

GLOBAL COMMISSION ON

HIV and the LAW

RISQUES, DROIT & SANTÉ

JUILLET 2012

Les contenus, analyses, opinions et recommandations politiques ne reflètent pas nécessairement la position ou l'avis du Programme des Nations unies pour le développement.

SECRETARIAT, COMMISSION MONDIALE SUR LE VIH ET LE DROIT

PNUD, Groupe du VIH/sida,

Bureau des politiques de développement

304 East 45th Street, New York, NY 10017

Email: info@hivlawcommission.org

Tél: (+1 212) 906 6590 Fax: (+1 212) 906 5023

Web: www.hivlawcommission.org

Copyright © PNUD 2012

Images utilisées avec permission.

Graphiques

Createch & Myriad Editions

Conception & Impression

Consolidated Graphics

Traduit de l'original Anglais.

Traduction française

JPD Systems

TABLE DES MATIÈRES

À PROPOS DE LA COMMISSION MONDIALE SUR LE VIH ET LE DROIT	3
PRÉFACE	4
Remerciements.....	5
Abréviations.....	6
RÉSUMÉ EXÉCUTIF	7
INTRODUCTION : LES LOIS PEUVENT-ELLES SAUVER DES VIES ?.....	13
CHAPITRE 1 : LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION DES LOIS QUI PROTÈGENT LA SANTÉ ET LA DIGNITÉ.....	17
CHAPITRE 2 : PÉNALISER LA VULNÉRABILITÉ EXPOSURE AND NON-DISCLOSURE PÉNALISATION DE LA TRANSMISSION DU VIH, DE L'EXPOSITION À CELUI-CI ET DE SA NON-DIVULGATION	22
CHAPITRE 3 : RISQUE + STIGMATE POPULATIONS CLÉS.....	30
3.1 LES CONSOMMATEURS DE DROGUES	33
3.2 LES TRAVAILLEURS DU SEXE.....	41
3.3 HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES.....	50
3.4 LES TRANSGENRES.....	58
3.5 LES PRISONNIERS	63
3.6 LES MIGRANTS	67
CHAPITRE 4 : INÉGALITÉ ENTRE LES SEXES ET MARGINALISATION: LES FEMMES.....	70
CHAPITRE 5 : ILS ONT TOUTE LA VIE DEVANT EUX: LES ENFANTS ET LES JEUNES	80
CHAPITRE 6 : DES MÉDICAMENTS POUR QUI ? DROIT DE LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE ET LUTTE MONDIALE POUR LE TRAITEMENT	86
CONCLUSION	100
Annexe I : Termes de référence de la commission.....	102
Annexe II : Biographie des membres de la commission	104
Annexe III : Biographies du groupe de consultation technique.....	105
Annexe IV : Resume des recommandations.....	109
NOTES.....	120

GRAPHIQUES

1. L'importance du droit-----	13
2. Contributions écrites reçues par la Commission-----	16
3. Refuge juridique -----	18
4. Criminaliser un virus -----	23
5. Réduction des risques-----	37
6. Travail du sexe et la loi-----	42
7. Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, loi et VIH-----	52
8. Droits des LGBT et risque de transmission du VIH-----	53
9. Rapports sexuels non protégés derrière les barreaux -----	65
10. Restrictions imposées sur la circulation des personnes atteintes du VIH-----	68
11. Viol conjugal -----	73
12. De plus en plus de contradictions-----	82
13. Concurrence des génériques : distribution d'antirétroviraux (ARV) à des prix abordables-----	87
14. Le fossé en matière de traitement-----	88
15. Croissance des contraintes liées au libre-échange-----	93
16. Promotion de l'innovation-----	96

À PROPOS DE LA COMMISSION MONDIALE SUR LE VIH ET LE DROIT

La Commission Mondiale sur le VIH et le Droit avait pour membres 14 personnalités éminentes, connues pour leur défense de causes importantes dans les domaines du VIH, de la santé publique, du droit et du développement. La présidence de la Commission a été assurée par Fernando Henrique Cardoso, ex-président du Brésil.

Le pouvoir mobilisateur unique dont a joui la Commission lui a permis de se consacrer à des questions liées au VIH et aux droits et susceptibles d'avoir une incidence majeure sur la santé et le développement dans le monde. La thèse défendue par la Commission est que l'efficacité et l'efficacités des réponses au VIH requièrent un environnement juridique fondé sur des constats et sur les droits de l'homme.

L'expérience de vie des commissaires leur a conféré une capacité extraordinaire d'accès aux différentes couches de la société. Ceci les met en bonne position pour influencer le changement dans des problématiques complexes qui font intervenir de multiples acteurs appartenant à une gamme très large de secteurs.



Fernando Henrique Cardoso
(Brésil)



Ana Helena Chacón-Echeverría
(Costa Rica)



Charles Chauvel
(Nouvelle-Zélande)



Shereen El Feki
(Égypte)



Bience Gawanas
(Namibie)



Dame Carol Kidu
(Papouasie-Nouvelle-Guinée)



Michael Kirby
(Australie)



Barbara Lee
(États-Unis)



Stephen Lewis
(Canada)



Festus Gontebanye Mogae
(Botswana)



JVR Prasada Rao
(Inde)



Sylvia Tamale
(Ouganda)



Jon Ungphakorn
(Thaïlande)



Miriam K. Were
(Kenya)

À PROPOS DU RAPPORT DE LA COMMISSION

« **Le VIH et le Droit : Risques, Droits, et Santé** » est la publication phare de la Commission. Publié en juillet 2012, le rapport présente des analyses dans les domaines de la santé publique, des droits de l'homme et du droit, et propose des recommandations destinées aux législateurs et responsables de politiques, à la société civile, aux partenaires du développement et aux acteurs du secteur privé qui tous sont impliqués dans la mise en place d'une réponse mondiale et durable au VIH.

PRÉFACE

La fin de l'épidémie mondiale de sida est à notre portée. Mais elle ne sera possible que si la science et l'action s'accompagnent d'un engagement concret à respecter la dignité humaine et à mettre fin à l'injustice.

Les lois interdisent ou permettent des comportements, et ce faisant, elle façonne les politiques, l'économie et la société. On peut donc les considérer comme un bien humain susceptible de créer une différence matérielle dans la vie des gens. Il n'est donc pas surprenant qu'elles aient le pouvoir de combler le fossé qui sépare la vulnérabilité au VIH de la résistance à ce dernier.

Notre groupe rassemble des individus d'horizons, d'expériences et de continents différents avec pour mission d'étudier le rôle des lois dans l'efficacité de la réponse au VIH. Nous avons en commun un ferme engagement à la santé publique et à la justice sociale. Nous avons écouté en toute humilité des centaines de récits décrivant les effets des lois sur le VIH. Dans de nombreux cas, nous avons eu du mal à contenir nos émotions devant la façon dont des lois archaïques et indifférentes sont en violation des droits de l'homme, contrarient des efforts rationnels de santé publique et érodent le tissu social. À d'autres moments, nous avons été émus par le courage et la conviction dont certains ont fait preuve pour protéger les membres les plus vulnérables de nos sociétés.

Beaucoup pourraient dire que les lois sont de nature complexe et difficile et que peut-être il vaut mieux ne pas y toucher. Notre expérience dans le cadre de la Commission nous a fait adopter une perspective très différente. Nous avons été encouragés par la façon dont un dialogue franc et constructif sur des sujets controversés pouvait parfois déboucher rapidement sur des réformes juridiques progressives, des interventions efficaces en faveur des lois ou un meilleur respect des lois existantes. Même dans des situations où la réforme juridique reste un processus lent et difficile, nous avons été les témoins de pays qui ont pris des actions pour renforcer l'accès à la justice et combattre les stigmates et la discrimination.

Au cours des 18 mois passés, nous avons écouté et appris, et beaucoup d'entre nous ont vu leurs perspectives et opinions évoluer sur un grand nombre de sujets complexes. En fin de compte, au moment d'énoncer les recommandations finales, nous avons été guidés par le courage et l'humanité de ceux qui étaient morts du sida et des 34 millions de personnes qui vivent avec le VIH.

Les constats et recommandations contenues dans ce rapport sont convaincants : ils peuvent sauver des vies, épargner de l'argent et aider à mettre fin à l'épidémie du sida. Les recommandations font appel à tout ce dont nos cultures et communautés ont de commun : l'humanité intrinsèque de reconnaître et respecter la valeur et la dignité de chaque vie humaine. Il se pourrait que ce rapport rende plusieurs personnes mal à l'aise, suffisamment mal à l'aise, espérons-nous, que pour prendre des initiatives. Sans nul doute, les priorités des recommandations varieront selon les pays. Chaque pays doit élaborer sa propre stratégie de réforme, en prenant en compte son environnement juridique et politique. Néanmoins, nous sommes certains de la pertinence de chacune des recommandations du rapport pour tous les pays du monde, car les moteurs de l'épidémie du VIH se retrouvent partout. L'heure de mettre en œuvre ses recommandations est venue. Nous ne pouvons pas laisser des personnes souffrir et mourir à cause de l'inégalité, de l'ignorance, de l'intolérance et de l'indifférence. Le coût de l'inaction est simplement trop élevé.



Fernando Henrique Cardoso

Président, Commission Mondiale sur le VIH et le Droit

REMERCIEMENTS

La Commission Mondiale sur le VIH et le Droit est une entité indépendante, créée à la demande du Conseil de coordination de Programme et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et est appuyée par un Secrétariat logé auprès du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Le présent rapport reflète les opinions et conclusions de la Commission ainsi que les recommandations de celle-ci aux différents pays, acteurs de la société civile, secteur privé et aux Nations Unies.

En tout premier lieu, la Commission tient à exprimer toute sa gratitude aux plus de 1000 personnes qui lui ont soumis des témoignages écrits et oraux, et qui ont partagé avec elle leurs connaissances et expériences avec une telle générosité. Ce rapport rend hommage au courage et à l'humanité dont ils font preuve dans la recherche d'un monde fondamentalement plus juste.

La Commission remercie également Helen Clark (Administrateur du PNUD) et Michel Sidibé (Directeur exécutif de l'ONUSIDA).

Le travail de la Commission a été guidé avec compétence par les contributions et l'engagement de son Groupe consultatif technique qui comprend : *l'Honorable Michael Kirby (Coprésident), Allehone Mulugeta Abebe (Coprésident), Aziza Ahmed, Jonathan Berger, Chris Beyrer, Scott Burris, Joanne Csete, Mandeep Dhaliwal, Sophie Dilmitis, Vivek Divan, Richard Elliott, Sofia Gruskin, Wendy Isaack, Rick Lines, Annie Madden, Kevin Moody, Vitit Muntarbhorn, Cheryl Overs, JVR Prasada Rao, Tracy Robinson, Purna Sen, Susan Timberlake, Matthew Wait.*

La Commission adresse ses vifs remerciements à son Secrétariat dirigé par Jeffrey O'Malley (Directeur, Pratique du VIH/sida, PNUD) et Mandeep Dhaliwal (Chef de groupe sectoriel : droits de l'homme & gouvernance, Groupe VIH, PNUD). Le soutien indéfectible de Vivek Divan, Ian Mungall et Emilie Pradichit a permis d'assurer les travaux du Secrétariat, et la Commission tient à les remercier pour leur travail acharné et leur dévouement. La Commission adresse également ses remerciements pour leurs précieuses contributions à de nombreux membres du personnel, consultants, stagiaires et volontaires qui ont aidé son travail au cours des 18 mois passés, et en particulier à Judith Levine, l'auteure principale du rapport. La Commission tient également à remercier le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida.

La Commission exprime également sa gratitude à Edwin Cameron qui était l'un des Commissaires. À cause de ses obligations en tant que juge de la Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud, il n'a pas pu contribuer à des décisions substantives de la Commission. À cause de ses tâches judiciaires, il a décidé de quitter officiellement ses fonctions de commissaire à la fin de 2011.

La Commission remercie également pour la générosité de leur appui financier l'American Jewish World Service (AJWS), l'Agence australienne pour le développement international (AusAID), la Fondation Ford, la Direction des affaires internationales de Santé Canada, l'Agence norvégienne de coopération au développement (Norad), le Haut-commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, les Open Society Foundations, l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (Sida), le PNUD, le FNUAP l'UNICEF et le Secrétariat d'ONUSIDA.

^a Imam Ahmed, Nada Al Riahi, Fattouh Al-Shazly, Natalie Amar, Tenu Avafia, Zeinab Badawi, Brook Baker, Ahmad Balah, Stefan Baral, Tim Barnett, Asmita Basu, Glenn Betteridge, Kim Blankenship, Dominic Bocci, Ludo Bok, Jennifer Branscombe, Andrei Brighidin, Meagan Burrows, Robert Carr, Jorge Chediek, Jessica Chiu, Clif Cortez, Megan Cribbs, Joachim da Silva Paiva Fernandes, Emma Day, Miguel Darcy, Daniel de Castro, Karen de Meritens, Martine Dennis, Reeti Desai, Amy Edwards, Ehab El Kharrat, Mohamed El Said, Wahid Ferchichi, Susana Fried, Jorge Gestoso, John Godwin, Laura Goldsmith, Catherine Grant, Moustapha Gueye, Theira Guzman, Vera Hakim, Lisa Hamelmann, Brianna Harrison, Adela Hive, Amy Kapczynski, Yelena Khanga, Boyan Konstantinov, Ernesto Kraus, Jelena Kucelin, Patrícia Kunderát, Krista Lauer, John Macauley, Lerato Mahlaole, Keletso Makofane, Allan Maleche, Arnold Madikwe, Christina Magill, Alice Miller, Chris Molomo, Godfrey Maringa, Tania Martins Fidalgo, Rumbidzai Maweni, Kathleen Meara, Ratna Menon, Khadija Moalla, Bechir N'Daw, Alyaa Nabil, Mariana Nerpil, Cecilia Oh, Fredda Olivares, Norma Garcia de Paredes, Andrea Pastorelli, Deena Patel, Nisha Pillai, Tonia Poteat, David Ragonetti, Nadia Rasheed, Jirair Ratevosian, Janaina Reis, Jenny Rouse, David Ruiz, Amitrajit Saha, Rohan Sajjani, Margaret Sakatsie, Karin Santi, Nashida Sattar, Eric Sawyer, Aaron Scheinwald, Diana Schirca, Tilly Sellers, Edmund Settle, Ji-Eun Seong, Svati Shah, Shonali Shome, Anthony So, Ann Strode, Ashwini Sukthankar, Mohan Sundararaj, Ala Svet, Maria Tallarico, Dudley Tarlton, Dimitri Teresh, Christos Tsentas, Cheikh Traore, Kazayuki Uji, Leah Utyasheva, Nadeah Vali, Marta Vallejo, Marcel van Soest, Pierre-Etienne Vannier, Bhikshuni Weisbrot, Daniel Wolfe and Ajcharawan Yubolkosol.

ABRÉVIATIONS

ACAC	Accord commercial anti-contrefaçon	OMPI	Organisation mondiale de la propriété intellectuelle
ADA	Loi américaine en faveur des personnes handicapées	OMS	Organisation mondiale pour la santé
ADPIC	Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce	ONG	Organisation non gouvernementale
ALE	Accords de libre-échange	ONU	Organisation des Nations Unies
APE	Accords de partenariat économique	ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
APEST	Accord de partenariat économique stratégique transpacifique	PEPFAR	Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le sida
ART	Traitement antirétroviral	PES	Programmes d'échange de seringues
ARV	Médicaments antirétroviraux	PI	Propriété intellectuelle
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
CRC	Convention relative aux droits de l'enfant	PMD	Pays les moins développés
EECA	Europe de l'Est et Asie centrale	PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population	PTME	Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/sida
HSH	Hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes	PvVIH	Personnes vivant avec le VIH/sida
ICW	Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH	R&D	Recherche et développement
ILGA	Association internationale des lesbiennes et gays	SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
IST	Infections sexuellement transmissibles	TMA	Traitement médicalement assisté
LGBT	Lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres	UE	Union européenne
MENA	Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord	UNDESA	Département des Nations Unies pour les affaires économiques et sociales
MGF	Mutilations génitales féminines	UNESCO	Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
MST	Maladies sexuellement transmissibles	UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
OIM	Organisation internationale pour les migrations	UNODC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
OIT	Organisation internationale du travail	USAID	Agence américaine pour le développement international
OMC	Organisation mondiale du commerce	VIH	Virus d'immunodéficience humaine
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement		

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

En à peine trois décennies, plus de 30 millions de personnes sont mortes du sida et plus de 34 millions d'autres ont été infectés par le VIH. L'épidémie du VIH est devenue l'un des plus grands défis de notre temps en matière de santé publique. Il constitue également une crise en matière de droit, de droits de l'homme et de justice sociale. La bonne nouvelle est que nous avons aujourd'hui toutes les preuves et les outils dont nous avons besoin pour ralentir de façon radicale les nouvelles infections au VIH et pour mettre fin aux décès dus à ce dernier. Malheureusement, au même moment, de mauvaises lois et autres obstacles politiques compromettent cette réussite.

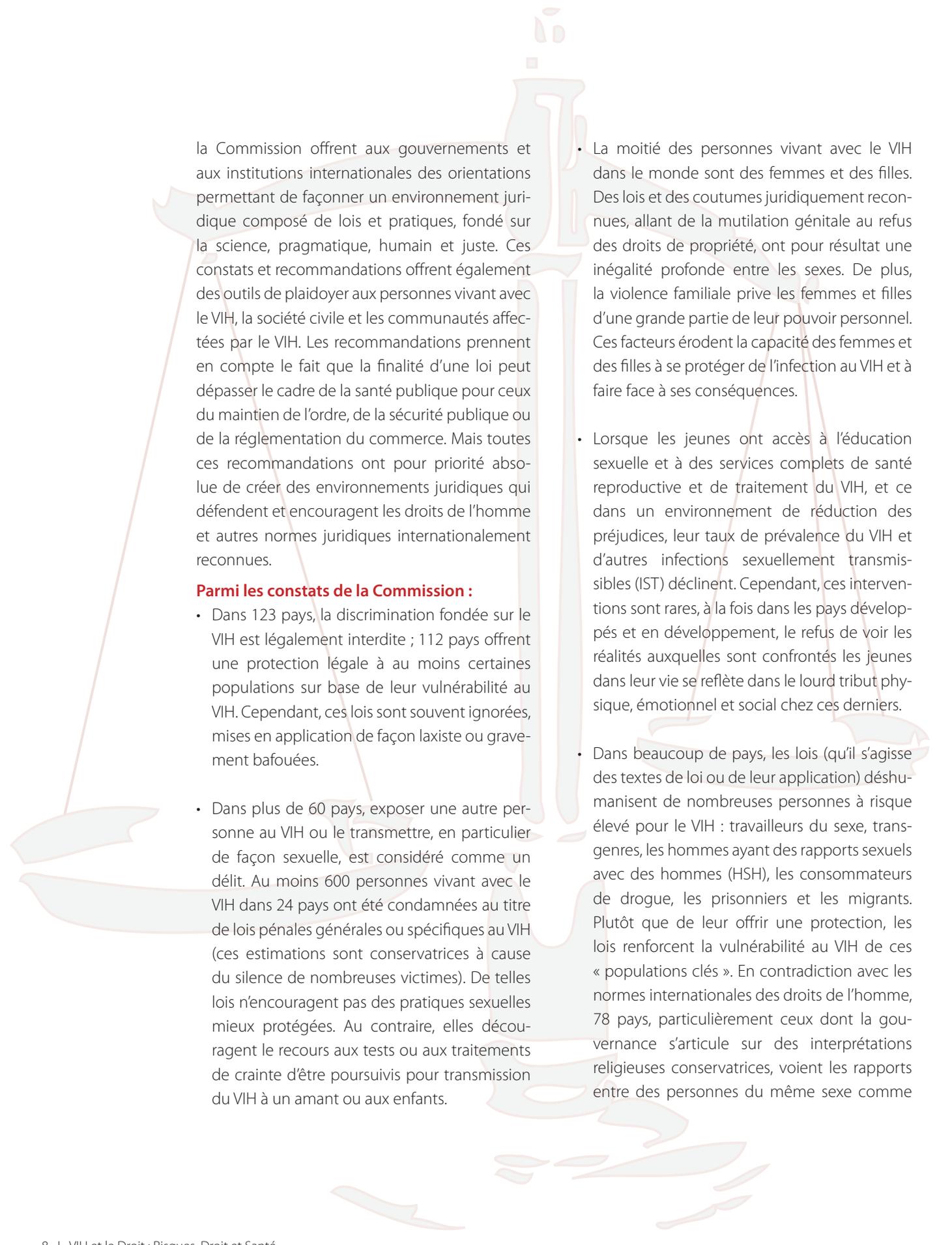
Rien qu'en 2010, 34 millions de personnes vivaient avec le VIH, tandis que chaque jour 7400 étaient affectées, et 1,8 million sont décédées. L'environnement juridique, qui se compose non seulement du système légal, de sa mise en application et des systèmes de justice, présente un potentiel immense pour améliorer les vies des personnes séropositives et mettre fin à cette crise. Dans chaque pays, la libération du potentiel de cet environnement juridique national pourra s'appuyer sur le droit international et les traités qui protègent l'égalité de l'accès aux soins de santé et interdisent la discrimination, y compris celles fondées sur la santé ou sur le statut juridique.

Les nations n'ont toutefois pas su tirer parti du potentiel qu'offrait leur système juridique. Pire encore, des pratiques juridiques telles que des lois répressives, le traitement brutal et discriminatoire de la police et le déni de justice à ceux qui vivent avec le sida ou qui sont à risque alimentent l'épidémie. Ces pratiques non seulement créent la vulnérabilité, mais en

même temps, la condamnent. Elles favorisent des comportements à risque, entravent l'accès à des outils de prévention et au traitement, et exacerbent les stigmates et les inégalités sociales, lesquels renforcent à leur tour la vulnérabilité à l'infection au VIH et à la maladie. Les personnes séropositives, qu'elles soient des parents ou des épouses, des travailleurs du sexe ou des agents de santé, des amants ou agresseurs, entretiennent toutes des interactions intimes avec d'autres, ce qui contribue à élargir le cercle et l'échelle de la contagion de la communauté à la planète tout entière. Le VIH affecte tout un chacun à de multiples niveaux allant de la santé publique à la richesse nationale, de la solidarité sociale à l'égalité et à la justice. La prévention, le traitement et les soins au VIH, ainsi que la protection et la promotion des droits de l'homme de ceux vivant avec le virus, relèvent de la responsabilité de tous.

La Commission Mondiale sur le VIH et le Droit a consacré 18 mois à des recherches, des consultations, des analyses et des délibérations intensives. Les sources de ces travaux comprennent les témoignages de plus de 700 personnes parmi les plus affectées par l'environnement juridique associé au VIH et provenant de 140 pays, des soumissions par des experts et un nombre important de travaux de recherche sur le VIH, la santé et le droit.

Les constats de la Commission sont à la fois cause de désespérance, mais aussi porteurs d'espoir pour les personnes vivant avec le VIH ou à risque de le contracter. En juin 2011, 192 pays s'étaient engagés à revoir leur législation et à créer un environnement juridique et social susceptible de favoriser l'émergence de réponses au VIH à la fois efficaces et efficientes. Les recommandations de



la Commission offrent aux gouvernements et aux institutions internationales des orientations permettant de façonner un environnement juridique composé de lois et pratiques, fondé sur la science, pragmatique, humain et juste. Ces constats et recommandations offrent également des outils de plaidoyer aux personnes vivant avec le VIH, la société civile et les communautés affectées par le VIH. Les recommandations prennent en compte le fait que la finalité d'une loi peut dépasser le cadre de la santé publique pour ceux du maintien de l'ordre, de la sécurité publique ou de la réglementation du commerce. Mais toutes ces recommandations ont pour priorité absolue de créer des environnements juridiques qui défendent et encouragent les droits de l'homme et autres normes juridiques internationalement reconnues.

Parmi les constats de la Commission :

- Dans 123 pays, la discrimination fondée sur le VIH est légalement interdite ; 112 pays offrent une protection légale à au moins certaines populations sur base de leur vulnérabilité au VIH. Cependant, ces lois sont souvent ignorées, mises en application de façon laxiste ou gravement bafouées.
- Dans plus de 60 pays, exposer une autre personne au VIH ou le transmettre, en particulier de façon sexuelle, est considéré comme un délit. Au moins 600 personnes vivant avec le VIH dans 24 pays ont été condamnées au titre de lois pénales générales ou spécifiques au VIH (ces estimations sont conservatrices à cause du silence de nombreuses victimes). De telles lois n'encouragent pas des pratiques sexuelles mieux protégées. Au contraire, elles découragent le recours aux tests ou aux traitements de crainte d'être poursuivis pour transmission du VIH à un amant ou aux enfants.

- La moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont des femmes et des filles. Des lois et des coutumes juridiquement reconnues, allant de la mutilation génitale au refus des droits de propriété, ont pour résultat une inégalité profonde entre les sexes. De plus, la violence familiale prive les femmes et filles d'une grande partie de leur pouvoir personnel. Ces facteurs érodent la capacité des femmes et des filles à se protéger de l'infection au VIH et à faire face à ses conséquences.
- Lorsque les jeunes ont accès à l'éducation sexuelle et à des services complets de santé reproductive et de traitement du VIH, et ce dans un environnement de réduction des préjudices, leur taux de prévalence du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) déclinent. Cependant, ces interventions sont rares, à la fois dans les pays développés et en développement, le refus de voir les réalités auxquelles sont confrontés les jeunes dans leur vie se reflète dans le lourd tribut physique, émotionnel et social chez ces derniers.
- Dans beaucoup de pays, les lois (qu'il s'agisse des textes de loi ou de leur application) déshumanisent de nombreuses personnes à risque élevé pour le VIH : travailleurs du sexe, transgenres, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les consommateurs de drogue, les prisonniers et les migrants. Plutôt que de leur offrir une protection, les lois renforcent la vulnérabilité au VIH de ces « populations clés ». En contradiction avec les normes internationales des droits de l'homme, 78 pays, particulièrement ceux dont la gouvernance s'articule sur des interprétations religieuses conservatrices, voient les rapports entre des personnes du même sexe comme

La Commission a trouvé des raisons d'espérer. Il y a des cas où les systèmes de droit et de justice ont joué un rôle constructif dans la réponse au VIH, en respectant, protégeant, et en étendant l'application des droits de l'homme. Pour certains, une telle approche peut paraître un paradoxe, le paradoxe du sida.^b Mais il est démontré de façon convaincante que cette approche permet de réduire le tribut élevé lié au VIH.

un délit pénal dont la sanction peut aller de la flagellation à l'exécution. De même, des lois interdisant (ou interprétées par la police ou les tribunaux comme interdisant) la non-conformité de genre, définie de façon vague ou très large, sont souvent cruellement mises en application. La pénalisation du travail du sexe, de la consommation de drogues, et autres mesures de « réduction des risques » créent un climat qui favorise la violence civile et policière et rend impossible pour les victimes d'avoir un recours juridique. La peur d'être arrêtées force des populations clés à se cacher, à s'abstenir de participer à des programmes de prévention du VIH et de risques au VIH. L'incarcération et la détention obligatoires exposent ceux qui sont détenus au risque de harcèlement sexuel et de pratiques d'injection de drogue à haut risque, tandis que les préservatifs deviennent des produits de contrebande, et les mesures de réduction des risques (y compris les médicaments antirétroviraux) sont refusées.

- L'expansion du droit commercial international et la surabondance des protections de la propriété intellectuelle (IP) entravent la production et la distribution à faible coût de médicaments génériques. La protection de la propriété intellectuelle est supposée fournir un incitatif à l'innovation, mais l'expérience a montré

que les lois actuelles semblent incapables de promouvoir l'innovation pour répondre aux besoins médicaux des pauvres. Les retombées de ces réglementations, et en particulier le cadre de l'Accord sur les ADPIC, ont mis en exergue le rôle central d'une protection excessive des droits de propriété dans l'aggravation du manque d'accès au traitement du VIH et à d'autres médicaments essentiels. La situation est particulièrement tragique dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, mais aussi dans les pays à haut revenu. Des dispositions visant à accorder aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire des exceptions ou des assouplissements de ces réglementations pourraient atténuer la crise, mais les pressions contre ces dernières sont substantielles. Seul un petit groupe de pays a été capable de tirer parti des quelques souplesses juridiques internationales existantes.

- Lorsque la police coopère avec les agents communautaires, l'utilisation des préservatifs peut augmenter, et les violences ainsi que l'infection parmi les travailleurs du sexe peuvent être réduites. De même, lorsque les gouvernements mettent en place des mesures de réduction de risque comme des programmes de distribution de seringues propres et des endroits autorisant des injections sans risque, les

^b L'honorable Michael Kirby décrit le paradoxe du sida comme ceci : « c'est un paradoxe, une des lois les plus efficaces que nous puissions offrir pour combattre la propagation du VIH et la protection des personnes vivant avec le VIH et ce qui les entoure contre la discrimination. C'est un paradoxe parce que la communauté s'attend à ce que les lois protègent ceux qui ne sont pas infectés contre ceux qui le sont. Pourtant, du moins à ce stade de l'épidémie, il faut que nous protégeons les personnes infectées. Nous devons le faire parce qu'il s'agit de droits de l'homme essentiels. Mais cette raison n'est pas convaincante, nous devons le faire pour le bien de la communauté tout entière, dont l'intérêt commun est de maîtriser la propagation du VIH ».

taux de prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogue peuvent chuter de façon significative.

- Une assistance juridique efficace peut faire de la justice et de l'égalité une réalité pour les personnes vivant avec le VIH, ce qui peut contribuer à de meilleurs résultats de santé. Des avocats pourront utiliser de façon créative des lois traditionnelles en utilisant des moyens progressistes pour promouvoir les droits et la santé de la femme. L'action des tribunaux et des initiatives en matière de loi, reposant sur des concepts d'équité et de pragmatisme, peuvent aider les nations à se débarrasser du joug de pénalisations mal conçues, introduire des lois sur le harcèlement sexuel qui prennent en compte la dimension genre et à reconnaître l'autonomie sexuelle des jeunes.
- Malgré les pressions internationales qui donnent priorité au commerce sur la santé publique, certains gouvernements et groupes de la société civile ont utilisé le droit pour assurer la disponibilité de médicaments à des prix abordables et pour explorer de nouveaux incitatifs encourageant la recherche et développement dans le domaine médical.

Ces succès peuvent et doivent être portés à plus grande échelle, ce qui va demander de l'argent et de la volonté. Les bailleurs de fonds, dont les contributions ont fléchi, doivent redoubler d'efforts et inverser cette tendance, en particulier si l'on veut que les dernières avancées scientifiques et des programmes de prévention bénéficient à ceux qui en ont besoin. Il faut également que les pays honorent leurs obligations internationales en matière de droits de l'homme et nationales en matière de justice. Lorsque les lois n'améliorent pas le bien-être de l'homme ou lorsqu'elles ne correspondent pas aux réalités contemporaines,

elles doivent être abrogées et remplacées par de nouvelles lois compatibles avec ces objectifs. Au nom de la justice et de la dignité, des droits de l'homme et de la vie humaine, le monde ne peut pas se contenter de moins.

Pour assurer une réponse au VIH efficace, durable et en cohérence avec les obligations en matière de droits de l'homme, la Commission exhorte instamment les gouvernements, la société civile et les institutions internationales à :

- Supprimer toutes formes de discrimination et de violence à l'égard de ceux qui sont vulnérables au VIH, vivent avec le VIH ou perçus comme séropositifs. Assurer que les engagements et garanties constitutionnelles existants en matière de droits de l'homme soient respectés.
- Abroger les lois répressives et promulguer des lois qui incitent des réponses efficaces au VIH en matière de services de prévention, de soins ou de traitement en faveur de tous ceux qui en ont besoin. S'abstenir de promulguer des lois qui pénalisent de façon explicite la transmission du VIH, l'exposition à celui-ci ou la non-divulgaration du statut VIH, car une telle pénalisation est contre-productive.
- Travailler avec les gardiens des lois coutumières et religieuses en vue d'encourager des pratiques traditionnelles et religieuses qui privilégient les droits, la diversité et protègent la vie privée.
- Dépénaliser les comportements sexuels consensuels de nature privée entre adultes, y compris les rapports sexuels entre personnes

du même sexe et le travail du sexe pratiqué avec consentement.

- Poursuivre en justice les auteurs de violence sexuelle, y compris le viol conjugal et celui lié à un conflit, que ce viol soit perpétré contre des femmes, des hommes ou des transgenres.
- Abolir tout enregistrement, tests ou régimes de traitement forcés dans le contexte du VIH. Faciliter l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive et mettre fin à l'avortement et à la stérilisation forcés des femmes et filles séropositives.
- Réformer les approches en matière d'utilisation de drogue. Au lieu de punir les consommateurs de drogue qui ne présentent aucun danger pour les autres, les gouvernements devraient leur donner accès à des services efficaces de santé et de traitement du VIH, y compris des programmes de réduction des risques et des traitements pour lutter contre la consommation de drogues qui soient volontaires et fondés sur des constats.
- Faire respecter les lois contre toutes les formes d'atteintes ou d'exploitation sexuelle des enfants, en établissant clairement la différence entre de tels délits et les rapports sexuels entre adultes de nature consensuelle.
- Faire en sorte que le respect des lois contre la traite des personnes soit ciblé avec soin de façon à punir ceux qui ont recours à la force, à des pratiques malhonnêtes ou à la coercition pour fournir des services sexuels à des fins commerciales, ou ceux qui perpètrent des abus à l'encontre de travailleurs du sexe migrants au moyen de servitude pour dettes, de violence ou de privation de liberté. Les lois contre la traite des personnes doivent être utili-

sées pour interdire l'exploitation sexuelle, mais ne doivent pas être invoquées à l'encontre d'adultes pratiquant le travail du sexe de façon délibérée.

