexte de la CIPD et de la plateforme d'action de Beijing<sup>25</sup>.
19. Sur les neuf cibles de l'objectif 3 (santé), les cibles 3 et 7 présentent un intérêt particulier<sup>26</sup>. L'énoncé de la cible 3 est le suivant : « d'ici à 2030, mettre fin à l'épidémie de sida, à la tuberculose, au paludisme et aux maladies tropicales négligées et combattre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et autres maladies transmissibles ». La cible 7 énonce ce qui suit : « d'ici à 2030, assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux ».
20. Au titre de l'objectif 5 (égalité des sexes et autonomisation des femmes et des filles), la cible 6 vise à « assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation, ainsi qu'il a été décidé dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de Beijing et les documents finaux des conférences d'examen qui ont suivi. »
21. L'objectif 10 sur la réduction des inégalités revêt également une importance particulière pour la SDSP des populations les plus touchées par le VIH et la réalisation du droit au développement. L'énoncé de la cible 2 est le suivant : « d'ici à 2030, autonomiser toutes les personnes et favoriser leur intégration sociale, économique et politique, indépendamment de leur âge, de leur sexe, de leur handicap, de leur race, de leur appartenance ethnique, de leurs origines, de leur religion ou de leur statut économique ou autre ». La cible 3 met quant à elle l'accent sur l'élimination des lois discriminatoires pour assurer l'égalité des chances et réduire l'inégalité des résultats, conformément au concept de droit au développement.
22. Outre les objectifs et les cibles évoqués ci-dessus, les cibles des objectifs 1, 2, 4, 6, 8, 11, 16 et 17 ont des répercussions sur la santé et la riposte au VIH auxquelles elles sont indirectement liées. Ces objectifs portent respectivement sur la pauvreté, la faim, une éducation de qualité, l'eau et l'assainissement, des conditions de travail décentes et des conditions de logement sûres, la paix et l'accès à la justice, et la mise en œuvre du cadre<sup>27</sup>.

---

<sup>25</sup> L'absence des droits sexuels dans les ODD, et plus généralement de consensus sur les droits en matière de sexualité et de procréation, peut être due à un manque de compréhension des concepts de santé sexuelle et de ses principes, tels que la sexualité et l'autonomie. Traditionnellement, on met particulièrement l'accent sur les effets négatifs de la sexualité et des comportements sexuels, à savoir la maladie, la mortalité et la violence. Au cours de la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, la santé sexuelle a été assimilée à la santé procréative et cela peut expliquer le fait que les discussions sur le sexe et la sexualité qui vont au-delà de reproduction aient reçu moins d'attention.

<sup>26</sup> *Rapport du groupe de travail ouvert de l'Assemblée générale sur les objectifs de développement durable.*  
<http://undocs.org/A/68/970>.

<sup>27</sup> La Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 (p. 28 et 29) détaille les liens entre chacun de ces thèmes, ainsi qu'entre santé et égalité des sexes, et recense des possibilités de collaboration intersectorielle pour les traiter.

23. Les Rapporteurs spéciaux des Nations Unies ont condamné le fait que le droit de jouir du « meilleur état de santé physique et mentale possible » (formulation exacte du droit à la santé) et, en particulier, l'ensemble des questions de santé et de droits sexuels et procréatifs, ne soient pas suffisamment reconnus, et que l'importance d'une éducation sexuelle intégrée ne soit pas indiquée dans les ODD. Ils font remarquer que les services de santé sexuelle et procréative doivent non seulement être « universels », mais également accessibles, abordables, adéquats et de bonne qualité<sup>28</sup>.

## LA SANTE SEXUELLE, LES DROITS SEXUELS ET LE ROLE CENTRAL DE LA SEXUALITE PAR RAPPORT AU VIH

« [La santé sexuelle] est un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination, ni violence. Pour obtenir et conserver un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés, protégés et appliqués. » (Définition provisoire par l'OMS de la santé sexuelle)<sup>29,30</sup>

24. La santé sexuelle ne peut être définie, comprise ou assurée sans considérer la sexualité de manière globale, ce qui explique des comportements et des résultats importants en rapport avec la santé sexuelle. En outre, selon l'OMS : « La sexualité est un aspect central de l'être humain tout au long de la vie et englobe le sexe, les identités et les rôles sexuels, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, l'intimité et la reproduction. La sexualité est expérimentée et exprimée en pensées, dans les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations. Si la sexualité peut inclure toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours expérimentées ou exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, éthiques, juridiques, historiques, religieux et spirituels<sup>31</sup> ».

<sup>28</sup> Les mandats du Président-Rapporteur du groupe de travail sur la question de la discrimination à l'encontre des femmes en droit et en pratique, du Rapporteur spécial sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible et du Comité sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/OpenLetter4Nov2014.pdf>

<sup>29</sup> La définition de la santé sexuelle ci-dessus n'a pas été ratifiée par l'Assemblée mondiale de la santé et est « présentée à titre de contribution à la poursuite des discussions » (OMS). Voir *Sexual health, human rights and the law*. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf).

<sup>30</sup> *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health. 28-31 janvier 2002, Genève, OMS* ; voir également : [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual\\_health/sh\\_definitions/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/)

<sup>31</sup> Cité dans *Poverty and Sexuality*. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/sexual\\_health/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/)

25. La sexualité ne se limite donc pas uniquement aux relations et aux comportements sexuels ; elle se distingue de la reproduction ; elle est au cœur de la personnalité ; il s'agit du droit d'être soi-même et d'exister en tant qu'être humain<sup>32</sup>. Elle est également au cœur de la réalisation de la SDSP. « **Harold** », un **homosexuel de 27 ans vivant avec le VIH, originaire des Philippines**, le résume succinctement : « [...] *jouir de la santé et des droits sexuels et procréatifs ne se limite pas aux organes génitaux. Cela englobe la santé générale psychosociale d'une personne dans l'affirmation de son orientation sexuelle et de son identité et expression de genre, en lien avec la prise de conscience de son individualité et de son identité individuelle. [...] plaider en faveur de la santé et des droits sexuels et procréatifs revient à plaider en faveur de l'affirmation de l'identité individuelle de chacun [...]* ».
26. Il est de plus en plus reconnu que la santé sexuelle dépend de la reconnaissance, du respect, de la protection et de l'application des droits sexuels, et qu'il est essentiel pour la justice sociale, le développement durable et la santé publique de respecter les obligations en matière de droits de l'homme<sup>33</sup>. Par exemple, la Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), une commission intergouvernementale réunissant des pays d'Amérique latine et des Caraïbes, a conclu en 2013, dans un bilan de la mise en œuvre du programme d'action de la CIPD sur 20 ans, que les États devaient « *promouvoir des politiques qui permettent aux personnes d'exercer leurs droits sexuels, qui reconnaissent le droit à une vie sexuelle sûre et complète, ainsi que le droit de prendre des décisions éclairées, de façon libre, volontaire et responsable sur leur sexualité, l'orientation sexuelle et l'identité de genre, sans coercition, sans discrimination ou violence, et qui garantissent le droit à l'information et les moyens nécessaires à leur santé sexuelle et procréative*<sup>34</sup> ». Les droits sexuels font référence aux droits humains nécessaires pour protéger le droit de chacun à satisfaire et exprimer sa sexualité et à jouir d'une santé sexuelle, en tenant compte des droits d'autrui et dans un contexte non discriminatoire.

## **PROTÉGER LA SANTÉ ET LES DROITS DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE PROCRÉATION**

### **L'accès à une éducation sexuelle intégrée et de qualité**

27. L'accès à une éducation et à des informations de qualité, précises et actualisée est essentiel pour réaliser d'autres droits, notamment les droits en matière de sexualité et de procréation. Souvent, l'éducation sanitaire dans les écoles n'inclut pas tous les aspects de la SSR, mettant l'accent sur la biologie et les maladies de l'appareil reproducteur<sup>35</sup>. Une éducation sexuelle intégrée comprend l'information qui présente la santé sexuelle, le genre, les droits de l'homme et la sexualité comme des aspects liés à la nature humaine, et qui soit exacte, appropriée selon le développement des capacités, fondée scientifiquement et

---

<sup>32</sup> Cité dans *Poverty and Sexuality: What are the Connections?*

<http://www.globalequality.org/storage/documents/pdf/sida%20study%20of%20poverty%20and%20sexuality.pdf>.

<sup>33</sup> World Association for Sexual Health (WAS), 2014 ; OMS, 2010 ; Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), 2008.

<sup>34</sup> Kismodi et al. op. cit.

<sup>35</sup> Le manifeste *Vision 2020* de l'IPPF note que l'éducation sexuelle intégrée est sensible aux contextes culturels, reconnaît, là où elle existe, la sexualisation significative de l'espace public, du discours social et du discours médiatique, et offre une information exacte et respectueuse du droit de tous à l'information et à l'éducation à la santé sexuelle et procréative.

intégrant les aspects de la non-discrimination, de l'égalité, de la tolérance, de la sécurité et du respect des droits d'autrui<sup>36</sup>.

« [...] Quand j'étais au lycée, l'éducation sexuelle intégrée n'existait pas. J'ai migré à Pékin, toute ignorante que j'étais... [Je ne savais] rien sur la contraception. Je suis tombée enceinte sans l'avoir planifié et j'ai eu très peur. J'étais face à un dilemme : me marier à cause de ma grossesse, ou avorter. Dans un cas comme dans l'autre, je me sentais très seule parce que je ne pouvais pas en parler à mon partenaire ni m'adresser à un prestataire de santé pour trouver une solution. Les hôpitaux n'ont pas de services de conseils, juste la chirurgie. Lorsque le médecin a su que j'étais enceinte d'un mois, il m'a juste demandé de revenir après un mois pour l'intervention chirurgicale. Les migrants n'ont pas de parents dans les villes où ils travaillent et ne comptent que sur leurs partenaires pour le soutien. La situation des femmes migrantes est plus difficile... Si j'avais reçu une éducation, peut-être aurais-je pu mieux planifier ma vie... »

**« Z.N. », une migrante et défenseur des droits, Beijing**

28. Dans le cas des adolescents et des jeunes, des conditions supplémentaires liées à l'âge du consentement et à la perception du caractère « convenable » et de « l'adéquation à l'âge » (telles que déterminées, souvent de façon subjective, par les prestataires de santé, les enseignants, les parents, les tuteurs) des informations relatives à la sexualité constituent également des obstacles – une ironie, parce que c'est à ce moment-là qu'ils ont précisément besoin des informations et des services pour se protéger et protéger les autres. Pour beaucoup de jeunes, l'autre possibilité est d'obtenir des informations auprès d'amis, de pairs, des médias ou sur Internet. Cette information ne peut pas toujours être exacte, appropriée ou pertinente, et peut même être trompeuse. Les obstacles qui empêchent d'accéder à des informations précises, à des conseils et à des services peuvent être encore plus importants pour les jeunes femmes nées avec le VIH lorsqu'elles débutent leur vie sexuelle, car celles-ci doivent faire face à des préjugés liés à la fois à leur âge et à leur statut sérologique en ce qui concerne leurs droits en matière de sexualité et de procréation.

« Je suis née séropositive et mes deux parents sont morts. Je vis avec ma tante à Harare. [...] Elle m'aide beaucoup, en particulier en ce qui concerne l'observance du traitement et d'autres aspects positifs de la vie. Maintenant que j'ai commencé à fréquenter, elle me dit que je ne dois pas avoir une relation, oubliant que j'ai des désirs sexuels et que je suis un être sexuel. J'ai également rencontré des difficultés à accéder à une information et à des services adéquats comme la planification familiale. Les prestataires nous jugent et ne semblent pas se soucier de notre bien-être... Ils disent juste qu'il ne faut pas faire ceci ou cela, mais ne répondent pas à mes questions. Dans la plupart des cas, lorsque je révèle ma séropositivité aux prestataires de santé, ils me traitent de tous les noms ou commencent à me fustiger, oubliant le bon service que je rends à la communauté en évitant de propager le virus... »

**« Mollyn », 19 ans, étudiante vivant avec le VIH, Zimbabwe**

---

<sup>36</sup> Sexual Health, Human Rights and the Law, OMS, 2015.

29. Le concept de « développement des capacités », énoncé dans la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE)<sup>37</sup>, est fondamental lorsque l'on veut communiquer des informations sur la sexualité et proposer des services sensibles aux besoins des jeunes. Cela favorise un équilibre entre l'autonomie et la protection des adolescents.