- Dans les questions relatives au VIH et au droit, offrir le même niveau de protection aux migrants, visiteurs et résidents de nationalité étrangère que les citoyens. Les restrictions qui interdisent à des personnes vivant avec le VIH d'entrer dans un pays ou les réglementations qui imposent des tests de VIH aux étrangers dans le pays doivent être levées.
- Assurer le respect d'un cadre juridique qui assure la protection sociale des enfants vivant avec le VIH ou affectés par celui-ci ou qui sont malades du sida. Les lois doivent protéger les droits d'exercer une tutelle, les droits de propriété et d'héritage, et permettre aux enfants d'avoir accès à une éducation sexuelle et à des services de santé sexuelle et reproductive adaptés à leur âge.
- Mettre en place un régime efficace en matière de propriété intellectuelle pour les produits pharmaceutiques. Un tel régime devra être compatible avec le droit international en matière de droits de l'homme et les besoins de santé publique, tout en sauvegardant les droits légitimes des inventeurs.

La Commission appelle avec insistance à une collaboration internationale renouvelée et vigoureuse pour répondre au VIH. Elle exhorte les bailleurs de fonds, la société civile et les Nations Unies à tenir les gouvernements responsables vis-à-vis de leurs engagements en matière de droits de l'homme. Elle invite des groupes non gouvernementaux à élaborer et mettre en œuvre des politiques et



pratiques liées au VIH qui soient humaines et réalisables, et à financer des actions susceptibles de réformer les lois, d'assurer leur respect et de garantir l'accès à la justice. Leurs efforts doivent inclure l'éducation des personnes en ce qui concerne leurs droits et les lois, la prévention de

la violence ainsi que la répression des stigmates et de la discrimination au sein des familles, des communautés et sur le lieu de travail, car ces derniers continuent à alimenter une épidémie mondiale qui aurait dû se terminer depuis longtemps.

INTRODUCTION : LES LOIS PEUVENT-ELLES SAUVER DES VIES ?

Les lois ne peuvent à elles seules enrayer le sida. De même, on ne peut reprocher aux lois des réponses inadéquates au VIH. Néanmoins, l'environnement juridique peut jouer un rôle puissant dans le bien-être des personnes vivant avec le VIH et de celles vulnérables au VIH. Des lois bien pensées, dotées des ressources nécessaires et mises en application avec la rigueur voulue, peuvent élargir l'accès aux services de prévention et de soins de santé, améliorer la qualité des traitements, renforcer l'assistance sociale aux personnes affectées par l'épidémie, assurer la protection des droits de l'homme indispensables à la survie et économiser les fonds publics.

Chaque communauté de chaque pays comprend en son sein des personnes vivant avec le VIH. À la fin de 2010, le nombre de ces personnes atteignait les 34 millions, auxquels il faut ajouter les millions de personnes exposées au risque d'infection¹. Bien qu'au cours de la dernière décennie, la prévention et le traitement se soient considérablement améliorés, 7400 personnes supplémentaires sont infectées chaque jour. En 2010, à peine la moitié des adultes et le quart des

enfants éligibles, à recevoir un traitement antirétroviral susceptible de leur sauver la vie au titre des directives de l'OMS, l'ont effectivement reçu. Cette même année, 1,8 million de personnes sont mortes de causes liées au sida².

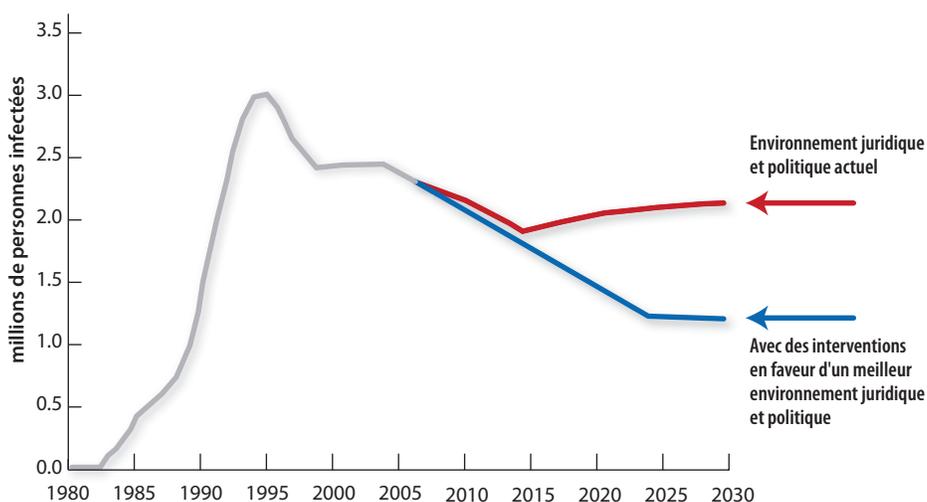
Les lois et leurs institutions peuvent protéger la dignité de toutes les personnes vivant avec le sida, et ce faisant, elles soutiennent les personnes les plus vulnérables au VIH, celles qu'on

L'IMPORTANCE DU DROIT

Nombre annuel de nouvelles infections au VIH parmi les adultes de 15 à 49 ans

- évolution historique
- évolution actuelle
- changements structurels*

* changements dans l'environnement juridique et politique



Source : Results for Development Institute, Costs & Choices: Financing the Long-Term Fight Against AIDS, An aids2031 Project, 2010.

appelle les « populations clés »,^c telles les travailleurs du sexe, les HSH, les transgenres, les prisonniers et les migrants. Les lois peuvent offrir à ces personnes un accès à la justice lorsque leurs droits sont transgressés. En leur assurant l'accès à la propriété et à la protection contre toutes les formes de violence, les lois peuvent améliorer la vie des femmes et leur donner le pouvoir et l'indépendance dont elles ont besoin pour préserver leur santé et celle de leurs enfants.

Les lois peuvent aussi infliger de graves dommages tant physiques que moraux aux personnes vivant avec le VIH. Elles peuvent entraîner la discrimination et entraver l'accès des personnes les plus vulnérables au VIH à des programmes qui leur permettraient de prévenir la contamination du virus ou en tout cas, de mieux affronter les situations que ce virus pourrait créer. En divisant la société en criminels et victimes ou en coupables et innocents, le système juridique est susceptible de détruire la solidarité sociale, politique et économique qui est indispensable pour mettre fin à cette épidémie mondiale. En effet, faute de volonté politique et de courage, l'épidémie de VIH aurait pu être endiguée au cours de la dernière décennie, et épargner ainsi des millions de vies et des milliards de dollars.

Quelles sont les solutions qui produisent des résultats ? Un vaccin ou un traitement contre le VIH offre la possibilité de changer le cours des choses, et le monde scientifique s'efforce actuellement d'en trouver un. En attendant, comme nous l'apprennent l'expérience et les constats, il est déjà possible d'accomplir des progrès, même si on ne dispose pas encore d'un miracle médical. En combinant une prévention adéquate avec un traitement qui soit largement accessible, il est possible de limiter, voire de mettre fin aux nouvelles infections. En suivant une thérapie, la

majorité des personnes vivant avec le sida pourraient mener une vie productive et en bonne santé et cela, pendant des décennies. Chacune de ces mesures pourrait peu à peu réduire le nombre des décès, la plupart du temps, à un coût modeste³.

Malgré les efforts des gouvernements et de la communauté internationale, lesquels investissent des millions dans la lutte contre le VIH, l'environnement juridique de nombreux pays à travers le monde continue de freiner, plutôt que de soutenir, les réponses au VIH. Dans de nombreux cas, des programmes de santé publique conçus pour lutter contre le VIH sont mis en échec par des lois qui criminalisent les mêmes pratiques que ces efforts de santé publique encouragent et dont leur succès dépend. Ces pratiques comprennent la distribution de seringues propres, la thérapie de substitution aux opiacés pour les consommateurs de drogues injectables, la fourniture de préservatifs et des mesures de réduction des risques pour les prisonniers, ou encore l'appui à l'association libre de travailleurs du sexe pour renforcer le support mutuel et l'éducation. Ces lois doivent être modifiées de sorte que toutes les forces et ressources nécessaires soient rassemblées pour combattre le même ennemi, à savoir le VIH et non les personnes vivant avec le VIH. Sans cela, le virus déclarera victoire et la population mondiale, en particulier ses couches les plus vulnérables, sera la grande perdante.

C'est dans ce contexte que le Conseil de coordination de programme du Programme conjoint des Nations Unies pour la lutte contre le VIH/sida a demandé au PNUD de créer la Commission Mondiale sur le VIH et le Droit (la Commission)⁴. Cette Commission, une entité indépendante présidée par Fernando Henrique Cardoso, l'ex-président du Brésil⁵, est composée

^c Selon l'Alliance internationale contre le VIH/SIDA, l'expression « populations clés » désigne des groupes de gens les plus susceptibles d'être exposés au VIH ou de le transmettre, et dont l'engagement est essentiel à une réponse réussie au VIH. Dans tous les pays, ces populations clés comprennent des personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des cas, les groupes les plus exposés au VIH comprennent les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), les transsexuels (transgenres), les personnes qui s'injectent des drogues et les travailleurs du sexe ainsi que leurs clients.



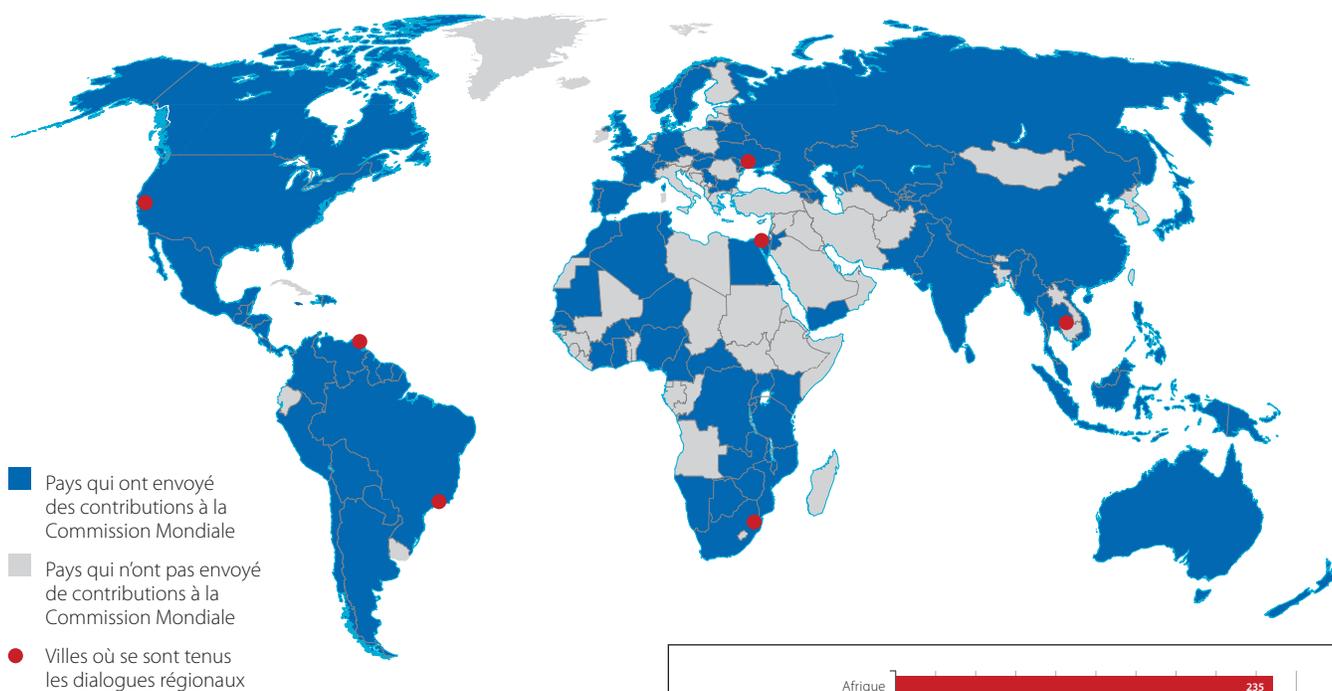
COMMENT LA COMMISSION EST-ELLE PARVENUE À SES CONCLUSIONS

La Commission Mondiale sur le VIH et le Droit s'est engagée dans un processus rigoureux et de grande envergure de recherche, d'analyse et de délibération. Elle a eu recours à des données de santé publique, à l'analyse juridique, à la recherche qualitative et à des consultations avec les communautés pour mieux comprendre la façon dont les environnements juridiques influencent l'épidémie du VIH. La Commission est pleinement consciente que l'existence des lois se justifie par d'importantes raisons qui dépassent le domaine de la santé publique : la protection et la promotion des droits de l'homme, le maintien de l'ordre public et la sécurité, et la réglementation du commerce. C'est ainsi que la Commission a également étudié la mesure dans laquelle les lois liées au VIH, tant en théorie qu'en pratique, sont en cohérence avec les droits de l'homme et d'autres normes juridiques.

La Commission a reçu l'appui d'un Groupe de Conseillers Techniques⁶, qui a passé en revue et analysé les constats existants dans les domaines juridiques et de santé publique, et qui a également commandé l'analyse originale. Ce processus a été complété par des consultations de grande envergure, avec pour résultats l'examen de 680 soumissions écrites provenant de plus de 1000 auteurs dans 140 pays. Sept dialogues régionaux⁷ ont été organisés (dont le plus important était en Afrique) pour partager les constats et les expériences, et les discuter. Par le biais de ces dialogues, les membres de la Commission ont entendu les voix de plus de 700 personnes les plus affectées par des lois liées au VIH. Ces voix étaient celles de personnes vivant avec le VIH, de personnes poursuivies pour des chefs d'accusation liés au VIH, des directeurs de prison, des membres de la police, des ministres de la Justice, de la Santé et de l'Intérieur, ainsi que des agents de la santé publique et des autorités religieuses. Des organisations de juristes, des spécialistes des droits de l'homme et de la femme, des compagnies pharmaceutiques et des théologiens ont été appelés à fournir des rapports spéciaux. Finalement, les membres de la Commission ont consulté la large gamme d'analyses de constats directement liés au VIH et à la santé contenue dans les travaux existants en matière de droits de l'homme, dont les travaux des rapporteurs spéciaux sur « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible » et sur la « violence à l'égard des femmes ». À l'exception de ceux pour lesquels la confidentialité a été requise, les rapports écrits⁸, les procès-verbaux des dialogues, les documents de discussion et leurs sources peuvent être consultés sur www.hivlawcommission.org.

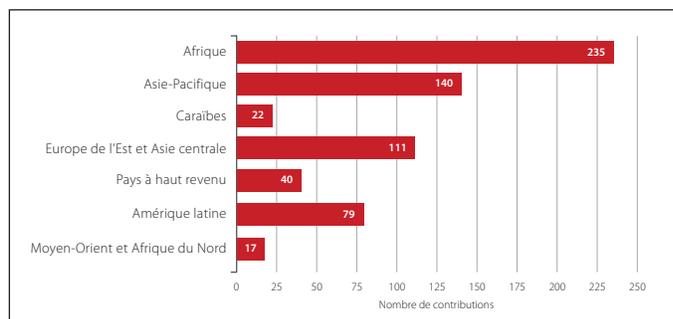
Prises dans leur ensemble, ces sources forment une preuve convaincante de l'influence profonde des lois sur le VIH et les relations inextricables entre le respect pour la dignité humaine et des réponses efficaces et durables au VIH. C'est pourquoi la Commission a ancré ses recommandations à la fois dans des éléments probants indéniables de santé publique et dans les normes en matière de droits de l'homme. La plupart de ces recommandations sont destinées à des « pays », un terme qui recouvre non seulement les chefs d'État, les parlementaires et les autres acteurs politiques, mais aussi le corps judiciaire, les gardiens de l'ordre public, les autorités municipales, le secteur privé et la société civile. Les États ont l'obligation spécifique de protéger et de promouvoir les droits de l'homme, mais seul un effort concerté de l'ensemble de la société permettra de faire progresser la santé publique et la justice sociale.

CONTRIBUTIONS ÉCRITES REÇUES PAR LA COMMISSION



Note : Nombre total de contributions : 680, dont 644 reçues au cours des dialogues régionaux et 36 contributions spécialisées soumises par des experts et des organisations spécialisées dans le domaine du VIH, la santé et le droit.

Sources : Contributions reçues entre novembre 2010 et octobre 2011, y compris toutes les contributions provenant des dialogues régionaux et les contributions spécialisées. La carte du monde s'inspire de AIDS-Free World.



de 14 personnalités éminentes provenant de toutes les régions du monde, et est appuyée par un groupe de conseillers techniques qui comprend des personnes vivant avec le VIH, des membres des communautés affectées et des experts dans les domaines juridiques, santé publique, droits de l'homme et VIH.

Sur la base d'une analyse identifiant les domaines où les lois étaient susceptibles de transformer les réponses au sida et de réduire l'épidémie du VIH, la Commission a centré ses recherches sur : (1) les lois et pratiques qui criminalisent les personnes vivant avec le VIH et celles les plus vulnérables au VIH ; (2) les lois et pratiques qui favorisent ou atténuent la discrimination à l'égard des femmes ; (3) les lois et pratiques qui facilitent ou empêchent

l'accès à des traitements liés au VIH ; et (4) des questions juridiques propres aux enfants et aux jeunes dans le contexte du VIH.

Souvent les lois paraissent abstraites et lointaines. Souvent aussi, elles sont difficiles à comprendre. Mais la réalité quotidienne qu'elles gouvernent est décrite par la voix de ceux qui ont informé la Commission au cours de son enquête. Pour les personnes vivant avec le VIH, pour leurs familles et leurs communautés, pour les populations clés et celles vulnérables au VIH, les lois ne sont ni abstraites ni lointaines. Elles ont pour visage le harcèlement policier ou des seringues propres, les cellules de prison ou les groupes d'auto-assistance ; en d'autres termes, la loi peut être l'instrument qui torture ou la main qui guérit.

LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION

Des lois qui protègent la santé et la dignité



Source : UNDP/Sarah Mwilima/Namibia

En 2009, j'ai pris connaissance de ma séropositivité. J'étais invité à la télévision en tant que joueur professionnel de football. Le père de ma copine a vu l'interview et découvert que j'étais séropositif. À partir de ce moment, il lui a dit qu'il ne pouvait pas accepter notre relation. Son père (un agent de police) est venu m'arrêter à 7h00 du matin à mon domicile. Comme je connaissais certains de mes droits, ils m'ont donc frappé et incarcéré au poste de police. Ça allait mal. Ils m'ont gardé en détention jusqu'à ce qu'une association des droits de l'homme vienne manifester au poste de police. J'ai alors été libéré. Cet épisode m'a impressionné pour la vie. J'ai des raisons d'être amer mais je me battraï jusqu'au bout.

Noubissi Charles Domingo, RéCAP+, Cameroun, Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011

LES DROITS DE L'HOMME : LES FONDEMENTS DE L'ÉGALITÉ

L'égalité et la non-discrimination, principes inviolables contenus dans tous les grands accords internationaux relatifs aux droits de l'homme, sont les piliers sur lesquels reposent tous les autres droits de l'homme⁹. Bien qu'il n'existe pas de loi internationale contraignante qui interdise expressément la discrimination sur la base du statut VIH, ces deux principes guident et appuient la dénonciation de la discrimination sur base du statut VIH à l'encontre des personnes affectées par le virus.

LÉGISLATION NATIONALE ET ACTIONS EN JUSTICE

Tous les pays disposent d'un cadre juridique, quelle qu'en soit la forme, pour la protection et la promotion des droits de l'homme et pour décourager les pratiques discriminatoires. Plusieurs ont ratifié un voire plusieurs des neuf principaux instruments internationaux¹⁰ ou régionaux relatifs aux droits de l'homme¹¹. Plusieurs vont plus loin et proscrivent la discrimination liée au VIH. Dans

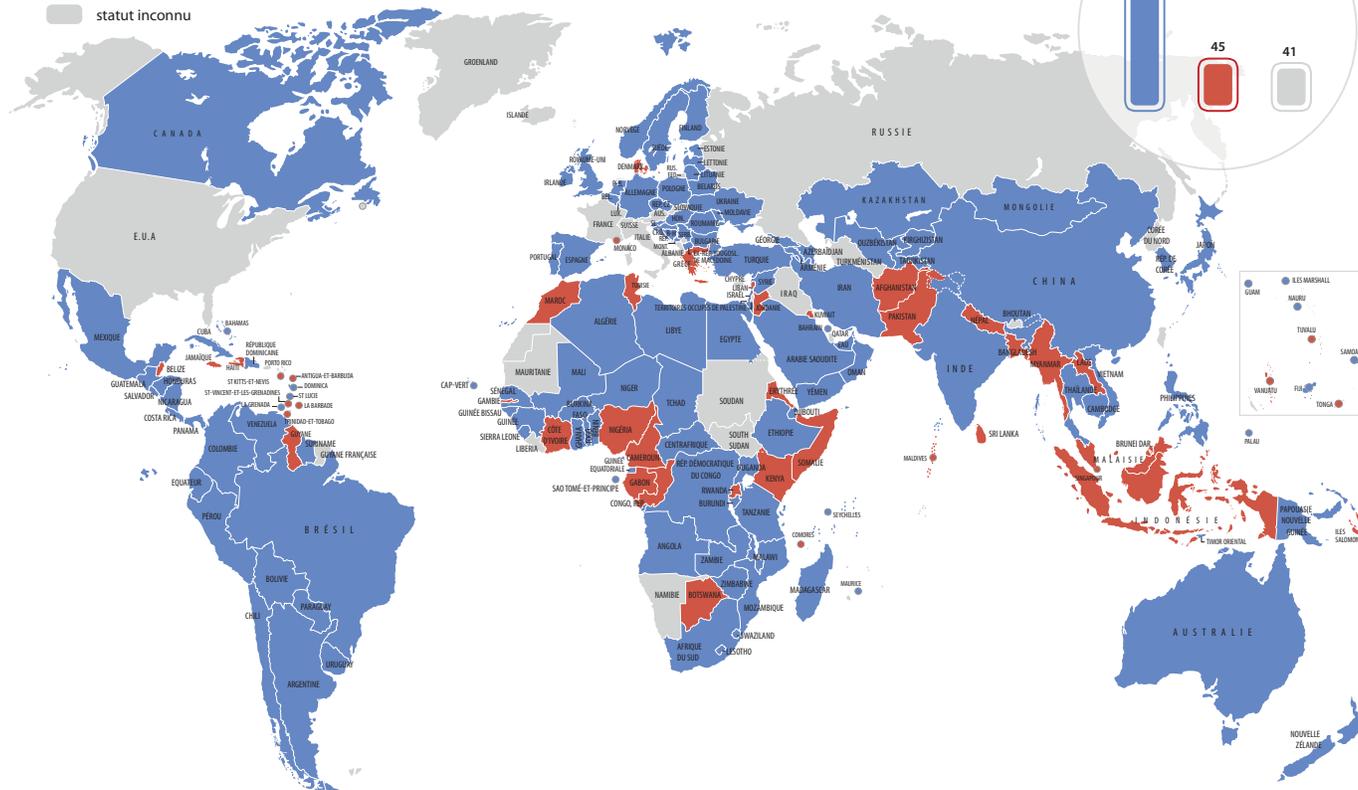
leur Déclaration d'engagement de 2011 sur le VIH et le sida, et dans leurs déclarations politiques de 2006 et de 2011 sur le VIH et le sida, les États membres de l'Assemblée Générale des Nations Unies se sont engagés à avoir recours aux lois pour lutter contre toute forme de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH¹². La Commission Interaméricaine sur les Droits de l'Homme¹³ et l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe ont également participé à cet effort pour interdire une telle discrimination¹⁴.

Certaines des lois contre la discrimination sont fondées sur les constitutions nationales ; d'autres prennent appui sur la jurisprudence ou des règles religieuses reconnues par l'État, telles que la notion de vie privée dans la charia. Sur les 168 pays étudiés par l'ONUSIDA, 123 ont indiqué qu'ils avaient adopté des mesures législatives interdisant la discrimination basée sur le VIH¹⁵. 111 pays disposent de lois ou réglementations contre la discrimination qui, au minimum, protègent des populations spécifiques sur la base de leur vulnérabilité au VIH¹⁶.

REFUGE JURIDIQUE

Lois protégeant contre la discrimination liée au VIH

- pays ayant des lois ou réglementations
- pays n'ayant pas de lois ou réglementations
- statut inconnu



Sources : Faire contribuer la loi à la lutte contre le VIH : Aperçu par pays préparé par l'ONUSIDA des lois qui appuient ou bloquent l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui en matière de VIH, 2010. Note d'information des parlementaires sur le VIH et le sida : Faire contribuer la loi à la lutte contre le VIH. Union interparlementaire (UIP), ONUSIDA, PNUD, 2011.

LA LETTRE DE LA LOI

Philippines – Loi de 1998 sur le contrôle et la prévention du sida¹⁷

« [T]oute discrimination, aussi subtile soit-elle, contre les personnes infectées par le VIH ou présumées ou perçues comme telles, est considérée comme hostile à la personne visée et à l'intérêt national ». La loi interdit de façon spécifique la discrimination sur le lieu du travail, dans les écoles, au cours de voyages et dans les habitations, les services publics, les services d'assurance et de crédit, les hôpitaux et autres institutions de santé, et les services de pompes funèbres.

Bahamas – Loi de 2001 sur l'emploi¹⁸

« Aucun employeur ou personne agissant pour le compte d'un employeur n'exercera à l'égard d'un employé ou d'un demandeur d'emploi de discrimination fondée sur la race, la croyance, le sexe, l'état civil, l'opinion politique, l'âge ou le VIH et sida ».

Australie – Loi de 1997 contre la discrimination¹⁹

Il est illégal pour une personne de « poser un acte public qui incite à la haine, qui est susceptible d'insulter, d'humilier, de blesser ou d'intimider » toute personne séropositive ou considérée comme telle.

MORT ÉCONOMIQUE

Hoffmann contre South African Airways^{20*}

La compagnie aérienne South African Airways avait pour politique de ne pas recruter d'agents de bord séropositifs. La Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud a renversé cette politique, et a stipulé que l'interdiction d'emploi généralisée de personnes séropositives contrevenait au principe constitutionnel de l'égalité.



Les personnes vivant avec le VIH ne peuvent pas être « condamnées à une mort économique » par déni d'égalité dans la recherche d'un emploi, a déclaré la Cour, qui a ajouté que les personnes séropositives jouissent d'une protection spéciale contre la discrimination au titre de la Loi sur l'égalité en matière d'emploi. Le jugement de la Cour a invoqué le principe d'*ubuntu*, un mot zoulou qui exprime la reconnaissance de la valeur de l'être humain et le respect de la dignité de tout un chacun.

* Cas CCT 17/00 (2000); 2001 (1) SA 1 (CC); 2000 (11) BCLR 1235 (CC)

Plus précisément, les défenseurs et les législateurs ont eu recours à la catégorie « autre statut » pour protéger les droits des personnes séropositives, réelles ou présumées, leurs enfants et leurs parents²⁷. La Commission des Nations Unies sur les droits de l'homme a confirmé sans équivoque que l'expression « autre statut », une catégorie fréquemment utilisée dans la législation relative aux droits de l'homme portant sur des classes non désignées devant être protégées contre toute discrimination, doit être interprétée de manière à couvrir l'état de santé, y compris le statut VIH²². Les protections contre la discrimination sur la base du handicap peuvent également servir les personnes vivant avec le VIH, même s'il n'existe pas de définition universellement acceptée de ce terme. Plus particulièrement, la Convention relative aux droits des personnes handicapées comporte un « modèle social » du handicap suffisamment large pour intégrer le VIH et le sida²³.

Dans certains pays, la Cour suprême a décidé que les lois interdisant la discrimination sur la base du handicap s'appliquaient également aux personnes vivant avec le VIH sur la base de leur statut sérologique, que le handicap soit réel ou perçu comme tel²⁴. Par exemple, la Cour suprême

des États-Unis a jugé que les personnes vivant avec le VIH sont protégées en vertu de la loi américaine en faveur des personnes handicapées²⁵.

Dans le cas où aucune loi anti-discrimination basée sur le VIH n'existe, les tribunaux nationaux ont souvent eu recours aux garanties constitutionnelles de dignité et d'égalité pour proscrire toute pratique discriminatoire. Lorsque des personnes séropositives ont été interdites d'accès aux piscines publiques, restaurants, garderies ou services de santé, des interdictions souvent justifiées par la notion de protection de la santé des autres, des tribunaux sont intervenus pour renverser ces politiques. Certains tribunaux ont également invoqué les droits à la subsistance et à l'égalité en matière de recrutement, ainsi que le droit au « meilleur état de santé susceptible d'être atteint », un droit internationalement reconnu.

MISE EN APPLICATION NÉGLIGÉE ET MÉPRIS DES LOIS

Le plus souvent, les lois nationales obligent un pays à garantir l'égalité, la liberté et la santé, des droits de l'homme internationalement reconnus. Cependant, pour de nombreuses raisons (le manque de ressources, le chaos politique ou les

« La constitution de la République dominicaine prévoit l'existence d'un Bureau de médiateur (Ombudsman), mais personne n'a été nommé à ce poste, et aucune ressource pour son fonctionnement n'a été spécifiée et prévue ».

Salvador E. Estepan, République Dominicaine, Dialogue régional de l'Amérique latine, 26–27 juin 2011

interprétations de la religion), certains gouvernements n'honorent pas ces obligations. Bien que des lois nationales proscrivent la discrimination, elles sont souvent ignorées, mises en œuvre de façon laxiste ou agressivement méprisées. Au sein des institutions publiques et dans leur domicile²⁶, des personnes atteintes du VIH souffrent de stigmatisation, de discrimination, de marginalisation et de violence verbale et physique²⁷. Ces situations sont souvent aggravées par la bigoterie (sur la base du sexe, du genre, de l'orientation sexuelle, de l'origine sociale, de l'occupation, de la race ou du fait d'être considéré comme une personne qui se drogue ou pratique la prostitution) et vont également affecter leur famille. Les enfants des travailleurs du sexe et des personnes qui se droguent sont souvent victimes de brimade de la part d'autres enfants. Les enfants de parent séropositif risquent aussi de se voir exclus de leur école²⁸. De nombreuses personnes vivant avec le VIH découvrent qu'elles n'ont aucun recours, personne à qui formuler une plainte et aucun accès à une autorité compétente susceptible de remédier au problème.

Pour une véritable mise en application des lois, l'État doit intervenir dans l'éducation des agents de santé, des juristes, des employeurs et des syndicalistes, et du corps enseignant sur leurs responsabilités légales de garantir l'inclusion et l'égalité. Il est nécessaire de sensibiliser les personnes vivant avec le VIH ou affectées par ce der-

nier sur leurs droits. L'idéal juridique en termes de non-discrimination doit être défendu par la mise en application : un accès rapide et abordable à des mécanismes de recours en cas de violation, y compris des services juridiques abordables et accessibles, et la confidentialité des procédures.

PLAIDOYER POUR L'ÉGALITÉ

La discrimination suscite de plus en plus des réactions d'opposition. On constate des formations de groupes d'intérêt avec pour motivation de renforcer la reconnaissance juridique des droits des personnes séropositives et d'offrir une assistance juridique à ceux dont les droits ont été violés. Par exemple, en Algérie, l'Association de Protection Contre le Sida (APCS) et Le Fond pour les Droits Humains Mondiaux (FDHM), avec l'aide d'avocats bénévoles, porte des cas de litiges pour discrimination devant les tribunaux pour le compte de HSH, de femmes vulnérables affectées par le VIH et d'émigrés vivant en Algérie, qui n'auraient jamais eu l'occasion de se faire entendre²⁹. Le rapport du groupe de personnalités éminentes du Commonwealth publié fin 2011 inclut une recommandation à l'attention des gouvernements du Commonwealth pour le retrait des lois discriminatoires qui bloquent des réponses efficaces au VIH³⁰.

Poussés par les pressions exercées sur les gouvernements, des ministères ont exigé de la part des employeurs et des entreprises

traitant avec le public de faire preuve d'égalité dans le traitement des personnes vivant avec le VIH. Au début de 2010, la ministre française des Finances, Christine Lagarde, a demandé aux compagnies d'assurances et de crédit d'examiner et d'amender leurs politiques en matière de pension, d'assurance-maladie, de prestations de décès et de décaissement des prêts avec pour objectif d'améliorer le bien-être social des personnes vivant avec le VIH³¹. C'est ainsi que le 1er février 2011, Christine Lagarde, Xavier Bertrand, le ministre du Travail, et Roselyne Bachelot, la ministre des Affaires sociales ont cosigné la convention AERAS 2011 qui garantit

l'accès à l'emprunt, à la retraite, à l'assurance-maladie et à d'autres bénéfices aux personnes souffrant de pathologies graves, y compris les personnes vivant avec le VIH. Cette convention est entrée en vigueur le 1er mars 2011³². Au Burkina Faso, le ministère du Travail et de la Sécurité sociale et l'Organisation Internationale du Travail, en collaboration avec les organisations de patronat et des travailleurs, élaborent un cadre juridique et politique favorisant la prévention du VIH et la protection des droits des travailleurs en rapport avec le VIH et le sida. Leurs efforts s'étendent au-delà du secteur moderne public et privé pour couvrir l'économie informelle³³.