*« [...] J'ai toujours rencontré des problèmes avec les prestataires de santé qui me considéraient comme un bébé et donc je n'ai jamais eu la chance de parler de la santé sexuelle et du VIH. Dans les écoles, personne n'en parle et c'est toujours compliqué parce que la plupart des jeunes commencent à avoir des relations sexuelles beaucoup plus tôt que les gens ne le pensent. Il est donc important d'éduquer les gens dès l'enfance. Quand j'ai voulu acheter des préservatifs à la pharmacie, ils ne voulaient pas me les vendre parce que "j'étais trop jeune pour penser à ces choses", donc quand j'ai voulu prendre mes responsabilités, ils me l'ont refusé... »*

**« Lucas », 17 ans, homosexuel, Paraguay**

### **Les jeunes femmes et les adolescentes**

30. Les nouvelles infections par le VIH continuent à toucher les jeunes femmes et les adolescentes de manière disproportionnée, en particulier en Afrique subsaharienne où toutes les heures, 34 jeunes femmes contractent le virus<sup>38</sup>. La prise de conscience des droits de chacun est importante – particulièrement chez les adolescentes et les jeunes femmes – pour se comprendre soi-même et avoir confiance en soi, et peut contribuer aux changements de comportement nécessaires pour prévenir le VIH ou vivre normalement avec le virus. Dans une publication récente de l'ONUSIDA et de l'Union africaine, sept conditions fondamentales ont été recensées, qui sont à l'origine des taux exceptionnellement élevés de nouvelles infections par le VIH chez les jeunes femmes et les adolescentes. La première a trait à « l'inadéquation de l'accès à des informations de qualité sur la santé sexuelle et reproductive, sur les produits de base et les services, dans une certaine mesure en raison de l'âge légal d'accès à ces services », tandis qu'une autre de ces conditions porte sur le « manque d'accès à l'enseignement secondaire et à une éducation sexuelle intégrée et adaptée à l'âge<sup>39</sup> ».

*« [...] Le groupe de soutien du projet Bethany pour les jeunes vivant avec le VIH et le sida nous enseigne qu'il faut prendre nos médicaments systématiquement et correctement, et nous apprend à être confiants et sûrs de nous. J'ai révélé ma séropositivité à mon copain ; il m'a acceptée et nous préparons notre mariage. Lorsque vous êtes séropositif, être dans un groupe de soutien est avantageux, parce que vous apprenez beaucoup sur la santé sexuelle et procréative, l'observance thérapeutique, la nutrition et vos droits. Maintenant, je sais que j'ai le droit d'avoir un enfant si je le souhaite, mais que je dois le faire en consultation avec le personnel médical à la clinique pour avoir un bébé séronégatif... »*

**« Primrose », 22 ans, jeune femme vivant avec le VIH, Zimbabwe**

31. Les conditions suivantes liées à SDSP augmentent également le risque de contracter le VIH chez les jeunes femmes : un champ d'action limité, c'est-à-dire l'impossibilité pour les femmes de faire des choix et de prendre des mesures sur des questions en rapport avec

<sup>37</sup> Convention relative aux droits de l'enfant (CDE), articles 5 et 14, HCDH.

<sup>38</sup> *Émanciper les jeunes femmes et les adolescentes : accélérer la fin de l'épidémie de SIDA en Afrique*, ONUSIDA et Union africaine 2015 [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2746\\_fr.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2746_fr.pdf), p. 13

<sup>39</sup> Ibid.

leur santé et leur bien-être ; les normes sexospécifiques néfastes, notamment les mariages précoces et forcés qui entraînent des grossesses précoces ; les rapports sexuels transactionnels et intergénérationnels non protégés, qui sont souvent la conséquence de la pauvreté, d'un manque d'opportunités ou d'une indigence matérielle ; la violence exercée par un partenaire intime, qui accroît les risques et nuit aux comportements positifs en matière de santé ; la violence, notamment sexuelle, dans les situations de conflit et d'après-conflit<sup>40</sup>.

## LA SANTE ET LES DROITS DES FEMMES VIVANT AVEC LE VIH EN MATIERE DE SEXUALITE ET DE PROCREATION : DES VIOLENCES, DES CONTRAINTES ET DES PRESSIONS FREQUENTES

32. Les schémas quotidiens de refus et de discrimination en matière de SDSP vécus par femmes vivant avec le VIH sont bien documentés<sup>41,42,43</sup>. Ils peuvent prendre les formes suivantes : la pression quant au fait d'avoir ou de ne pas avoir d'enfants, de changer de pratique d'alimentation des nourrissons ; la désapprobation des rapports sexuels ; l'incapacité à négocier des rapports mieux protégés et la peur de révéler son statut ; le manque d'accès aux traitements pour les infections sexuellement transmissibles (IST) et les infections de l'appareil génital (IAG) ; l'absence de dépistage dans le cadre de la santé sexuelle, y compris les frottis ; le manque d'outils de prévention comme les préservatifs féminins et les services en appui à la conception sûre ; la contraception d'urgence ; les programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant qui renforcent le rôle des mères en tant que simples machines reproductrices ; la pression pour mettre fin à la grossesse, être stérilisées ou prendre des contraceptifs oraux afin d'accéder aux traitements ou aux autres services ; ou, le refus de fournir de tels services. La violence à l'égard des femmes vivant avec le VIH est omniprésente. Certaines données, existantes ou nouvelles, montrent que la violence – structurelle, culturelle ou directe – fait partie de l'expérience d'une femme séropositive<sup>44</sup>. La définition suivante de la violence contre les femmes vivant avec le VIH a été proposée :

« La violence à l'égard des femmes séropositives constitue tout acte, toute structure ou tout processus dans lequel le pouvoir est exercé de manière à causer un préjudice physique, sexuel, psychologique, financier ou juridique aux femmes vivant avec le VIH<sup>45</sup>. »

<sup>40</sup> Ibid.

<sup>41</sup> *Sexual and reproductive health and rights: international community of women living with HIV/AIDS (ICW) and the global coalition on women and AIDS (GCWA)*.

<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3VLZZfYDwN8J:www.icw.org/files/SRHR-ICW%2520fact%2520sheet-06.doc+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=th&client=safari>

<sup>42</sup> *Building A Safe House on Firm Ground: Key Findings from a Global Survey of SRHR of Women living with HIV*. Salamander Trust, 2014.

<sup>43</sup> *Violations of Sexual and Reproductive Health and Rights of Women Living with HIV in Clinical and Community Settings in Uganda*, ICWEA, juin 2015

<sup>44</sup> Salamander Trust 2014 op. cit. Les résultats de cette enquête ont montré que 89 % des femmes vivant avec le VIH, qui ont répondu aux questions sur la violence, avaient subi une ou plusieurs formes de violence avant, depuis ou à cause de leur diagnostic.

<sup>45</sup> *Violence against women living with HIV/AIDS – a background paper*. Hale F et Vasquez M., Development Connections, ICW Global et ONU-Femmes, 2011.

33. Plusieurs informatrices clés vivant avec le VIH ont partagé leurs expériences. Le cas de **Stacey des États-Unis** illustre les violations des droits procréatifs, la coercition et la stérilisation sans consentement :

*« [...] En mars 2014, j'ai donné naissance à un garçon, un bébé en bonne santé, m'a-t-on dit. Les médecins ne cessaient de me dire que mon bébé allait bien. Ils ont attendu 14 heures pour m'accoucher alors qu'ils savaient que quelque chose clochait. J'avais choisi de ligaturer mes trompes parce qu'on m'a dit qu'il allait bien et mon fiancé et moi avons décidé que nous n'aurions pas d'autres enfants. Les médecins m'ont induite en erreur. Techniquement, la loi interdit la ligature des trompes. Ils étaient censés attendre 24 heures avant de le faire, car mon fils est né prématurément. Ils ont fini par cautériser, ligaturer et m'ôter les trompes sans mon consentement. Quand j'ai demandé une réversion, le médecin a insinué que de toute façon je ne devrais pas avoir des relations sexuelles non protégées puisque je suis séropositive. Et en ce qui concerne mon fils, K.J., il n'était pas en bonne santé. Ils ont tout arrêté et n'ont jamais pu de me donner la cause de sa mort. »*

**« Yvette », 26 ans, une femme vivant avec le VIH originaire de Guinée-Bissau et qui vit maintenant en Belgique**, partage un dilemme des femmes mariées vivant avec le VIH et l'interaction des diverses dynamiques du pouvoir, les préjugés des travailleurs de la santé et les lois restrictives qui freinent l'autonomie et la possibilité de choisir : *« [...] Quand mon médecin m'a dit que j'étais séropositive, il m'a recommandé également d'en informer mon mari. Il n'y a pas eu de discussion sur les conséquences possibles, et je ne pense pas qu'il comprenait ce qu'elles impliqueraient dans ma situation. Quand je l'ai dit à mon mari, il m'a quittée. Les prestataires de santé m'ont dissuadée de tomber enceinte. Lorsque vous êtes enceinte et séropositive, ils vous suggèrent d'avorter. Je n'ai pas encore trente ans et j'aimerais avoir des enfants. »*

Alors que **« Nadège », 25 ans, du Rwanda**, raconte : *« J'avais 16 ans quand j'ai fait mon dépistage pour le VIH et j'ai été immédiatement mise sous traitement. Heureusement, la clinique était proche de là où j'habitais et elle bénéficiait d'un financement. J'ai continué à perdre mes proches – ma mère, mon frère et trois tantes, deux jeunes filles de mon école secondaire et quatre autres de notre quartier. Ils n'avaient pas accès au même traitement que moi. Les jeunes ont besoin d'avoir une chance de vivre un avenir meilleur et plus heureux bénéficiant de tous leurs droits de citoyens, ainsi que d'amour, de respect et de soutien. Sans cela, beaucoup de jeunes quittent l'école à cause de maladies et beaucoup plus de vies seront perdues. La stigmatisation est élevée dans les centres de santé. De nombreux personnels de santé ont des attitudes négatives à l'encontre des personnes séropositives. Cela peut entraîner une observance thérapeutique nulle ou limitée, et un manque de partage d'informations sur la planification familiale et les rencontres. Nos droits sexuels nous sont refusés en raison de notre séropositivité, comme si nous n'avions pas de sentiments... »*

## LA SANTE ET LES DROITS DES POPULATIONS CLES EN MATIERE DE SEXUALITE ET DE PROCREATION

34. En juillet 2014, l'OMS a publié les lignes directrices consolidées sur la prévention, le diagnostic, le traitement et les soins pour les populations clés<sup>46</sup>. Même si elles sont mentionnées dans de nombreuses sections des lignes directrices de l'OMS, les personnes vivant avec le VIH ne font pas spécifiquement partie des « populations clés », contrairement à ce qui figure dans la définition de l'ONUSIDA. Outre des interventions directement axées sur le VIH et des interventions générales dans le secteur de la santé, les « principaux catalyseurs » – la législation et les politiques, la stigmatisation et la discrimination, l'autonomisation et la réduction de la violence – sont mis en évidence.
35. Dans un changement majeur de perspective qui tient à la fois compte des concepts de santé procréative et sexuelle, les interventions en matière de santé sexuelle et procréative dans les lignes directrices susmentionnées reconnaissent l'importance d'une vie sexuelle agréable et des choix, ainsi que les options liées à la santé et aux droits procréatifs. Aux pages 19 et 78 (4.6.2), les lignes directrices précisent : « *Les membres des populations clés, qu'ils vivent ou non avec le VIH, doivent être en mesure de vivre pleinement leur vie sexuelle et de manière agréable, et d'avoir accès à un éventail de possibilités de procréation. Le dépistage, le diagnostic et le traitement des maladies sexuellement transmissibles doivent être régulièrement proposés dans le cadre d'un ensemble complet de services relatifs au VIH ; les femmes issues des populations clés doivent jouir des mêmes droits de santé procréative que toutes les autres femmes ; il est important d'avoir accès à la planification familiale et à d'autres services de santé procréative, y compris la prévention, le dépistage et le traitement du cancer de l'appareil génital ; les lois et les services sur l'avortement doivent protéger la santé et les droits de l'homme de toutes les femmes, notamment celles des populations clés.* »

### Homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

36. À l'échelle mondiale, les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont 19 fois plus de risques d'être séropositifs que la population générale, et le risque continue d'augmenter dans de nombreuses régions du monde<sup>47</sup>. Tel qu'examiné dans les chapitres précédents, la sexualité reste au centre des difficultés que rencontrent les homosexuels et autres HSH. La stigmatisation et la discrimination dues à la non-reconnaissance de leur sexualité poussent de nombreux hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes à se cacher, et les empêchent d'accéder aux services de prise en charge du VIH et de SSR dont ils ont besoin. Actuellement, 78 pays criminalisent les pratiques homosexuelles et, dans sept de ces pays, ces pratiques sont passibles de la peine de mort<sup>48</sup>. Des institutions des Nations Unies, telles que le HCDH, le PNUD,

<sup>46</sup> *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care in Key Populations*. OMS, juillet 2014. L'OMS précise que ces populations clés sont : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les détenus et les personnes se trouvant dans des environnements fermés, les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les personnes transgenres. Les populations vulnérables sont des groupes de personnes qui sont particulièrement vulnérables à l'infection à VIH dans certaines situations ou certains contextes, tels que les adolescents (en particulier les adolescentes en Afrique subsaharienne), les orphelins, les enfants de la rue, les personnes handicapées et les travailleurs migrants et mobiles.