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une réponse efficace et durable au VIH, qui soit en cohérence avec les obligations en matière de droits de l'homme :

- 1.1. Les pays devront faire en sorte que leurs politiques, stratégies, plans et programmes nationaux prévoient une action efficace et ciblée d'appui à des environnements juridiques favorables, en tenant compte des lois officielles, de la mise en application des lois et de l'accès à la justice. Tous les pays devront abroger des lois punitives et promulguées des lois protectrices visant à protéger et à promouvoir les droits de l'homme, à améliorer la prestation de services de prévention et de traitement du VIH et leur accès, et à rehausser le rapport coût-efficacité de ces efforts.
- 1.2. À moins qu'ils ne l'aient déjà fait, les pays devront interdire de façon explicite la discrimination sur la base du statut VIH, qu'il soit réel ou perçu, et garantir la mise en application des engagements et garanties constitutionnelles existants. Les pays devront également s'assurer que les lois et réglementations anti-discrimination et portant sur la participation, la divulgation d'informations et la prestation de services de santé ciblent les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les personnes exposées au risque d'infection par le VIH.
- 1.3. Les donateurs, la société civile, les acteurs du secteur privé et les Nations Unies devront exiger de la part des gouvernements le respect de leurs engagements en matière de droits de l'homme. Des groupes extérieurs au gouvernement auront à élaborer et mettre en œuvre des politiques et pratiques en matière de VIH fondées sur des droits, et à financer des actions de réforme de lois liées au VIH, de mise en application de lois et d'accès à la justice. Ces efforts comprennent l'éducation des personnes sur leurs droits et sur les lois, ainsi que la lutte contre le stigmata et la discrimination au sein des familles, des communautés et des lieux du travail.

PÉNALISER LA VULNÉRABILITÉ

Pénalisation de la transmission du VIH, de l'exposition à celui-ci et de sa non-divulagation



Source : www.photos.com

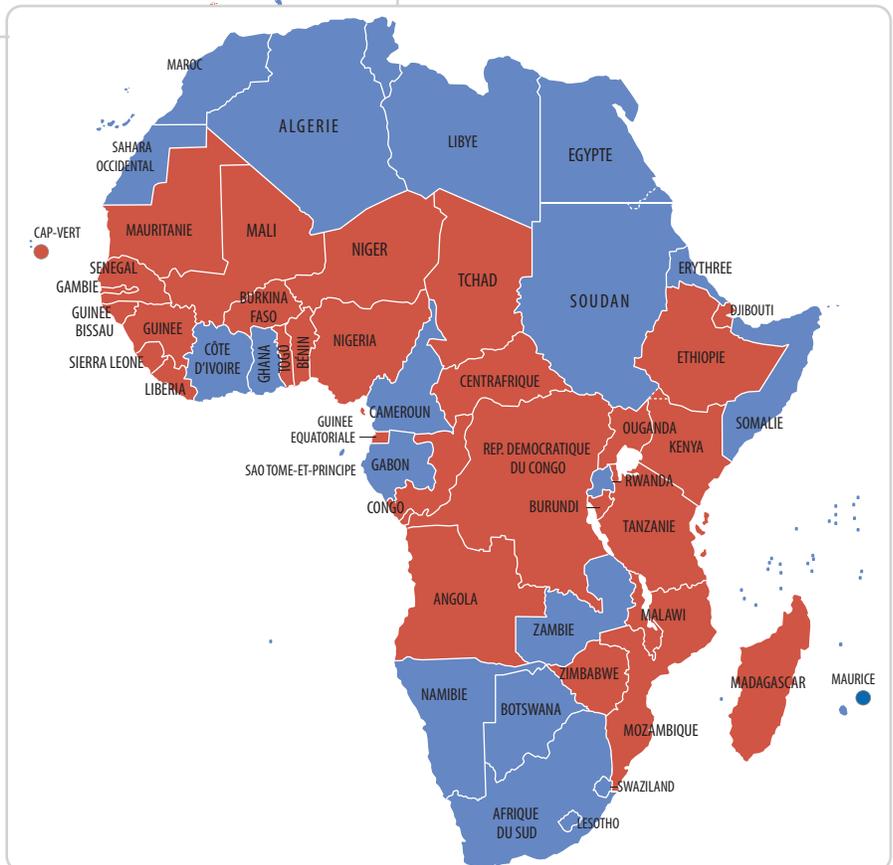
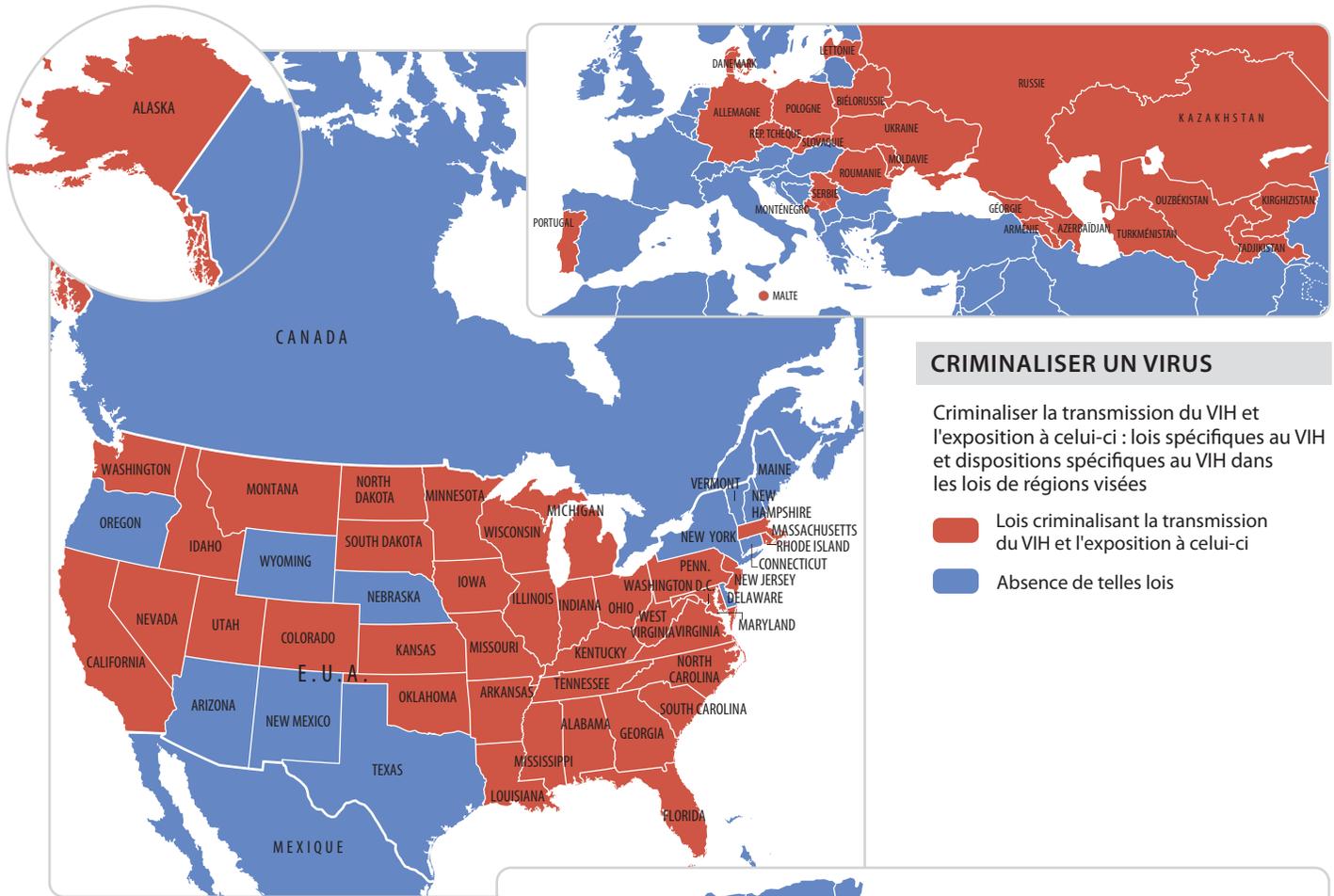
Dans une grande partie du monde, les lois considèrent l'exposition au risque de transmission ou la transmission du VIH, surtout, par voie sexuelle comme un crime. Ces lois sont fondamentalement injustes, moralement dangereuses et pratiquement impossibles à mettre en application³⁴ avec un semblant d'équité. Elles imposent des conditions de surveillance et des sanctions aux personnes vivant avec le VIH sexuellement actives³⁵, non seulement au niveau de leurs relations intimes ou de leur vie maternelle et reproductive, mais aussi au niveau de leurs activités professionnelles.

Les partisans de la pénalisation affirment que de cette manière, ils contribuent à favoriser la santé publique et la moralité. Même si certains sont animés de bonnes intentions, bien qu'insensées, comme celles de protéger les droits et la santé

Malgré la description qu'en donnent les législateurs et les procureurs . . . Ce n'est pas la transmission intentionnelle qui est visée par les lois des États, mais bien les relations sexuelles intentionnelles en étant séropositif. . . Les procès-verbaux relatifs à ces affaires évoquent un contexte d'un autre âge et dépassé alors qu'il s'agit en fait d'événements courants de plus en plus fréquents.

Catherine Hanssens, Centre for Law & Policy, États-Unis
d'Amérique Dialogue des pays à revenu élevé, 16–17
septembre 2011

des femmes, la pénalisation n'est en aucun cas une garantie de bien-être. Rien n'indique que les lois qui réglementent le comportement sexuel des personnes vivant avec le VIH ont des effets positifs sur ce dernier³⁶. De plus, ces lois ne prennent pas en compte le succès des traitements antirétroviraux (ART) dans la réduction significative du risque de transmission et dans l'amélioration de la qualité et de la longévité de la vie des personnes infectées³⁷. Selon les organisations de services d'aide aux personnes atteintes du sida, la menace de poursuites judiciaires n'a pas pour effet d'encourager les personnes infectées à éviter la transmission du VIH ou même à se protéger³⁸. En effet, la peur des poursuites judiciaires ne fait que les isoler et les décourage à se soumettre à un dépistage, à participer à des programmes de prévention ou de traitement et à informer leurs partenaires de leur état de santé³⁹. Le système de justice pénale va à l'encontre du système de soins de santé : le premier étant l'ennemi et le second, l'ami des personnes vulnérables au VIH ou touchées par ce dernier. En



Sources : Analyse globale de la pénalisation, GNP+ Réseau Global des Personnes vivant avec le VIH, 2012.



Source : UNAIDS/D. Kim/Korea

divisant la population entre malades et biens portants, ou entre coupables et innocents, la pénalisation ignore la nature sociale complexe des communautés sexuelles et tend à diluer le sens de responsabilité morale, qui est indispensable à la lutte contre l'épidémie⁴⁰.

Dans certaines juridictions, des infractions générales telles que « l'administration de substances nuisibles » en France ou la tentative d'homicide aux États-Unis, sont appliquées pour pénaliser l'exposition au risque de transmission ou la transmission du VIH⁴¹. D'autres ont choisi de cibler le VIH : les premières lois spécifiques au VIH ont été appliquées en 1987 aux États-Unis, qui ont rapidement été suivies par d'autres pays⁴². La dernière décennie a connu une nouvelle vague de statuts spécifiques au VIH, en particulier en Afrique subsaharienne et dans certaines parties d'Asie et d'Amérique latine⁴³.

Aujourd'hui, plusieurs pays et juridictions à travers le monde ont promulgué des dispositions pénales spécifiques au VIH⁴⁴. Ces statuts existent dans 37 États aux États-Unis⁴⁵. Ils existent aussi dans 27 pays d'Afrique, 13 pays d'Asie et du Pacifique, 11 pays d'Amérique latine et 9 pays européens⁴⁶. Selon le rapport 2010 du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), au moins 600 personnes vivant avec le VIH dans 24 pays⁴⁷ ont été condamnées, la majorité en Amérique du Nord⁴⁸.

« DROITS ET RESPONSABILITÉS »

Au cours des sept dernières années, rien qu'en Afrique, de nombreux pays ont adopté des lois spécifiques au VIH⁴⁹. Dans chaque cas, l'ironie est flagrante : ces lois qui prétendent être fondées sur les principes des droits de l'homme en fait bafouent ces derniers. Cette contradiction à l'échelle du continent a en grande partie pour origine le modèle de loi relative aux IST/VIH/sida pour l'Afrique de l'Ouest et centrale, élaboré au cours d'un atelier tenu à N'Djamena au Tchad en 2004⁵⁰. Ce modèle, conçu pour être un texte de loi en faveur des droits de l'homme visant à combattre la discrimination et à s'attaquer au dépistage du VIH, utilise une approche fondée sur les « droits et responsabilité ». Par exemple, il garantit des services de consultation de pré- et post-dépistage, ainsi qu'une protection contre la discrimination en matière d'emploi et d'assurance pour les personnes séropositives. Mais en même temps, ce texte donne aux personnes séropositives la responsabilité juridique de divulguer leur statut VIH à tous leurs partenaires sexuels, et de prendre des mesures actives pour prévenir la transmission. Le non-respect de cette obligation entraîne des sanctions pénales.

Certaines juridictions sanctionnent l'exposition, même s'il n'y a pas eu transmission du VIH, tandis que d'autres punissent la transmission même si la personne utilise un préservatif ; des poursuites judiciaires sont entamées en dépit du fait qu'il soit impossible médicalement de déterminer qui a infecté qui. Vu que les ART réduisent de façon significative la probabilité de transmission, c'est donc l'accès au traitement, et non la pénalisation, qui démontre une efficacité dans la réduction de l'infection⁵¹.

DES POURSUITES JUDICIAIRES CONTRE QUOI ...

Les rapports sexuels constituent la principale « activité criminelle » des personnes séroposi-

« L'impact de la pénalisation des personnes vivant avec le VIH est, en fin de compte, destructeur et porteur de discorde, car il crée le sentiment qu'il existe de « bonnes » personnes séropositives par opposition à de « mauvaises » personnes séropositives. Les personnes qui ont porté plainte à la police avec l'appui du système de justice pénale pensent qu'elles doivent être averties lorsque leur partenaire sexuel est séropositif. Néanmoins, on ne peut ignorer les énormes difficultés rencontrées au moment de divulguer cette information très sensible à des personnes en qui nous n'avons pas confiance ; la dénégation profonde qui survient au moment du diagnostic ; le sentiment de malaise au moment d'acheter ou d'utiliser des préservatifs ; ou encore le fait que ceux d'entre nous en traitement ont moins de risque de transmettre que les personnes non diagnostiquées qui, elles, ne peuvent pas avertir leur partenaire ».

Edwin J. Bernard, Allemagne, Dialogue des pays à revenu élevé, 16–17 septembre 2011

tives. Les lois en la matière peuvent être excessivement générales et leurs sanctions, draconiennes. Par exemple, les lois des Bermudes considèrent comme un crime tout contact sexuel de quelque sorte qu'il soit par des personnes vivant avec le VIH, dans lequel des fluides corporels sont susceptibles de passer d'une personne à l'autre⁵². C'est ainsi que deux personnes ont été condamnées à 10 ans de prison, alors que dans chacun des cas il n'y a pas eu transmission du VIH⁵³. À Singapour, la loi est encore plus sévère : les personnes qui ont des raisons de croire qu'elles sont séropositives ou qui pourraient avoir été exposées à un risque substantiel de transmission risquent 10 ans de prison, si elles sont condamnées pour avoir eu des rapports sexuels sans avoir informé leurs partenaires du risque possible de transmission ou si elles n'ont pas pris des précautions contre la transmission⁵⁴.

Mais les relations sexuelles ne représentent pas le seul « crime » pour lequel des personnes séropositives pourraient être punies. Certaines personnes ont été poursuivies pour avoir craché ou mordu. Les défenseurs des personnes séropositives craignent que le simple fait pour une femme d'être enceinte ou d'allaiter lorsqu'elle est infectée par le VIH puisse lui valoir la prison. Dans de nombreux codes, les dispositions pénales ont un caractère extraordinaire de par la surveillance personnelle qu'elles impliquent et de par le poids

disproportionné des sanctions qu'elles peuvent imposer.

... ET CONTRE QUI

En 2008, au Texas, États-Unis, un Afro-Américain sans-domicile fixe, mentalement malade, et vivant avec le VIH, a craché sur l'agent de police qui l'arrêtait pour ivresse sur la voie publique. Le jury du tribunal persuadé que sa salive était une arme mortelle⁵⁵, l'a condamné à 35 ans de prison alors que le VIH n'est pas transmissible par la salive. En 1998, un prisonnier séropositif au Minnesota a été condamné pour avoir mordu un gardien de prison. Sa bouche et ses dents ont été définies comme étant « une arme mortelle et dangereuse »⁵⁶.

Au Danemark, en Estonie, en Finlande, au Royaume-Uni, et en Suède, les émigrés et les demandeurs d'asile ont été disproportionnellement représentés parmi ceux qui ont été poursuivis pour transmission du VIH ou exposition à ce dernier⁵⁷. Dans certaines juridictions, les personnes séropositives condamnées pour des crimes comme le viol peuvent faire l'objet de sentences plus lourdes, car leur séropositivité est considérée comme un facteur aggravant, à l'instar de l'utilisation d'une arme dans la perpétration d'un crime⁵⁸.

Comme l'illustrent les derniers exemples ci-dessus, ces lois pénales contre la transmission et l'ex-

APRÈS RÉFLEXION

Le Danemark reconsidère des lois connues pour leur sévérité

Jusqu'en 2011, le Danemark disposait des lois les plus sévères en matière de pénalisation du VIH. L'article 252 (2) du Code pénal rendait passible de sanctions toute personne séropositive qui, volontairement ou par négligence, infectait ou exposait une autre personne au risque d'infection. Ce qui signifie qu'une personne pouvait être reconnue coupable même en l'absence de transmission. Ce texte de loi illustre exactement l'avertissement lancé par l'ONUSIDA et le PNUD⁵⁹. Une coalition de personnes vivant avec le VIH, d'experts médicaux et de juristes avait exercé de fortes pressions sur le gouvernement, en indiquant que l'ART réduisait aujourd'hui de façon significative le risque de transmission et permettait à la plupart des personnes séropositives de vivre de longues années en bonne santé. En février 2011, le gouvernement a suspendu cette loi et a mis en place un groupe de travail pour soit la réviser, soit l'abolir purement et simplement sur la base de nouveaux éléments scientifiques⁶⁰.



position sont souvent arbitraires et s'appliquent de façon disproportionnée à ceux qui sont déjà considérés par nature comme des criminels⁶¹. Tous deux reflètent et perpétuent des inégalités sociales existantes.

La couverture des médias à sensation autour des procès portant sur la transmission du VIH a tendance à faire apparaître les « coupables » de cette transmission comme étant plus malveillants et dangereux qu'ils ne le sont en réalité. Sarah Jane Porter, une Anglaise, mère célibataire de 43 ans et réceptionniste dans un salon de coiffure, a été condamnée en 2006 à une peine de 30 mois de prison pour lésion corporelle grave en transmettant le VIH à son ex-compagnon. La presse l'a dépeinte comme une personne aux mœurs dissolues qui auraient cherché à se « venger du sida » en se déchaînant contre des hommes noirs comme le père de son fils qui lui avait transmis le VIH. La police, estimant qu'elle avait fait probablement des douzaines de victimes, avait lancé un appel national à des accusateurs éventuels. Sur les quatre accusateurs contactés par la police, trois se sont avérés séronégatifs. Alors qu'il décrivait Porter comme étant une personne « sans

cœur » et « manipulatrice », le ministère public faisait l'éloge de ses accusateurs en les décrivant comme étant « des hommes intelligents, professionnels et décents essayant de faire de leur mieux dans la vie ». Au même moment, les amis et voisins de Porter la décrivaient comme une mère surmenée et tranquille, qui avait eu des relations sexuelles non protégées sur la demande de son compagnon. Le seul « crime » dont elle a été vraiment coupable est de refuser de reconnaître son propre statut VIH, la véritable raison qui l'avait poussée à ne pas en informer ses autres partenaires⁶².

Les partisans de la pénalisation font souvent valoir que cette dernière est nécessaire à la protection des femmes, en particulier les conjointes monogames, contre le risque d'une infection VIH par leurs partenaires sexuels masculins. En réalité, les lois qui la sous-tendent transforment en criminelles ces mêmes femmes que ces lois prétendent protéger⁶³. C'est ainsi que des mères séropositives sont considérées comme criminelles au titre de toutes les lois liées au VIH en Afrique de l'Ouest et centrale, car elles leur interdisent d'être enceintes ou d'allaiter de crainte

que la mère ne transmette le virus au fœtus ou au bébé⁶⁴. Ces lois ne prennent pas en compte le fait qu'une femme est souvent dans l'incapacité de divulguer son statut VIH ou d'exiger l'utilisation d'un préservatif de crainte de se voir battue, maltraitée ou abandonnée par son mari ou partenaire, ou de voir la divulgation de son statut se retourner contre elle aux fins de revanche ou de coercition⁶⁵. De plus, l'idée qu'une femme puisse transmettre de façon intentionnelle le VIH à son enfant est tellement peu probable qu'elle frôle l'absurde.

EXISTE-T-IL DES CAS OÙ LA PÉNALISATION EST JUSTIFIÉE ?

La pénalisation ne peut se justifier qu'à une seule condition : lorsqu'une personne transmet ou expose une autre personne *de façon délibérée et par malveillance* avec comme but déclaré de faire du mal. Si tel est le cas, les lois existantes qui punissent l'agression, l'homicide et la perpétration de blessures corporelles ou qui permettent d'intervenir lorsqu'une personne propage des maladies contagieuses⁶⁶ suffisent à poursuivre ces cas exceptionnels. Il n'est pas nécessaire de définir des délits spécifiques au VIH. Le faire est en fait en contradiction avec les normes internationales en matière de droits de l'homme. Par exemple, dans les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de l'homme, la Directive 4 demande aux États de s'assurer que leur législation pénale « ne soit pas indûment utilisée dans le contexte du VIH/SIDA ou à l'encontre de groupes vulnérables »⁶⁷.

Ceci étant dit, les poursuites judiciaires au titre de ces lois sont pratiquement impossibles. La

transmission délibérée est difficile à prouver dans le contexte de relations sexuelles avec consentement. Alléguer « l'imprudence délibérée » ou la transmission par « négligence » est également problématique⁶⁸. Il faut en effet prouver l'état d'esprit de l'accusé en recueillant des témoignages de professionnels de la santé, des journaux intimes ou des courriels qui pourraient fournir des indications sur les pensées de l'accusé. L'ONUSIDA et le PNUD ont exhorté les gouvernements à limiter la criminalisation au cas où une personne est consciente de sa séropositivité, agit avec l'intention de transmettre le VIH et le transmet réellement. Cependant, la plupart des systèmes juridiques occidentaux admettent le consentement comme moyen de défense, ce qui empêchera de poursuivre, par exemple, des maris catholiques séropositifs dont l'épouse a consenti au risque de transmission pour éviter d'enfreindre les interdictions religieuses relatives aux rapports sexuels non procréatifs⁶⁹.

Il existe d'innombrables autres considérations. L'accusée connaissait-elle son statut VIH ?⁷⁰ Savait-elle comment le VIH était transmis ? Pensait-elle que son partenaire était déjà au courant de son statut ou avait donné son consentement à des rapports sexuels non protégés ? L'accusée était-elle menacée de violence par le plaignant et par conséquent incapable de divulguer son statut ou d'avoir des rapports sexuels mieux protégés ? Est-il établi que ce soit l'accusée qui a transmis le VIH au plaignant ? L'analyse phylogénétique⁷¹; ^d qui permet d'établir que le sous-type de VIH présent dans le corps de l'accusée est le même que celui présent dans le corps du plaignant est beaucoup trop coûteuse pour de

^d L'analyse phylogénétique examine les petites différences génétiques dans le VIH. À l'inverse de l'ADN humain, qui reste stable pendant toute une vie, l'ARN du VIH change très rapidement, avec pour résultats une énorme diversité génétique. L'analyse phylogénétique se limite à déterminer le degré de parenté entre deux échantillons de VIH. Elle ne peut pas confirmer de « lien définitif ».

nombreux pays à faible niveau de ressources. De plus, cette analyse ne fournit aucune preuve irréfutable sur le vrai responsable (qui a infecté qui).

DIFFÉRENTES QUESTIONS, DIFFÉRENTES LOIS

Les organes internationaux et les gouvernements nationaux commencent à reconnaître l'injustice des lois prônant une criminalisation généralisée du VIH et à les revoir pour qu'elles visent de façon précise les actes commis de façon délibérée ou par malveillance. L'ONUSIDA a publié des recommandations qui comprennent de nouvelles formulations de certaines des dispositions du modèle de loi de N'Djamena de façon à les rendre plus précises⁷². Au cours de ces quelques dernières années, la Guinée, le Togo et le Sénégal ont revu leur législation en matière de VIH ou ont adopté de nouvelles lois qui confinent l'utilisation du Code pénal à des cas exceptionnels de transmission délibérée⁷³. Le groupe d'experts finlandais sur le VIH a récemment entamé des efforts pour modifier les lois de façon à éviter des politiques qui encouragent la stigmatisation et la discrimination liées au VIH⁷⁴. Le Danemark et la

Norvège envisagent également une révision ou l'abolition⁷⁵. En 2011, le *Parliamentary Select Committee* (comité parlementaire spécial) de Guyane a rejeté un projet de loi portant la pénalisation du VIH⁷⁶. Et Maurice a révoqué la criminalisation de la transmission du VIH⁷⁷.

L'arrestation de personnes séropositives qui cherchent le plaisir et l'intimité est une réponse défaitiste et cynique de la capacité des Nations à faire face à l'épidémie. Le triste cas de Sarah Jane Porter (voir plus haut dans ce chapitre) pose de nombreuses questions qui ne sont même pas envisagées par la pénalisation en tant que réponse au VIH. Le père de son fils était-il au courant de son statut VIH, et s'il l'était, pourquoi l'a-t-il persuadée d'avoir des rapports sexuels non protégés ? Et pourquoi y a-t-elle consenti ? Pourquoi a-t-elle refusé d'admettre sa maladie et n'a-t-elle recherché aucun traitement ? Pourquoi est-elle restée passive au cours de sa défense devant le tribunal ? Comment faire pour que des femmes, et des hommes puissent prendre soin d'eux-mêmes et des autres de façon autonome ?

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit en cohérence avec les obligations en matière de droits de l'homme :

- 2.1. Les pays devront s'abstenir de promulguer des lois qui pénalisent de façon explicite la transmission du VIH, l'exposition au VIH ou la non-divulgation du statut VIH. Lorsqu'elles existent, ces lois sont contre-productives et doivent être abolies. Les dispositions de modèles de code qui ont été proposés pour appuyer la promulgation de telles lois doivent être retirées et amendées pour se conformer à ces recommandations.
- 2.2. Les services répressifs doivent s'abstenir de poursuivre des personnes dans des cas de non-divulgation du VIH ou d'exposition à celui-ci s'il n'existe pas de preuve qu'une transmission délibérée ou malveillante a eu lieu. Invoquer des sanctions d'ordre pénal dans des cas de rapports sexuels entre adultes, avec consentement et privés, est disproportionné et contre-productif en termes d'amélioration de la santé publique.
- 2.3. Les pays doivent changer ou abolir toute loi qui de façon explicite ou effective pénalise une transmission verticale du VIH⁷⁸. Pendant que le processus d'examen et d'abolition est en cours, les gouvernements devront instaurer un moratoire sur la mise en exécution de telles lois.
- 2.4. Les pays peuvent de façon légitime poursuivre en justice la transmission du VIH lorsque celle-ci est à la fois réelle et délibérée, en utilisant le Code pénal général, mais les poursuites judiciaires devront se faire avec prudence et exigeront des normes élevées de preuve et d'éléments probants.
- 2.5. Les condamnations de ceux qui ont été poursuivis pour exposition au VIH, non-divulgation et transmission de ce dernier devront être réexaminées. Ces condamnations devront être infirmées ou les accusés devront être immédiatement libérés avec pardon ou actions similaires pour assurer que ces inculpations soient supprimées de leur casier judiciaire ou dans un registre de délinquance sexuelle.

RISQUE + STIGMATE

Populations clés^e



Source : UNAIDS/South Africa

Les expériences vécues par les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues et les LGBT (lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres) montrent l'impossibilité des gouvernements à stigmatiser les personnes d'un côté, et à contribuer simultanément en réalité à réduire leur risque de transmission ou d'exposition au VIH, d'un autre côté.

Anna Forbes, Coalition des travailleurs du sexe, États-Unis. Dialogue des pays à revenu élevé, 16–17 septembre 2011

Pour préserver leur santé et celle des autres, les populations clés à savoir les personnes exposées au risque le plus élevé d'infection à VIH (y compris les HSH, les transgenres, les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogues, les prisonniers et les migrants à risque) doivent avoir accès à une prévention et à un traitement du VIH efficaces, ainsi qu'à du matériel tel que des aiguilles et des seringues stérilisées, des préservatifs et des lubrifiants. De nombreux organismes internationaux considèrent la fourniture de ce matériel comme une obligation inhérente aux droits de l'homme. Cependant, une aiguille ou un préservatif ne sont en réalité qu'une repré-

sentation concrète de ce à quoi les populations clés (comme tout le monde) ont droit : le droit fondamental à la dignité, à l'autonomie et à ne pas subir de maltraitance, ainsi que le droit à un meilleur état de santé physique et mentale possible, indépendamment de la sexualité et du statut juridique⁷⁹.

Certains pays et donateurs n'investissent pas suffisamment dans des équipements peu coûteux susceptibles d'arrêter l'infection ou dans les programmes visant à les promouvoir ou à les distribuer. Certains gouvernements criminalisent même leur possession. Non seulement les

^e Selon International HIV AIDS Alliance, l'expression « population clé » désigne les groupes les plus susceptibles d'être exposés au VIH et de le transmettre, dont la coopération est essentielle à la réussite d'une réponse au VIH. Dans tous les pays, ces populations clés comprennent des personnes vivant avec le VIH. Dans la plupart des cas, les hommes ayant des relations avec des hommes, les transgenres, les consommateurs de drogue par voie intraveineuse et les travailleurs du sexe ainsi que leurs clients présentent des risques plus élevés de transmission au VIH que d'autres groupes.

LES POUVOIRS DE LA FOI

La religion et les communautés religieuses peuvent apporter un secours affectif et un soutien social aux personnes vivant avec le VIH ou qui y sont vulnérables. Les institutions religieuses ont souvent occupé le devant de la scène dans l'offre de soins aux personnes vivant avec le VIH, et certaines jouent un rôle important dans la prévention. Cependant, des interprétations restrictives et répressives de la religion, surtout si elles s'accompagnent de mesures juridiques, peuvent aussi rendre plus vulnérables les personnes les plus exposées au risque en condamnant et en criminalisant leurs identités et leurs comportements. Certains pays invoquent la religion pour se soustraire, au plan international, aux obligations inhérentes aux droits de l'homme sur l'égalité et les interdictions des sanctions inhumaines. C'est le cas par exemple de l'Égypte qui a fait prévaloir son droit de réserve dans le cadre d'un certain nombre d'accords internationaux, dont la CEFDF (le Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes) en estimant que certaines de ses dispositions sont contraires à la Charia⁸⁰.

Récemment, les chrétiens évangéliques pentecôtistes ougandais, avec le soutien de leurs homologues américains, ont fait avancer un projet de loi anti-homosexualité draconien, qui au départ réclamait dans certaines circonstances la peine de mort. Des efforts semblables sont en voie au Malawi, en République du Congo, en Zambie, au Zimbabwe, et en Moldavie⁸¹. En Amérique latine, dans quelques pays africains, aux Philippines et ailleurs, l'Église catholique a interdit l'éducation sexuelle et la distribution des préservatifs et a pris position pour la restriction des droits des personnes séropositives⁸². Et dans son mot de clôture lors de la réunion de haut niveau de 2011 sur le VIH, le Saint-Siège, sous le couvert de paroles de compassion, a en fait blâmé les personnes séropositives dans un langage prévenant à leur égard, en déclarant que « les causes du [VIH/SIDA] reflètent clairement une sérieuse crise des valeurs »⁸³. Exprimant de façon habile le refus par l'Église de mesures de réduction des risques et autres stratégies de prévention pragmatiques éprouvées, y compris même la dignité à laquelle ont droit tous les individus, le porte-parole du Vatican a déclaré : « La prévention doit d'abord et avant tout être axée sur la formation et l'éducation pour un comportement humain responsable ou, en d'autres termes, pour une dignité humaine acquise. »⁸⁴. Par contre, de nombreuses institutions religieuses ont joué un rôle primordial dans la lutte contre l'infection à VIH. En Malaisie, où la consommation de drogues injectables est le principal vecteur de transmission du VIH, le Conseil malaisien de lutte contre le sida a signé un partenariat avec une institution d'État, le département du Développement islamique, en vue de promouvoir des actions de santé publique contre le VIH basées sur des évidences, et de remplacer le conservatisme idéologique par le pragmatisme⁸⁵. La Mauritanie s'est engagée à soutenir les droits de l'homme en travaillant à réconcilier l'imparfait modèle de N'Djamena, très utile malgré ses imperfections, avec la loi islamique. Et le Projet bouddhiste laotien Metta Dhamma collabore avec des communautés dans la prévention et la prise en charge, et apporte un soutien spirituel aux personnes vivant avec le VIH en Asie du Sud-Est⁸⁶.

Il est clair que toutes les principales traditions religieuses ou systèmes juridiques coutumiers contiennent des éléments de doctrine ou théologie qui peuvent servir à lutter contre les formes de discrimination ou d'exclusion, à protéger la vie privée et la santé, et à soutenir les mesures de santé publique qui réduisent les risques des populations clés, des personnes vivant avec le VIH ainsi que des personnes infectées. Malheureusement, de nombreuses traditions religieuses s'appuient sur d'autres éléments de doctrine pour justifier la pénalisation extrêmement sévère de la prostitution, de l'usage des drogues et du comportement homosexuel, allant parfois jusqu'à la peine de mort. La Charia peut être interprétée dans un sens qui confère à l'homme le pouvoir de dominer la femme. Tout ceci contribue à accroître la vulnérabilité au VIH.

Pour soulager les souffrances, la collaboration entre acteurs religieux et laïcs est indispensable en vue de réconcilier les pratiques religieuses avec les principes des droits de l'homme. De telles avancées sont possibles. La notion de droits de l'homme fondamentaux est née de concepts de droit naturel, le plus souvent fondés sur la dignité humaine intrinsèque aux caractéristiques divines de l'humanité.

États ne parviennent pas à assurer la protection des personnes vulnérables au VIH ou à assurer leur accès à la justice, mais les gouvernement et leurs agents se tiennent prêt à contribuer impunément à répandre des messages de haine et de dégoût émanant de la société auxquels s'ajoutent des tabassages, extorsions, tortures, arrestations ciblées ou arbitraires, peines largement disproportionnées par rapport aux infractions présumées, conditions de détention difficiles et maltraitance, au lieu de fournir une protection en cas de violence.

De tels abus sont généralement illégaux, mais ils persistent. Ils ne sont pas le fruit d'actes aberrants de la part d'un petit nombre d'agents de police mal formés. Dans de nombreux cas, la police pose des actes violents et discriminatoires parce que la loi et les attitudes de la société, ne serait-ce que de manière tacite, le leur autorisent, au nom de la sécurité, de l'ordre et de la moralité publics. Lorsque la loi punit l'usage de drogue, le commerce sexuel et certains comportements et identités sexuels, les populations clés ne peuvent ni compter sur la police pour se protéger contre les violences, ni rechercher la réparation judiciaire alors qu'elles sont les victimes de la justice, surtout quand les auteurs de ces actes se

trouvent être des agents de police. Après tout, conformément à la loi, le transgenre ou le travailleur du sexe est le « criminel ». Cette absence de justice renforce le climat d'impunité de la police. Ensemble, les lois répressives, l'application discriminatoire et les obstacles systématiques à la justice sont en violation des droits fondamentaux des populations clés. En fait, ils cautionnent une telle violation dans la pratique.

Cependant, même là où le cadre juridique ne peut être reconstruit, des changements sociaux et même juridiques peuvent être opérés. Aucun gouvernement ne cautionne de manière expresse la brutalité de la police : de tels actes peuvent faire l'objet d'enquêtes et être punis. La stigmatisation et la discrimination, de la même façon, peuvent être combattues, si ce n'est pas par les gouvernements, du moins par les organisations communautaires et les organisations non gouvernementales (ONG). Autant le cycle de la discrimination, de la violence et du désintérêt des gouvernements au sujet des populations clés érige des barrières à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH, autant ces changements progressifs peuvent permettre de surmonter lesdites barrières.

RECOMMANDATIONS

3. Afin d'assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit en cohérence avec les obligations en matière de droits de l'homme, les pays doivent interdire les violences policières contre les populations clés. Les pays doivent également soutenir les programmes qui luttent contre la stigmatisation et la discrimination faites aux populations clés et protéger leurs droits.

3.1 LES CONSOMMATEURS DE DROGUES



Source : UNAIDS/Eastern Europe

À l'époque où je consommais de la drogue, j'ai plusieurs fois été victime de violations des droits de l'homme. Je subissais constamment les pressions de la police. On m'a souvent maltraité et torturé lors des interrogatoires, juste parce que j'étais consommateur de drogue. Alors que je souffrais d'une forte fièvre et d'un abcès, on m'a refusé l'accès à des soins médicaux.

Maxim Demchenko, ONG Lumière de l'espoir – Poltava, Ukraine, Dialogue régional de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale, 18–19 mai 2011

L'un des plus grands dangers liés à l'usage de drogues est le risque élevé de transmission au VIH. Le risque d'infection au VIH est particulièrement élevé pour les 16 millions de personnes dans le monde qui s'injectent des drogues. Des rapports font état que près de 3 millions d'entre elles sont déjà infectées par le VIH, et qu'un nouveau cas d'infection sur dix est dû à la consommation des drogues injectables⁸⁷. Bien que l'échange d'aiguilles et de seringues infectées soit le mode de transmission le plus répandu parmi les consommateurs, d'autres pratiques peuvent aussi exposer les personnes au risque de contamination. L'échange d'autres attirails de drogue pourrait également transmettre le VIH. Par ailleurs, certains types de drogues peuvent conduire à une prise de risque plus élevée sur le plan sexuel⁸⁸.

Outre le VIH, la consommation abusive ou la dépendance peut causer bien d'autres dommages à la santé et à la vie même des consommateurs. Cependant, la drogue et le manque d'accès aux services de lutte contre le VIH et aux soins de santé destinés aux consommateurs de drogues

ne constituent pas les seuls dangers pour ces consommateurs⁸⁹. L'application de lois répressives contre les usagers de drogues, qui ne représentent aucun danger pour les autres, favorise la propagation du VIH et prive les consommateurs d'accès aux services de lutte contre le VIH et aux soins de santé⁹⁰.

Le VIH peut se transmettre entre des personnes consommant de la drogue à travers des injections au moyen d'instruments non stérilisés, tels que des aiguilles partagées contenant des traces de sang infecté par le VIH. Si des personnes séropositives consommatrices de drogues ont des rapports sexuels non protégés, ils peuvent transmettre le virus à leurs partenaires sexuels. La réduction des risques peut faire la différence entre santé et infection au VIH, entre la vie et la mort, non seulement pour les personnes consommatrices des drogues injectables, mais aussi pour leurs partenaires sexuels et leurs communautés tout entières. De nombreuses analyses systématiques montrent que les pays où les services de réduction de risque sont

QU'EST-CE QUE LA RÉDUCTION DES RISQUES ?

L'expression « réduction des risques » désigne les politiques, programmes et pratiques visant à réduire les risques attribuables à la consommation de drogues illégales, et non la prévention ou la cessation de l'usage de drogue elle-même. La réduction des risques se concentre sur les personnes qui, pour quelque raison que ce soit, continuent de faire usage de la drogue, en les aidant à protéger leur santé et celle de leurs compagnons consommateurs, de leurs partenaires sexuels ainsi que de leurs enfants⁹¹.

L'Assemblée Générale des Nations Unies, la Commission des Nations Unies sur les stupéfiants, les organismes des Nations Unies chargés des questions des droits de l'homme et les agences spécialisées telles que l'OMS ont recommandé un programme complet de prévention, de traitement et de soins en faveur des consommateurs des drogues injectables, comprenant :

- Des programmes portant sur les aiguilles et les seringues propres ou stérilisées
- La thérapie de substitution des opioïdes et d'autres traitements efficaces avérés de la toxicomanie
- Test du VIH/SIDA et aide psychosociale
- Thérapie antirétrovirale
- Prévention et traitement des IST
- Distribution de préservatifs
- Information et éducation ciblées
- Vaccination, diagnostic et traitement des hépatites virales
- Prévention, diagnostic et traitement de la tuberculose
- Vaccination, diagnosis and treatment of viral hepatitis
- Prevention, diagnosis and treatment of tuberculosis⁹²

pleinement légaux, ont réussi à réduire de façon considérable les infections au VIH parmi les consommateurs de drogue, alors que les pays où ces services sont limités par la loi affichent des taux d'infection soutenus ou en croissance⁹³.

Les différences entre les deux traitements juridiques sont parfois frappantes, comme le montre un exemple écossais. Édimbourg a effectivement interdit en 1981 l'achat et la possession de seringues sans prescription médicale et a connu un taux de prévalence du VIH au sein des consommateurs de drogues injectables de plus de 50 % en 1984⁹⁴. Cependant à Glasgow, l'achat et la possession des seringues étaient autorisés, le taux de prévalence du VIH au sein de la communauté des consommateurs des drogues injectables est resté très bas, entre 1 % et 2 %⁹⁵.

LÉGISLATIONS NATIONALES ET INTERNATIONALES EN MATIÈRE DE DROGUES

3 Conventions des Nations Unies régissent le système international actuel de lutte anti-drogue. La Convention unique sur les stupéfiants (1961) stipule que les stupéfiants (tels que l'opium, le coca, le cannabis et leurs dérivés) ne soient produits, distribués, détenus et utilisés qu'à des fins médicales et scientifiques⁹⁶. La Convention des Nations Unies de 1971 sur les substances psychotropes érige des restrictions similaires essentiellement sur des substances psychotropes telles que l'amphétamine, les barbituriques, les benzodiazépines et les psychédéliques⁹⁷. La Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et substances psychotropes de 1988 vise à promouvoir la coopération inter-États afin de lutter contre la dimension internationale que prend ce commerce illicite⁹⁸.

« Je propose également la fermeture des « centres de détention obligatoires pour toxicomanes », où sont retenus beaucoup de consommateurs de drogue. Échappant au contrôle des tribunaux et de la justice, ils restent le théâtre de violations de droits fondamentaux de l'homme. Ressemblant plus à des camps d'entraînement militaires qu'à des centres de traitement pour toxicomanes, ces « centres de désintoxication » thaïlandais ne constituent en réalité qu'une mesure extrajudiciaire pour détenir les toxicomanes. Les pensionnaires de ces centres jouissent de moins de droits que les personnes détenues dans les prisons »⁹⁹

Kamon Uppakaew, Groupe thaïlandais d'action pour le traitement du SIDA, Thaïlande,
Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011

Étant donné que ce commerce illicite est préjudiciable à la société, ces Conventions ont pour but la réduction de l'offre des stupéfiants, en grande partie à travers des sanctions pénales¹⁰⁰. Toutefois, alors que les Conventions permettent d'accéder au traitement, à la réadaptation et à la réinsertion sociale, contrairement aux sanctions, l'approche en faveur des personnes qui font usage de stupéfiants est restée essentiellement répressive¹⁰¹. Presque partout, la politique anti-drogue tombe sous l'égide de l'application des lois et non de la santé, et déclare illégales la possession et la consommation des drogues par les individus. Certaines législations obligent les toxicomanes à se faire soigner, les personnes soupçonnées à se faire tester et les consommateurs à se faire enregistrer¹⁰².

Plusieurs décennies d'observations montrent que les législations et les politiques relatives à la lutte contre les drogues n'ont pas atteint les buts escomptés, que ce soit en matière de lutte contre la criminalité, de réduction de la consommation des drogues ou des risques associés à leur consommation. Au contraire, elles ont contribué à empirer l'état de santé des consommateurs de drogue et à augmenter les violations des droits de l'homme à leur égard¹⁰³. Elles n'ont par ailleurs pas réussi à enrayer l'infection à VIH¹⁰⁴.

GUERRES ET VICTIMES DE LA LUTTE ANTI-DROGUE

De manière intentionnelle ou non, « les guerres antidrogue » sont des guerres menées contre les usagers de drogue. Ces derniers subissent les

harcèlements, les violences et les incarcérations de la police ; et sont victimes de discrimination en matière de soins de santé, de logement, d'emploi et d'éducation ainsi que de privation des droits politiques.

À cause de l'imposition de quotas d'arrestations, les agents de police recherchent des proies faciles. Marginalisés sur le plan social, économique et juridique, habitant des rues ou des quartiers à très forte présence policière, les consommateurs de drogue constituent des proies faciles¹⁰⁵. En Géorgie, à l'occasion de la vaste opération anti-drogue de 2007, 4 % de la population masculine de Géorgie a fait l'objet de tests de dépistage de drogues, la plupart sous la contrainte ; 35 % de ces hommes ont été condamnés à la prison suite à des accusations liées à la drogue¹⁰⁶.



Source : UN/Photo/Shehzad Noorani/HIV-positive drug user peer support group, Vietnam

« L'ARCHIPEL DE LA DÉSINTOXICATION »

« L'Organisation Human Rights Watch déclare que des dizaines de milliers de personnes sont détenues sans procédure régulière pendant des années dans des centres de détention pour toxicomanes au Vietnam : tortures, travail pour un salaire dérisoire ou inexistant, violences physiques. Les centres de détention pour drogués gérés par le gouvernement, qui avaient pour mission de « traiter » et de « désintoxiquer » les consommateurs de drogues, ne sont rien de plus que des camps de travaux forcés où ces personnes travaillent six jours par semaine à traiter la noix de cajou, à coudre des vêtements ou à fabriquer d'autres articles. Le refus de travailler, ou la violation des règles du centre, entraîne des sanctions qui dans certains cas peuvent être considérées comme de la torture. »¹⁰⁷

Dans la plupart des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, les noms des consommateurs de drogue sont publiés dans des registres de toxicomanes. Ces registres marquent le toxicomane comme étant une personne malade ou dangereuse, parfois même à vie (dans certaines localités, le nom de personnes qui cessent de se droguer n'est jamais rayé du registre)¹⁰⁸. Ils risquent aussi de se voir refuser un emploi, de ne pas pouvoir voyager et d'être rejetés par les services d'immigration, de perdre la garde d'un enfant et de subir les harcèlements de la police. La « désintoxication » dans certains pays peut souvent constituer une sanction à peine déguisée. Au Cambodge, en Malaisie, en Chine et au Vietnam, les personnes qui se droguent subissent des traitements forcés dans les prisons ou dans les centres de détention pour toxicomanes. Sous le couvert du traitement contre la toxicomanie, ils subissent dans ce milieu carcéral des humiliations, sont battus et condamnés aux

travaux forcés. De tels traitements sont tous des violations de leurs droits fondamentaux¹⁰⁹. L'isolement augmente le risque de transmission du VIH : les prisonniers qui ont un accès limité, voire inexistant, à des préservatifs, des aiguilles et des seringues stérilisées ou à la thérapie de substitution d'opioïdes, s'engagent dans des relations sexuelles non protégées et dans un comportement à risque lié aux injections de drogues¹¹⁰. Récemment, la Malaisie et l'Indonésie ont rejeté l'approche des centres de détention pour toxicomanes au profit d'un traitement volontaire et en milieu communautaire¹¹¹.

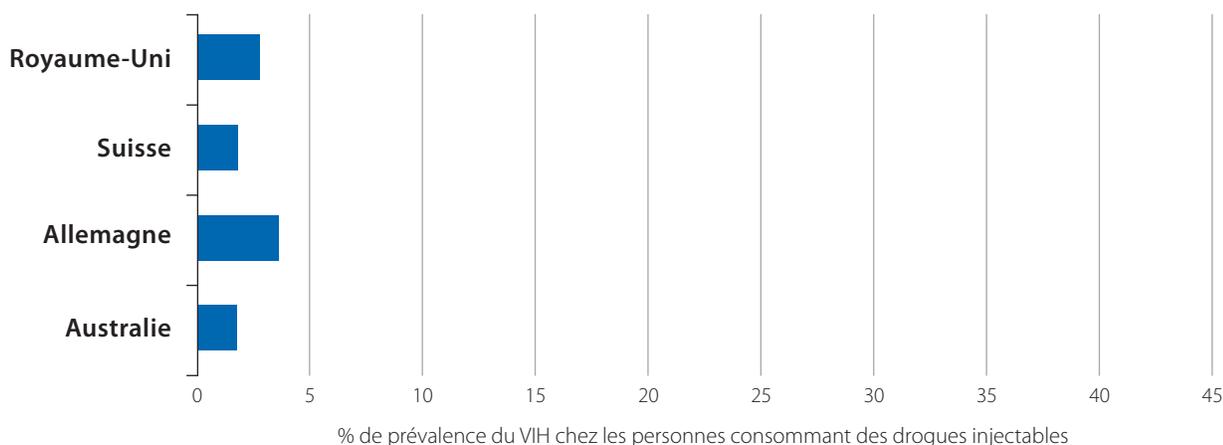
La pénalisation de l'usage de drogues sape les efforts en matière d'éducation au VIH dans le respect des droits de l'homme, de prévention et de traitement, y compris des programmes de réduction des risques¹¹². Selon un rapport publié en 2010 sur les programmes de réduction des risques en Asie, le Cambodge, la Chine, la RPD du Laos, le Myanmar, la Malaisie, les Philippines, l'Afghanistan, le Bangladesh, l'Inde, la République des Maldives, le Népal et le Pakistan disposent de lois interdisant l'accès à au moins un des principaux services de réduction de risque¹¹³. En fait, plusieurs pays pénalisent des interventions qui ont fait leurs preuves telles que l'accès aux seringues¹¹⁴ et les traitements médicalement assistés contre la dépendance aux opioïdes¹¹⁵. Que ce soit en Russie, en Chine ou en Thaïlande, toute personne s'inscrivant à des programmes publics de traitement antidrogue est automatiquement enregistrée dans un registre de toxicomanes, ce qui les décourage à rechercher un traitement¹¹⁶.

« La vente libre de seringues n'est pas une pratique courante parmi les consommateurs de drogues qui craignent d'être arrêtés à la pharmacie. Ces dernières sont surveillées par des agents de police qui comptent passer à tabac, arrêter ou extorquer de l'argent ou des aveux aux consommateurs de drogues. »

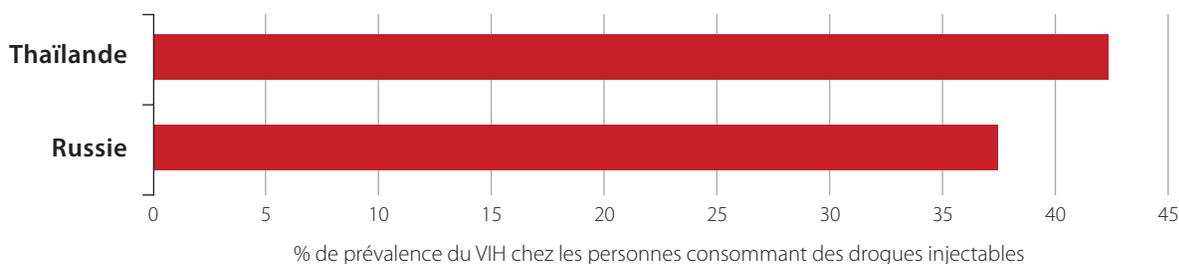
Pun, Népal, pour le Dialogue régional Asie-Pacifique,
16–17 février 2011

RÉDUCTION DES RISQUES

Mise en œuvre générale et constante de la réduction des risques sans approches punitives



Résistance constante à la réduction des risques et aux approches punitives



Sources : Guerre à la drogue, rapport de la Commission mondiale sur la politique en matière de drogues, 2011 ; Mathers B et al., pour le Groupe de référence 2007 de l'ONU sur le VIH et la consommation des drogues injectables : Épidémiologie mondiale de la consommation des drogues injectables et du VIH chez les personnes qui s'injectent des drogues : une étude systématique. The Lancet, Volume 372, Issue 9651, 2008 ; Mathers B et al., Prévention, traitement et prise en charge des personnes consommant des drogues injectables : Une étude systématique de la couverture aux niveaux mondial, régional et national. The Lancet, Volume 375, Issue 9719, 2010.

La peur de la police rend les consommateurs de drogues méfiants et plus discrets. Ils évitent d'avoir sur eux du matériel d'injection stérile, qui dans certains pays est soit explicitement pénalisé soit utilisé par la police comme preuves d'usage de drogues¹¹⁷. Ils s'injectent de la drogue précipitamment pour ne pas se faire prendre¹¹⁸, se débarrassent de façon incorrecte des seringues utilisées¹¹⁹ ou réutilisent les mêmes aiguilles¹²⁰. En Russie où chaque jour 160 nouveaux cas d'infection au VIH sont enregistrés dont 6 cas sur 10 sont dus aux injections de drogues¹²¹, les programmes de désintoxication ne proposent aucun service ou soin qui prenne en compte la transmission du VIH causée par des injections à risque. La stratégie nationale antidrogue limite jusqu'en 2020 les programmes et la promotion

de la réduction des risques sur le territoire de la Fédération russe, y compris l'interdiction de la thérapie de substitution d'opioïdes¹²². Le réseau russe pour la réduction des risques milite pour l'annulation de ces mesures, et d'autres tout aussi contreproductives¹²³.

POUR UNE NON-INTERVENTION DE LA POLICE

Plusieurs gouvernements ont compris qu'un traitement correct et humain est plus efficace dans la lutte contre les risques associés à l'usage de drogues que les politiques répressives qui ont des répercussions négatives tant sur les individus que sur les communautés. Ils ont décidé de remplacer l'action policière par la promotion de la santé publique. Ces traitements et programmes

MOINS DE SANCTIONS, MOINS D'USAGE DE LA DROGUE

La réussite du Portugal

Le 1er janvier 2001, une loi portugaise portant sur la dépénalisation de la détention d'une petite quantité de drogues illicites correspondant à une consommation personnelle est entrée en vigueur. Le trafic de drogue reste un délit passible du pénal, et la possession ainsi que la consommation de drogue demeurent illégales. Cependant, ces délits n'entraînent que des sanctions administratives, au même titre qu'une contravention. Au lieu de subir les peines d'emprisonnement ou les sanctions pénales prévues par les lois antérieures, les personnes coupables de possession ou de consommation comparaissent devant un groupe d'experts composé d'un psychologue, d'un assistant social et d'un conseiller juridique. Ce groupe d'experts décide des sanctions à imposer (amendes, travaux communautaires ou suspensions de licences professionnelles). Pour les toxicomanes, le groupe d'experts peut renoncer à une sanction et exiger que l'intéressé suive un programme d'éducation ou un traitement. Suite à la dépénalisation, le nombre de personnes sous méthadone et buprénorphine pour traiter leur dépendance a augmenté de 6 040 à 14 877. Ces traitements sont financés à partir des économies réalisées par le Portugal sur les services de police et les prisons¹²⁴.

Le Portugal affiche aujourd'hui un des taux les plus faibles de consommation de cannabis au cours d'une vie (soit au moins une consommation) au sein de l'UE : 8,2 % par rapport à 25 % dans l'UE. Les statistiques montrent également une diminution de l'usage de drogues par les adolescents ; le taux de consommation d'héroïne parmi les adolescents de 16 à 18 ans au cours de la vie a chuté de 2,5 % à 1,8 %¹²⁵.

Parmi les personnes utilisant des drogues, on enregistre de 1999 à 2003 une chute d'environ 17% du nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH et une baisse des décès liés à la consommation de drogues¹²⁶.



de santé publique ont été adoptés par plus de la moitié des 158 pays et territoires qui ont fait état de consommation de drogues injectables.

En 2010 :¹²⁷

- 93 pays ont soutenu la réduction des risques dans leurs politiques ou pratiques.

- 79 mentionnent explicitement, en l'encourageant, la réduction des risques dans les documents de politique nationale

- 82 ont adopté des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues

- 10 ont adopté des programmes d'échange d'aiguilles et de seringues dans les prisons

- 74 appliquaient la thérapie de substitution d'opioïdes
- 39 appliquaient la thérapie de substitution d'opioïdes dans les prisons
- 8 avait des salles de consommation de drogue

La loi néo-zélandaise d'amendement sur l'abus de stupéfiants de 1987 a levé les sanctions pénales sur la vente d'aiguilles et de seringues pour les consommateurs de drogues injectables. Cet amendement a permis à ces consommateurs d'avoir accès à des services de lutte contre le VIH basés sur des évidences¹²⁸, sans qu'il y ait pour autant une augmentation de la consommation et de la possession de drogues. L'Australie, l'Allemagne et le Royaume-Uni ont pris des décisions similaires avec pour résultat une baisse des taux de transmission parmi les consommateurs de drogues, et en supposant que ces derniers aient transmis le virus, dans l'ensemble de la population¹²⁹. La Suisse a abandonné des politiques et des actions policières réprimant la consommation de drogue en faveur d'une approche de santé publique assortie d'une réglementation avec pour résultat une réduction des taux de prévalence du VIH et une amélioration des résultats sanitaires des consommateurs de drogues¹³⁰. La République islamique d'Iran a décidé en 2005 de considérer les consommateurs des drogues injectables comme des patients dans le système de santé publique avec pour résultat une baisse des nouvelles infections par le VIH, qui jusque-là était en augmentation¹³¹.

La réglementation en matière de drogues illégales pourrait avoir un impact positif sur la réduction du taux de prévalence du VIH¹³². C'est pourquoi certains experts ont soutenu la dépénalisation, sans légalisation complète, des drogues utilisées à des fins non médicales. Dans

le cadre de la dépénalisation, l'État interdit la consommation ou la possession de drogue en petites quantités, mais les infractions tombent sous l'égide du droit civil ou administratif, et les sanctions restent mineures. Certains pays reconnaissent même que les consommateurs puissent vendre de petites quantités de drogues pour subvenir à leurs besoins personnels. Les législateurs ont amendé les statuts afin de refléter la différence entre cette pratique et les grands délits de pratique de stupéfiants¹³³.

Le Brésil a dépénalisé la possession et la consommation de drogues à usage personnel en 2004, et en mars 2008, sa Cour d'appel a déclaré inconstitutionnelle toute poursuite pénale pour possession de drogue¹³⁴. Malgré sa guerre meurtrière contre le narcotraffic, le Mexique a adopté en 2009 une législation dépénalisant la possession de petites quantités de drogues dont la cocaïne, le cannabis, l'héroïne, la méthamphétamine et le LSD pour un « usage personnel et immédiat »¹³⁵. Ces avancées juridiques éliminent la peur de l'arrestation et les stigmates, et encouragent les consommateurs de drogues à se soumettre à des tests VIH ou à avoir accès au traitement. Ces réformes juridiques n'ont pas entraîné une augmentation de la consommation dans ces pays¹³⁶.

Là où la possession de la drogue est encore illégale, des gouvernements ont formé leurs forces de police à faire preuve de plus de compassion vis-à-vis des consommateurs de drogues et ont encouragé les procureurs à ne pas rechercher des sanctions pénales, voire carcérales. En 2002, au moins 27 villes de Suisse, d'Allemagne, d'Australie et d'ailleurs ont créé des sites surveillés où les consommateurs de drogues peuvent se faire injecter dans un environnement sain et hygiénique sans risque de se faire arrêter¹³⁷. Dans sa décision de septembre 2011 de maintenir ouvert un site d'injection de Vancouver appelé Insite,

la Cour suprême du Canada a fait référence à la Charte canadienne des droits et des libertés, qui engage l'État à respecter les droits de tous les individus, y compris des consommateurs de drogues, a déclaré la Cour. Considérant qu'un « traitement du [MH] ne peut être efficace que s'il prend en compte les difficultés d'atteindre une

population marginalisée avec des problèmes de santé mentale, physique et émotionnelle complexes », la Cour a également déclaré que les consommateurs de drogue ne doivent pas être obligés de choisir entre s'abstenir de drogues ou renoncer aux services de santé¹³⁸.

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit cohérente avec les obligations en matière des droits de l'homme :

- 3.1. Les pays doivent revoir leurs approches par rapport à la consommation de drogues. Plutôt que de sanctionner les personnes qui utilisent la drogue et qui ne causent pas de préjudices aux autres, un accès à une prise en charge efficace du VIH et aux services de santé doit leur être offert, y compris la réduction des risques et des traitements volontaires contre la toxicomanie basés sur les constats Les pays doivent :
 - 3.1.1. Fermer tous les centres de détention obligatoires pour les consommateurs de drogues et les remplacer par des services basés sur les constats, volontaires pour le traitement de la toxicomanie.
 - 3.1.2. 3.1.2 Supprimer les registres nationaux de consommateurs de drogues, les tests obligatoires du VIH et les traitements forcés pour les toxicomanes.
 - 3.1.3. Abroger les mesures répressives telles que l'interdiction par le gouvernement fédéral américain du financement de programmes d'échange des aiguilles et des seringues qui freinent l'accès des consommateurs de drogues aux services de lutte contre le VIH.
 - 3.1.4. Dépénaliser la possession de stupéfiants à usage personnel, en reconnaissant que l'impact réel de telles sanctions est souvent néfaste à la société.
 - 3.1.5. Entreprendre une action décisive, en partenariat avec les Nations Unies, pour réviser et réformer les lois internationales applicables et les organismes conformément aux principes ci-dessus exposés ; notamment les Conventions internationales des Nations Unies sur la lutte antidrogue : la Convention unique sur les stupéfiants (1961) ; la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes (1971) ; la Convention des Nations Unies sur le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes (1988) et l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

3.2 LES TRAVAILLEURS DU SEXE



Source : UN Photo/Shehzad Noorani/Sex work, Thailand

On nous appelle souvent « Porteurs de SIDA » ; et l'on nous exclut des activités communautaires. Nous sommes victimes de discrimination dans tous les milieux publics, y compris sur le lieu de travail lorsque nous avons d'autres occupations. Les travailleurs du sexe subissent des violences de la part de la communauté en général, qui ne voit pas la nécessité de nous accorder une protection. Les travailleurs du sexe sont souvent rejetés par leur famille et leurs connaissances. Les stigmates sont encore plus lourds pour les transgenres et les travailleurs du sexe séropositifs.

FriendsFrangipani, Papouasie Nouvelle-Guinée,
Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011

Plus de 100 pays pénalisent de façon explicite certains aspects du travail du sexe¹³⁹. Certains pays comme les États-Unis, Cuba, la Chine, l'Iran, le Vietnam et l'Afrique du Sud le déclarent totalement illégal¹⁴⁰. Quelques pays d'Europe occidentale, d'Amérique latine et le Canada n'engagent des poursuites qu'envers des activités associées au travail du sexe telles que la tenue de maisons de prostitution ou le transport de travailleurs de sexe, le racolage et le proxénétisme. La Norvège et la Suède¹⁴¹ arrêtent les clients des travailleurs du sexe, mais pas les travailleurs eux-mêmes. Cette « approche suédoise » est perçue comme plus juste pour les travailleurs du sexe, considérés ainsi comme des victimes¹⁴². Cette approche a été utilisée par d'autres pays et a eu en réalité des conséquences graves pour les travailleurs¹⁴³.

D'autres gouvernements élaborent des lois contre la traite des personnes si générales qu'elles englobent d'une part les rapports sexuels volontaires et consentants contre paiement, et d'autre part la traite des personnes à

caractère commercial et à des fins sexuelles, pratiquées sous la contrainte et souvent la violence (principalement à l'égard des femmes et des jeunes filles)¹⁴⁴. Une municipalité peut interdire le commerce sexuel en ayant recours à des statuts juridiques à la formulation vague et relatif à la « décence publique », « la morale » et même le viol¹⁴⁵; à des lois de « nuisance publique » interdisant l'errance et le vagabondage ; ou au zonage ou à des règlements sanitaires¹⁴⁶. Bien qu'elles ne mentionnent pas souvent les termes « travailleur du sexe » ou « prostituée », ces lois donnent à la police une grande latitude en matière d'arrestations et d'emprisonnement des travailleurs du sexe et permettent à l'État de rendre obligatoires des examens médicaux, ce qui constitue une violation flagrante des droits de l'homme. Parfois, le simple fait de détenir des préservatifs constitue aux yeux de la police une preuve du travail du sexe¹⁴⁷. Même si les détentions des travailleurs du sexe sont relativement brèves, leurs vies professionnelles sont contrariées par le harcèlement et la crainte de la police. Ces lois systématisent

TRAVAIL DU SEXE ET LOI



Source : Union interparlementaire (UIP), ONUSIDA, PNUD: Directives pour les membres du parlement en matière de VIH/SIDA : Droit au service de la réponse au VIH, 2011.

Juste après l'acte sexuel, le client a commencé à me gifler, me ligoter et a vidé mon porte-monnaie et emporté tout mon argent, pas seulement ce qu'il m'avait payé... Comment me plaindre à la police, alors que le travail sexuel n'est pas vraiment légal ?

Une travailleuse du sexe de Guyane, Dialogue régional des Caraïbes, 12–13 avril 2011¹⁴⁸

une forte discrimination et reflètent un mépris social général envers les travailleurs du sexe qui incluent des femmes, des hommes et des transgenres.

PÉNALISATION + STIGMATISATION = DANGER

Pour les travailleurs du sexe, et particulièrement ceux dont le genre est non conforme, la menace de violence, tant de la part des clients et de la police, est une réalité quotidienne. La pénalisation, combinée à la stigmatisation sociale, rend la vie des travailleurs du sexe plus instable, dangereuse et plus à risque en termes d'infection à VIH¹⁴⁹. Il n'existe aucune protection légale en matière de discrimination et d'abus lorsque le travailleur du sexe est criminalisé¹⁵⁰.

- Les lois incitent aux harcèlements et aux violences de la police ainsi qu'à la clandestinité du travail du sexe. Il devient alors plus difficile de négocier des conditions moins dangereuses et une utilisation systématique du préservatif¹⁵¹. Certains travailleurs du sexe hésitent à porter des préservatifs, de peur que ceux-ci ne soient utilisés comme des preuves contre eux, comme la loi peut parfois le prévoir de façon explicite¹⁵².
- Les violences de la police découragent les travailleurs du sexe de rechercher de l'aide, avec pour conséquence l'instauration d'une culture qui favorise la violence qu'elle provienne des clients ou de la police¹⁵³.
- Stigmatisés et criminalisés, les travailleurs du sexe n'ont pas accès aux programmes de prévention ou de traitement du VIH¹⁵⁴.
- Des criminels et clients peuvent exercer des menaces de sanctions pénales dans le but de contrôler et d'exploiter les travailleurs du sexe¹⁵⁵.

- Le travailleur du sexe hésitera à dénoncer les viols et les actes de violence s'il craint d'être arrêté. La violence sexuelle contribue à augmenter ainsi le risque d'exposition à l'infection au VIH¹⁵⁶.
- Le fait d'exercer dans le secteur informel limite l'accès des travailleurs du sexe à l'éducation et au logement, ce qui accroît leur dépendance aux tiers et aux proxénètes¹⁵⁷.