<sup>47</sup> *Gap report (Rapport sur les écarts)*, ONUSIDA, 2014, p. 20.

<sup>48</sup> *Ibid*, p. 12.

l'ONUSIDA ou l'OMS, recommandent que les pays s'emploient à réexaminer ou abroger les lois qui criminalisent les pratiques homosexuelles, ou à instaurer un moratoire sur leur application, ce qui serait un catalyseur important permettant d'inverser la progression de l'épidémie de VIH au sein de cette population clé<sup>49</sup>.

37. Partout, lorsque les relations entre personnes de même sexe sont criminalisées ou lorsque les personnes homosexuelles sont persécutées, les homosexuels et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes de manière générale vivent dans la peur, ce qui porte atteinte à leur droit à la santé et même à leur droit à la vie. « **Balo** », un **homosexuel vivant avec le VIH au Nigéria** déclare : « [...] Nous vivons dans la peur depuis que le gouvernement nigérian a promulgué une loi visant à criminaliser les relations homosexuelles. Beaucoup d'entre nous qui sont ouvertement gays font de plus en plus l'objet de menaces. Je fais parfois face à l'attitude hostile d'agents de santé dans les centres de traitements antirétroviraux (ARV), même si le traitement ne m'a jamais été refusé. De même, au Libéria, « **Sail** » affirme : « Les lois qui criminalisent les activités homosexuelles entre adultes consentants poussent les LGBTI à se cacher, ce qui a une incidence négative sur leur capacité à demander des services de santé sexuelle et procréative [...]. Nous devons examiner plus attentivement l'impact de la récente vague d'homophobie en Afrique et le grave danger qu'elle représente pour les acquis que nous avons obtenus ces trois dernières décennies [...] »

### Personnes transgenres

38. Parmi toutes les populations clés, les personnes transgenres, et particulièrement les femmes transgenres, sont la population dans laquelle la prévalence du VIH est la plus élevée. Selon l'ONUSIDA, le risque de contracter le VIH est 49 fois plus élevé chez les personnes transgenres que dans la population générale<sup>50</sup>. Par ailleurs, dans de nombreux contextes, les femmes transgenres sont encore incluses dans la catégorie des « HSH », ce qui empêche de répondre à l'ensemble de leurs besoins. Reconnaisant le besoin de mieux aborder la prévention et les soins du VIH destinés aux personnes transgenres, l'OMS a élaboré un document de politique générale en juillet 2015<sup>51,52</sup>. Le document technique aborde l'élaboration des interventions visant spécifiquement les personnes transgenres dans les documents d'orientation pour les populations clés, mais également d'autres questions de santé et les droits des personnes transgenres. Cela inclut la discrimination, la violence et la stigmatisation auxquelles les personnes transgenres sont confrontées dans leur vie quotidienne, une description des fréquentes violations des droits de l'homme et des refus des services de santé, ou de la non-reconnaissance des problèmes de santé, y compris de SSR, pour des raisons d'identité de genre et d'expression du genre. Cette situation limite le champ d'action des femmes (et des hommes) transgenres pour accéder au savoir et prendre des décisions qui favorisent leur santé sexuelle et reproductive et leur bien-être, notamment en ce qui concerne la prévention du VIH ou les moyens pour vivre normalement avec le VIH, entre autres domaines. Les services de santé spécifiques aux personnes transgenres incluent l'hormonothérapie, les examens des seins, le dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que différents types de chirurgie de réattribution sexuelle. L'OMS recommande que les pays œuvrent pour la reconnaissance juridique des personnes

<sup>49</sup> Ibid, p. 8.

<sup>50</sup> Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, op.cit., p. 31 et 32.

<sup>51</sup> *Transgender People and HIV– A Policy Brief*. OMS, 2015

<sup>52</sup> *Sexual Health, Human Rights and the Law*. OMS, 2015

transgenres et des identités sexuelles non conformes, citant la législation du Népal, de l'Argentine et de l'Uruguay<sup>53</sup>.

39. Les principales préoccupations des personnes transgenres en général, et des femmes transgenres en particulier, exprimées lors des consultations pour le présent rapport des ONG comprennent la non-reconnaissance, la discrimination au travail et l'accès aux services de santé en général, ainsi que la violence, tant de la part des autorités sanitaires que de la police.

*« [...] Nous avons souvent du mal à obtenir des documents juridiques et à exercer nos droits fondamentaux. Le fait que nous soyons transgenres a compliqué nos expériences, lorsqu'il s'agit d'obtenir un emploi ou dans le cadre d'interactions humaines quotidiennes... Nous ne sommes pas pris en compte, nous sommes méprisés comme citoyens de troisième ordre, nous n'avons pas de choix... »*

**« Poloumi », 50 ans, personne transgenre musulmane vivant avec le VIH, Inde**

**Ari, un homosexuel noir américain/autochtone de 26 ans originaire des États-Unis et vivant avec le VIH remarque :** *« [...] Des crimes haineux continuent de se produire, en particulier à l'encontre des femmes transgenres. L'attitude de la police vis-à-vis des jeunes homosexuels, lesbiennes ou transgenres constitue un gros problème ; ils sont censés protéger, mais ils aggravent la situation. Des personnes ont quitté l'État. Ils ont peur parce que la législation (Religious Restoration Act – loi sur la restauration de la liberté de religion) accorde au personnel médical le droit de refuser de vous traiter, même en cas d'urgence, s'ils pensent que vous êtes LGBT, et si l'homosexualité va à l'encontre de leurs croyances religieuses. »*

40. Les personnes transgenres ont besoin de services de SSR similaires, notamment des services de soins en cas d'avortement et après un avortement, de santé maternelle et infantile (SMI) et de prévention de la transmission verticale du VIH pour les hommes transgenres, qui sont susceptibles de tomber enceints, volontairement ou non. Les prestataires de santé devraient être sensibilisés à la nécessité d'examen confortables des seins, des parties génitales et anales, et devraient être en mesure de résoudre les problèmes liés à la violence sexiste, y compris en fournissant des orientations et un soutien psychosocial. De la même manière, le personnel en uniforme doit également être sensibilisé et formé sur les questions relatives au travail du sexe des personnes transgenres, en vue de protéger et de promouvoir leurs droits, d'empêcher les violations de ces droits et de punir les responsables lorsque de telles violations se produisent.

### **Professionnel(le)s du sexe**

41. Outre les interventions de prévention du VIH telles que la distribution de préservatifs et de lubrifiants, les professionnel(le)s du sexe ont besoin de traitements contre les IST, de services de planification familiale et d'informations sur le sujet, de moyens de contraception, de services d'avortement et de soins après l'avortement, et d'une protection contre la violence. Les professionnelles du sexe ne sont souvent perçues que sous l'angle de leur activité et non comme des parents ou des partenaires. Elles ont également besoin de services de soins prénatals, de services de santé maternelle et infantile, et de programmes de prévention de la transmission verticale pour celles qui vivent avec le VIH et qui

---

<sup>53</sup> Ibid, p. 8.

choisissent d'avoir des enfants<sup>54</sup>. Cependant, leurs choix en matière d'enfants sont souvent ignorés car elles ne correspondent pas au stéréotype culturel d'une « bonne mère ».

*« J'avais 19 ans, nouvelle professionnelle du sexe et je suis tombée enceinte... Je ne savais pas quoi faire. J'avais peur et j'avais honte. Un de mes amis m'a parlé d'une clinique où l'on pratiquait des avortements, mais le médecin m'a demandé de faire venir mon mari... Je me suis rendue à une autre clinique et je leur ai dit que mon copain m'avait quittée après m'avoir mise enceinte... Je n'avais pas l'argent pour payer l'avortement... Quand je suis allée à l'hôpital pour l'accouchement, les médecins, les infirmières et même les agents d'entretien m'ont demandé où était le père. Après l'accouchement, l'infirmière a dit que j'avais accouché d'un bébé mort-né. Je n'ai même pas vu le corps. »*

**« Farzhana », 19 ans, professionnelle du sexe, Bangladesh**

42. Le taux de consommation de substances, telles que l'alcool, les stimulants de type amphétamine et diverses « drogues récréatives », est très élevé chez les professionnels du sexe, qu'ils soient hommes, femmes ou transgenres. Les interventions visant à réduire les risques devraient aussi être introduites dans les services offerts. La Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le commerce du sexe (2012) recommande aux États de dépénaliser le commerce du sexe ou les activités qui lui sont associées. Elle indique en particulier que « la dépénalisation du commerce du sexe comporte notamment la suppression des lois et des sanctions pénales associées à l'achat et à la vente de services sexuels, la gestion des professionnel(le)s du sexe et des maisons closes, et d'autres activités en rapport avec le commerce du sexe. Dans la mesure où les États conservent certaines lois ou réglementations administratives non pénales concernant le commerce du sexe, celles-ci doivent être appliquées dans le respect de la légalité, d'une manière qui ne viole ni les droits, ni la dignité des professionnel(le)s du sexe<sup>55</sup> ».

### **Consommateurs de drogues injectables**

43. Les consommateurs de drogues injectables sont un autre groupe de population clé, dont la santé et les droits sexuels et procréatifs, et les besoins généraux en matière de santé sont négligés. La criminalisation et les attitudes négatives de la société autour de la consommation de drogues contribuent à la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des consommateurs de drogues injectables. Cela inclut l'absence ou le refus d'une prise en compte des besoins et des droits des consommateurs de drogues injectables en matière de SSR (y compris de ceux qui vivent avec le VIH), et notamment du souhait éventuel d'avoir des relations intimes, de faire des enfants et de fonder une famille<sup>56</sup>. La stigmatisation et la discrimination tendent à être encore plus fortes envers les consommatrices de drogues injectables qui sont enceintes, qui ont des enfants, qui font commerce du sexe, qui sont incarcérées ou qui vivent avec le VIH. Des attitudes sociétales négatives impliquent que des mesures éprouvées de réduction des effets nocifs des drogues, telles que les programmes d'échange d'aiguilles et de seringues, la substitution aux opiacés, ou l'éducation à la prévention des overdoses, constituent moins une priorité que les interventions inefficaces, mais populaires, basées sur l'abstinence ou la désintoxication. Dans de nombreux pays, la

<sup>54</sup> *Experiences with pregnancy among FSW in Ethiopia: a link-up exploratory study*. The Link-up Project, OSSA, Miz-Hasab Research Center Ethiopia, Population Council, avril 2015.

<sup>55</sup> [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2306\\_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work\\_en\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_1.pdf)

<sup>56</sup> *Faire progresser les droits humains et de santé sexuelle et reproductive des consommateurs de drogues injectables vivant avec le VIH*. International Network of People who use Drugs (INPUD) et GNP+, 2010.

consommation de drogue reste du domaine des forces de l'ordre, plutôt que d'être considérée comme un problème de santé.

44. Le soutien d'un prestataire de santé peut faire toute la différence, comme dans le cas de « **Svetlana** », une Russe de 32 ans enceinte, consommatrice de drogues : « *Le Dr N.A. m'a très bien traitée et grâce à lui, j'ai accouché. Je n'avais pas tous les documents et il s'en est chargé. Les médecins de l'hôpital savaient que j'étais toxicomane. Le Dr N. A. a pris soin de moi ; il s'inquiétait pour moi. Il réprimandait sévèrement le personnel médical s'il faisait quelque chose de mal. Aujourd'hui, j'ai deux enfants et je n'ai pas abandonné le second parce que j'ai eu de la chance avec le médecin...* »

### **Populations carcérales (détenus et personnes se trouvant dans d'autres environnements fermés)**

45. L'incarcération est souvent synonyme de comportements à risque accrus et d'absence de services en rapport avec le VIH. Les détenus devraient avoir accès à la même offre de services de santé que des personnes libres – et de la même qualité –, y compris des services de SSR et des services en rapport avec le VIH. Des situations particulières liées au confinement (tatouage et aiguilles souillées, consommation de drogues, violence sexuelle, surpopulation, etc.) augmentent le risque de contracter et de propager le VIH, les IST, les hépatites et la tuberculose<sup>57</sup>. Le manque de services de santé adéquats en prison et de suivi une fois les personnes concernées remises en liberté complique encore davantage la situation. Les besoins et les droits en matière de SSR et de VIH peuvent également être ignorés. En particulier, l'exercice des droits à l'intimité, à la confidentialité et à la dignité est souvent compromis dans le cadre des services de SSR et de prise en charge du VIH en prison.

*« [...] Mon mari et moi avons été arrêtés en 2013 ; il avait huit grammes de méthadone sur lui. J'étais enceinte et j'ai été condamnée à une peine de six ans. Pendant 53 jours, je n'ai pas reçu le médicament que je prenais pour le VIH. J'en avais assez pour un mois, mais ensuite je n'en ai plus reçu. Quand le moment d'accoucher est arrivé, on m'a conduite à la maternité la plus proche, dans un convoi. Je n'avais pas cessé de saigner qu'on m'a ramenée en prison. Maintenant, ici, j'ai d'autres problèmes dans mon utérus qui peuvent nécessiter une opération, mais tant que je ne serai pas libérée, je n'aurai aucun suivi et je ne sais pas comment tout cela se terminera... »*

**« Catherine », une femme russe de 34 ans vivant avec le VIH**

### **Migrants et populations mobiles**

46. Les migrants également font face à des défis spécifiques liés à l'accès aux différents services sociaux et de santé, y compris les services de SSR et les services en rapport avec le VIH, en raison des barrières linguistiques et culturelles, du fait qu'il n'y a pas de cartes d'identité, de résidence ou d'enregistrement, et d'un manque de connaissances en matière de systèmes de sécurité sociale, d'assurance et de services de santé. Ces difficultés sont encore aggravées par les stéréotypes sexistes et culturels, le racisme, la xénophobie, les inégalités entre les sexes, l'homophobie ou la transphobie.

---

<sup>57</sup> Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care in Key Populations, op. cit., p. 5.

*« Les gens pensent que le VIH est un problème africain et que nous sommes porteurs, et ils pensent que nous ne sommes ici que pour obtenir des médicaments. Vivre avec le VIH est une chose, mais être noir en est une autre. Vous êtes traité totalement différemment si vous êtes une personne de race blanche vivant avec le VIH, que si vous êtes noir. Vous essayez de trouver un emploi et ils ne vous donnent même pas une chance... »*

**« Winnie » 45 ans, ougandaise, migrante vivant avec le VIH, Londres**

47. Les migrants qui sont sous traitement antirétroviral peuvent parfois s'appuyer sur des réseaux et des amis personnels pour continuer à bien suivre leur traitement. Par exemple, **« Rodrigo », un homosexuel de 20 ans vivant avec le VIH, qui vit en Argentine, près de la frontière avec le Paraguay** : *« Je suis allé au Paraguay pour rendre visite à ma famille. Je n'avais plus de médicaments. Quelques amis à Asunción m'en ont donné. Ce n'était pas grâce au gouvernement ou quoi que ce soit, mais cela m'a permis de ne pas manquer de médicaments... »*

### **Populations autochtones (et minorités ethniques) vivant avec le VIH**

48. Les peuples autochtones constituent un autre groupe de population potentiellement vulnérable dans certains pays. Malgré les rares financements affectés à des études systématiques portant sur les besoins des peuples autochtones en matière de VIH, on a signalé des obstacles pour accéder aux services de santé, notamment aux services de SSR et aux services en rapport avec le VIH, ainsi que des violations des droits de l'homme dans des établissements de santé. En particulier, les violations des droits des femmes en matière de sexualité et de procréation commencent à être bien documentées.

*« Les peuples autochtones dans le monde font face à une nouvelle menace pour leur survie après la colonisation. Le nombre de cas de violations des droits des femmes autochtones vivant avec le VIH et notamment de leurs droits en matière de santé sexuelle et reproductive est en hausse. Tous les peuples autochtones du monde entier partagent cette préoccupation. Il y a six ans, on m'a obligée à me faire stériliser. J'ai parlé à d'autres femmes autochtones de la région Asie-Pacifique, qui ont été "encouragées" à subir une hystérectomie ou contraintes de prendre une contraception pour ne pas avoir d'enfants, ou qui se sont vu retirer leurs enfants en raison de leur statut sérologique. »*

**Marama Pala, Maori, groupe de travail autochtone international sur le VIH/sida**

### **Personnes handicapées**

49. Les personnes handicapées sont souvent isolées et exclues de divers services, des systèmes d'éducation formels et de la vie communautaire. Elles peuvent facilement faire l'objet d'exploitation, de maltraitance et de violence et sont souvent dans l'incapacité de se plaindre. Elles ne sont censées avoir ni désirs, ni besoins en matière de SSR, ou alors, tout est rigoureusement contrôlé au moyen de stérilisations forcées, d'avortements ou de contraceptifs à effet prolongé. Par conséquent, les personnes handicapées ont été systématiquement oubliées dans le cadre des programmes de lutte contre le VIH et des programmes de santé et de droits sexuels et procréatifs. Peu de tentatives sont faites pour éliminer les obstacles qu'elles rencontrent dans l'accès aux services et à l'information. Cela

contrevient aux dispositions de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)<sup>58</sup>.

*« Être aveugle et séropositive ne signifie pas être inutile, mais parfois j'ai l'impression de l'être à cause de la façon dont certaines infirmières me traitent [...] faisant des commentaires sur le fait qu'une personne handicapée ait pu contracter le VIH, comme si je le méritais parce que j'ai eu des rapports sexuels même dans mon état. Être aveugle ne signifie pas que je suis asexuée. J'ai des enfants et des sentiments comme n'importe quel être humain normal. »*

**« Berlita », une femme aveugle et séropositive de 30 ans, Zimbabwe**

*« [...] Certaines personnes vous jettent juste un coup d'œil et vous considèrent comme quelqu'un dont ils peuvent abuser. Certains hommes pensent qu'ils vous font une faveur lorsqu'ils ont des relations sexuelles avec vous. Plusieurs personnes ont voulu abuser de moi sexuellement. Beaucoup d'entre nous n'ont pas le courage de dire non à des avances sexuelles ou n'ont pas la confiance nécessaire pour discuter de leurs expériences. Chaque fois que des programmes de lutte contre le VIH sont organisés, on ne prévoit pas d'interprètes en langue des signes. »*

**« Loveth », femme handicapée, Nigéria**

### **Personnes âgées et acceptation du VIH : la nouvelle frontière ?**

50. À l'heure où l'épidémie aborde sa quatrième décennie, un certain nombre de personnes vivent avec le VIH comme une maladie chronique persistante depuis des décennies. Les personnes âgées vivant avec le VIH font face à d'autres changements en ce qui concerne la SSR, comme le risque accru de cancer de l'appareil génital, tout en ayant aussi besoin de plaisir, de compagnie et d'intimité. Les femmes âgées sont également confrontées aux changements provoqués par la ménopause<sup>59</sup>. Il conviendrait d'adopter une approche de la SDSP couvrant l'ensemble du « cycle de vie », des années précédant la puberté à l'après-ménopause en passant par la période de procréation. Cette approche globale tiendrait notamment compte du risque pour les femmes de contracter le VIH et d'autres IST après la ménopause, alors que la « protection » dans cette population porte essentiellement sur la prévention des grossesses non désirées. Comme l'a souligné une consultation récente sur la SSR et les droits humains des femmes vivant avec le VIH, il est nécessaire de mener des recherches plus poussées sur les années de vieillesse, y compris les années qui suivent la ménopause, des personnes vivant avec le VIH.

*« Les manques sont énormes en ce qui concerne la prise en charge, la pratique, les règles et la recherche cliniques s'agissant des femmes, en particulier de celles qui vivent avec le VIH, au moment de la ménopause et dans l'après-ménopause, parce que la « menace » d'une transmission mère-enfant a disparu<sup>60</sup>. »*

---

<sup>58</sup> L'article 25 de la CDPH stipule qu'il faut fournir aux personnes handicapées des services gratuits ou d'un coût abordable couvrant la même gamme et de la même qualité que ceux offerts aux autres personnes, y compris des services de santé sexuelle et génésique et des programmes de santé publique communautaires.

<sup>59</sup> Salamander Trust 2014, op. cit., p. 13, 52, 53.

<sup>60</sup> Ibid, p. 13.

**L'appartenance simultanée à plusieurs populations clés et aux communautés touchées est une réalité pour bon nombre de répondants, surtout avec l'exacerbation de la discrimination.**

51. Beaucoup de personnes qui s'identifient à plusieurs groupes de populations clés peuvent avoir des préoccupations transversales et partager des risques. Comme l'a déclaré un participant, « [...] *En cas d'appartenance à plusieurs populations clés, c'est-à-dire lorsqu'une personne est LGBT, vit avec le VIH, consomme des drogues injectables et est issue d'un peuple autochtone, l'exercice de ses droits en matière de sexualité et de procréation est limité ; on se tait ou on nie son identité pour éviter d'être discriminé et jugé. Mais en niant la réalité, on ne peut pas obtenir les services adéquats. À l'école, on fait semblant pour être accepté. L'expression de l'identité est niée par crainte du rejet. Ajoutez à cela la séropositivité. Ajoutez-y la consommation de drogues injectables. La réponse est évidente. Est-ce qu'une vie faite de déni peut être considérée comme une vie ayant un sens ?* »

**« Harold », un homosexuel de 27 ans vivant avec le VIH, autochtone et consommateur occasionnel de drogues injectables, Philippines**

52. Le fardeau de la connaissance de sa séropositivité sur la santé sexuelle, mentale et psychologique peut être écrasant, même dans les situations où les personnes sous traitement sont conscientes que les risques de transmission sont très négligeables. Comme le dit « **Maria** », **35 ans, vivant avec le VIH au Portugal** : « [...] *J'avais un petit ami depuis cinq ans. Il connaissait ma séropositivité et ne voulait pas utiliser de préservatifs. Nous avons mis fin à la relation parce que j'avais tellement peur de transmettre le VIH. Je suis donc célibataire depuis 2005. C'est compliqué d'avoir une vie sexuelle. À chaque instant, je suis consciente de mon statut, j'ai peur quand j'ai une infection, je me soucie de l'observance de mon traitement, etc. Je ne peux pas me détendre complètement. C'est une énorme responsabilité. Je préfère être seule, que de penser qu'il est possible de transmettre l'infection à quelqu'un.* »

## **L'INTEGRATION DES SERVICES DE SSR ET DE PRISE EN CHARGE DU VIH RESTE UN PROBLEME**

53. Les approches pour aborder les liens entre VIH et SDSP des populations clés comprennent notamment la recherche, la sensibilisation, l'accès à une éducation sexuelle intégrée, la mobilisation communautaire, la création de mouvements, la vigilance en matière de droits de l'homme, la contestation des normes sexospécifiques et l'intégration des services<sup>61</sup>, autant d'initiatives qui doivent être adaptées en fonction du genre, du milieu et de la situation. Cependant, même si l'intégration des services est une voie prometteuse pour atténuer certains des obstacles rencontrés par les populations clés pour accéder aux services, l'application de ce principe dans la pratique reste problématique. Les principaux éléments des services de SSR et des services liés au VIH ainsi que les liens entre ces éléments ont été décrits en 2004 (voir annexe 4)<sup>62</sup>. L'intégration fait référence à différents types de services de SSR et de services liés au VIH ou à des programmes opérationnels qui fédèrent leurs efforts pour obtenir et optimiser des résultats collectifs. Des efforts visant à

<sup>61</sup> Voir par exemple, *Community Innovation*, ATHENA et ONUSIDA 2011, [http://www.athenanetwork.org/assets/files/Community%20Innovation/UNAIDS%20and%20ATHENA\\_Community%20innovation.pdf](http://www.athenanetwork.org/assets/files/Community%20Innovation/UNAIDS%20and%20ATHENA_Community%20innovation.pdf)

<sup>62</sup> La santé sexuelle et reproductive et le VIH/sida : Un cadre de liens prioritaires. OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF 2005. 2005

établir des liens avec des exemples pratiques de services intégrés existents, mais ils doivent encore être répétés, déployés à grande échelle et améliorés<sup>63</sup>. L'exemple ci-dessous met également en évidence les avantages potentiels de services adaptés aux besoins des professionnel(le)s du sexe au Myanmar, malgré une intégration de ces services actuellement insuffisante :