VICTIMISATION DES « VICTIMES »

L'approche suédoise

Considérée comme une stratégie juridique moins répressive et plus sensible à la spécificité du genre visant à réduire et éradiquer à terme le travail du sexe, « l'approche suédoise » pénalise le client et non le travailleur. Son principe de base est que les femmes pratiquant le travail du sexe ont besoin de protection, et que le travailleur du sexe est une « victime » tandis que son client est l'« exploitateur ». Depuis son application en 1999, la loi n'a pas amélioré les conditions de vie des travailleurs du sexe, mais au contraire les a empirées¹⁵⁸. Ses conséquences à ce jour sont les suivantes¹⁵⁹ :



Commerce clandestin, violence accrue

Selon la police, le commerce sexuel dans la rue a diminué de moitié en Suède, mais globalement, il reste au niveau qu'il avait avant la promulgation de la loi, mais est devenu, en grande partie, clandestin¹⁶⁰. Il s'est déplacé dans les hôtels et les restaurants, ainsi que sur Internet et au Danemark. Selon les services suédois de police judiciaire, il est devenu plus violent. Ces services s'inquiètent particulièrement de l'arrivée dans la profession de femmes étrangères, souvent entièrement contrôlées par des proxénètes¹⁶¹.

Peu de poursuites et de condamnations

Selon une association regroupant les différents comtés de Suède, les ressources pour le travail social se raréfient et les fonds sont réorientés pour financer les services de police. Malgré plus de 2 000 arrestations, à peine 59 clients ont été soupçonnés de s'être procuré les services de travailleurs du sexe. Seulement 2 condamnations ont été enregistrées après que les auteurs ont plaidé coupables. Aucune peine d'emprisonnement n'a été prononcée en vertu de la loi, et seules des amendes dérisoires ont été imposées. Les délits sont pratiquement impossibles à prouver. De plus, les travailleurs du sexe ne se considèrent pas comme des victimes et hésitent souvent à témoigner contre leurs clients¹⁶².

Critiques et organisation

La loi a donné une impulsion pour la création d'une organisation des droits des travailleurs du sexe en Suède et celle-ci lui a opposé une action vigoureuse¹⁶³. Certaines autorités suédoises demandent une évaluation de l'impact de cette nouvelle loi sur le commerce clandestin du sexe.

DES « NON-PERSONNES » AUX YEUX DE LA LOI

Certaines législations pénalisent non seulement le commerce du sexe, mais aussi refusent aux travailleurs du sexe tous les droits civiques fondamentaux auxquels ils peuvent prétendre. C'est ainsi qu'on peut refuser aux travailleurs du sexe le droit de propriété ou de succession, la déclaration de naissance de leur enfant, l'accès à l'éducation, à la justice, aux soins de santé et aux services bancaires, l'acquisition d'un logement ou l'accès aux services publics. Étant, contrairement à d'autres, incapables de porter plainte auprès des autorités élues contre des employeurs ou des prestataires de services, les travailleurs du sexe vivent dans l'exclusion sociale et l'extrême pauvreté. Leur marginalisation en termes d'accès aux biens et services les conduit à être exploités, abusés et plus vulnérables au VIH¹⁶⁴.

Dans ces circonstances, les travailleurs du sexe ne sont pas reconnus comme des personnes aux yeux de la loi, et par conséquent se retrouvent dans l'incapacité de jouir des droits de l'homme reconnus aux autres et de les exercer. La législation du Swaziland constitue un exemple poignant d'un droit qui nie l'humanité fondamentale du travailleur du sexe. L'article 3 (3) de la loi du Swaziland sur la protection de la femme et de la jeune fille permet de répondre à l'accusation de rapports sexuels avec une jeune fille de moins de 16 ans en utilisant l'argument suivant : « *[Au] moment du délit la fille était une prostituée.* »¹⁶⁵ Or, cette loi prévoit qu'une fille âgée de moins de 16 ans ne peut être consentante à l'acte sexuel, qu'elle soit ou non travailleuse du sexe. En vertu de cet article, elle ne peut non plus demander une protection juridique en cas de rapport sexuel non consentant. En lui refusant le libre choix et sécurité, la loi en fait une non-personne¹⁶⁶.

De telles conditions de travail et de vie augmentent la vulnérabilité au VIH¹⁶⁷. Il n'est donc pas

surprenant de constater que les travailleurs du sexe sont en général 8 fois plus susceptibles de contracter le VIH que d'autres adultes¹⁶⁸.

Une récente étude a montré qu'une travailleuse du sexe dans les pays en développement est 14 fois plus exposée au VIH qu'une femme en âge de procréer¹⁶⁹. Les clients des travailleurs du sexe ont des rapports sexuels avec d'autres partenaires, et les travailleurs du sexe ont des amants, des conjoints et des enfants, qui de leur côté peuvent avoir des rapports sexuels avec d'autres partenaires ou consomment de la drogue. Cet enchaînement explique la propagation du VIH. Par conséquent, les taux de prévalence élevés chez les travailleurs du sexe vont affecter le reste de la population¹⁷⁰.

Pourtant, la situation pourrait être différente. Lorsque les travailleurs du sexe sont organisés, lorsqu'ils ne sont pas harcelés par la police et qu'ils sont libres d'avoir accès à des services de lutte contre le VIH de qualité, leur taux d'IST sont plus bas, leurs revenus sont plus stables leur permettant d'offrir une éducation de qualité à leurs enfants¹⁷¹.

Des sanctions pénales contre la traite des personnes et l'exploitation sexuelle à but commercial des mineurs sont certes indispensables, mais doivent être juridiquement bien distinctes des rapports sexuels entre adultes consentants.

COMMERCE ET TRAFIC SEXUELS : UNE PROBLÉMATIQUE MAL COMPRIS

Le commerce et le trafic sexuels sont deux choses différentes. Le premier est de nature consensuelle tandis que le second est de nature coercitive. Les organisations des travailleurs du sexe considèrent le travail du sexe comme étant régi par un contrat au terme duquel des services sexuels sont négociés entre adultes consentants.

Engagement du PEPFAR à lutter contre la prostitution

Toutes les organisations en dehors des États-Unis qui reçoivent des financements du PEPFAR doivent signer cet engagement. Il stipule en partie :

« Le gouvernement américain est contre la prostitution et toutes les activités liées, qui sont de manière inhérente nocives et déshumanisantes, et contribuent à la traite des personnes. Aucun fonds disponible dans le cadre de cet accord ne doit être utilisé à des fins de promotion ou de plaidoyer en faveur de la légalisation ou de la pratique de la prostitution ou du trafic sexuel »¹⁷².

L'engagement met les bénéficiaires dans une situation difficile. S'ils ne le signent pas, les fonds pour contrôler et lutter contre le VIH leur seront refusés. S'ils le signent, ils sont empêchés d'apporter toute aide aux travailleurs du sexe pour la prise en main de leur propre vie, c'est-à-dire leur propre santé, celle de leurs familles ainsi que celle de leurs clients, notamment pour prendre des mesures visant à éviter le VIH et empêcher sa propagation.

Le travail du sexe ne constitue pas un acte désespéré et irrationnel ; c'est un choix réaliste de vendre des services sexuels dans le but de soutenir une famille, une éducation et peut-être une habitude de consommation de drogue. C'est un acte de libre choix¹⁷³.

En revanche, le trafic sexuel relève de la traite des personnes, laquelle est définie par les traités nationaux et internationaux comme étant « le recrutement, le transport, le transfert, l'hébergement ou la réception des personnes, par les moyens de la peur ou de la force ou toute autre forme de coercition, d'enlèvement, de fraude, de supercherie, d'abus de pouvoir ou d'une position de vulnérabilité ou de l'offre ou de la réception de paiements ou d'avantages afin d'obtenir le consentement d'une personne ayant autorité sur une autre personne, à des fins d'exploitation »¹⁷⁴. Une telle exploitation pourrait comprendre plusieurs formes de travaux forcés ou d'asservissements dans les usines, les champs, les ménages ou les maisons de prostitution. La traite des personnes à des fins d'exploitation sexuelle commerciale implique des adultes ou des enfants offrant des services sexuels contre leur gré, par la force ou par la supercherie. En refusant tout libre arbitre aux personnes concernées, cette traite viole leurs libertés fondamentales¹⁷⁵.

Si l'on oublie pour un moment la question de savoir si les travailleurs du sexe auraient choisi ce commerce s'ils avaient eu de meilleures options, considérer la « prostitution volontaire » comme un oxymoron revient à priver les travailleurs du sexe de leur dignité et de leur autonomie de plusieurs façons et transforme des acteurs autonomes en individus nécessitant un secours.

Pourtant, certains gouvernements élaborent des lois contre la traite des personnes si générales qu'elles englobent le travail sexuel des adultes consentants et le travail sexuel coercitif d'exploitation, issus du trafic des personnes (principalement des femmes et jeunes filles) à des fins sexuelles¹⁷⁶. D'ailleurs, les négociations dans la rédaction du Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité internationale organisée visant à prévenir, supprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2000) ont connu d'intenses discussions au sujet de cette définition. Certains États et ONG ont demandé que le texte soit modifié pour limiter les compétences de la loi aux seules personnes engagées dans le commerce international du sexe par la force ou la coercition¹⁷⁷. Cet amendement a été rejeté au motif que le non-consentement était impossible à prouver. Cependant, le texte original implique

aujourd'hui que toute personne vendant des services sexuels est vulnérable à un tel degré qu'elle est incapable par définition de consentir. Cette définition stipule de manière explicite que le consentement de la « victime » est sans importance pour la poursuite de celui qui l'exploite¹⁷⁸.

Partiellement à cause de la généralité de cette définition trop générale, les gouvernements ont souvent réprimé avec violence les travailleurs du sexe ou leur ont imposé des conditions de « réinsertion » brutales similaires à celles des centres de détention pour consommateurs de drogues. Réduits à la clandestinité, les travailleurs du sexe sont incapables de se syndicaliser pour améliorer leur salaire, leurs conditions de travail, de jouir de la protection du droit du travail ou se retrouver dans des syndicats ou d'autres organisations, dont les avantages comprennent un accès aux soins de santé publique ou le droit de créer des services de santé gérés par les travailleurs du sexe eux-mêmes¹⁷⁹.

Des campagnes internationales contre la traite des personnes découragent, intentionnellement ou non, des meilleures pratiques avérées dans la prévention du VIH. Aux États-Unis par exemple, des militants ont usé de l'influence du PEPFAR (le Plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA), le principal organe du soutien financier des États-Unis aux organisations luttant contre le SIDA à travers le monde, pour obliger d'autres gouvernements à amalgamer traite des personnes et travail du sexe, et ont conditionné leurs financements à un engagement contre la prostitution¹⁸⁰. Maurice Middleberg, le vice-président du Conseil mondial de la santé, explique qu'un tel engagement constitue la preuve que le programme contre la traite des personnes est en réalité un programme contre la prostitution. Il utilise comme preuve de cet amalgame, tant la formulation de cet engagement

(qualifiant la prostitution de nocive et déshumanisante et l'associant à la traite des personnes) que la façon dont il a été mis en œuvre¹⁸¹.

Bien que l'application de cet engagement ait été contestée sur le plan juridique aux États-Unis et aurait dû être révisée par l'administration Obama au début des années 2009, il reste entièrement en vigueur pour les organisations bénéficiant des fonds du PEPFAR en dehors des États-Unis¹⁸².

DROITS SUR LE LIEU DE TRAVAIL

L'Organisation internationale du travail (OIT) a recommandé que le travail du sexe soit reconnu comme une profession afin qu'il puisse être réglementé de manière à protéger les travailleurs et les clients¹⁸³. Dans un tel cadre, les travailleurs du sexe pourraient faire valoir des initiatives individuelles et collectives qui ont une incidence sur leurs conditions économiques et sociales. Les normes de travail de l'OIT sur le VIH/SIDA, adoptées en 2010, prônent un accès non discriminatoire aux services de santé et la sécurité professionnelle pour les travailleurs du sexe, y compris leur droit d'exiger des rapports sexuels sans risque et payés sur leur lieu de travail¹⁸⁴.

La dépénalisation constitue la première étape vers la réalisation de meilleures conditions de travail avec pour corollaire la réduction des risques liés au VIH, et certaines juridictions ont même supprimé des dispositions pénales relatives au travail du sexe. La loi néo-zélandaise sur la réforme de la prostitution de la Nouvelle-Zélande de (2003) a dépénalisé cette dernière et a permis aux travailleurs du sexe d'exercer ouvertement et en toute sécurité¹⁸⁵. Le collectif des prostituées de Nouvelle-Zélande en collaboration avec les propriétaires des maisons de prostitution et l'Inspection du travail ont élaboré des normes en matière de santé et de sécurité sur le lieu de travail pour les travailleurs du sexe. Ces derniers

LA DIGNITÉ DANS TOUS LES MÉTIERS

Kylie contre Commission pour la conciliation, la médiation et l'arbitrage

Kylie, une travailleuse du sexe qui exerçait dans un salon de massage a déposé une plainte devant le tribunal social sud-africain déclarant qu'elle avait été injustement licenciée sans être entendue et indemnisée par son employeur. Le tribunal avait alors rejeté sa demande en invoquant qu'elle n'avait pas droit à la protection ou à une réparation au motif que la prostitution était illégale et que les tribunaux « ont le devoir de ne pas punir ou encourager les activités illégales ». Toutefois, en appel, le juge Dennis Davis a déclaré que Kylie pourrait recevoir une indemnisation pécuniaire pour renvoi illégal, quelle que soit la nature de son activité. La loi sud-africaine sur les relations professionnelles garantit à « tous » le droit à des pratiques équitables en matière d'emploi, a-t-il indiqué. L'objet déclaré de cette loi « est de promouvoir le développement économique, la justice sociale, le travail, la paix et la démocratisation du lieu de travail ». Elle a donc un objectif qui relève d'un principe plus noble : la dignité de tous les travailleurs. Le juge a ensuite déclaré : « Vu que les travailleurs du sexe ne peuvent être déchus de leur droit à être traités avec dignité par leurs clients, la même protection doit s'étendre aux autres relations, par exemple avec leurs employeurs. Une fois reconnue cette obligation d'être traitées avec dignité non seulement par leurs clients, mais aussi leurs employeurs, l'article 23 de la Constitution affirmant le droit à la dignité de ceux engagés dans des relations professionnelles, doit alors être respecté »¹⁸⁶.



ont le droit de déposer des plaintes pour discrimination dans l'emploi devant la Commission des droits de l'homme et un service officiel de médiation en matière d'emploi règle les litiges¹⁸⁷. La police aide les travailleuses du sexe à dénoncer les actes de violence. Tout en se félicitant de ces progrès, le Collectif des prostituées rappelle que la stigmatisation et la discrimination persistent et appelle les instances juridiques et la police à y remédier. Récemment, la Commission nationale du Kenya sur les droits de l'homme a appelé à la dépénalisation du travail du sexe¹⁸⁸.

Certains tribunaux nationaux ont reconnu les droits des travailleuses du sexe. Un tribunal du Bangladesh a mis fin aux expulsions abusives par la police des prostituées qui travaillent dans les maisons de prostitution. Le tribunal a conclu que l'action de la police les empêchait de gagner leur vie et par conséquent constituait une violation au droit à la vie¹⁸⁹. De la même manière, dans l'affaire *Bedford v AG Canada* de 2010, un juge a aboli trois dispositions du Code pénal canadien

qui déclaraient la prostitution illégale. Selon le juge, elles constituaient une violation de la Charte canadienne des droits de l'homme, étant donné qu'elles « forçaient les prostituées à choisir entre leur droit à la liberté et leur droit à la sécurité. »¹⁹⁰ La décision ultérieure de la Cour d'appel de l'Ontario de 2012 a estimé que les dispositions interdisant les maisons de prostitution et les revenus de la prostitution étaient toutes les deux anticonstitutionnelles dans leur forme actuelle¹⁹¹. En 2010, la Cour d'appel sud-africaine statuant en matière sociale déclarait que malgré le statut illégal du travail du sexe, les personnes qui l'exercent avaient droit à la protection contre les licenciements abusifs de la part des employeurs¹⁹².

Malheureusement, dans un certain nombre de cas, la dépénalisation remplace la répression par des réglementations dont le respect relève du droit pénal. L'Allemagne, les Pays-Bas et l'Australie ont tous ordonné des tests médicaux obligatoires et forcés, ce qui constitue une violation des droits de l'homme et par conséquent une



Source : IRIN/Manoocher Deghati/Sex work, Zambia

forme de répression¹⁹³. Aux États-Unis, le Nevada reste le seul État où la prostitution est légale. Cependant, le commerce du sexe n'est autorisé que dans certaines maisons de prostitution agréées et situées dans des comtés ruraux. En revanche, à Las Vegas, une des principales destinations touristiques, des opérations policières d'infiltration contre la prostitution sont courantes. Partout à l'intérieur de l'État, les travailleurs autant que les clients peuvent être arrêtés pour outrage à la pudeur et exhibitionnisme ou « libertinage sans pudeur et indécent », qui résultent en amendes et peines d'emprisonnement¹⁹³. En Nouvelle-Zélande, le commerce du sexe a récemment été poursuivi en justice en vertu de la même loi qui le dépénalisait officiellement¹⁹⁵.

Selon un défenseur du droit international du travail, « la réglementation directe du travail du sexe pourrait ou non être mise en application conformément aux principes des droits de l'homme »¹⁹⁶. Les cadres juridiques en vigueur ou proposés pour la légalisation du travail du sexe impliquent non seulement des tests de dépis-

tage obligatoires, mais également « la mise en quarantaine, l'humiliation et même la stigmatisation des travailleurs du sexe en les accusant de porter des maladies dangereuses pour la santé publique. »¹⁹⁷ Une proposition de loi déposée auprès de l'Assemblée législative de l'État de Maharashtra en Inde « exigeait l'enregistrement de toutes les prostituées ainsi que des tests de dépistage obligatoires, et l'identification par tatouage indélébile de toutes celles déclarées séropositives »¹⁹⁸.

COLLABORATION DE LA POLICE POUR UNE MEILLEURE SANTÉ

Lorsque l'État reconnaît les droits de l'homme et les droits civils des travailleurs du sexe, il est en mesure d'utiliser la police d'une manière totalement différente. Au lieu de donner à la police l'ordre de harceler et interpellier les travailleurs du sexe, l'État pourrait faire en sorte que ce dernier travaille à leurs côtés afin de promouvoir des pratiques sexuelles moins risquées. Dès l'application en Inde de ce principe, l'usage du préservatif parmi les travailleurs du sexe a augmenté de 27 % à 85 % de 1992 à 2001, et la prévalence du VIH dans le même groupe d'individus a chuté de plus de 11 % en 2001 à moins de 4 % en 2004¹⁹⁹.

Aux Philippines, l'ONG Action for Health Initiative (ACHIEVE) s'est associée avec le département de la santé de la ville de Quezon pour une collaboration entre les services de police et des représentants de l'industrie dans le but de discuter d'une meilleure distribution des préservatifs dans les endroits où le commerce du sexe est pratiqué²⁰⁰.

Aujourd'hui, pour la première fois, les responsables de la police commencent à croire que le travail du sexe a des implications sur les droits de l'homme.

Alliance pour les travailleurs du sexe africains (ASWA), Mozambique, Dialogue régional d'Afrique, 3-4 août 2011

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit cohérente avec les obligations en matière des droits de l'homme :

- 3.2. Les pays doivent revoir la façon dont ils approchent le travail du sexe. Plutôt que de punir les adultes consentants engagés dans le travail du sexe, les États doivent garantir la sécurité au travail et offrir aux travailleurs du sexe et à leurs clients un accès à un service d'appui lié au VIH et autre service de santé efficace. Les pays doivent :
 - 3.2.1. Abroger les lois qui interdisent aux adultes consentants d'être client ou acteur du commerce du sexe, ainsi que celles qui interdisent ce dernier, telles que les lois contre les revenus « immoraux », « les revenus provenant » de la prostitution et des activités des maisons de prostitution. De mesures complémentaires juridiques doivent être prises pour assurer des conditions de travail saines aux travailleurs du sexe.
 - 3.2.2. Prendre toutes les mesures nécessaires pour arrêter le harcèlement et la violence de la police à l'encontre les travailleurs du sexe.
 - 3.2.3. Interdire le dépistage du VIH et les examens médicaux des IST obligatoires aux travailleurs du sexe.
 - 3.2.4. Assurer que l'entrée en vigueur de la réglementation contre le trafic des personnes est correctement ciblée pour punir ceux qui usent de la force, de la mauvaise foi ou de la coercition pour enrôler des personnes dans le commerce du sexe, ou qui exploitent les travailleurs du sexe immigrés à travers la servitude pour dette, la violence ou la privation de liberté. La réglementation contre le trafic des personnes doit être appliquée pour interdire l'exploitation sexuelle, et non pour réprimer les adultes qui s'engagent de manière consentante dans le travail du sexe.
 - 3.2.5. Mettre en application la réglementation contre toutes formes de violences faites aux enfants et d'exploitation sexuelle, et établir une différence claire entre ces délits et le travail sexuel impliquant des adultes consentants.
 - 3.2.6. S'assurer que des infractions d'ordre administratif et civil existantes telles que « vagabondage », « trouble à l'ordre public » et « moralité publique » ne sont pas évoquées pour réprimer les travailleurs du sexe et que des dispositions d'ordre administratif telles que l'ordre de « circuler » ne sont pas mises en pratique pour harceler les travailleurs du sexe.
 - 3.2.7. Fermer tous les centres de détention ou de « réinsertion » obligatoires pour les travailleurs du sexe ou pour les enfants qui auront été exploités sexuellement. En revanche, offrir des services volontaires et communautaires, fondés sur des données concrètes, et visant à leurs autonomisation. Apporter une protection aux enfants sexuellement exploités en les plaçant dans des environnements familiaux sûrs, susceptibles d'aider leur développement et sélectionnés au mieux des intérêts de l'enfant.
 - 3.2.8. Abroger les conditions répressives de l'aide publique au développement telles que l'engagement du gouvernement américain PEPFAR contre la prostitution et ses réglementations actuelles contre le trafic des personnes, qui empêchent l'accès des travailleurs du sexe aux services de prise en charge du VIH ou leur capacité à mettre en place des organisations dans leurs propres intérêts.
 - 3.2.9. Prendre des actions décisives pour examiner et réformer les lois internationales applicables conformément aux principes soulignés ci-dessus, dont le Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité internationale organisée visant à prévenir, supprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2000).

3.3 HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES



Source : International HIV/AIDS Alliance/ Kenya

Bien que les principaux traités internationaux sur les droits de l'homme n'évoquent pas de manière spécifique l'orientation sexuelle comme une catégorie de protection au même titre que la race ou le sexe, le problème des HSH peut être abordé dans la catégorie « autre statut »²⁰¹. Le droit international protège également le droit universel au respect de la vie privée, qui protège à son tour les pratiques sexuelles des individus contre les interférences de l'État. Les principes de Jogjakarta sur l'application de la législation internationale des droits humains en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre, bien que n'étant pas contraignants pour les États, formulent des recommandations sur l'application des statuts des droits de l'homme actuels dans des situations spécifiques applicables aux minorités sexuelles. Par exemple, ces principes recommandent que les dossiers médicaux des minorités sexuelles soient « traités dans la confidentialité » et que les États « s'assurent que tous

Il y a ceux qui soutiennent que parce que l'orientation sexuelle ou l'identité de genre ne figure explicitement dans aucune des conventions et pactes, ces individus ne devraient jouir d'aucune protection. Ma réponse est qu'une telle proposition est juridiquement indéfendable, ce qui est confirmé par la jurisprudence en constante évolution. Le principe d'universalité n'admet aucune exception. Les droits de l'homme sont par excellence un droit donné à la naissance.

Navanethem Pillay, Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme

les fournisseurs de services de santé traitent leurs clients et leurs partenaires sans discrimination par rapport à leur orientation ou leur identité sexuelles »²⁰².

EMPRISONNEMENT ET EXÉCUTION

En agissant dans le non-respect des normes internationales des droits de l'homme, 78 pays ont élevé l'activité sexuelle de personnes de même sexe au rang d'infractions pénales, dont la moitié d'entre eux font partie du Commonwealth²⁰³. Les chercheurs attribuent l'hostilité envers l'homosexualité et les transgenres dans de nombreux cas au colonialisme et démontrent que les cultures précoloniales étaient souvent beaucoup plus tolérantes à l'égard de la diversité sexuelle et de genre²⁰⁴.

Les rapports sexuels entre deux hommes consentants sont passibles de sanctions allant de l'emprisonnement à l'exécution²⁰⁵. La Jamaïque punit

l'homosexualité par des peines allant jusqu'à dix ans d'emprisonnement. En Malaisie, les « relations charnelles contre nature » sont passibles de sanctions allant jusqu'à 20 ans de prison et la flagellation²⁰⁶. Dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, la peine capitale est parfois infligée aux hommes reconnus coupables d'avoir des relations sexuelles avec d'autres hommes²⁰⁷.

Même dans les juridictions où les relations entre personnes de même sexe ne sont pas pénalisées, l'État n'étend aucune protection juridique contre la discrimination basée sur l'orientation sexuelle. Il n'est pas rare de voir des lois dans lesquelles l'âge de consentement pour les rapports « hétérosexuels » impliquant des mineurs soit moins élevé que celui permis pour des rapports « homosexuels »²⁰⁸.

Les avancées sur ces questions n'ont jamais été universelles ou soutenues. Dans certains cas, les avancées ont été suivies de revers importants. La réponse ougandaise a été un modèle de succès en matière de VIH. Cependant, un député a récemment introduit une proposition de loi draconienne contre l'homosexualité, qui remettra sérieusement en question la programmation prévue dans la loi²⁰⁹. Cette proposition entraînerait des peines d'emprisonnement à vie pour des rapports sexuels entre hommes. Ses dispositions qui rendent illégale toute « promotion » de l'homosexualité ou toute « incitation » ou complicité en vue d'un rapport homosexuel pénalisera du même coup toute activité professionnelle avec des HSH et les travailleurs sur le terrain, les pairs éducateurs et les agents de santé qui risqueront d'être arrêtés²¹⁰. Les sanctions pénales pourraient aussi être appliquées contre les parents, les enseignants ou les agents de santé qui ne dénoncent pas des cas suspectés d'homosexualité. Des protestations au plan international et national avaient presque réussi à neutraliser cette

proposition de loi. Cependant, au moment de la rédaction du présent rapport en mars 2012, les législateurs ougandais avaient ranimé le débat et l'avaient resoumise au vote²¹¹.

RISQUE ÉLEVÉ

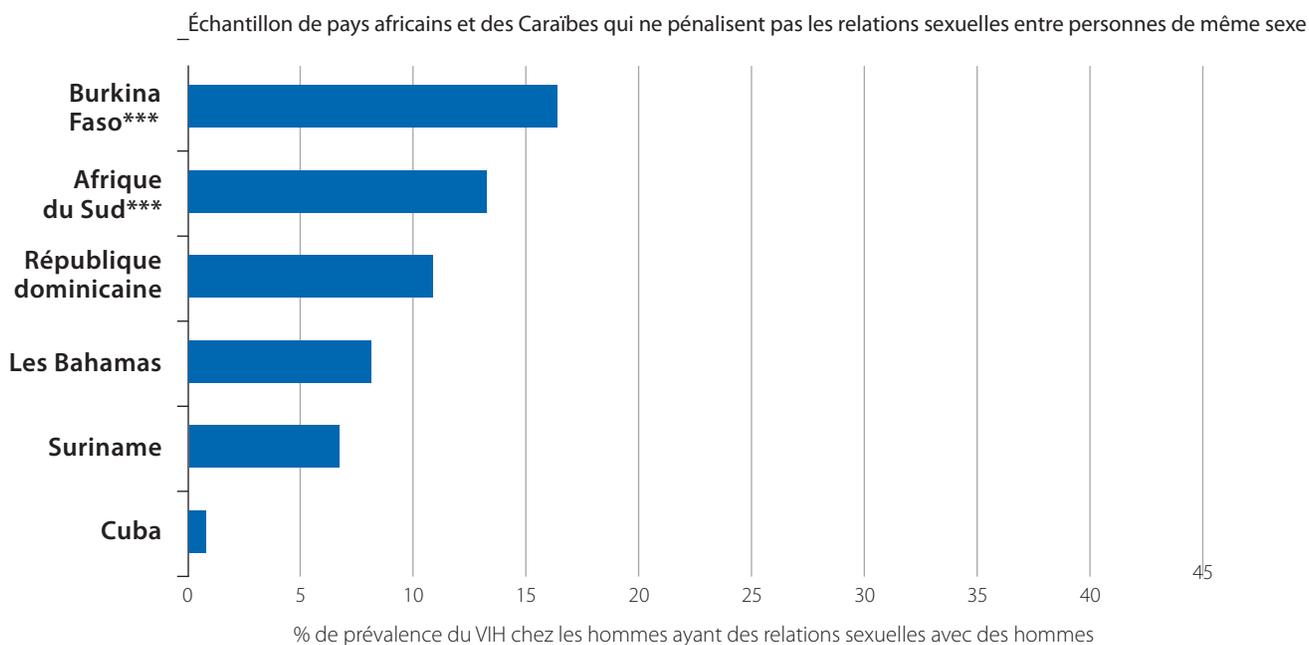
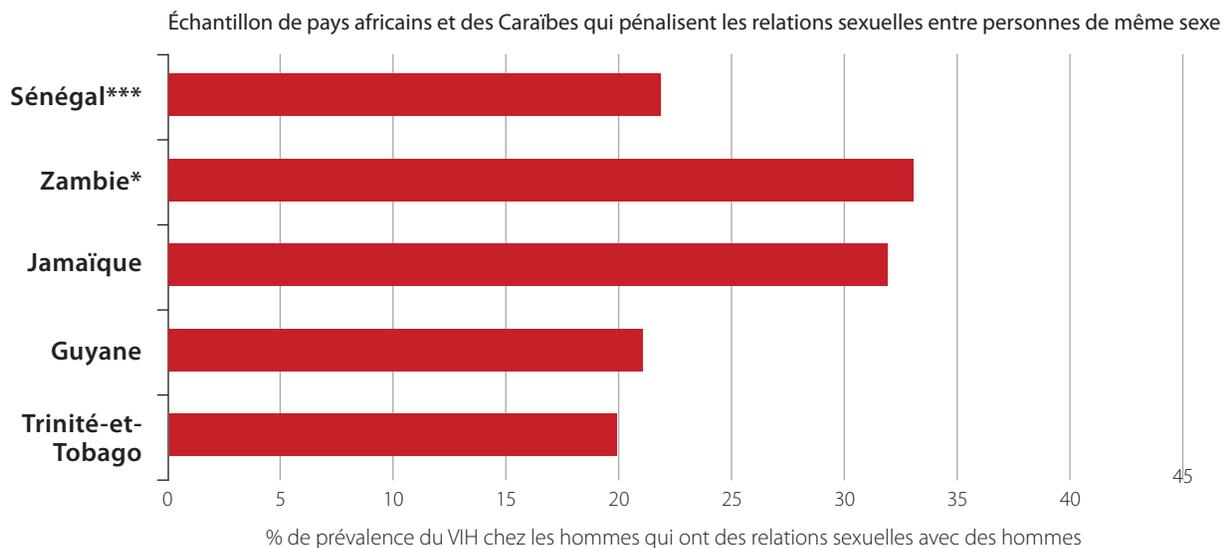
La marginalisation, couplée aux aspects portant sur la physiologie, les circonstances et le comportement sexuel exposent les HSH à un risque d'infection au VIH sensiblement élevé. Les HSH sont 15 fois plus exposés au VIH que les autres hommes adultes²¹². Par exemple, les HSH constituent un des groupes les plus cachés et stigmatisés de tous les groupes exposés au risque d'infection à VIH du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord²¹³. Presque dans tous les pays où les données de surveillance du VIH sont collectées de manière fiable²¹⁴, les statistiques sont alarmantes.

La pénalisation cause et accroît ce chiffre. À titre d'exemple, l'ONUSIDA rapporte que dans les pays des Caraïbes où l'homosexualité est criminalisée,

Le débat sur la sexualité des personnes de même sexe est dominé par un discours haineux à tous les niveaux, y compris au sommet de l'exécutif. Le président zimbabwéen, Robert Mugabe est connu pour avoir déclaré que les gays et des lesbiennes sont pires que les porcs et les chiens. Le harcèlement de la police est une réalité quotidienne, et l'homophobie de la part des chefs religieux et traditionnels est jugée normale.

Gays et Lesbiennes du Zimbabwe, Dialogue régional Afrique, Zimbabwe, 3-4 août 2011

HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES, LOI ET VIH



Note : Le taux de prévalence estimé pour la Jamaïque varie entre 25 et 30 %.

Sources : * Données tirées de Smith, Adrian D. et al., Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et VIH/SIDA en Afrique subsaharienne, Lancet, 2009.

** Données basées sur Baral, S. et al. Une étude systématique de l'épidémiologie du VIH et des facteurs à risque chez les HSH en Afrique subsaharienne 2000–2008, Conférence internationale sur le SIDA, Mexico, 2008.

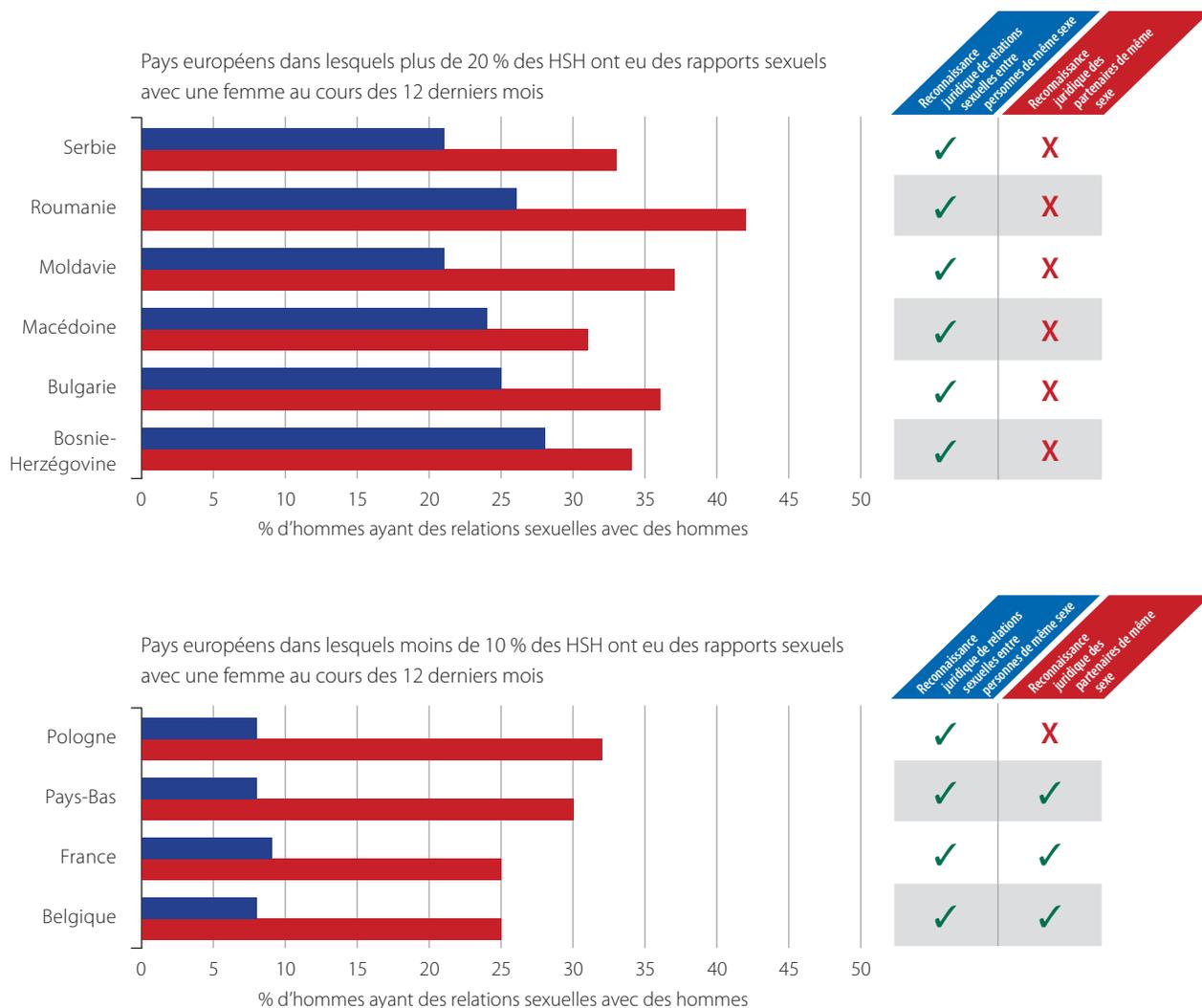
*** Données basées sur les Rapports de l'UNGASS.

Adapté du rapport 2008 de l'ONUSIDA sur l'Epidémie mondiale du SIDA et du Rapport relatif au progrès vers un accès universel à la prévention, au traitement et à la prise en charge du VIH dans les Caraïbes.

presque 1 HSH sur 4 est infecté par le VIH. En l'absence de telles lois pénales, le taux de prévalence se situe seulement à 1 HSH sur 15²¹⁵.

Beaucoup de HSH ont aussi des rapports sexuels avec des femmes²¹⁶. Bien que certains hommes soient attirés à la fois par les hommes et les

DROITS DES LGBT ET RISQUE DE TRANSMISSION DU VIH



- déclaration d'un rapport sexuel avec une femme au cours des 12 derniers mois
- déclaration d'un possible risque de transmission du VIH au cours des 12 derniers mois

Source : Enquête européenne sur les HSH (EMIS) 2010 ; site de l'ILGA-Europe (www.ilga-europe.org), Association internationale des lesbiennes, des gays, des personnes bisexuelles, trans et intersexuelles, consulté par le PNUD en 2012.

femmes, d'autres n'entretiennent des relations hétérosexuelles que pour échapper à la stigmatisation et aux violences, particulièrement dans les cas où l'homosexualité est pénalisée et stigmatisée. En d'autres termes, la criminalisation des relations sexuelles entre individus de même sexe met en péril non seulement les HSH, mais aussi

les femmes²¹⁷. Par contre, l'expérience montre que dans un contexte épidémique, l'accès universel des HSH aux services liés au VIH combiné à des efforts de lutte contre la discrimination peut réduire les infections de manière considérable parmi ces hommes et également au sein de la communauté dans son ensemble²¹⁸.

INSENSIBILITÉ, VIOLENCE, EXCLUSION

La stigmatisation et la discrimination à l'égard des HSH sont chose courante dans toutes les sociétés et ont pour effet de limiter l'accès des HSH au dépistage du VIH, au traitement et au soutien social. Une enquête mondiale multilingue disponible en ligne menée auprès de 5 000 HSH a révélé que seulement 36 % avait un accès facile au traitement et que moins d'un tiers n'avait qu'un accès limité aux interventions en matière de comportement et au matériel pédagogique sur le VIH²¹⁹. D'autre part, les lois religieuses pénalisant les rapports homosexuels ont pour effet d'entraver la lutte contre la propagation du VIH. Les recherches montrent qu'au Sénégal, après l'arrestation et l'emprisonnement en 2008 de 9 HSH travaillant comme agent de prévention et de sensibilisation au VIH, en vertu de la loi interdisant « les actes contre nature », la terreur s'est installée dans les communautés des HSH, les

groupes de revendication se sont dissous, les centres d'information et de traitement du VIH ont fermé leurs portes, les travailleurs et les organisateurs sont entrés dans la clandestinité²²¹.

Les prestataires de soins de santé peuvent aussi faire preuve d'ignorance et de préjugés et peuvent aussi décourager les HSH de se rendre dans des cliniques. Les HSH ne divulguent pas leur orientation sexuelle aux agents de santé par peur de non-respect de la confidentialité. Or cette information est primordiale dans la prévention et la prise en charge du VIH²²². Les agents de santé non formés répondent aux HSH avec mépris ou hostilité et refusent parfois de les traiter²²³. Là où les relations entre hommes sont illégales, les prestataires de soins pourtant désireux d'offrir des services craignent d'être inculpés de complicité d'acte criminel²²⁴.

Tout comme les travailleurs du sexe ou les consommateurs de drogues, les HSH font face au harcèlement, aux arrestations et à la brutalité de la police dans les pays qui déclarent leur comportement illégal. La police fait des rafles dans les forums éducatifs et saisit les préservatifs et les lubrifiants comme preuves de crimes sexuels ainsi que les supports d'information documentaires considérés comme « obscènes »²²⁵. Même en l'absence de loi ou autres textes juridiques contraignants contre la sodomie, la police continue son harcèlement en prenant comme prétexte les lois sur la « sécurité publique », le « vagabondage » ou le « racolage ». Ces lois leur donnent le champ de manœuvre dont ils ont besoin pour harceler et contrôler les HSH, et effectuer des descentes dans les endroits où ils se rassemblent²²⁶ dont entre autres les centres de services liés au VIH. Même si les autorités policières respectent les cliniques, leur présence dans les cafés et les piscines empêche le partage d'information sur des pratiques moins risquées

Il existe un modèle de violence et de discriminations dirigé contre des personnes simplement parce qu'elles sont gays, lesbiennes, bisexuelles, ou transgenres. Il existe des différences de traitement dans les magasins, les écoles, les hôpitaux. Il y a des attaques violentes qui incluent des attaques sexuelles. Des personnes ont été emprisonnées, torturées et même tuées. Ceci est une tragédie monumentale pour ceux qui en sont touchés et c'est une tâche sur notre conscience collective. C'est aussi une violation des lois internationales. À ceux et celles qui sont lesbiennes, gays, bisexuels ou transgenres, je veux vous dire, vous n'êtes pas seuls ! Votre combat pour mettre un terme à la violence et les discriminations est un combat que nous partageons. Toute attaque contre vous est une attaque contre les valeurs que les Nations Unies et moi-même avons juré de défendre et soutenir. Je vous soutiens et je demande à tous les pays et tous les peuples de vous soutenir aussi.

Ban Ki-Moon, Secrétaire général des Nations Unies Déclaration au Conseil des droits de l'homme, 7 mars 2012²²⁰

ANNULER LA DÉPÉNALISATION & LA DISCRIMINATION

La Cour d'appel de Hong Kong

Le Secrétaire à la Justice contre Yau Yuk Lung Zigo et Lee Kam Chuen (2007)²²⁷ et Leung T.C. William Roy contre le Secrétaire à la Justice (2006)²²⁸ : ont confirmé que l'orientation sexuelle ne constitue pas un motif de discrimination, au même titre que la race et le sexe.

Haute Cour de justice des Fidji

Nadan et McCoskar contre l'État (2005)²²⁹ : Les infractions du Code pénal criminalisant les rapports sexuels consentis entre hommes adultes en privé ont bafoué les garanties constitutionnelles à la vie privée et à l'égalité.

Cour Suprême des États-Unis

Romer contre Evans (1996)²³⁰ : a trouvé anticonstitutionnel un amendement de la Constitution de l'État du Colorado qui interdisait des actions publiques conçues pour protéger les individus contre la discrimination basée sur leur orientation sexuelle. **Lawrence contre Texas (2003)²³¹** : a aboli une loi du Texas sur la sodomie, qui stipulait que la pénalisation du comportement des partenaires sexuels consentants a porté atteinte à la liberté protégée par le quatorzième amendement de la Constitution.

lors de rapports sexuels et le soutien mutuel. En réalité, ces établissements sont responsables de l'émergence du concept de sexualité sans risque.

Malgré leur extrême vulnérabilité au VIH, les HSH sont mis à l'écart lors de l'élaboration de stratégies nationales de lutte contre le VIH, telles que celles au Moyen-Orient. En Algérie, bien que les HSH aient participé à la planification des réponses nationales au VIH, la mise en œuvre « sur le terrain demeure un défi en raison du manque d'engagement de la part des différentes parties prenantes (gouvernement, société civile, professionnels de la santé) », déclare un consultant algérien à la commission.²³² Il ajoute que « la loi punit l'homosexualité. »

ACCEPTATION SOCIALE : VERS LA LUTTE CONTRE LE SIDA

Heureusement, certains HSH commencent à être écoutés. En Tunisie par exemple, les HSH sont représentés au sein du Comité national de planification stratégique. Sans doute en conséquence de leur présence, le plan 2012–2016 comprend

un appel à la dépénalisation des relations sexuelles entre les individus de même sexe²³³. En plus, même dans les sociétés où l'homosexualité n'a traditionnellement pas été acceptée, des conceptions plus tolérantes sont en train d'émerger. En mars 2008 par exemple, Siti Musdah Mulia, une théologienne musulmane et présidente de la Conférence indonésienne des religions et de la

Dans plusieurs pays africains, ce n'est ni facile ni bien vu de demander la légalisation de l'homosexualité, cependant c'est la décision logique à prendre. Elle est logique parce qu'il est indispensable de ralentir la propagation du VIH et de s'assurer que les droits de l'homme protègent l'ensemble de nos citoyens. C'est également une bonne décision parce que les peuples d'Afrique comprennent que l'État a d'autres priorités bien plus urgentes que celles d'interférer dans les vies privées d'adultes consentants.

Festus Gontebanye Mogae, ancien Président du Botswana

paix a déclaré que « l'homosexualité est naturelle et vient de Dieu. » Elle ne résulte pas seulement d'une impulsion passionnelle. Dieu ne fait pas de différences entre les hommes. Aux yeux de Dieu, les hommes sont évalués en fonction de leur piété. C'est l'essence même d'une religion (Islam) d'humaniser les êtres humains et de leur devoir respect et dignité. »²³⁴

Sur la scène internationale, les leaders commencent également à exprimer leur opinion sur une égalité indépendante de l'orientation sexuelle ou des rapports sexuels librement consentis. À travers le monde, des tribunaux s'attendent à ce que les normes internationales et nationales en matière des droits de l'homme invalident les lois pénalisant les activités sexuelles entre personnes de même sexe. Ban Ki-Moon, le Secrétaire général des Nations Unies²³⁵, la Commission sur le SIDA en Asie²³⁶ et le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé ont tous lancé un appel à la dépénalisation²³⁷. Les Directives internationales des Nations Unies sur le VIH/SIDA et les droits de la personne²³⁸ recommandent une révision des lois qui interdisent les relations sexuelles entre adultes consentants (y compris la « sodomie ») en privé, « avec pour objectif l'abrogation ». Un certain nombre de pays interdisent également la discrimination basée sur l'orientation sexuelle²³⁹. Alors que quelques pays évoluent vers des approches plus répressives, on remarque un consensus international croissant sur la dépénalisation de l'homosexualité pour dire que celle-ci constitue une composante essentielle de l'action de santé publique globale au risque élevé d'infection et de transmission du VIH au sein de la communauté des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes.

Les poursuites et les jugements tant au sein des juridictions tant nationales qu'internationales

contribuent à cette tendance. Le Mouvement UNIBAM (United Belize Advocacy Movement) a intenté une action en justice en 2010 pour annuler l'article 53 du chapitre 101 du Code criminel, qui stipule : « Toute personne qui entretient des relations sexuelles contre nature avec une autre personne ou un animal est passible d'une peine d'emprisonnement ferme de 10 ans. »²⁴⁰

En Inde en 2009, citant la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Haute Cour de Delhi a supprimé la partie du Code pénal indien criminalisant les rapports sexuels entre hommes adultes consentants en privé. « La Cour a conclu que stigmatiser ou pénaliser les personnes sur la base de leur orientation sexuelle est contre la morale constitutionnelle et les principes d'inclusivité de la Constitution indienne. »²⁴¹ En octobre 2011, l'organisation AIDS-Free World (Un monde sans SIDA), que la proscription par la Jamaïque de telles actions par ses propres tribunaux n'a pas intimidée, a déposé une pétition par-devant la Commission interaméricaine des droits de l'homme (CIADH) pour contester la loi contre la sodomie votée dans ce pays. La « loi sur les infractions contre la personne » (« Offenses Against the Person Act ») de 1864 pénalise le comportement sexuel consenti entre des hommes, ainsi que le « crime abominable de sodomie » (pratique du coït anal) entre des personnes de n'importe quel sexe²⁴². Et le jour de la célébration de la Journée internationale des droits de l'homme, en 2011, dans une rare allusion à la légitimité de l'option sexuelle comme étant un droit de l'homme, Hillary Clinton, la Secrétaire d'État américaine a estimé qu'il ne s'agissait que d'une question de temps pour que le monde entier en arrive à reconnaître les droits de chacun à l'expression consensuelle du désir, indépendamment du sexe de son vis-à-vis²⁴³.

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit cohérente avec les obligations en matière des droits de l'homme :

3.3. Les pays doivent revoir leurs approches en matière de diversité sexuelle. Au lieu de punir les adultes consentants qui s'impliquent dans une relation homosexuelle, les pays doivent proposer à ces personnes un accès aux services liés au VIH et à d'autres services de santé. Les pays doivent :

3.3.1. Abroger toutes les lois qui criminalisent les rapports sexuels consentis entre des adultes de même sexe et/ou qui punissent l'identité homosexuelle.

3.3.2. Respecter les lois civiles et religieuses existantes et les garanties relatives à la vie privée.

3.3.3. Lever les barrières juridiques, réglementaires et administratives à la mise en place d'organisations communautaires par ou pour les personnes gays, lesbiennes et/ou bisexuelles.

3.3.4. Amender les lois anti-discrimination pour expressément interdire la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle (ainsi que de l'identité de genre).

3.3.5. Promouvoir des mesures efficaces de prévention de la violence à l'égard des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes

3.4 LES TRANSGENRES



Source : Robert Bourgoing/India

Dans plusieurs pays, du Mexique à la Suède en passant par la Malaisie²⁴⁴, en vertu de la loi ou selon la pratique, ni la loi ni la pratique ne confère aux transgenres une personnalité morale. Une partie fondamentale de leur identité, le genre, n'est pas reconnue. Il existe encore peu de gouvernements qui délivrent des pièces d'identité dans lesquelles le genre que s'auto-attribue un individu peut être différent de celui de son sexe biologique²⁴⁵. En l'absence de documents, l'emploi, les soins de santé, les voyages et la participation à de multiples aspects de la citoyenneté restent hors de portée. Par exemple en Thaïlande, les transgenres qui entreprennent une conscription dans les forces armées nationales sont ren-

Le 20 octobre 2008 à 11 heures du matin, la police a arrêté cinq hijras [femmes transgenres] à proximité d'un feu de circulation du Commissariat de Girinagar et les a conduites au commissariat. L'Adjoint au Commissaire de police [ACP], H.T Ramesh a fouetté l'une d'entre elles avec son lathi, a cassé son bracelet et l'a blessée. Une autre hijra a été contrainte de laver le sol du commissariat. Elles ont été inculpées de façon fallacieuse en vertu des articles 341 [détention illicite] et 384 [extorsion] du Code pénal indien... La police leur a posé des questions offensantes et a accablé l'équipe d'intervention de crise qui s'était rendue au commissariat pour leur porter secours : « Enlevez tous vos habits et laissez-moi voir ce que vous êtes en réalité ! Êtes-vous un homme ou une femme » ?

Sangama, Inde, Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011

voyés suivant le motif : « la physiologie de cette personne n'est pas conforme à son sexe à la naissance. »²⁴⁶

En leur refusant des pièces d'identités, l'administration utilise un des moyens concrets et bureaucratiques par lequel la loi efface l'identité individuelle des transgenres. Plusieurs États interdisent aussi la simple expression quotidienne de soi. En Guyane, se travestir constitue une infraction²⁴⁷. Au Koweït, toute personne « imitant le sexe opposé de quelque façon » est passible d'un an d'emprisonnement, d'une grosse amende ou des deux à la fois²⁴⁸. Ce n'est pas tout comportement spécifique qui est criminalisé, mais plutôt l'appa-

rence physique dont les paramètres pourraient être définis par la police koweïtienne. Ils arrêtent couramment des individus pour « peau douce » ou « voix féminine. »²⁴⁹

LA TRANSPHOBIE : UN RISQUE POUR LA SANTÉ

Ces exemples rappellent comment la loi réprime le genre non conventionnel. La police peut rester là sans rien faire pendant que les civils commettent des actes de violence sexiste contre les transgenres. D'après l'Observatoire des citoyens transgenres de la Fondation Santamaria de Colombie, « il y a eu 45 cas d'homicides enregistrés et dénoncés, perpétrés contre des femmes transgenres à Santiago de Cali entre 2005 et mars 2011, dont la majeure partie était constituée de travailleuses du sexe. »²⁵⁰

Souvent, les États ferment les yeux sur les violences perpétrées par les agents de police²⁵¹. Les travailleurs transgenres essuient souvent le plus fort de la brutalité policière partout où le travail du sexe est criminalisé. Cette brutalité ne se limite pas aux arrestations et incarcérations,

les travailleurs du sexe transgenres ont rapporté l'extorsion par la police de faveurs sexuelles, des brutalités sexuelles et même des viols²⁵². Tout comme c'est le cas avec les autres populations clés, les transgenres ne disposent d'aucune voie pour se plaindre. Et quand bien même des voies existeraient, leurs plaintes sont souvent ignorées²⁵³. Les violences de la police sur les transgenres « ont fait l'objet d'une documentation et de plaintes adressées à la Commission nationale des droits de l'homme et au Bureau du procureur général », a déclaré Taysa Fernandes de Ángel Azul du Honduras à la Commission, « et aucun résultat probant jusqu'ici. . . . Nous avons frappé à toutes les portes sans recevoir aucune aide en retour. »²⁵⁴

Tout ceci a pour conséquence une marginalisation accrue, une exposition élevée au VIH et un usage rare et disproportionné de la prévention, du traitement et des services de soutien au VIH²⁵⁵. Dans certains pays, les femmes transgenres deviennent infectées au VIH à un taux 7 fois supérieur au taux national²⁵⁶.

Après que mon amie a été violée par ces hommes qui avaient découvert son identité sexuelle, elle est venue vers moi...Nous nous sommes rendues à la clinique pour recevoir une prophylaxie post-exposition au VIH. L'infirmière lui a demandé de rentrer à la maison, d'ôter ses habits de femmes et de revenir. Son traumatisme était tel qu'elle n'est pas retournée à la clinique. Je crois que c'est à cause de ça qu'elle est aujourd'hui séropositive²⁵⁷.

Les travailleurs du sexe transgenres, Cape Town, Dialogue régional d'Afrique, 3-4 août 2011



Source : UNAIDS/Latin America

La transphobie, un sectarisme souvent inscrit dans la loi, constitue un risque de santé mentale pour ses victimes, tel que le montrent les statistiques. Les résultats de certaines recherches montrent que les femmes et hommes transgenres présentent des tendances élevées à la dépression voire au suicide²⁵⁸, et la vulnérabilité émotionnelle peut se traduire par une vulnérabilité au VIH.

Tout comme les autres minorités, les transgenres²⁵⁹ rencontrent des difficultés dans les centres de santé. Une enquête menée aux États-Unis auprès de 6 000 transgenres a montré que :

- Jusqu'à 28 % des transgenres déclarent reporter à plus tard, lorsqu'ils sont malades, leur visite dans les centres de santé par crainte de discrimination

CHANGEMENTS DE SEXE

Les nouvelles réglementations reconnaissent l'identité transgenre

En Argentine : Le 9 mai 2012, le Sénat a approuvé à l'unanimité la loi sur l'identité de genre, reconnaissant légalement la chirurgie de réattribution sexuelle comme un droit, et permettant aux personnes qui souhaiteraient subir un traitement de le faire prendre en charge par leur régime (public ou privé) d'assurance-maladie²⁶⁰.

En Uruguay : Une loi de 2009 permet aux individus de plus de 18 ans de changer leur nom et leur sexe sur les documents officiels²⁶¹.

En Inde : Depuis 2005, les demandeurs de passeports ont eu l'option de s'identifier comme étant du sexe masculin, féminin ou « autres », indépendamment du fait qu'ils aient subi ou non une intervention chirurgicale pour changer de sexe²⁶².

Au Portugal : Une loi régissant l'identification du genre a été promulguée en 2011. D'après celle-ci, une personne de nationalité portugaise de plus de 18 ans peut acquérir son genre préféré en passant par une procédure administrative normalisée et un rapport issu d'une équipe médicale multidisciplinaire²⁶³.

- 19 % ont rapporté s'être vu refuser des soins en raison de leur statut de transgenre ou de leur statut de non-conformité du genre
- 28 % ont rapporté des sentiments de harcèlement lors de visites dans des établissements de santé²⁶⁴.

Les transgenres peuvent dans certains cas se voir interdire l'entrée des cliniques. L'absence de documents reconnaissant leur identité de genre les empêche de se faire enregistrer pour des services de soins de santé²⁶⁵.

DES AVANCÉES

Dans un certain nombre de pays dont l'Afrique du Sud, le Japon, la Turquie, la Belgique, la Finlande, l'Allemagne, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, la Roumanie, l'Espagne, la Suède, le Royaume-Uni, le Mexique, le Panama, l'Uruguay, le Canada (la plupart des provinces), les États-Unis, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, les législateurs ont adopté des lois qui reconnaissent les transgenres et leurs droits²⁶⁶. Ces lois concernent le changement légal de sexe, l'enregistrement des documents d'identification conformément au sexe el qu'il est vécu et l'interdiction de la discrimination à l'égard des personnes de genre non conforme. De tels droits permettent aux transgenres d'accéder à des services nationaux de soins de santé, de voyager en toute quiétude, et de bénéficier d'une protection contre les violences et par

conséquent de réduire leur risque de contracter le VIH ou de voir leur santé se détériorer à cause de cette infection²⁶⁷. Là où la loi ne prévoit pas de manière explicite une protection, les tribunaux ont reconnu le droit des personnes disposant d'identités sexuelles non conventionnelles d'être protégées contre la discrimination. Les décisions de justice des Fidji, de Hong Kong, du Népal, du Pakistan, des Philippines, de la Corée du Sud et autres pays ont de manière explicite souligné les liens entre loi, stigmatisation et exclusion sociale auxquelles sont confrontés les transgenres²⁶⁸.

En 2007, la Cour suprême du Népal a ordonné au gouvernement de mettre fin aux obstacles privant les transgenres de leurs droits citoyens fondamentaux²⁶⁹. Dans son arrêt, la Cour a utilisé le terme « teshro Linki » ou « troisième genre » pour désigner les transgenres qui ne se sentent ni du sexe masculin ni du sexe féminin. Parmi les autres changements, les juges ont prononcé l'abrogation des sanctions contre le fait de se travestir. Le fait de se travestir, selon eux, se situe entre les droits de l'homme d'un individu et la liberté d'expression. Et en 2009, la Cour suprême du Pakistan a statué que les citoyens transgenres devraient avoir des droits égaux et un même accès aux prestations gouvernementales telles que des plans de soutien financier gouvernementaux et devraient jouir des protections garanties par la Constitution du Pakistan²⁷⁰.

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit cohérente avec les obligations en matière des droits de l'homme :

- 3.4. Les pays doivent revoir leur attitude à l'égard des transgenres. Au lieu de les réprimer, les pays doivent proposer à ces personnes un accès aux services liés au VIH et à d'autres services de santé et abroger toutes les lois qui criminalisent l'identité transgenre ou les comportements associés. Les pays doivent :
 - 3.4.1. Respecter les lois civiles et religieuses existantes et les garanties relatives au droit à la vie privée.
 - 3.4.2. Abroger toutes les lois qui punissent le travestissement.
 - 3.4.3. Lever les barrières juridiques, réglementaires et administratives à la mise en place d'organisations communautaires par ou pour les transgenres.
 - 3.4.4. Modifier les lois anti-discrimination nationales pour expressément interdire la discrimination sur la base de l'identité de genre (ainsi que de l'orientation sexuelle).
 - 3.4.5. S'assurer que les transgenres puissent voir leur genre affirmé dans les documents d'identification, sans passer par des procédures médicales préalables telles que la stérilisation, la chirurgie de réattribution sexuelle ou la thérapie hormonale.

3.5 LES PRISONNIERS



Source : John Steven Fernandez

10 millions de personnes sont incarcérées à travers le monde²⁷¹. On compte 6 pays, avec en tête les États-Unis, à avoir mis sous les verrous au moins un résident sur 200²⁷². On peut dire que le VIH est devenu un compagnon de cellule pour tous ces prisonniers. Le tatouage avec un matériel de fabrication artisanale non stérilisé²⁷³, la consommation de drogues et le partage des aiguilles²⁷⁴, les relations sexuelles et viols à haut risque²⁷⁵ contribuent tous à un taux de prévalence du VIH en milieu carcéral de 2 à 50 fois supérieur à celui de l'ensemble de la population adulte²⁷⁶. Le surpeuplement favorise la propagation des co-infections²⁷⁷. En outre, le stress, la malnutrition, les violences et les drogues affaiblissent le système immunitaire, rendant les personnes séropositives plus susceptibles de tomber malades²⁷⁸.

De nombreuses formes de discrimination concourent à augmenter de tels risques et rendent la réalité beaucoup plus alarmante. Aux États-Unis, les populations non caucasiennes, les Afro-américains en particulier, sont emprison-

La loi anti-sodomie/libertinage sans pudeur . . . empêche la distribution de préservatifs dans les prisons de Jamaïque, avec pour résultat un taux de prévalence du VIH parmi les détenus trois fois supérieur à la moyenne nationale. En 1997, le chef des établissements pénitentiaires (Correction Commissary), sur le conseil du médecin des prisons, a proposé la distribution de préservatifs dans les prisons de l'île, tout en l'avertissant que cette distribution le rendrait ainsi complice d'une infraction pénale, la sodomie. Cette disposition juridique a favorisé la contrebande de préservatifs dans les prisons jamaïcaines. Selon certains rapports, les préservatifs font l'objet d'un commerce juteux pour les gardiens de prison. Les prisonniers qui ne peuvent pas se les procurer utilisent des sacs en plastique.

Maurice Tomlinson, Jamaïque, Dialogue régional des Caraïbes, 12–13 avril 2011

nées à un rythme largement non proportionnel à leur nombre au sein de la population. « Entre 1980 et 1996, les taux de prévalence du VIH chez les hommes et chez les femmes ont le plus augmenté au sein des groupes démographiques qui ont connu le plus grand accroissement du taux d'incarcération masculine », selon un article publié par le Centre national de lutte contre la pauvreté de l'Université du Michigan²⁷⁹. Étant donné que la plupart des prisonniers finissent par sortir de prison, certains après plusieurs va-et-vient, ils font courir à leurs communautés des risques de transmission du VIH²⁸⁰.

La législation internationale en matière des droits de l'homme reconnaît aux États les prérogatives de priver les individus de certains de leurs droits, le plus évident étant la liberté,

à travers l'incarcération²⁸¹. Cependant, certains droits de l'homme tels que le traitement humain et la dignité ne sont pas confisqués aux portes des prisons²⁸². Les détenus ont droit à une qualité des soins de santé équivalant à celle hors des prisons²⁸³. En outre, les fonctionnaires de l'État ont l'obligation de s'abstenir de faire subir des préjudices aux prisonniers²⁸⁴. Parmi les droits que les responsables des établissements pénitentiaires doivent protéger (et que les tribunaux, y compris la Cour européenne des droits de l'homme font respecter) figurent le droit à la santé et le droit à la vie, qui supposent

Je suis certain d'avoir contracté le VIH et l'hépatite C lors de mon emprisonnement dans la prison pour hommes de Chaing Mai pour consommation de drogues. . . je partageais avec au moins dix autres prisonniers le même matériel pour s'injecter que nous avons fabriqué à partir d'une douille de plume et d'une aiguille pour pouvoir nous injecter chaque jour de l'héroïne pendant la période de six mois que j'ai passée là-bas. Même aujourd'hui, il n'y a pas encore de matériel pour injections disponible dans les prisons thaïlandaises, ni de thérapie de substitution par opioïdes ni de matériel stérilisé de tatouage²⁸⁵.

Thai AIDS Action Group, Thaïlande, Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011

un accès adéquat à la prévention et aux services de soins de santé. La majorité des détenus n'ont pas droit à cet accès²⁸⁶.

CONTREBANDE DES PRÉSERVATIFS

Les prisonniers ont des rapports sexuels derrière les barreaux, certains consentants et d'autres non. Par conséquent, les autorités carcérales ont la responsabilité de fournir des préservatifs à tous les prisonniers et de sanctionner les auteurs d'actes de viol à l'égard des autres prisonniers. Cependant, dans les pays où la sodomie est illé-



Source : UN Photo/Martine Perret/Timor Leste

gale, la distribution de préservatifs aux détenus fait de ces autorités les complices d'un délit²⁸⁷. Une étude de 2007 menée par l'ARASA (study by the AIDS and Rights Alliance of Southern Africa) a révélé que parmi les pays où les rapports sexuels entre personnes de même sexe étaient criminalisés, un seul gouvernement distribuait des préservatifs aux prisonniers²⁸⁸. Il en est de même là où la pénalisation de la consommation de drogues est en vigueur : les pays s'abstiennent d'offrir des programmes de réduction des risques dans les prisons²⁸⁹.

EXONÉRATION DU BON SENS

Un bon nombre de personnes se retrouvent en prison pour usage de drogue et en l'absence d'intervention, continuent d'en prendre derrière les barreaux. En 2005, l'OMS a rapporté par exemple que parmi les prisonniers européens, jusqu'à 3 sur 4 prisonniers étaient des consommateurs réguliers ou dépendants, et 1 sur 2 était un usager à vie²⁹⁰. Dans les prisons, de mauvaises

RAPPORTS SEXUELS NON PROTÉGÉS DERRIÈRE LES BARREAUX

pratiques d'injection de drogues sont la voie principale de transmission du VIH²⁹¹.

Heureusement, la nécessité sur le plan de la santé publique, aussi bien pour les prisonniers que pour leurs communautés, d'arrêter la propagation du VIH parmi les prisonniers a incité 12 pays d'Europe de l'Ouest et de l'Est, du Moyen-Orient, d'Afrique du Nord et d'Asie centrale²⁹² à offrir des programmes d'échange de seringue (PES) en prison. Au moins 37 pays offrent aujourd'hui des traitements médicalement assistés (TMA)²⁹³. Depuis la mise en application des PES au sein de 50 prisons suisses, toutes sauf une ont fait état d'une éradication d'échanges de seringues entre les prisonniers. L'évaluation des PES dans les prisons européennes indique en général que la consommation de drogues baisse ou se stabilise avec le temps, sans déclaration de nouveaux cas de transmission de VIH, d'hépatite B ou d'hépatite C. Les thérapies de substitution de l'opioïde se sont également avérées efficaces pour la réduction des comportements à risques dans plusieurs milieux carcéraux, sans conséquence néfaste sur la santé du personnel pénitentiaire ou celles des prisonniers²⁹⁴.

Sous la pression des ONG et autres acteurs, certains gouvernements ont signé des décisions exigeant une meilleure prise en charge médicale des détenus infectés par le VIH. En Ukraine, les patients en garde à vue ont le droit d'avoir accès à une thérapie de substitution. En République de Moldavie, le ministère de la Justice a ordonné aux prisons d'offrir des services de soins confidentiels pour le VIH ainsi que des mesures préventives contre la transmission, notamment au moyen de préservatifs, de produits désinfectants pour le rasage, d'outils de tatouage, ainsi que de matériel d'injection de drogue²⁹⁵.