« [...] Je suis devenue professionnelle du sexe il y a un an, ne sachant pas grand-chose sur les IST ou la grossesse. C'est un défi de pouvoir utiliser des préservatifs à chaque fois. Certains clients ne le veulent pas, parfois on ne peut pas y avoir accès... Un jour, j'ai senti de la douleur durant la miction et des démangeaisons dans mes parties génitales. Cela a empiré et, quelques jours plus tard, j'ai saigné et constaté une odeur désagréable. C'était tellement atroce que j'ai dû arrêter de travailler. Un ami m'a conduit à la clinique d'une ONG, où j'ai subi un dépistage du VIH. J'avais deux problèmes : j'étais enceinte et j'avais la syphilis. Le médecin pouvait traiter la syphilis, mais a déclaré qu'il ne pouvait pas s'occuper de la grossesse. Les médicaments ont été efficaces, la douleur et le saignement ont cessé, mais la grossesse s'est poursuivie. Je voulais avorter, mais je n'avais pas l'argent ; heureusement, un client m'a aidée. Après l'avortement, j'ai ressenti de fortes douleurs au ventre. J'ai saigné pendant une semaine et je ne pouvais pas travailler. Je suis allée à une ONG, mais elle ne fournissait pas de traitement lié à l'avortement, donc je n'ai reçu aucun soin. Nous avons besoin de services d'avortement sans risque et également de soins après avortement... »

**Tazin, 19 ans, professionnelle du sexe, Myanmar**

54. Les approches d'intégration peuvent inclure des dispositifs d'orientation des patients et/ou des guichets uniques ainsi que des cliniques mobiles/de sensibilisation, des systèmes de formation par des pairs et des services dirigés par des jeunes, qui proposent des informations, des services, des activités et une orientation des patients en rapport avec la SSR et le VIH à différents types de populations dans des contextes divers, et notamment aux jeunes et aux adolescents. Exemples : informations permettant de prendre des décisions éclairées sur la sexualité et les relations sexuelles ; favoriser le dialogue entre les générations ; promotion d'une sexualité à moindre risque pour prévenir les IST, le VIH et les grossesses non désirées ; dépistage du VIH et conseils, prophylaxie post-exposition (PPE), prophylaxie préexposition (PPrE), vaccination contre le papillomavirus humain (VPH), dépistage et traitement du cancer du col de l'utérus, dépistage du cancer anal et pénien dans le traitement du VPH, en particulier chez les personnes vivant avec le VIH ; planification familiale ; contraception d'urgence ; avortement sans risque et soins après l'avortement ; protection et amélioration de la fertilité ; traitement du VIH ; prévention de la transmission verticale du VIH ; santé maternelle et infantile; circoncision masculine médicale et volontaire (CMMV) ; prévention, diagnostic et traitement des cancers liés à la SSR ; prévention de la violence sexiste<sup>64</sup>. L'OMS recommande également le recours à la prophylaxie préexposition comme une autre option pour prévenir le VIH chez les professionnel(le)s du sexe, dans le cadre d'un ensemble complet d'interventions de prévention, dans les populations dont le taux annuel d'infection par le VIH (incidence) supérieur à 3 %, et pour les couples sérodifférents<sup>65</sup>.

<sup>63</sup> *Thematic Segment: Sexual and Reproductive Health (SRH) services with HIV interventions in practice Document d'information.* [https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SRH\\_background\\_paper.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SRH_background_paper.pdf).

<sup>64</sup> Adapté de *Integration of HIV and Sexual and Reproductive Health and Rights: Good Practice Guide.* [http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/416/507-Good-Practice-Guide-Integration-of-HIV-and-Sexual-and-Reproductive-Health-and-Rights-\(Black-\\_-White\)\\_original.pdf?1405586797](http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/416/507-Good-Practice-Guide-Integration-of-HIV-and-Sexual-and-Reproductive-Health-and-Rights-(Black-_-White)_original.pdf?1405586797).

<sup>65</sup> *Consolidated Guidelines on HIV Prevention, Diagnosis, Treatment and Care in Key Populations.* OMS, juillet 2014, p. 44 à 48 ; *Policy Brief on Transgender People and HIV,* OMS, juillet 2015, p. 21 et 22.

55. Les ODD n'encouragent pas explicitement l'intégration. Par ailleurs, le Programme 2030 ne définit pas complètement les « services de santé sexuelle et procréative »<sup>66</sup>. Le champ de ces services pourra être interprété selon les définitions de la CIPD, de l'OMS ou d'autres organismes et programmes mondiaux et régionaux, ou alors laissé à l'interprétation des États membres et des divers ministères. Le Programme ne fait toutefois aucune référence expresse à une éducation sexuelle intégrée et ne précise pas les liens entre SSR et VIH. Conformément à la décision 5.4 du 36<sup>e</sup> CCP, la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 demande à ce que l'approche multisectorielle de la riposte au sida soit prise en compte dans les ODD et précise les liens entre le VIH et la SDSP, mais aussi entre le VIH et plusieurs autres thèmes (voir les paragraphes 21 à 24). La Stratégie est également explicite en ce qui concerne la prestation de services intégrés pour la SSR et le VIH, et l'élaboration de politiques en ce sens (voir le paragraphe 73)<sup>67</sup>.

## LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE, LES DROITS DE L'HOMME, LE VIH ET LE DROIT

56. L'épidémie de VIH n'est pas simplement un problème majeur de santé publique, elle a été décrite comme une « crise du droit, des droits de l'homme et de la justice sociale<sup>68</sup> ». Les lois punitives, une police discriminatoire et brutale et le refus de l'accès à la justice aux personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH alimentent l'épidémie et augmentent les risques en limitant l'accès aux services et en poussant les gens à se cacher. En 2012, la Commission mondiale sur le VIH et le droit a formulé des recommandations détaillées portant sur certaines réformes juridiques et politiques, en s'appuyant sur des données de santé publique et les normes relatives aux droits de l'homme.

57. En juin 2015, un rapport de l'OMS sur la santé sexuelle et le droit a conclu que les États avaient l'obligation d'harmoniser leurs lois et réglementations qui affectent la santé sexuelle avec les normes et les lois sur les droits de l'homme<sup>69</sup>. Éliminer les obstacles à l'accès aux services et aux informations sur la SSR et adopter des lois et des réglementations qui visent à soutenir et à promouvoir la SSR sont des actions qui sont aussi conformes à la Stratégie mondiale pour la santé génésique de l'OMS adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en 2004.

58. Amnesty International a récemment adopté une politique visant à plaider pour la dépénalisation du travail du sexe. Cette politique est fondée sur les principes des droits de l'homme et de réduction des risques, à savoir : les actes sexuels consensuels entre adultes (à l'exclusion des actes qui impliquent la contrainte, la tromperie, la menace ou la violence) doivent bénéficier de la protection contre l'ingérence de l'État ; la criminalisation du travail du sexe est plus susceptible de renforcer la discrimination et d'accroître la probabilité d'être soumis au harcèlement, à la violence, aux mauvais traitements par la police, au déni d'une

---

<sup>66</sup> Le paragraphe 26 du Programme 2030 indique : « *Nous nous engageons à assurer un accès universel aux services de santé sexuelle et procréative, y compris en matière de planification familiale, d'information et d'éducation.* »

<sup>67</sup> Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, op. cit., p. 82.

<sup>68</sup> *Le VIH et le droit : risques, droits et santé – Rapport de la Commission mondiale sur le VIH et le droit*, PNUD, juillet 2012.

<sup>69</sup> *Sexual Health, Human Rights and the Law*, OMS, 2015.

procédure régulière et à l'exclusion de prestations publiques diverses<sup>70</sup>. La politique a été saluée par les communautés de professionnel(le)s du sexe, par diverses organisations de la société civile (OSC) et organisations non gouvernementales (ONG) travaillant avec les professionnel(le)s du sexe, et par les Nations Unies.

59. Les lois punitives, comme celles qui criminalisent l'activité sexuelle entre adultes consentants du même sexe, le transvestisme, la prostitution volontaire, la consommation de drogues, la transmission du VIH et la non-divulgence de la séropositivité, sont jugées contre-productives<sup>71</sup> et constituent une violation des droits de l'homme<sup>72</sup>. Elles créent aussi un environnement dans lequel discrimination et stigmatisation sont institutionnalisées et profondément ancrées.
60. La législation peut aussi contribuer à la création d'un environnement favorable. La dépénalisation et l'élimination des obstacles juridiques ont eu des effets positifs sur la santé et atténué la vulnérabilité vis-à-vis du VIH<sup>73</sup>, notamment en faisant reculer la violence et en améliorant l'accès aux services de SSR pour les populations clés<sup>74</sup>. Ces lois se basent souvent sur un solide système de santé publique, ainsi que sur les principes des droits de l'homme. L'Estonie a promulgué une loi contre la discrimination, augmentant ainsi l'accès à l'information et à la prévention du VIH, au traitement et aux soins (voir l'encadré ci-dessous).

#### **Estonie: Montrer la voie vers le respect de la SDSP**

L'Estonie a renforcé son engagement dans la lutte contre le VIH et occupe le troisième rang des pays européens du point de vue de l'investissement par habitant pour la prévention du VIH (4,93 \$, derrière le Luxembourg et la Grèce qui dépensent 5,00 \$). Elle a adopté une attitude plus libérale et plus tolérante à l'égard des personnes aux orientations sexuelles, identités de genre et expressions de genre diverses, et reste le seul pays de l'ex-Union soviétique à reconnaître les relations homosexuelles. Elle a récemment adopté une loi sur le concubinage entre personnes de même sexe. Parallèlement, dans les pays où il existe des politiques répressives sur l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression du genre, et les droits sexuels et procréatifs, les homosexuels et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont de plus en plus contraints de recourir à des réseaux clandestins de partenaires sexuels occasionnels, qui à leur tour peuvent entraîner une augmentation des taux d'infection par le VIH. Les homosexuels et les autres HSH hésitent souvent à se rendre dans les cliniques de santé sexuelle dans ces pays, en raison de la stigmatisation, de la discrimination ou de la violence. Le climat politique et social favorable de l'Estonie permet aux homosexuels et autres HSH de connaître leur statut VIH et aux personnes séropositives de demander des traitements, des soins et du soutien. Cette information et l'accès aux traitements et aux soins sont indispensables pour assurer une riposte efficace au VIH ; selon des estimations récentes, la prévalence du VIH chez les homosexuels et les autres HSH en Estonie est de 2,5 %, un chiffre à comparer avec ceux de l'Ukraine (21 %), de la Fédération de Russie (18 %), de l'Ouzbékistan (6,8 %), de la Moldavie (4,8 %) et de la Géorgie (3,7 %).

<sup>70</sup> *Summary: proposed policy on sex work.*

<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=YW1uZXN0eS5vcmcuYXV8YWlhLWFjdGI2aXN0LXBvcnRhbnRneDoxNWMyZThjMDI5MzJmZmMy>.

<sup>71</sup> Commission mondiale sur le VIH et le droit, op.cit.

<sup>72</sup> Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, op. cit., p. 73

<sup>73</sup> Ibid.

<sup>74</sup> Commission mondiale sur le VIH et le droit, op. cit. : *Sexual Health, Human Rights and the Law*, OMS, 2015.

## ROLES DES OSC, DES ONG ET DES RESEAUX DANS LA CONCRETISATION DES DROITS DES POPULATIONS CLES

61. Selon la Commission ONUSIDA-Lancet, « l'activisme et le plaidoyer sont les caractéristiques déterminantes de la riposte au VIH ». Le rapport de la Commission souligne le rôle joué par des activistes, des personnes vivant avec le VIH, et cite ces actions comme étant des « biens publics mondiaux » méritant qu'on y investisse<sup>75</sup>. En outre, la participation des organisations de la société civile (OSC) a renforcé celle des populations clés, a amélioré l'accès à la santé, à l'éducation et aux services juridiques et a facilité les recours et réparations.

62. Cependant, l'activisme et le plaidoyer dans les pays où il existe des politiques répressives peuvent mettre en danger la vie des militants. Tel est le cas de « **A.E.** », un enseignant et conférencier originaire de Russie :

*« Sous la pression d'une campagne "contre la propagande des perversions sexuelles", il a été licencié en raison de sa participation à plusieurs activités LGBT et a été menacé de violence. En 2015, lors d'une manifestation des personnes LGBT, il a été attaqué. Une émission de télévision intitulée, "Envoyé spécial : Exportation toxique" l'a accusé d'être un agent de l'ambassade des États-Unis, recruté pour diriger les manifestations LGBT en Russie. Après cela, A.E. a décidé de quitter le pays. Les personnes LGBT et leurs partisans font face à une situation difficile en Russie... »*

63. Plusieurs répondants citent le rôle joué par les OSC, notamment dans la fourniture des services et des informations essentielles. La participation des populations clés dans tous les aspects et à toutes les étapes de l'élaboration, de l'exécution et de l'évaluation du programme et du projet permet de renforcer les capacités, la confiance en soi et l'autonomie. Il s'agit là d'un élément essentiel de la participation significative des populations clés.

*« [...] Nous abordons les questions de santé et de droits en matière de sexualité et de procréation concernant les professionnel(le)s du sexe, en veillant à ce qu'il n'y ait aucune stigmatisation, ni aucune discrimination dans les centres de santé et en garantissant la santé et la dignité des personnes. En tant qu'éducateurs de nos pairs, nous assurons la promotion et la distribution de préservatifs surtout à nos clients afin de maintenir nos activités à flot. La reconnaissance par les gouvernements et les entreprises des programmes relatifs au travail du sexe contribuera largement à soutenir les programmes de santé en milieu professionnel. Nous sommes des professionnel(le)s du sexe responsables qui ont aussi des droits... »*

**« Lydia », éducatrice de pairs et professionnelle du sexe, Mozambique**

*« [...] En travaillant avec d'autres ONG sur différentes questions, en contribuant avec notre expertise, elles nous acceptent comme des professionnels et ne nous jugent pas, stimulent notre moral et améliorent nos capacités... »*

**« K.C. » personne transgenre et responsable de la coordination des centres d'accueil, Pakistan**

---

<sup>75</sup> « Vaincre le sida – Promouvoir la santé mondiale, Piot P et al. Rapport de la Commission ONUSIDA-Lancet, juin 2015. [http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/Stories/commissions/UNAIDS\\_Commission%20French.pdf](http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/Stories/commissions/UNAIDS_Commission%20French.pdf)

64. Les OSC et les réseaux fournissent l'appui technique stratégique nécessaire, créent des mouvements et des coalitions, facilitent la collaboration avec d'autres acteurs et alliés essentiels qui ne travaillent pas nécessairement sur le VIH, et renforcent la prestation de services, la création d'une demande, la sensibilisation aux droits et les initiatives d'intégration, entre autres. Le travail effectué par le Réseau eurasiatique de réduction des risques (EHRN) en collaboration avec les réseaux nationaux, qui porte sur les rapports de pays relatifs à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, illustre cette situation (voir l'annexe 5).

## PROBLEMES DE FINANCEMENT DES ACTIONS RELATIVES A LA SDSP

65. Les investissements dans les services de SSR – y compris dans les OSC pour susciter une demande, assurer les services et inciter à les utiliser au niveau communautaire – sont essentiels au bien-être, à la résilience et à la prospérité, et se sont avérés rentables et économiques<sup>76</sup>. Sous-financer les programmes de SSR fondés sur les droits explique en partie pourquoi les objectifs associés à un accès universel aux services de SSR (CIPD, 1994) n'ont toujours pas été atteints, et pourquoi l'OMD 5 sur la santé maternelle fait partie des objectifs dont le bilan est le moins bon<sup>77</sup>. Les coûts sont répercutés le consommateur. Selon l'Équipe spéciale de haut niveau de la CIPD, la majeure partie des dépenses nationales consacrées à la SDSP (jusqu'à 62 % en 2011, dernière année pour laquelle des données étaient disponibles) provient de dépenses personnelles, avec des conséquences alarmantes sur l'accès équitable.

66. Le financement (aide publique au développement ou APD) pour la santé a tendance à favoriser les approches biomédicales en ce qui concerne le VIH/sida. Cela a conduit à des déséquilibres, par rapport au financement de la santé et des droits sexuels et procréatifs, et a engendré des flux de financement verticaux et parallèles pour des priorités qui sont pourtant liées : la planification familiale, la santé maternelle et le VIH/sida<sup>78</sup>.

67. L'Équipe spéciale de haut niveau de la CIPD souligne que la solution ne consiste pas à réduire les financements destinés à la lutte contre le VIH, mais à accroître le financement pour toutes les dimensions interdépendantes de la santé et des droits sexuels et procréatifs. Le plaidoyer et la volonté politique sont nécessaires pour garantir un financement national adéquat dans tous les pays et pour que les pays donateurs affectent 0,7 % du RNB à l'APD, un engagement qui n'a pas encore été respecté. L'Équipe spéciale de haut niveau recommande plusieurs stratégies de financement de la santé et des droits sexuels et procréatifs dans l'ère post-2015<sup>79</sup>.

---

<sup>76</sup> *Policy Considerations for Financing Sexual and Reproductive Health and Rights in the Post-2015 Era*, Équipe spéciale de haut niveau (HLTF) de la CIPD, février 2015.

<sup>77</sup> Ibid.

<sup>78</sup> Ibid.

<sup>79</sup> Ibid, pages 3 à 10. Les recommandations comprennent : l'élaboration de plans d'action nationaux pour le financement de la SDSP ; l'amélioration du suivi des flux de ressources financières destinés à la SDSP ; la réduction de la fragmentation des sources de financement des donateurs ; l'amélioration de l'utilisation des ressources disponibles ; une plus large mobilisation des ressources publiques nationales pour la santé y compris la SDSP (les différents régimes d'imposition doivent être pris en compte) ; la suppression des obstacles financiers à l'accès à la SDSP ; la mobilisation de nouvelles sources innovantes de financement ; la réglementation du financement du secteur privé en ce qui concerne la fourniture de services de SSR ; et le renforcement de la surveillance et de l'obligation de rendre des comptes en ce qui concerne les engagements financiers destinés à la SDSP.

68. Dans de nombreux pays, les ressources allouées à la prévention du VIH ne sont pas toujours basées sur des éléments probants. En Asie et dans le Pacifique, sur les 186 millions de dollars investis dans des activités de prévention par 15 pays, seulement 36 % de ce montant a été affecté aux homosexuels et autres hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, aux consommateurs de drogues injectables, aux personnes transgenres et aux professionnel(le)s du sexe<sup>80</sup>, malgré l'existence de preuves montrant que les épidémies sont concentrées dans ces populations<sup>81</sup>. Les donateurs extérieurs fournissent actuellement l'essentiel des ressources consacrées aux populations clés. En 2014, 67 pays ont signalé qu'ils dépendaient uniquement de donateurs internationaux pour financer des programmes destinés aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes<sup>82</sup>. Il n'y a aucune garantie que les gouvernements prendront le relais lorsque les financements externes seront épuisés. Il semble également qu'une attention insuffisante soit accordée à l'efficacité ou à la planification des futures transitions en matière de financement<sup>83</sup>. En outre, environ 1 % seulement des ressources mondiales actuelles pour le VIH est destiné au soutien de la mobilisation communautaire et au renforcement des systèmes communautaires. L'ONUSIDA estime qu'il faudra passer à 4 % si nous voulons atteindre les objectifs actuels de prévention et de traitement du VIH à l'horizon 2030<sup>84</sup>.
69. À mesure que les économies progressent, la marche vers le statut de « pays à revenu intermédiaire » se traduira pour de nombreux pays par la diminution de l'APD et par des restrictions supplémentaires sur le financement du développement. Il en découlera des niveaux plus élevés de dépenses personnelles pour les soins de santé. En Amérique latine et dans les Caraïbes, de 2010 à 2013, près de 70 % des dépenses de santé ont été payées par les patients, contre 45 % pour le reste du monde<sup>85</sup>. Les coûts de santé élevés et la forte proportion de dépenses personnelles peuvent appauvrir davantage les pauvres et pousser dans la pauvreté ceux qui étaient juste au-dessus du seuil de pauvreté. Il faut des années pour qu'une légère hausse du revenu national transforme de nouveaux revenus en une hausse des dépenses dans le secteur de la santé<sup>86</sup>. Il est nécessaire de redéfinir la classification de revenu pour protéger les pays dont la santé publique pourrait souffrir lorsqu'ils atteignent le statut de pays à revenu intermédiaire<sup>87</sup>.
70. Dans de nombreux pays, l'impact des mesures d'austérité pour faire face aux crises financières conduit à de plus importantes dépenses personnelles et à des charges supplémentaires :

*« [...] Les pays dans lesquels sont instaurés des régimes d'austérité, comme la Grèce, l'Espagne et le Portugal, imposent maintenant des frais pour les traitements. La couverture de*

---

<sup>80</sup> Gap report (Rapport sur les écarts), ONUSIDA, 2014, p. 75.

<sup>81</sup> Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, op. cit., p. 100 à 102.

<sup>82</sup> How AIDS Changed Everything: 15 years, 15 Lessons of Hope from the AIDS Response to MDG6, ONUSIDA, 2015, p. 192, 213.

<sup>83</sup> Ibid.

<sup>84</sup> Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030, ONUSIDA, 2014, p. 21.

<sup>85</sup> Money Matters in Middle-Income Countries: Funding Sexual and Reproductive Health in Latin America and the Caribbean, IPPF, 2015.

<sup>86</sup> Attention : monter dans l'échelle des revenus peut sérieusement nuire à la santé ! <http://www.msf.lu/news-detail/artikel/181/carte-blanche-attention-monter-dans-lechelle-des-revenus-peut-serieusement-nuire-a-la-sante.html>.

<sup>87</sup> Vaincre le sida – Promouvoir la santé mondiale Rapport de la Commission ONUSIDA-Lancet, 25 juin 2015. [http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/Stories/commissions/UNAIDS\\_Commission%20French.pdf](http://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/Stories/commissions/UNAIDS_Commission%20French.pdf) p. 27.

*santé au Portugal était universelle et gratuite (pour les personnes souffrant de maladies chroniques et à faible revenu). Aujourd'hui, la situation a changé, exposant davantage les personnes les plus vulnérables... »*

#### **Femme vivant avec le VIH/activiste, SERES, Portugal**

71. Le rapport de la Commission ONUSIDA-Lancet et le rapport « Accélérer la riposte » de l'ONUSIDA appellent à redoubler d'efforts et d'efficacité dans la riposte au VIH, notant que les cinq prochaines années (2016-2020) constituent une fenêtre d'opportunité pour accélérer la riposte et mettre fin à l'épidémie de sida en tant que problème de santé publique à l'horizon 2030 ; dans le cas contraire et si les initiatives en cours ne sont pas poursuivies, le nombre de décès et celui des nouvelles infections augmenteront d'ici 2020<sup>88</sup>. La Commission propose l'intégration « intelligente » et « sélective » des services liés au VIH dans les services de santé généraux – en plus des structures habituelles de santé reproductive et de santé maternelle et infantile –, sous réserve de ce qu'un modèle unique d'intégration ne peut fonctionner dans tous les contextes. La Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 souligne la nécessité d'investir dans des mesures d'intégration qui concernent plusieurs ODD. Il s'agit notamment d'intégrer les services liés au VIH avec d'autres services de santé – SSR, soins maternels et néonataux, IST et MST, tuberculose, hépatites et santé mentale, entre autres – et de regrouper les achats. La Stratégie encourage également, d'une part, l'intégration de la prise en charge alimentaire et nutritionnelle et des services liés au VIH, et d'autre part, l'intégration des services en rapport avec le VIH, la tuberculose et les hépatites et des services de réduction des risques pour les consommateurs de drogues<sup>89</sup>.
72. Ainsi qu'il a été dit, d'autres aspects interdépendants de la SDSP et de la riposte au VIH dans le Programme 2030 vont au-delà du champ d'intervention du secteur de la santé, et nécessitent donc des approches multisectorielles pour soutenir la SDSP. Cela englobe une éducation sexuelle intégrée (secteur de l'éducation) et la lutte contre la discrimination à l'égard des populations clés (secteur juridique et judiciaire), pour ne citer que ces exemples<sup>90</sup>.

### **LES LIENS ENTRE LA SANTE ET LES DROITS EN MATIERE DE SEXUALITE ET DE PROCREATION, LE VIH, LE DEVELOPPEMENT ET LA PAUVRETE : LA BOUCLE EST BOUCLEE**

73. La sexualité, le sexe et l'économie sont interconnectés. Le déni des droits sexuels peut contribuer à la pauvreté et aux inégalités, non seulement en ce qui concerne les revenus, mais aussi sur le plan des choix et des possibilités. Les personnes ayant une sexualité non conforme peuvent être exclues de la participation sociale et économique ou incluses dans des conditions défavorables. Celles qui ne correspondent pas à des stéréotypes de genre, les personnes qui vivent avec le VIH, les divorcées, les veuves, les femmes célibataires, les professionnel(le)s du sexe, les lesbiennes, les homosexuels, les bisexuels et les personnes transgenres (LGBT), entre autres, peuvent faire l'objet de pressions familiales, de brimades à l'école, de discrimination dans les services de santé, de rejet par les employeurs et de stigmatisation dans les communautés dont elles dépendent pour participer à

---

<sup>88</sup> Ibid.