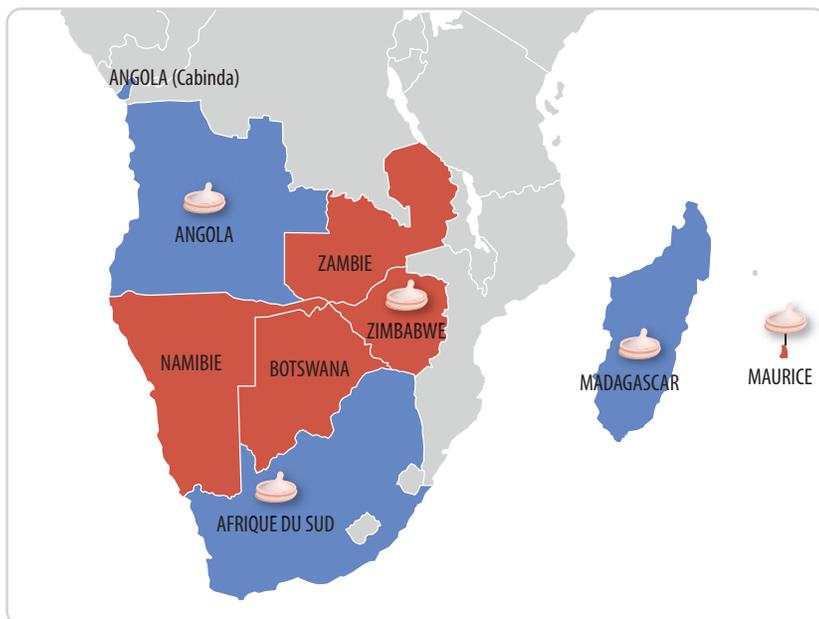
Là où l'État n'a pas pris d'initiative, des actions en justice intentées par les prisonniers ou pour leurs comptes peuvent dans certains cas amener les

Distribution de préservatifs aux prisonniers dans certains pays africains

- Reconnaissance juridique des rapports sexuels entre hommes
- Pas de reconnaissance juridique de rapports sexuels entre hommes



Distribution de préservatifs aux prisonniers



Source : Alliance sur le SIDA et les droits en Afrique australe (ARASA), VIH/SIDA et droits de l'homme en Afrique australe, 2009.

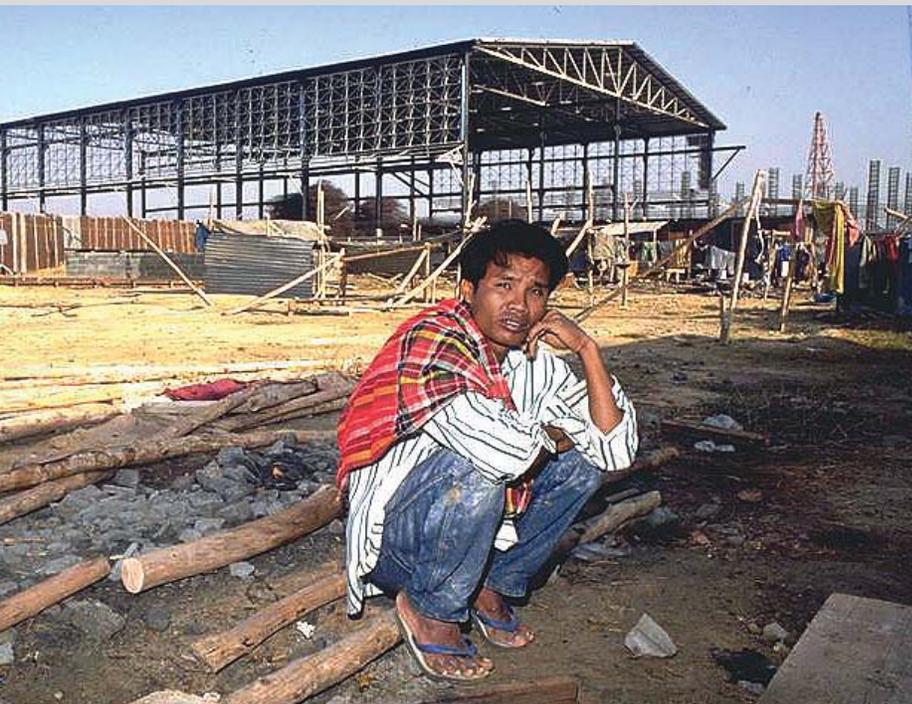
autorités à prendre des mesures de prévention contre le VIH dans les prisons. Par exemple dans le procès de *Strykiwsky contre Mills et Canada*, en 2000, M. Strykiwsky, un prisonnier, a réclamé l'accès à un traitement à la méthadone pour lui-même et tous les autres détenus des prisons fédérales qui médicalement étaient éligibles et qui souhaitaient le prendre. Suite au rejet de sa requête, il a introduit une demande de révision judiciaire à la fois de la décision prise et du refus du Service correctionnel du Canada de la mise en application d'un vaste programme de traitement à la méthadone dans les prisons fédérales. Deux jours plus tard, le tribunal a entendu l'affaire Strykiwsky et le Canada a fini par adopter cette politique dans toutes les prisons fédérales. Grâce à l'action d'un seul prisonnier, le risque d'infection au VIH est désormais moins élevé pour tous les autres détenus²⁹⁶.

RECOMMANDATIONS

Afin d'assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit en cohérence avec les obligations en matière des droits de l'homme, les pays doivent, dans les centres de détention, s'assurer de :

- 3.5.1. La disponibilité des soins de santé nécessaires, notamment les services de prévention et d'appui liés au VIH indépendamment des lois interdisant l'homosexualité et la réduction des risques. De tels soins comprennent l'accès aux préservatifs, aux services complets de réduction des risques, aux traitements volontaires basés sur les évidences contre la toxicomanie ainsi qu'aux traitements antirétroviraux (ART).
- 3.5.2. La conformité des traitements offerts aux normes internationales concernant la qualité des soins de santé dans les centres de détention. Les soins de santé, notamment ceux indiqués dans le traitement de la consommation de la drogue et du VIH, doivent être basés sur les évidences, volontaires et uniquement offerts en cas de manifestations cliniques.

3.6 LES MIGRANTS



Source : UN Photo/Diez/Thailand

Dans les économies mondialisées, les déplacements de personnes dans le monde se chiffrent à des millions. Le nombre de migrants internationaux s'élève approximativement à 214 millions contre 740 millions de migrants internes²⁹⁷. Bon nombre d'entre eux ont rencontré beaucoup de difficultés en raison de certains événements, notamment les guerres, la pauvreté, les catastrophes naturelles, et se sont sentis dans l'obligation de fuir leur pays. Chaque année, plus de 86 millions de personnes recherchent du travail en dehors de leur pays²⁹⁸. Certains reçoivent le statut de réfugiés, d'autres obtiennent des permis de travail légaux. Cependant, des millions de personnes dont certaines sont victimes de la traite, se déplacent de manière illégale et vivent de manière clandestine dans leur nouveau pays.

Les politiques de migration qui imposent des restrictions à l'entrée, au séjour et à la résidence dans un pays, divisent les familles et isolent les migrants de leurs proches et de leurs coutumes.

Bien que les travailleurs migrants assurent le fonctionnement des économies de bon nombre de pays développés en Asie et au Moyen-Orient, ces derniers ont instauré des politiques de migration qui font de la santé un critère essentiel pour permettre ou non l'entrée et le séjour de migrants à la recherche d'un emploi. Le point clé de ces politiques est de faire subir aux travailleurs migrants venant de pays en développement des examens médicaux obligatoires dans le but d'identifier ceux qui sont infectés par l'une des 22 maladies figurant dans la liste des maladies entraînant l'exclusion, notamment le VIH.

CARAM, Dialogue régional Asie-Pacifique, 16-17 février 2011

Ces conditions les marginalisent et les exposent à l'exploitation, pouvant aller jusqu'à changer leurs comportements sexuels avec pour résultat une plus grande probabilité de pratiques à risque²⁹⁹. En conséquence, les migrants sont exposés au risque d'infection à VIH qui est 3 fois plus élevé que celui des personnes vivant en milieu sécurisé³⁰⁰. La discrimination à l'égard des migrants a un impact disproportionné sur les femmes qui deviennent de ce fait plus exposées au VIH³⁰¹. Soit elles décident de migrer et d'être confrontées aux risques du VIH lors des déplacements soit elles attendent le retour de leurs maris ou partenaires après une migration temporaire ou épisodique, qui rentrent parfois contaminés par le virus³⁰². Souvent victimes de discrimination, bon nombre de migrants n'ont pas accès aux soins de santé et aux traitements³⁰³.

Les États souverains ont le pouvoir d'imposer des restrictions en matière de migration. De même, bien que les principaux traités sur les droits de

En 2010, environ 11 % des personnes vivant avec le VIH en Allemagne étaient des migrants. Cette tendance continue de s'accroître. Les migrants séropositifs par le VIH résidant en Allemagne sans permis de séjour constituent un cas spécial. S'ils veulent accéder à un traitement, ils ont le choix entre : entamer une demande de permis de séjour, vu que cette étape est obligatoire pour recevoir le traitement (et comporte en même temps le risque d'expulsion), et rester de façon illégale sans pouvoir bénéficier du traitement, et donc risquer leur vie.

Internationales Abteilung Strukturelle Prävention 2, Allemagne, Dialogue des pays à revenu élevé, 16–17 septembre 2011

l'homme ne mentionnent pas expressément les migrants³⁰⁴, le droit à la liberté de circulation rend toute personne libre de rester ou de quitter son pays, de s'y déplacer ou de se déplacer dans d'autres pays et de choisir un lieu de résidence³⁰⁵.

Les droits des travailleurs migrants, qui fournissent une grande partie de la main-d'œuvre pour assurer l'économie mondiale, ont été énoncés de façon détaillée dans plusieurs conventions internationales. À titre d'exemple, la Convention de l'Organisation internationale du travail sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et de leurs familles³⁰⁶ comporte un chapitre sur le droit des travailleurs migrants et de leurs familles « à recevoir tous les soins médicaux qui sont nécessaires d'urgence pour préserver leur vie ou éviter un dommage irréparable à leur santé, sur la base de l'égalité de traitement avec les ressortissants de l'État en cause.»³⁰⁷

Il reste que les législations et politiques relatives à l'immigration posent des barrières à l'accès des migrants aux services de prévention, de traitement et d'appui liés au VIH. Certains États, à l'instar du Japon, refusent l'accès des non-citoyens non titulaires d'un titre de résidence permanente aux centres nationaux de santé, notamment pour les soins médicaux se rapportant au VIH³⁰⁸. Au Botswana, les non-citoyens ne bénéficient pas de l'accès gratuit au traitement antirétroviral (ART)³⁰⁹. Dans les centres de rétention du service de l'immigration du Royaume-Uni, où les migrants séjournent pour une durée indéterminée dans l'attente d'une expulsion ou de l'octroi du droit d'asile, il apparaît que les personnes infectées par le VIH, en majorité des Africains, n'ont pas accès au traitement antirétroviral (ART)³¹⁰.

RESTRICTIONS IMPOSÉES SUR LA CIRCULATION DES PERSONNES ATTEINTES DU VIH

Nombre de pays



Source : Union interparlementaire (UIP), ONUSIDA, PNUD : Directives pour membres du parlement en matière de VIH/SIDA : Droit au service de la riposte au VIH, 2011.



Source : Fred Greaves/USA

En mars 2012, le département du Royaume-Uni pour la santé a annoncé l'accès gratuit au traitement du VIH pour toute personne infectée, quel que soit sa citoyenneté ou son statut d'immigrant, dans la mesure où la personne requérant le traitement a séjourné au Royaume-Uni pendant au moins 6 mois³¹¹.

SÉCURITÉ DE FAÇADE

Selon un rapport publié par l'ONUSIDA sur l'octroi de la permission d'entrer, de séjourner et de résider aux personnes infectées par le VIH, 10 pays refusent l'entrée aux personnes vivant avec le virus, et 22 pays pratiquent l'exclusion si leur statut est découvert³¹². Sur 30 pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, 11 imposent dans leur législation des restrictions, telles que le dépistage obligatoire

à l'entrée, au séjour et à la résidence dans leur pays³¹³. 10 des 21 pays prenant part au Dialogue des pays à revenu élevé de la Commission ont un passé lourd en ce qui concerne ces politiques³¹⁴.

L'exclusion générale des personnes vivant avec le VIH se justifie par le souci de préserver la santé publique. L'expérience montre que ce n'est pas le cas³¹⁵. En fait, ces politiques font planer une fausse impression, à savoir que les « étrangers » sont infectés, mais aussi que les citoyens sont purs et qu'ils sont à l'abri de tout danger tant que les frontières restent sécurisées.

Depuis janvier 2010, les pays à l'instar de l'Arménie, de l'Ukraine, des États-Unis, des Fidji, de la Namibie, de la République populaire de Chine et de la République de Corée ont soit éliminé, soit allégé les restrictions relatives à l'immigration des personnes infectées par le VIH³¹⁶. Toutefois, beaucoup reste à faire avant l'élimination de ces réglementations contreproductives et xénophobes à travers le monde.

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit cohérente avec les obligations en matière des droits de l'homme :

- 3.6.1. Les pays doivent, en ce qui concerne le VIH et la législation, offrir la même protection aux migrants, aux visiteurs, aux résidents n'ayant pas la nationalité que celle offerte aux citoyens.
- 3.6.2. Les pays doivent abroger les restrictions imposées sur le voyage et les autres restrictions qui interdisent l'entrée aux personnes vivant avec le VIH dans un pays et/ou les réglementations sur la pratique obligatoire d'un test de dépistage du VIH pour les étrangers vivant dans un pays.
- 3.6.3. Les pays doivent mettre en œuvre des réformes réglementaires qui autorisent l'inscription légale des migrants dans les centres de santé. Par ailleurs, ils doivent s'assurer que les migrants ont accès aux mêmes services de prévention, de traitement, d'appui lié au VIH et au même matériel que ceux mis à la disposition des citoyens. Tous les tests de dépistage du VIH et des IST pour migrants doivent être volontaires et consentis de façon informée. De plus, tous les traitements prophylactiques pour migrants doivent non seulement respecter le code de déontologie, mais aussi être prescrits à des fins médicales.

INÉGALITÉ ENTRE LES SEXES ET MARGINALISATION

Les femmes



Source : AFP/ Tehran

La moitié des personnes vivant avec le VIH dans le monde sont des femmes et des filles, et en Afrique, cette proportion atteint 60%³¹⁷. Dans les régions où les taux sont les plus élevés, le VIH frappe particulièrement les jeunes femmes et les filles ; dans les Caraïbes et en Afrique subsaharienne, par exemple, les taux de prévalence de ces dernières est 2 fois plus élevé que ceux des jeunes gens et des garçons. La pauvreté, tant celle des individus que celle des Nations, constitue également un facteur important. La quasi-totalité (98 %) des femmes séropositives vit dans des pays en développement³¹⁸, et la majorité des 2 % restants qui vivent dans les pays développés sont pauvres³¹⁹.

Bien que le VIH reste la première cause de décès parmi les femmes en âge de reproduction (15 à 44 ans) dans le monde, elle est suivie de près par la mortalité due à la grossesse et à l'accouchement (mortalité maternelle)³²⁰. La combinaison

Trois mois après sa naissance, mon fils a eu un problème au cœur qui nécessitait une intervention chirurgicale. Mon mari a refusé qu'un test VIH soit pratiqué sur l'enfant et lui-même. Mais j'ai pris une décision éclairée et j'ai choisi pour mon fils. J'ai également exigé un test pour moi-même. Mon fils et moi avons été testés positifs au VIH. Je ne pouvais m'arrêter de sangloter et pendant un moment j'étais incapable de penser ; je me sentais déconnectée et je voulais mourir, car j'étais incapable de supporter cette situation. Mon mari a informé les membres de sa famille. Ces derniers sont venus à l'hôpital et m'ont agressée émotionnellement pendant que j'allais mon fils en jurant de nous écarter, mon fils et moi, à tout jamais de leur vie. La famille de mon mari lui a recommandé de ne plus nous donner aucun soutien. C'est ce qu'il a fait jusqu'à ce que l'enfant meure à l'âge de deux ans et deux mois. Mon mari s'est emparé de tout ce que je possédais et a quitté la maison que nous louions. J'ai porté plainte au poste de police pour dépossession de bien, mais j'ai été maltraitée par les agents, incapables de comprendre pourquoi je me plaignais. J'ai donc décidé de faire recours devant un tribunal pour violation des droits de l'homme et dépossession de biens.

Judith Kateule, Zambie, Dialogue régional Afrique, 3-4 août 2011

de ces deux causes forme une alliance particulièrement mortelle : un décès maternel sur cinq est dû au VIH³²¹.

Pourquoi les femmes sont-elles si vulnérables au VIH ? Certaines des raisons sont d'ordre biologique : plus une fille est jeune, plus elle est susceptible d'être infectée. Mais la biologie n'est pas synonyme de destin. C'est l'inégalité entre les sexes et la discrimination lorsqu'elles sont inscrites dans les coutumes et les lois, ainsi que la violence sexuelle et familiale, acceptées par les coutumes et les lois, qui privent les femmes de tout pouvoir. Par exemple, le mariage des enfants, une pratique perçue par de nombreux parents comme une chance de protéger leurs filles contre le VIH, augmente au contraire le risque d'infection. Un mari plus âgé peut avoir été infecté suite à d'autres relations, et l'épouse impubère, sans éducation, expérience, connaissance et sans avoir eu la chance de devenir économiquement indépendante, est très peu apte à négocier des rapports sexuels mieux protégés ou à exiger la fidélité. Selon le Rapporteur spécial des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes, une enquête démographique et de santé portant sur 26 pays montre que « la majorité des filles de 15 à 19 ans sexuellement actives dans les pays en développement sont mariées, et que ces épouses encore adolescentes tendent à avoir des taux d'infection VIH plus élevés que les filles de cette tranche d'âge célibataires »³²².

Dans de nombreux pays, en particulier en Afrique et en Asie, la situation des femmes se complique encore du fait de la pluralité des systèmes juridiques, c'est-à-dire la juxtaposition d'un code de lois général, qui s'applique à ce qui ressort du domaine public, et des lois coutumières ou religieuses, qui régissent surtout la vie privée et les relations familiales. Bien que la plupart des constitutions stipulent que le droit constitutionnel prévaut en cas de conflit entre les lois de l'État et les lois coutumières, « la vaste majorité des pays d'Afrique reconnaît aux lois coutumières et les lois religieuses le statut de sources de droit contraignant »³²³. Cette combinaison d'héritage

colonial et de décisions politiques postcoloniales contribue à perpétuer, voire exacerber, l'inégalité entre les sexes et des pratiques discriminatoires qui « nuisent à la santé sexuelle de la femme »³²⁴.

En plus de ces conflits de niveau local, les gouvernements nationaux ont créé des exceptions aux conventions internationales, telles que la CEDAW, au motif que ces conventions enfreignent aux édits religieux ou aux pratiques coutumières, bien que plusieurs défenseurs des droits de la femme contestent l'idée que l'islam (ou d'autres religions) encourage ou excuse la discrimination sexuelle³²⁵. Les femmes peuvent se soumettre par obligation à ces règles qui découlent de ce chevauchement de lois et de coutumes par crainte d'ostracisme ou de violence si elles ne le font pas, voire les adopter et les faire adopter

Une femme qui a le VIH ne doit pas tomber enceinte. Un jour, j'ai pu constater que mon docteur était fâché. C'est comme si j'avais trahi sa confiance lorsque je lui ai annoncé que j'étais enceinte. Il était très déçu. Je l'avais laissé tomber ; je me sentais irresponsable et coupable. Il m'a dit : « je ne veux pas que tu aies à revivre ça. » Il m'a donc rendue stérile. J'étais une mauvaise femme. J'étais séropositive. J'avais mis ma santé en danger³²⁶.

Nontobeko Prudence Brenda Dlamini, Communauté internationale des femmes vivant avec le sida-Afrique australe, Dialogue régional Afrique, 3-4 août 2011

par leurs filles, comme c'est souvent le cas chez les femmes peu éduquées ou vivant en milieu rural. Pourtant, les éléments probants ne laissent planer aucun doute : l'inégalité entre les sexes laisse les femmes et les filles sans défense contre l'infection du VIH et diminue leur capacité de faire face aux conséquences de la maladie et de prendre soin d'elles-mêmes et de leur famille³²⁷.

Bien que les normes et l'inégalité sexuelle affectent principalement les femmes et les filles, elles peuvent aussi coûter cher aux hommes et aux garçons. Des données récentes montrent que le viol d'individus masculins est beaucoup plus fréquent dans les zones de conflit qu'on ne le pensait précédemment³²⁸. Les cultures de machisme peuvent obliger des hommes à avoir des partenaires sexuels qu'ils n'auraient pas pris dans d'autres circonstances, décourager l'utilisation de préservatifs ou de rapports sexuels non pénétrants, et les démotiver de rechercher les soins de santé nécessaires³²⁹. La protection et la promotion des droits de l'homme pour les femmes et les filles sont donc dans l'intérêt de tous.

VIOLENCE ET VIH

La violence sexuelle est souvent la porte d'entrée du VIH³³⁰. Elle prive les femmes de leur capacité à contrôler leur vie et par conséquent à protéger leur santé. Une étude de l'OMS datant de 2005 montre en effet que dans une grande majorité

des cas, des hommes qui perpètrent des actes de violence envers leurs partenaires féminins ont plus tendance à avoir de multiples partenaires, la violence et l'infidélité étant considérées comme des expressions de la dominance masculine³³¹. Ils sont également plus susceptibles d'être infectés par le VIH ou d'autres IST, et font ainsi courir à toutes leurs partenaires un risque d'infection³³². Bien que la doctrine et la jurisprudence internationales en matière de droits de l'homme dénoncent sans ambiguïté la violence sexuelle comme étant un traitement cruel, dégradant et inhumain, et une forme de torture³³³, et bien que cette violence soit pénalisée dans la grande majorité des nations, le viol des femmes continue à des niveaux alarmants. Les lois portent une part de responsabilité dans la mesure où elle laisse la violence affecter les femmes. Les définitions juridiques de délits sexuels peuvent rendre impossible la poursuite en justice de certains actes sexuels forcés³³⁴. Par exemple, le mariage peut être invoqué comme une exception ou comme défense en cas d'accusations de viol³³⁵. Bien que deux tiers des pays du monde aient proscrit la violence domestique, nombre d'entre eux ne considèrent pas le viol conjugal comme étant passible de poursuites³³⁶. Ce dernier est souvent défini comme étant un délit moins grave que le viol extraconjugal³³⁷. À Antigua et aux Bahamas, par exemple, un mari qui viole sa femme ne sera poursuivi que pour agression sexuelle, un délit moins grave que le viol³³⁸.

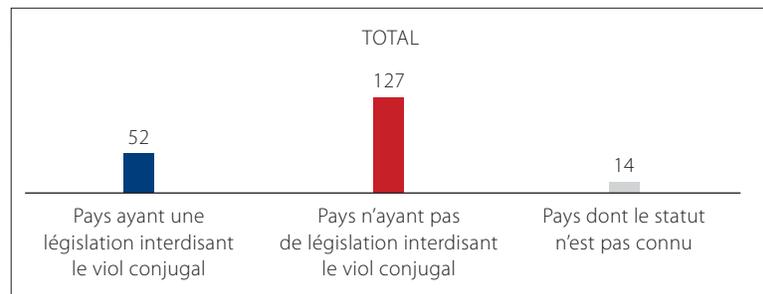
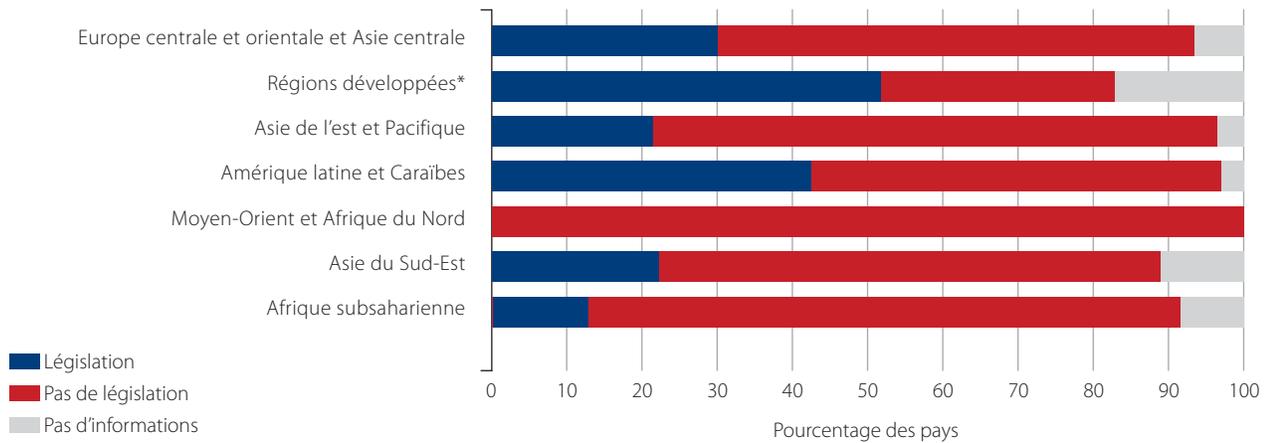
Même là où de nombreuses formes de violences sexuelles sont interdites, la mise en application des lois peut être laxiste, voire absente. Un viol peut-être commis par des agents de police ou autres personnes en uniforme, rendant alors impossible pour la victime de signaler le délit ou de demander réparation auprès des tribunaux. Vu que le lien entre violence et risque de VIH n'est pas reconnu de façon explicite, ceux ou



Source : Avert/South Africa

VIOL CONJUGAL

Législations interdisant le viol conjugal, par région



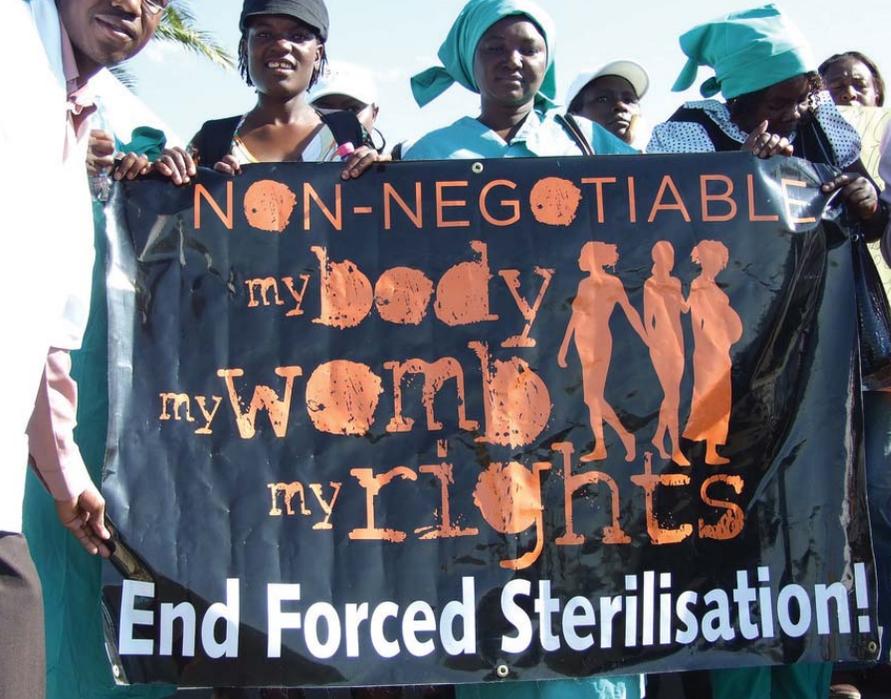
Note : * les pays inclus dans Régions développées sont : Allemagne, Andorre, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, États-Unis d'Amérique, Finlande, France, Grèce, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Liechtenstein, Luxembourg, Malte, Monaco, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Royaume-Uni, Saint-Marin, Suède et Suisse.

Source : Rapport 2011-2012 d'ONU Femmes « Le progrès des femmes dans le monde : en quête de justice ». Juillet 2011.

celles qui ont survécu à la violence ne reçoivent pas de services de soins contre le VIH en temps opportun, comprenant l'administration de médicaments susceptibles de réduire la probabilité de contracter le VIH³³⁹. Un des documents soumis à la Commission notait ce qui suit : « au Chili, malgré l'existence de lois protectrices contre la violence sexuelle, le manque de coordination entre les secteurs santé et justice a eu pour résultat une fragmentation des services et leur inefficacité. »³⁴⁰

Le viol n'est plus simplement un délit de personnes. Il est en effet de plus en plus utilisé comme principale arme de guerre dans les situations de conflit³⁴¹. Anéantir les femmes et les filles revient à paralyser des tâches essentielles à la vie d'une population, allant de la corvée d'eau au développement communautaire. La propagation du VIH

par le viol est un moyen efficace pour épuiser la résilience d'une population sur de nombreuses générations. Donner aux femmes l'autonomie voulue est indispensable au bien-être d'une population dans son ensemble. Cette autonomie est également essentielle pour lutter contre le VIH³⁴². La violence à l'égard des femmes et des filles augmentent leur vulnérabilité au VIH³⁴³. Par exemple, des recherches entreprises dans 4 provinces de la Papouasie-Nouvelle-Guinée mettent en lumière une forte relation entre les agressions sexuelles et la séropositivité chez la femme. Les femmes qui, dans cette étude, avaient indiqué qu'elles avaient subi des agressions sexuelles au cours de relations intimes avec leurs partenaires avaient une probabilité 2 fois plus élevée d'être séropositives que celles qui n'avaient pas subi d'abus³⁴⁴. Des rapports sexuels forcés au cours



Source : Andrea Flynn/Namibia

de l'enfance ou de l'adolescence ont été associés à une probabilité croissante d'avoir des rapports sexuels non protégés, de multiples partenaires, d'exercer le commerce du sexe et de consommer des substances illégales plus tard dans la vie. Toutes ces activités augmentent le risque de contracter le VIH³⁴⁵. Cette corrélation est particulièrement inquiétante, car les jeunes femmes et les filles sont souvent les principales cibles de la violence sexuelle³⁴⁶. En Afrique du Sud, les statistiques de la police montrent que plus de 40 % des personnes qui ont survécu à un viol et l'ont signalé à la police au cours de la période 2002-2003 étaient des filles de moins de 18 ans, et que 14 % d'entre elles avaient moins de 13 ans³⁴⁷.

La divulgation de sa séropositivité met également la femme en danger et lui fait craindre la violence, comme l'attestent de nombreux documents soumis à la Commission. Une Pakistanaise violée en série a découvert qu'elle était à la fois enceinte et séropositive. Son mari, également pauvre et blessé, l'a abandonnée ainsi que ses deux fils jumeaux³⁴⁸. L'éducation et la position dans l'échelle sociale n'immunisent pas nécessairement une femme contre de telles conséquences. Une Tanzanienne a décrit son mariage heureux à un homme exerçant une profession libérale et dans des conditions de vie de classe moyenne. Lorsqu'elle a avoué sa séropositivité à son mari, « il est devenu furieux et m'a accusée d'avoir rendu nos fils malades. Ma santé s'est détériorée... Mon mari m'a accusée d'avoir causé la mort de ses parents, qui étaient morts du sida. J'ai été expulsée de la maison conjugale, une maison que j'avais construite avec mon propre argent. Le tribunal de divorce n'a été d'aucune aide. »³⁴⁹

MAUVAISE SANTÉ REPRODUCTIVE ET MATERNELLE

L'accès à des services de santé de la reproduction et de lutte contre le VIH³⁵⁰ peut réduire de façon substantielle la transmission verticale du VIH et la mortalité maternelle. Une combinaison de médicaments antirétroviraux pris par une mère avant

Dans certaines parties du Kenya, de nombreuses veuves et orphelines deviennent vulnérables au VIH après le décès de leur mari ou de leur père, à cause de la privation d'héritage par leurs familles et communautés, qui les laissent sans ressources. Souvent chassées de leur maison rurale, elles doivent se réfugier en ville où les attendent souvent de nouvelles violences, y compris des violences physiques et sexuelles, qui augmentent leur vulnérabilité au VIH. Souvent aussi, elles ont recours à des comportements à haut risque tel que le travail sexuel forcé, de façon à gagner l'argent dont elles ont besoin pour survivre.

Allan Maleche, Kenya Legal & Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN) (Réseau kenyan consacré aux problèmes juridiques et éthiques liés au VIH et au sida), Kenya, Dialogue régional africain, 3-4 août 2011

CHARIA ET DOMINANCE MASCULINE AU NIGÉRIA³⁵²

La constitution du Nigéria de 1999 interdit toute discrimination fondée sur le sexe ; cependant, les lois coutumières et religieuses continuent de limiter les droits de la femme. Le Nigéria est une république fédérale, et chaque État a le pouvoir de rédiger ses propres lois. Certains États dans le nord du Nigéria se conforment à une forme particulière de la charia qui peut être invoquée pour renforcer des coutumes non favorables aux femmes et donc augmenter leur vulnérabilité au VIH.

La charia du Nigéria reconnaît quatre types de divorce principaux :

- Le talaq ne peut être initié que par le mari et lui permet de répudier le mariage en annonçant à qui veut l'entendre son intention de divorcer de sa femme.
- Le khul'u permet à une femme de requérir un divorce en payant une somme d'argent à son mari pour mettre fin au mariage. Le khul'u est décidé par un tribunal.
- Des procédures appelées tafriq et faskh demandent également l'intervention d'un tribunal. Le divorce est prononcé à la suite d'une enquête sur la véracité des accusations de la femme.