<sup>89</sup> Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, op. cit., p. 94

<sup>90</sup> Voir le paragraphe 23.

l'économie informelle<sup>91</sup>.

74. En 2005, les ministres africains de la Santé ont reconnu que leurs pays risquaient de ne pas atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement sans des améliorations significatives dans la SDSP, un point essentiel s'agissant de l'OMD 1 sur la réduction de la pauvreté. Ils ont adopté le Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction, également connu sous le nom de « Plan d'action de Maputo »<sup>92</sup>. Ce cadre a été approuvé par les chefs d'États de l'Union africaine en janvier 2006.
75. L'objectif premier des ODD étant d'« éliminer la pauvreté sous toutes ses formes », il est donc extrêmement urgent de répondre aux principales préoccupations des populations clés : a) la stigmatisation et la discrimination au travail et dans la vie communautaire, qui limitent les options et les choix ; b) le manque d'accès à des informations complètes sur la santé et les droits sexuels et procréatifs, et aux services spécifiques pour les populations clés et les personnes vivant avec le VIH ; c) la pénalisation des rapports homosexuels entre adultes consentants, de l'exposition au VIH, de la non-divulgence d'une séropositivité et de la transmission du virus, de la consommation de drogues et du commerce du sexe, ainsi que l'absence dans la loi de protection des personnes ayant des sexualités diverses, ou une identité de genre et une expression du genre jugées non conformes. Il s'agit là de facteurs essentiels pouvant affecter la vulnérabilité individuelle et communautaire à toutes les formes de pauvreté, à la mauvaise santé, au VIH et au sida. **Pour parvenir à un développement durable, les populations clés, les personnes qui vivent avec le VIH et les personnes les plus touchées par le virus ne peuvent une fois encore être laissées pour compte.**

## CONCLUSIONS

76. La santé et les droits en matière de sexualité et de procréation sont des droits de l'homme inextricablement liés au droit au développement ainsi qu'aux objectifs de développement durable en rapport avec la santé, le VIH et l'égalité entre les sexes, entre autres.
77. La stigmatisation reste un obstacle majeur qui ne permet pas de répondre aux besoins des populations clés et qui empêche ces populations d'exercer leurs droits. La discrimination fondée sur le sexe, l'âge, l'état de santé, y compris le VIH, la situation matrimoniale, l'identité et l'expression de genre, l'orientation sexuelle, l'identité ethnique, la race, la consommation de drogues, la migration ou le statut juridique, les comportements sexuels, le handicap, ainsi que des normes et des attitudes relatives à ce qui est jugé « approprié » sur le plan local accentuent la marginalisation. Le fait d'appartenir à deux populations clés ou plus engendre plusieurs niveaux de stigmatisation et de discrimination qui sont encore plus difficiles à surmonter. L'auto-exclusion et l'auto stigmatisation sont des questions qui doivent également être abordées.
78. Les services existants qui regroupent SSR et VIH ne semblent pas entièrement intégrés et ne permettent pas de répondre pleinement aux besoins des populations clés, notamment à ceux des adolescentes et des jeunes femmes. Les services de SSR continuent à se

<sup>91</sup> *Poverty and Sexuality: What are the Connections?*

<http://www.globalequality.org/storage/documents/pdf/sida%20study%20of%20poverty%20and%20sexuality.pdf>.

<sup>92</sup> *Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique, 2007-2010*, Commission de l'Union africaine, 2006.

concentrer principalement sur la planification familiale, la distribution de préservatifs et la SMI, alors que les priorités des populations clés en matière de SSR (notamment des jeunes et des adolescents appartenant à ces populations) sont une éducation sexuelle intégrée, des services à l'écoute des jeunes, des avortements sans risque et des soins après l'avortement, des services de prise en charge de la violence sexiste, la prophylaxie préexposition et post-exposition, des services de garde d'enfants et la CMMV.

79. Parmi les autres priorités des populations clés figurent : des connaissances, un champ d'action et un pouvoir accrus afin de pouvoir prendre les bonnes décisions concernant la SDSP et le VIH ; un engagement significatif et la possibilité de profiter pleinement des bienfaits du Programme 2030 à travers : la dépénalisation de pratiques et de situations citées plus haut, la transformation des normes sexospécifiques et la fin de la violence sexiste, une participation significative et un traitement juste et équitable. Pour les personnes transgenres, la reconnaissance de leur statut juridique et de leurs besoins spécifiques en matière de santé sexuelle et procréative est d'une importance primordiale. Il faut supprimer de toute urgence les divers obstacles qui empêchent les populations clés d'accéder aux services de prévention, de prise en charge et de traitement du VIH. D'autres problèmes de santé émergents, les préoccupations liées aux nouvelles options de prévention du VIH (prophylaxie préexposition, traitement comme mesure de prévention) et les questions liées à la consommation de drogues ou aux comportements sexuels précoces (vaccination contre le VPH, dépistage du cancer du col de l'utérus) doivent également être abordés.
80. D'autres personnes vulnérables vivant avec le VIH – migrants, populations mobiles, personnes handicapées, peuples autochtones – ont aussi des besoins spécifiques en matière de SSR, qui nécessitent des programmes adaptés fondés sur les droits. Le vieillissement de la population entraîne des problèmes de santé spécifiques, notamment de santé sexuelle et reproductive, qui vont prendre de l'ampleur dans la mesure où les personnes atteintes du VIH vivent plus longtemps.
81. Des facteurs structurels comme la pauvreté, la violence à caractère sexiste et la discrimination au travail doivent également être pris en compte de manière générale, et plus particulièrement lorsqu'ils concernent les populations clés et les personnes les plus touchées par le VIH.
82. L'éducation sexuelle intégrée est négligée et limitée, à l'âge où l'on en a le plus besoin ; les droits sexuels, la sexualité et l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression du genre sont peu abordés, voire pas du tout, dans les discussions. L'ESI doit être précise, fondée scientifiquement et inclusive. Elle doit prendre en compte le développement des capacités des adolescents et des jeunes issus des populations clés et être adaptée à ce public.
83. Les OSC et les réseaux jouent un rôle important dans la création d'un environnement favorable et dans la défense des intérêts et de la participation significative des populations clés en répondant efficacement aux besoins de ces communautés.
84. Le financement de la riposte au VIH, si la tendance actuelle se poursuit, sera insuffisant pour réaliser les objectifs de développement durable ; il doit être « accéléré ». Les recommandations de l'Équipe spéciale de haut niveau de la CIPD en ce qui concerne la SSR doivent être mises en œuvre. Le financement destiné aux principaux catalyseurs tels que les réformes politiques et législatives, conformément aux recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, doit être réservé à cette fin et maintenu.

## RECOMMANDATIONS

Sur la base des conclusions du rapport 2015 des ONG, le Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA est invité à :

85. *Rappeler* les résolutions de l'Assemblée générale de l'ONU, en particulier le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (Programme 2030)<sup>93</sup>, au titre desquelles les Nations Unies s'engagent à : promouvoir et protéger tous les droits humains, y compris les droits concernant la santé sexuelle et reproductive ; veiller à ce que les populations clés – les professionnel(le)s du sexe, les hommes gays et les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes transgenres et les consommateurs de drogues injectables – et les personnes les plus touchées par le VIH – les femmes et les filles dans toute leur diversité, les adolescents et les jeunes, les migrants, les personnes incarcérées, les personnes handicapées et les peuples autochtones – ne soient pas victimes de discrimination ; *rappeler* également la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021, qui recommande vivement au Programme commun de répondre pleinement aux besoins concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation pour prévenir les infections par le VIH<sup>94</sup> ; réaffirmer le droit au développement comme un droit universel et inaliénable de toute personne et de tout peuple ; et souligner la nécessité de mettre pleinement en œuvre la Déclaration sur le droit au développement ;
86. *Exhorter* les États membres à reconnaître les liens indissociables entre la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, l'infection à VIH et le sida, le droit au meilleur état de santé possible, et le droit au développement pour les populations clés et les personnes les plus touchées par le VIH, y compris les femmes et les filles dans toute leur diversité ;
87. *Appeler* les États membres à soutenir le droit au meilleur état de santé sexuelle et reproductive possible pour les populations clés et les personnes les plus touchées par le VIH, notamment les jeunes femmes et les adolescentes :
  - i) en garantissant l'accès sans discrimination à une éducation sexuelle intégrée ainsi qu'à des services de santé sexuelle et reproductive intégrés de qualité ;
  - ii) en prévenant et en remédiant à la violence sexiste et sexuelle sous toutes ses formes ;
  - iii) en abrogeant les lois et les mesures discriminatoires et/ou qui créent des obstacles, y compris liés à l'âge, empêchant les populations clés d'accéder à l'éducation et aux services ;
  - iv) en adoptant des lois et en mettant en place des politiques qui comportent des protections des droits en qui concerne l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'expression du genre ;
88. *Demander* au Programme commun, notamment à la Banque mondiale, dans le cadre d'une vaste consultation avec la société civile, de produire un rapport d'analyse des coûts afin :
  - v) d'évaluer les incidences de la non-reconnaissance et de la non-intégration de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation des populations clés et des

<sup>93</sup> *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030.*  
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

<sup>94</sup> Domaines de résultats 5 et 8, *Accélérer la riposte pour mettre fin au sida, Stratégie pour 2016-2021*, ONUSIDA, 2015.

- personnes les plus touchées par le VIH dans le contexte du droit au développement, notamment en ce qui concerne la lutte contre la pauvreté ; et
- vi) d'estimer les avantages de la prise en compte de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation de ces mêmes populations dans ce même contexte ;

89. *Exhorter* l'ONUSIDA et d'autres partenaires à augmenter l'enveloppe financière et à fournir une assistance technique pour renforcer les capacités de la société civile et des collectivités, conformément à l'appel lancé dans le rapport « Accélérer la riposte » de l'ONUSIDA (2014)<sup>95</sup>, le rapport de la Commission Lancet (2015)<sup>96</sup> et la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021<sup>97</sup>. Ces fonds doivent être affectés aux activités suivantes :

- a. Travail de plaidoyer en faveur du respect, de la protection et de la réalisation de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation pour les populations clés et les personnes les plus touchées par le VIH dans le contexte du droit au développement, y compris à travers une participation significative aux instances d'élaboration des politiques et des programmes ;
- b. Appui aux actions menées par les communautés, qui visent à promouvoir et à protéger la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, et à faire tomber les obstacles rencontrés dans ce domaine par les populations clés et les personnes les plus touchées par le VIH, en assurant notamment une éducation aux droits et un accès à une assistance juridique ;
- c. Renforcement des capacités des populations clés et des personnes les plus touchées par le VIH à l'échelle mondiale, régionale et nationale, ce qui inclut la mise en place de plates-formes de partage des connaissances et des modèles de bonnes pratiques parmi les communautés et la société civile.

---

<sup>95</sup> Dans son rapport de 2014 intitulé *Accélérer la riposte : mettre fin à l'épidémie du sida d'ici à 2030*, l'ONUSIDA indique que la part des ressources destinées à la mobilisation communautaire (personnes vivant avec le VIH, réseaux de populations clés et communautés) doit passer de 1 % des ressources mondiales, comme c'est le cas actuellement, à 4 %, pour mettre fin l'épidémie de sida d'ici à 2030.

<sup>96</sup> Dans son rapport intitulé *Vaincre le sida – Promouvoir la santé mondiale* (The Lancet, Vol. 386, n° 9989, 2015) la Commission ONUSIDA-Lancet indique que l'assistance technique doit : « renforcer et renouveler l'initiative et l'engagement des personnes vivant avec le VIH, en renforçant et en élargissant leurs rôles décisionnels dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques, et investir dans l'activisme comme un bien public mondial ; promouvoir une gouvernance plus inclusive, cohérente et responsable pour le sida et la santé ; établir une plate-forme multi-acteurs, multisectorielle pour intervenir au niveau des déterminants de la santé ».

<sup>97</sup> Dans la Stratégie de l'ONUSIDA pour 2016-2021 intitulée *Accélérer la riposte pour mettre fin au sida* (ONUSIDA, 2015), l'engagement de la société civile est décrit page 53 comme « un bien public mondial [qui] exige un espace juridique et social ainsi que des ressources financières [...] pour garantir son efficacité ». Page 85, « Intensifier les investissements et le soutien à la société civile et aux groupes communautaires en améliorant et en maintenant leur rôle essentiel dans la prestation des services, la progression des droits de l'homme, la sensibilisation et la responsabilisation » fait partie des mesures clés qui doivent être prises en vue de renforcer le partenariat mondial pour un développement durable.

## ACRONYMES

AGNU	Assemblée générale des Nations Unies
APD	aide publique au développement
ASEAN	Association des nations de l'Asie du Sud-Est
CCP	Conseil de coordination du Programme
CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
CMMV	circoncision masculine médicale et volontaire
EHRN	Réseau eurasiatique de réduction des risques
ESI	éducation sexuelle intégrée
GTO	groupe de travail ouvert
HLTF	équipe spéciale de haut niveau
HSH	hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
IAG	infection de l'appareil génital
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
IST	infection sexuellement transmissible
LGBT	lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres
MST	maladie sexuellement transmissible
OMD	objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OSC	organisation de société civile
PA	peuples autochtones/personne autochtone
PPE	prophylaxie post-exposition
PPrE	prophylaxie préexposition
PTME	prévention de la transmission mère-enfant
PVVIH	personne vivant avec le VIH
SDSP	santé et droits en matière de sexualité et de procréation (ou de reproduction)
SERES	Seres Como Viver con HIV (ONG portugaise)
sida	syndrome d'immunodéficience acquise
SMI	santé maternelle et infantile
SNS	service national de santé
SOGIE	orientation sexuelle, identité de genre et expression du genre
SSR	santé sexuelle et reproductive (ou procréative)
TAR	traitement antirétroviral
TasP	traitement comme prévention ( <i>treatment as prevention</i> )
TB	tuberculose
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
USA	États-Unis d'Amérique
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VS	violence sexiste

## LISTE DES ANNEXES

1. Liste des personnes et des organisations ayant participé aux consultations
2. Principaux informateurs, évaluateurs et experts de la société civile
3. Objectifs de développement durable pour l'après 2015
4. Liens entre SSR et VIH et cadre pour l'intégration des services
5. Étude de cas : Constitution de réseaux et travail de plaidoyer par les ONG Réseau eurasienn de réduction des risques [Eurasian Harm Reduction Network (EHRN)], Ukraine

### 1. Liste des personnes et des organisations ayant participé aux consultations

N°	RÉGION/PAYS	NOM
<b>Asie et Pacifique</b>		
1	Bangladesh	Farzhana, HARC
2	Bangladesh	Joti Akter, HARC
3	Bangladesh	Minu, HARC
4	Bangladesh	M <sup>me</sup> Riya, HARC
5	Bangladesh	Rohima Begum, HARC
6	Bangladesh	Sultana, HARC
7	Chine	Neil
8	Chine	Z.N., YouthLead
9	Fiji	Samuela Rabuku, MENFiji
10	Inde	Poloumi
11	Myanmar	Aye Aye Khaing, AMA
12	Myanmar	Kay Zin, AMA
13	Myanmar	May Thu Tun, AMA
14	Myanmar	Moe Moe, AMA
15	Myanmar	Myat Su, AMA
16	Myanmar	Tazin, AMA
17	Myanmar	That Htar Swe, AMA
18	Pakistan	« KC », Parwaz Male Health Society
19	Philippines	Harold
<b>Amérique latine et Caraïbes</b>		
20	Argentine	Rodrigo
21	Brésil	Enrique Martins
22	Brésil	Oseias Cerqueira
23	Jamaïque	Anon
24	Mexique	Raul Montes
25	Paraguay	Lucas
<b>Afrique</b>		
26	Liberia	Naso
27	Liberia	Sail
28	Mozambique	Lydia
29	Nigéria	Balo
30	Nigéria	Bibiana

31	Nigéria	Bolu
32	Nigéria	Funmi
33	Nigéria	KCC
34	Nigéria	Laitan
35	Nigéria	Loveth
36	Nigéria	Morili
37	Nigéria	Sade
38	Nigéria	Sarah
39	Rwanda	Nadège
40	Afrique du Sud	Thembi
41	Zimbabwe	Berlita
42	Zimbabwe	Mollyn
43	Zimbabwe	Primrose
<b>Europe</b>		
44	Belgique	Julie
45	Belgique	Yvette
46	Italie	Mario
47	Portugal	Anon
48	Portugal	Anselmo
49	Portugal	Maria
50	Russie	AE
51	Russie	Catherine
52	Russie	Marine
53	Russie	Olga
54	Russie	Svetlana
55	Tadjikistan	Alyona
56	Royaume-Uni	Anon
57	Royaume-Uni	Betty
58	Royaume-Uni	Lucy
59	Royaume-Uni	Winnie
60	Ukraine	Shakhnoza
<b>Amérique du Nord</b>		
61	États-Unis d'Amérique	ARI
62	États-Unis d'Amérique	GM
63	États-Unis d'Amérique	Housing Works
64	États-Unis d'Amérique	JF
65	États-Unis d'Amérique	LVH
66	États-Unis d'Amérique	Nina
67	États-Unis d'Amérique	Reesii
68	États-Unis d'Amérique	Stacy
69	États-Unis d'Amérique	TM

## 2. Principaux informateurs, évaluateurs et experts de la société civile

N°	NOM/ORGANISATION
1	Nukshinaro Ao, Réseau asiatique des consommateurs de drogues (ANPUD), Inde
2	Mabel Bianco, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) (Fondation pour l'étude et la recherche sur la mère), Argentine
3	Jennifer Bushee, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), Pays-Bas
4	Eurasian Harm Reduction Network (Réseau eurasien de réduction des risques) (EHRN), Ukraine
5	Greg Gray, International HIV/AIDS Alliance Link-Up Project (Projet Link-Up de l'Alliance internationale contre le VIH/sida), Myanmar
6	Marielle Hart, Stop AIDS Alliance (Alliance Stop au sida), États-Unis
7	Cornelia Jervis, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), Pays-Bas
8	Musah Lumumba, Uganda Youth Coalition on Adolescent Sexual Reproductive Health Rights and HIV/AIDS (Coalition des jeunes ougandais pour les droits des adolescents en matière de sexualité et de procréation et pour la lutte contre le VIH/sida) (CYSRA-Ouganda), Ouganda
9	Alessandra Nilo, Gestos, Brésil
10	Luisa Orza, ATHENA, Royaume-Uni
11	Marama Pala, International Indigenous Working Group on HIV/AIDS (Groupe de travail international autochtone sur le VIH/sida), Nouvelle-Zélande
12	Arushi Singh, Inde
13	Maria Sundin, International Reference Group on Trans* and Gender Variant and HIV/AIDS issues (Groupe international de consultation sur les personnes transgenres, les variances de genre et le VIH/sida), Suède
14	Jennifer Vanyur, Planned Parenthood Federation of America (Fédération américaine pour la planification familiale), États-Unis

### 3. Objectifs de développement durable pour l'après 2015

#### Objectifs de développement durable pour l'après 2015<sup>98</sup>

Objectif 1 : Mettre fin à la pauvreté sous toutes ses formes, partout dans le monde

Objectif 2 : Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge

Objectif 4 : Garantir une éducation de qualité et des possibilités d'apprentissage tout au long de vie pour tous

Objectif 5 : Parvenir à l'égalité entre les sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles

Objectif 6 : Garantir l'accès de tous à l'eau, l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau

Objectif 7 : Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables, modernes et abordables

Objectif 8 : Promouvoir croissance économique soutenue, plein emploi productif et travail décent pour tous

Objectif 9 : Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable et encourager l'innovation

Objectif 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre

Objectif 11 : Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables

Objectif 12 : Établir des modes de consommation et de production durables

Objectif 13 : Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions\*

Objectif 14 : Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines

Objectif 15 : Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, combattre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des terres et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité

Objectif 16 : Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes à tous aux fins du développement durable, assurer l'accès à tous à la justice et mettre en place, à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes à tous

Objectif 17 : Renforcer les moyens du partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser

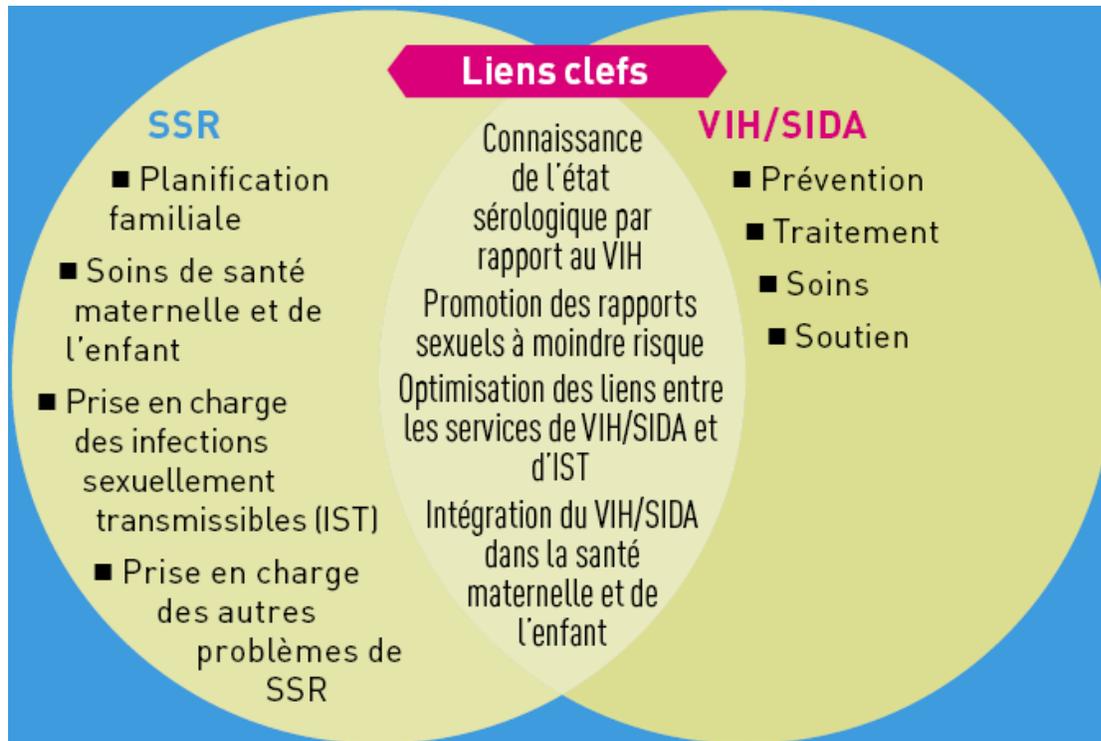
\* En reconnaissant que la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques est le principal forum international et intergouvernemental pour la négociation de l'action mondiale contre

<sup>98</sup> Rapport de synthèse, op. cit., p. 14 ; Proposition du Groupe de travail ouvert sur les objectifs de développement durable, <http://undocs.org/A/68/970>

le changement climatique.

#### 4. Liens entre SSR et VIH et cadre pour l'intégration des services

La santé sexuelle et reproductive et le VIH/sida : un cadre de liens prioritaires. OMS, UNFPA, IPPF, ONUSIDA (2005)



## **5. Étude de cas : Constitution de réseaux et travail de plaidoyer par les ONG : le Réseau eurasiatique de réduction des risques [Eurasian Harm Reduction Network (EHRN)]**

### **Collaboration entre les réseaux de réduction de risques nationaux et régionaux La Géorgie et le Réseau eurasiatique de réduction des risques**

En 2014, le Réseau géorgien de réduction des risques et l'EHRN ont soumis conjointement un rapport à la cinquante-huitième session du Comité des Nations Unies chargé de surveiller la mise en œuvre de la Convention pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW). L'EHRN a lancé le processus, obtenu la participation du réseau national et renforcé ses capacités pour collaborer avec l'ONU et se familiariser avec les procédures de plaidoyer au niveau des Nations Unies. Il a également fallu travailler avec des experts, organiser des séances d'information à divers stades du processus d'établissement du rapport, et collaborer avec d'autres organismes nationaux, régionaux et mondiaux. Le Comité a examiné le rapport soumis conjointement, recommandant spécifiquement à l'État partie de :

1. Garantir l'accès des adolescentes et des jeunes femmes à des services de santé sexuelle et procréative en éliminant les préjugés, en assurant la formation du personnel médical et en améliorant les structures obstétriques ;
2. Réaliser des études supplémentaires sur les femmes qui consomment des drogues, y compris les femmes enceintes ;
3. Fournir des services de traitement de la toxicomanie étayés par des données probantes et sensibles à la dimension du genre, afin de réduire les effets néfastes de la consommation de drogues chez les femmes, y compris les femmes maintenues en détention.

Suite à ces recommandations, le ministère géorgien de la Santé est en train d'intensifier ses efforts et d'élaborer des lignes directrices pour le traitement des femmes enceintes qui consomment des drogues.

[Fin du document]