Le Code pénal de l'État du Nord du Nigeria, fondé sur l'application de la charia propre à cet État, permet au mari de :

- battre sa femme, pour autant que son action n'atteigne pas le niveau d'un « préjudice grave ».
- retirer à sa femme son soutien économique si celle-ci refuse un rapport sexuel.

Le Code pénal de l'État de Kano, fondé aussi sur la charia, exige qu'une femme qui dépose une accusation de viol produise quatre témoins. Si le viol ne peut être prouvé, la femme peut être passible d'une peine de prison ou de flagellation pour adultère.

la naissance, au cours de l'accouchement et lors de l'allaitement a démontré qu'elle peut réduire de façon significative les chances d'une transmission verticale³⁵¹. La contraception, accompagnée de la prévention de grossesses non désirées, permet aussi de sauver des vies : en 2008, elle a permis d'éviter au moins 40 % des cas de mortalité maternelle dans le monde. À ce chiffre, on pourrait ajouter 30 % de cas supplémentaires qui pourraient être prévenus si les besoins non satisfaits actuellement en matière de contraception étaient couverts³⁵³. Cependant, les centres de santé de la reproduction ne constituent pas toujours un lieu d'accueil bienveillant pour de nombreuses femmes séropositives. Les pratiques dans le milieu des soins de santé sont souvent coercitives et discriminatoires, y compris le dépistage forcé du VIH, des violations de la confidentialité, le refus de soins de santé, ainsi que des stérilisa-

tions et des avortements forcés³⁵⁴. Depuis 2001, année où on a pu documenter pour la première fois des stérilisations et avortements forcés parmi les femmes séropositives, on a vu apparaître des rapports en provenance du Chili, du Venezuela, du Mexique, de la République dominicaine, de l'Indonésie, du Kenya, de la Namibie, de l'Afrique du Sud, de la Tanzanie, de la Thaïlande, de l'Ouganda et de la Zambie³⁵⁵. Certaines femmes ont déclaré s'être vues refuser des services de santé et de traitement du VIH sans leur accord à un avortement ou une stérilisation.

Lorsque l'exposition au VIH et sa transmission sont pénalisées, des femmes enceintes et des mères évitent le dépistage ou le traitement du VIH, pour elles ou pour leurs bébés, par crainte d'être poursuivies pour transmission du virus. La loi kenyane sur les délits sexuels, qui péna-

lise la transmission du VIH, « aura pour effet de réduire le nombre de femmes se rendant à des consultations prénatales, et la plupart des mères préféreront accoucher à domicile pour éviter le dépistage ou des représailles de la part du prestataire de soins », explique une représentante de la fédération des femmes juristes du Kenya³⁵⁶. Même situation en République Centrafricaine où, comme l'explique une avocate de ce pays, la loi centrafricaine pénalisant une transmission « par négligence » par une personne séropositive consciente de son statut à d'autres personnes a pour conséquence que des mères ne peuvent plus allaiter leurs enfants (et si elles ne le font pas, l'enfant sera mal nourri et mourra, une situation qui sera interprétée comme une maltraitance). »³⁵⁷

Les défenseurs des droits de l'homme ont enregistré des progrès dans leur lutte contre ces lois contre-productives, comme l'illustre l'adoption du Plan d'action de Maputo³⁵⁸ et la disponibilité de plus en plus grande de services de prévention de la transmission verticale du VIH³⁵⁹. Cependant, peu de pays offrent une panoplie complète de services de santé sexuelle et reproductive aux femmes et aux filles.

L'ABSENCE DE DROITS EN MATIÈRE DE PROPRIÉTÉ

Sans une égalité des droits en matière d'acquisition et de détention de propriétés, une femme reste de fait captive de son mari et de sa famille.

C'est pourquoi de nombreuses conventions internationales, y compris le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, garantissent l'égalité entre hommes et femmes dans la vie de famille, dans le mariage et dans sa dissolution³⁶⁰. Des accords régionaux s'attaquent également aux lois et aux traditions qui permettent à des hommes et à leur famille de déposséder des divorcées ou des veuves.

Le protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes protègent de façon spécifique le droit à « un logement et des conditions de vie acceptable » ; il demande aux États d' « accorder aux femmes, quel que soit leur statut matrimonial, l'accès à un logement adéquat »³⁶¹ et garantit aux veuves « une part équitable dans l'héritage des propriétés de leur mari » et « le droit de continuer à vivre dans la maison matrimoniale »³⁶². Le protocole de Maputo accorde également aux femmes un accès égal à la terre et à la propriété.

Néanmoins, ces normes internationales, comme d'ailleurs les instruments nationaux qui les ratifient, n'ont, dans bien des cas, que peu ou prou d'effet. De nombreux facteurs perpétuent en effet une inégalité flagrante entre les sexes, qu'il s'agisse du mariage officiel ou coutumier, des lois sur la propriété et l'héritage ou encore de la dépossession illégale, c'est-à-dire la confiscation de la maison de la veuve et de ses biens par des parents du mari. Les femmes sont maintenues dans une situation de dépendance économique dont elles ne peuvent s'échapper, ce qui permet à leur mari d'exercer un contrôle sur leur vie sexuelle. L'inégalité en matière de propriété augmente le risque pour les femmes de contracter le VIH en les rendant incapables d'exiger la fidélité ou l'utilisation de préservatifs³⁶³, et de plus, comme le montrent des études menées en Afrique et en Asie, les stigmates associés au VIH encouragent la dépossession³⁶⁴.

La propriété d'une femme, divorcée ou veuve, ne se limite pas à sa maison ou à ces terres. Selon certaines pratiques coutumières, le corps de la femme peut devenir la propriété du mari ou de ses parents. Dans plusieurs pays d'Afrique et d'Amérique latine ainsi que dans certaines parties d'Asie et du Moyen-Orient, le mariage précoce et la mutilation génitale féminine³⁶⁵, « l'héritage des veuves »³⁶⁶ et les rites de « purification sexuelle »³⁶⁷, malgré le risque élevé d'exposition au VIH inhérent à de telles

pratiques³⁶⁸ sont des pratiques coutumières acceptées. Les systèmes juridiques, qu'ils soient officiels ou coutumiers, n'ont généralement pas réussi à abolir ces activités. Les femmes peuvent alors soit les adopter pour des raisons culturelles ou religieuses, ou par crainte d'ostracisme ou de détérioration économique, se sentir obligées de s'y conformer³⁶⁹. La pénalisation de la transmission du VIH aggrave les dangers associés à ces pratiques et place la femme dans une double impasse : bien que séropositive, elle peut être forcée d'avoir des rapports sexuels avec son beau-frère dans le cadre de « l'héritage des veuves », et ensuite risque d'être poursuivie en justice pour lui avoir transmis le VIH.

RÉCONCILIATION

Mettre fin à des décennies, voire des siècles, de traditions qui affaiblissent et oppriment les femmes est un processus lent et progressif. Le VIH met en évidence une discrimination fondée sur le sexe et omniprésente, et rend celle-ci encore plus mortelle qu'elle ne l'était avant. Certains pays, comme la Namibie³⁷⁰, prennent des mesures pour lever l'exemption de poursuites dans le cas d'un viol conjugal, pour faire de ce dernier un délit passible d'une peine pénale. Plusieurs pays africains, dont le Burkina Faso, le Malawi, le Mozambique, le Niger, le Rwanda et l'Afrique du Sud prennent également des mesures pour assurer aux femmes un accès égal à la terre et à la propriété, et certaines de ces mesures contiennent des références explicites au VIH³⁷¹. Dans le Tamil Nadu, en Inde, un partenariat qui réunit le gouvernement, la société civile et des personnes vivant avec le VIH, et fournit des services juridiques, a permis de faciliter l'accès de femmes affectées par le VIH ou vivant avec celui-ci à la propriété et à la terre³⁷². Les tribunaux de pays tels la Tanzanie, l'Ouganda et le Zimbabwe ont aboli des lois coutumières et religieuses à caractère discriminatoire. Mais ces nouveaux statuts conçus pour « améliorer » la condition de la femme reflètent parfois l'hésitation des législateurs lorsqu'il s'agit de s'attaquer à des principes ancrés dans les

lois coutumières³⁷³. Par exemple, le Zimbabwe n'accepte plus le mariage avec la victime comme argument de défense dans les affaires de délits sexuels, mais requiert néanmoins l'autorisation personnelle du procureur général pour poursuivre en justice un mari pour viol conjugal ou attentat à la pudeur à l'égard de sa femme³⁷⁴. Et lorsque la coutume et la tradition prévalent, les femmes ne ressentent pas dans leur vie de tous les jours les effets de lois et jugements progressistes au niveau national³⁷⁵.

Une des voies qui paraît la plus prometteuse consiste à adapter des systèmes juridiques traditionnels de façon à promouvoir l'égalité pour les femmes et leurs enfants, et recruter des membres respectés de la communauté pour arbitrer des litiges en matière d'héritage entre veuves et la belle-famille. Le *Kenya Legal and Ethical Issues Network on HIV/AIDS (KELIN)*, un réseau kenyan consacré aux problèmes juridiques et éthiques liés au VIH/sida, enseigne à des notables des techniques alternatives de résolution de litiges, et leur assure une formation ainsi qu'aux veuves et aux fonctionnaires locaux de police, de façon à les sensibiliser sur les droits de l'homme. Selon KELIN, l'approche utilisée part du principe que le droit coutumier peut évoluer et intégrer des notions d'égalité entre les sexes. Cette approche reconnaît également que les mécanismes locaux de mise en application du droit coutumier peuvent être renforcés pour faciliter la promotion et la protection des droits de la femme³⁷⁶.

La pénalisation du viol conjugal implique la reconnaissance du fait que le mariage n'est ni un consentement irrévocable aux relations sexuelles ni un agent prophylactique contre l'infection du VIH. Elle implique également que les femmes, mariées ou non, ont le droit fondamental de refuser des relations sexuelles ou d'en négocier les conditions. Sans sécurité et indépendance économique, les femmes ne pourront jamais avoir le contrôle sur leur destin, ce qui rendra impossible l'éradication de la transmission du VIH.

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit en cohérence avec les obligations au titre des droits de l'homme :

- 4.1. Les pays devront prendre des mesures pour mettre fin à toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, y compris dans des situations de conflit et post-conflit. Ils devront :
 - 4.1.1. Promulguer et mettre en application des lois spécifiques qui interdisent la violence domestique, le viol et d'autres formes d'agressions sexuelles, y compris le viol conjugal et le viol perpétré lors d'un conflit, que les victimes soient des femmes, des hommes ou des transgenres.
 - 4.1.2. Prendre des mesures judiciaires ou juridiques pour abolir toute immunité, ou tout sentiment d'immunité, qui pourrait empêcher la poursuite du viol en justice lorsque son auteur est un partenaire marié ou non de la victime.
 - 4.1.3. Faire respecter intégralement les lois en vigueur relatives à la protection des femmes et des filles contre la violence, et poursuivre en justice les auteurs d'actes de violence à l'égard des femmes et des filles en usant de tous les moyens de droit.
 - 4.1.4. Élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales, détaillées et complètes, et dotées de toutes les ressources nécessaires, pour éliminer la violence à l'égard des femmes et des filles. Ces stratégies incluront des mécanismes robustes destinés à prévenir, investiguer et punir la violence. Il faut également garantir la prestation de services de santé, y compris de prophylaxie après exposition, de services juridiques et de protection sociale pour les victimes de la violence.
- 4.2. Les pays devront interdire la pratique de l'avortement et de la stérilisation forcés des femmes et filles séropositives, ainsi que toute autre forme de violence à l'égard de femmes et de filles dans le cadre de soins de santé. Leurs gouvernements prendront des mesures en ce sens.
- 4.3. Les pays devront éliminer les barrières juridiques qui empêchent les femmes d'avoir accès à des services de santé sexuelle et reproductive. Ils devront assurer que :
 - 4.3.1. Les agents de santé donnent aux femmes toute l'information nécessaire sur les options en matière de santé sexuelle et reproductive, et assurent que celles-ci donnent leur consentement éclairé à toute mesure susceptible d'affecter leur santé. Les lois devront assurer un accès à une contraception sans risque et aider les femmes à décider librement si, et quand, elles veulent avoir des enfants, y compris le nombre de naissances, leur espacement et les méthodes d'accouchement.

- 4.3.2. Les agents de santé ont reçu une formation en matière de consentement éclairé, de confidentialité et de non-discrimination.
- 4.3.3. Le cadre des soins de santé inclut des mécanismes aisément accessibles de plaintes et de recours.
- 4.4. Les pays devront réformer les lois relatives à la propriété et à l'héritage pour qu'elles garantissent aux femmes et aux hommes un accès égal à la propriété et aux autres ressources économiques, y compris le crédit. Ils prendront les mesures nécessaires pour assurer qu'en pratique, la propriété soit divisée sans aucune discrimination fondée sur le sexe en cas de séparation, de divorce ou de décès, et que soit établie une présomption de copropriété des biens familiaux par les conjoints. Lorsque les pratiques en matière de propriété et d'héritage sont influencées ou déterminées par des systèmes juridiques religieux ou coutumiers, les autorités de ces derniers devront effectuer les réformes nécessaires pour assurer la protection des femmes, y compris les veuves et les orphelins.
- 4.5. Les pays devront assurer que les mesures de protection sociale reconnaissent et répondent aux besoins des femmes séropositives et des femmes dont le mari est décédé du sida, et que les lois sur le travail, ainsi que les services de protection sociale et de santé répondent aux besoins des femmes qui assument le rôle de soignantes dans des ménages affectés par le VIH.
- 4.6. Les pays devront assurer que les lois interdisant le mariage précoce soient promulguées et respectées.
- 4.7. Les autorités chargées de faire respecter les lois religieuses et coutumières doivent interdire des pratiques qui augmentent le risque de VIH, telles que l'héritage des veuves, les rites de « purification sexuelle » et la mutilation génitale féminine.

ILS ONT TOUTE LA VIE DEVANT EUX

Les enfants et les jeunes



Source : UNDP/Burkina Faso

La raison de la vulnérabilité au VIH et au sida n'a rien à voir avec le fait d'être jeune, ou homosexuel, ou travailleur du sexe ou encore consommateur de drogue par voie intraveineuse. Elle n'a rien à voir non plus avec une extra vulnérabilité au virus. Nous sommes les plus atteints par cette pandémie, parce que la société nous a refusé de façon répétée l'accès à l'éducation sexuelle, ainsi que des moyens de contraception et de prise de décision lorsqu'il s'agit de programmes VIH et sida. En ce qui concerne les droits, une grande partie des discussions ont trait à la nécessité d'établir un équilibre entre autonomie et universalité des droits ainsi qu'aux différents contextes dans la mise en application de ces droits. Il faut que nous puissions commencer à parler sans crainte de droits sexuels, car ce qui n'a pas de nom est plus susceptible de n'avoir aucun appui, d'être ignoré ou incompris.

Réseau des jeunes d'Asie Pacifique, dialogue régional Asie Pacifique, 16–17 février 2011

Les enfants et les jeunes ont le plus à perdre du VIH : ils sont les plus susceptibles de devenir pauvres ou sans-abris, d'abandonner l'école, de souffrir de discrimination et de violence, de voir leur chance de réussite s'envoler, et de devenir malade et mourir bien avant l'âge³⁷⁷. Les maux dont ils souffrent sont multiples et complexes ; ils comprennent la malnutrition, le renvoi des établissements scolaires, la douleur causée par la perte des parents et la peur de mourir. Mais ils ont aussi le plus à gagner de réponses pleinement satisfaisantes au VIH. Les enfants et les jeunes peuvent être de puissants agents de changement dans la prévention du VIH et dans la lutte contre les stigmates et la discrimination.

Le monde compte 3,4 millions d'enfants³⁷⁸ vivant avec le VIH, environ 16,6 millions ayant perdu un ou leurs deux parents à cause du sida, et des millions d'autres qui ont été affectés par le virus³⁷⁹. Moins de bébés naissent aujourd'hui avec le VIH

grâce à un accroissement de programmes visant à prévenir la transmission verticale. Moins d'un quart des enfants éligibles aux ART les avait reçus en 2010. Pourtant, chaque jour, 2500 jeunes contractent le VIH³⁸⁰.

De nombreux gouvernements ont affirmé les obligations qu'a la société d'assurer le droit des enfants à l'égalité, de leur fournir ce dont ils ont besoin pour survivre et se développer, de promouvoir ce qui est au mieux de leurs intérêts et de leur donner une véritable voix dans les décisions qui affectent leurs vies. Depuis l'adoption en 1989 de la Convention sur les droits de l'enfant (CRC)³⁸¹, 69 pays parmi les 193 signataires de cette convention ont promulgué des statuts affirmant ces principes. Mais tous les gouvernements n'honorent pas leurs idéaux. Peu d'entre eux ont promu et financé activement des programmes bénéficiant aux enfants infectés ou affectés par le VIH. Rarement, un gouvernement

a pris intégralement en compte les réalités de la vie des jeunes, y compris leur vie sexuelle.

Les besoins des enfants dans cette épidémie sont intimement liés à ceux des adultes qui prennent soin d'eux. Lorsque l'état de santé des parents ou des tuteurs ne leur permet pas de prendre soin de leurs enfants, ils devront eux-mêmes assumer le soutien de la famille, les charges du ménage et les soins apportés aux parents ou frères et sœurs malades. Les aînés, en particulier s'il s'agit de filles³⁸², seront souvent obligés de quitter l'école pour s'occuper de la famille³⁸³. Pour les filles, il s'agit d'un pas en arrière, qui rend plus éphémère leur indépendance économique lorsqu'elles seront plus âgées, et augmente le risque de contraction du VIH. Des programmes ont porté assistance à des adolescents plus âgés à travers le monde entier afin qu'ils puissent continuer leur scolarité, comme les programmes de paiement direct en espèces au Mexique³⁸⁴, au Malawi et en Tanzanie. Ces programmes ont également contribué à réduire les taux de grossesse, d'IST et de VIH parmi les adolescents³⁸⁵.

Les familles vivant avec le VIH sont souvent victimes de discrimination, comme l'attestent les contributions et témoignages soumis à la Commission. Des adultes vivants avec le VIH peuvent se voir refuser le droit de visite de leurs propres enfants³⁸⁶; certaines agences interdisent aux enfants séropositifs de vivre avec leurs parents dans les logements fournis par l'État, et certains administrateurs d'établissements scolaires ou de garderies refusent d'inscrire ou de maintenir dans leur établissement des élèves séropositifs, par crainte de propager l'infection à d'autres élèves³⁸⁷. Par exemple, au Paraguay, il est interdit aux personnes qui souffrent de maladies contagieuses chroniques de se marier ou d'adopter des enfants³⁸⁸. C'est au niveau de la suppression de ces obstacles juridiques que les ONG jouent un rôle particulièrement décisif. Ainsi l'ONG



Source : UN Photo/Shehzad Noorani/Thailand

ukrainienne d'assistance juridique, Gidnist, a fait appel à une décision du tribunal d'Ukraine pour protéger les droits d'un enfant séropositif qui s'était vu refuser l'accès à la maison paternelle. Grâce à son action en justice, l'accès de l'enfant à sa maison paternelle a été restauré et le tribunal a obligé son père à payer des arriérés de pension alimentaire pour l'enfant³⁸⁹.

AVOIR UN TOIT

En cas de décès des parents, il revient à l'État d'assurer la protection des droits de l'homme et des intérêts légitimes des enfants, dont le plus important est d'être pris en charge par des adultes responsables. Les enfants dont les parents sont décédés à cause du VIH vont être placés dans des centres ou des ménages qui vont leur tenir lieu de famille (certains sont officiels, et d'autre pas). Il est par conséquent essentiel que les lois reconnaissent les droits et responsabilités parentaux de ceux qui, dans les faits, prendront soin des enfants, afin que ces derniers ne se retrouvent pas à la dérive sur le plan juridique, sans accès aux soins de santé, à l'éducation et à la protection sociale³⁹⁰. Selon l'Unicef, dans presque tous les pays d'Afrique subsaharienne, d'autres parents recueillent la grande majorité des orphelins du sida (plus de 90 %), « malgré la pression économique sévère exercée sur la plupart des ménages »³⁹¹.

PRATIQUES À RISQUE : comment répondre au risque de VIH

Lee a eu des relations sexuelles non protégées avec sa compagne à laquelle il n'avait pas divulgué son statut VIH. Cette situation le préoccupait et il en a fait part au personnel du foyer pour jeunes qu'il fréquentait. Ce personnel en a informé l'équipe d'assistants sociaux chargée du foyer par les services sociaux. Ne sachant comment répondre à cette situation, cette équipe l'a référée à son chef de service. Une réponse a été mise en place pour protéger la fille. Dans un climat de panique, une action immédiate était considérée comme nécessaire ; des réunions de stratégie ont réuni différents chefs de service des services de l'enfance et une grande partie du personnel des services sociaux a ainsi découvert le statut VIH de Lee. Les parents de la jeune fille ont ensuite appris la nouvelle et ont entrepris des procédures judiciaires pour transmission par négligence du VIH au titre de l'article 20 de la loi sur les infractions contre les personnes de 1861 du Royaume-Uni, bien que rien ne démontrait qu'il y ait eu transmission du VIH. Lee a été dirigé vers un conseiller juridique spécial. Après une réunion avec ce dernier, dans un élan de panique, il s'est immédiatement rendu au poste de police pour se constituer prisonnier. La police, ne sachant pas quel motif utiliser, l'a inculpé d'agression sexuelle, bien que la jeune fille ait le même âge que Lee et, à ce stade, n'avait toujours subi aucun test VIH. Elle fut testée plus tard par un service de santé sexuelle pour adultes et les résultats de ce test se sont avérés négatifs. Ses parents et la police ont retiré toutes les accusations.

Looking After HIV, Royaume-Uni, 2008³⁹³

exemple, interdit aux agences d'adoption toute discrimination à l'égard des couples ou individus vivant avec le VIH³⁹⁴.

La situation des orphelins du sida est particulièrement tragique lorsque les lois sur l'héritage ne les protègent pas de façon explicite et lorsque les coutumes privilégient l'homme dans le régime de propriété. Au Kenya, l'absence d'une telle protection juridique pour les orphelins a rendu ces derniers vulnérables à la dépossession par des parents agissant comme tuteurs non officiels³⁹⁵. Les litiges en matière de propriété peuvent être interminables. L'association des femmes juristes de Tanzanie a expliqué à la Commission qu'en Tanzanie, des veuves et des orphelins peuvent « traîner pendant des années dans les couloirs des tribunaux » dans l'attente d'une décision. « Bon nombre d'entre eux décèdent avant même que le tribunal n'ait décidé du litige concernant leur héritage »³⁹⁶.

AUTONOMIE ET CONSENTEMENT

Pour des raisons physiologiques, psychologiques et sociales, les jeunes sexuellement actifs sont particulièrement vulnérables au VIH. Ils ont un

besoin urgent d'information sur la prévention et de services de santé sexuelle et reproductive, comme l'a souligné le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies³⁹⁷. Les adolescents gays ou lesbiennes ou ceux qui doutent de leur orientation sexuelle ont des besoins spécifiques, parmi lesquels le soutien et l'encadrement par des adultes gays, lesbiennes ou transgenres. Les jeunes vivants avec le VIH, qui ont été infectés par le virus à la naissance parce que leur mère était séropositive ou par suite de rapports sexuels non protégés ou de consommation de drogues par voie intraveineuse, ont des besoins particulièrement complexes.

Au Botswana, par exemple, des groupes de discussions composés de jeunes séropositifs ont constaté que ces derniers doivent affronter des stigmates de la part de leurs camarades de classe, de leurs amis ou de leur famille ; ils peuvent se lancer dans des pratiques sexuelles à risque ; et avoir des difficultés à coordonner les exigences scolaires et leur santé³⁹⁸.

En dépit de lois qui l'interdisent, les jeunes du Botswana peuvent aussi se voir refuser les tests

du VIH sans une participation parentale³⁹⁹. Des recherches menées au Canada, où 13 000 adolescents et jeunes adultes vivent avec le VIH, ont montré que ces jeunes « connaissent des taux plus élevés que la moyenne d'itinérance, d'agressions sexuelles et physiques, de difficultés financières, de dépendance et d'isolement social ». Malgré cela, il n'y a que très peu de programmes canadiens qui offrent une aide aux jeunes séropositifs⁴⁰⁰.

De nombreux États refusent l'accès des jeunes à des services de santé sans le consentement de leurs parents⁴⁰¹. Les partisans de telles lois font valoir qu'elles protègent les enfants (une catégorie très large comprenant toutes les personnes depuis la naissance jusqu'à l'âge de 18 ans). Cependant, en réalité, par peur de voir leurs parents les désapprouver ou se mettre en colère, des jeunes décident de ne pas recevoir de services de santé reproductive ou liés au VIH⁴⁰². À l'inverse une étude des États-Unis a montré qu'une proportion significativement plus élevée de jeunes s'était portée volontaire pour le dépistage du VIH une fois éliminée l'obligation légale de consentement des parents⁴⁰³.

Des attitudes contradictoires quant à la compétence des jeunes à prendre des décisions de façon autonome sont manifestes dans les lois qui régissent la vie sexuelle et médicale des mineurs. Dans plusieurs pays, des enfants peuvent légalement avoir des relations sexuelles avant l'âge requis pour obtenir un traitement médical sans le consentement des parents. Dans d'autres pays, les lois permettent en principe aux enfants d'avoir accès à des services de santé sexuelle et reproductive avant l'âge du consentement sexuel, sauf que leurs activités sexuelles avant l'âge du consentement doivent être rapportées à la police si ces enfants demandent de tels services. Par exemple, les agents de santé sud-africains qui prestent de tels services à des mineurs sont obligés par la loi de signaler des activités sexuelles consensuelles avant l'âge du consen-

tement sexuel⁴⁰⁴. Ce type de réglementations contrarie la majorité des efforts de prévention des IST et du VIH pour les jeunes⁴⁰⁵.

ÉDUCATION SEXUELLE : LE MAILLON MANQUANT

Une éducation sexuelle, complète et adaptée à leur âge, comprenant des informations sur la prévention du VIH, permet de maintenir des jeunes en bonne santé. Des études démontrent que de tels programmes ont pour résultat une utilisation plus fréquente des préservatifs, ainsi qu'une diminution du nombre de partenaires sexuels et des comportements sexuels à risque. Il faut noter qu'aucune étude ne démontre que l'éducation sexuelle donne lieu à la précocité, à des relations sexuelles prolifiques ou à l'adoption de pratiques sexuelles à plus haut risque⁴⁰⁶.

À l'heure actuelle, très peu de lois reconnaissent les droits des jeunes à une éducation sur la sexualité ou sur les risques du VIH⁴⁰⁷. Pourtant, étant donné les divergences qui existent entre les différents groupes religieux, culturels et politiques sur le contenu des programmes d'éducation sexuelle, les lois pourraient faire progresser les droits de l'enfant en établissant des normes minimales pour de tels programmes⁴⁰⁸.

Dans son ardeur à vouloir protéger au mieux les intérêts des enfants, l'État peut parfois aboutir à des interventions qui nuisent à ces derniers. Les enfants mis sous la tutelle de l'État sont soumis à une surveillance étroite, particulièrement en ce qui concerne leur vie sexuelle, et la combinaison de statut répressif lié au VIH, d'une confusion et d'une ambivalence chez les autorités en ce qui concerne la question de la sexualité chez les jeunes peut exacerber les difficultés rencontrées par des jeunes vivants avec le VIH, comme l'a constaté une enquête menée par le réseau des enfants et des jeunes vivants avec le VIH auprès de mineurs séropositifs « suivis » par des autorités locales⁴⁰⁹.

RECOMMANDATIONS

Pour assurer une réponse efficace et durable au VIH, et qui soit en cohérence avec les obligations en matière de droits de l'homme :

- 5.1. Les pays doivent promulguer et faire respecter des lois qui :
 - 5.1.1. Assurent que la naissance de chaque enfant soit enregistrée. Cette mesure est essentielle pour permettre aux enfants d'avoir accès à des services nécessaires. Elles doivent également assurer que les droits de l'enfant sont protégés et promus, comme le demande la Convention sur les droits de l'enfant⁴¹⁰.
 - 5.1.2. Assurent que chaque orphelin se voit désigner un tuteur adulte adéquat. Cette mesure doit comprendre des dispositions en vue d'un transfert de tutelle des orphelins du sida de parents décédés à des adultes ou à des frères et sœurs plus âgés, qui pourront assurer leur bien-être. Dans le choix de la tutelle, il faudra privilégier les adultes provenant de la famille biologique ou de la famille étendue. Ces dispositions ne devront pas écarter des adultes séropositifs, mais en bonne santé d'adopter des enfants.
 - 5.1.3. Privilégient le placement des enfants orphelins du sida en familles d'accueil au sein de leur communauté plutôt que le placement en institutions spécialisées, lorsqu'une adoption officielle n'est pas possible ou n'est pas recommandée.
 - 5.1.4. Assurent des protections sociales qui prennent en compte le VIH, si nécessaire, telles que des transferts directs en espèces pour des enfants affectés et leurs tuteurs.
 - 5.1.5. Interdisent la discrimination envers des enfants vivant avec le VIH ou affectés par ce dernier, en particulier dans le contexte de l'adoption, de la santé et de l'éducation. Ces lois comprendront des mesures strictes pour assurer que les écoles ne refusent pas l'inscription d'enfants séropositifs ou issus de familles affectées par le sida, ou renvoient ces derniers.
- 5.2. Les pays devront promulguer et faire respecter des lois qui assurent que les enfants orphelins du sida puissent recevoir l'héritage de leurs parents quel que soit leur sexe, leur statut VIH ou le statut VIH des membres de leur famille. Les mesures à faire respecter comprennent :
 - 5.2.1. Une collaboration avec les autorités chargées de faire respecter les lois religieuses ou coutumières pour garantir la justice aux enfants orphelins du sida.
 - 5.2.2. Une solution aux conflits qui pourraient exister entre des lois coutumières et pratiques traditionnelles discriminatoires, et des normes internationales en matière de droits de l'homme, de façon à assurer le respect des lois internationales.
- 5.3. Les pays devront promulguer et faire respecter des lois garantissant le droit de chaque enfant, qu'il fréquente ou non l'école, à une éducation complète en matière de santé sexuelle, de façon à ce qu'il puisse se protéger et protéger les autres contre une infection du VIH ou soit capable de vivre de manière positive avec le VIH.
- 5.4. Les jeunes sexuellement actifs doivent avoir un accès confidentiel et indépendant à des services de santé de façon à se protéger eux-mêmes du VIH. Par conséquent, les pays devront réformer leurs lois pour assurer que l'âge de consentement pour un accès autonome à des services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH soit égal ou inférieur à l'âge de consentement des relations sexuelles. Les jeunes consommateurs de drogue devront également avoir un accès légal et sûr à des services de santé et de lutte contre le VIH.

DES MÉDICAMENTS POUR QUI ?

Droit de la propriété intellectuelle et lutte mondiale pour le traitement



Source : APN+/Rico Gustav/India

La politique de la PI est un facteur majeur de réduction substantielle et continue des prix des ARV et de l'aptitude des États à appliquer les leçons apprises sur le VIH à d'autres domaines de santé. Les implications ultimes sont, bien évidemment, évaluées non pas en termes techniques, mais en termes de vies humaines.

Mohammed El Said & Amy Kapczynski, Access to Medicines: The Role of Intellectual Property Law and Policy¹¹

Les traitements ARV et les autres médicaments de lutte contre les effets du VIH et ses co-infections peuvent faire toute la différence entre la santé et la maladie, une vie productive et une mort prématurée. Les ARV de deuxième et de troisième génération, de même que les médicaments contre les co-infections telles que l'hépatite C

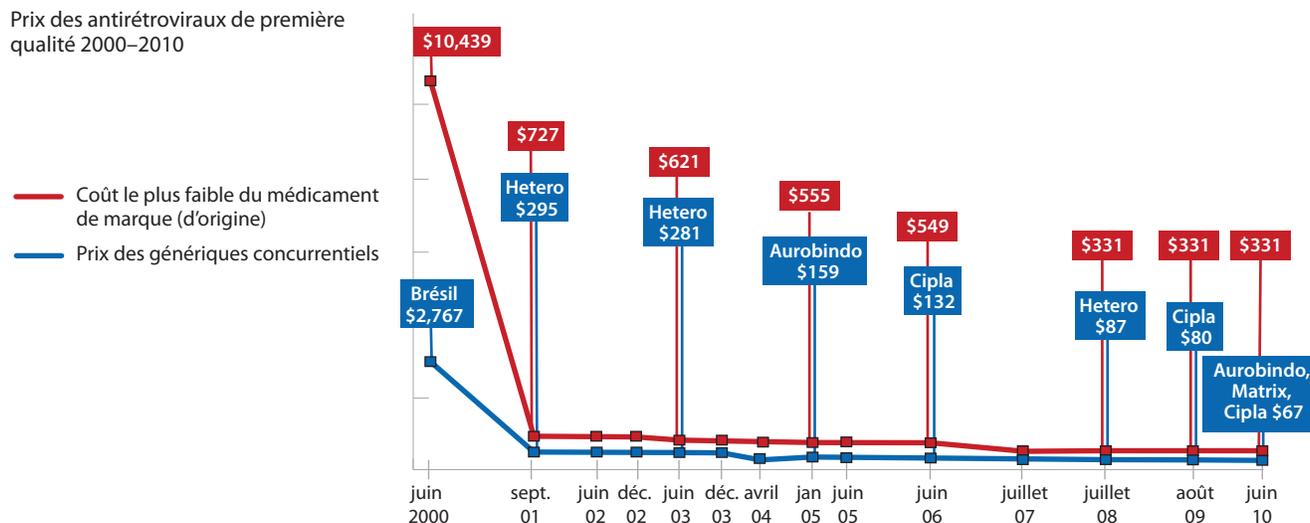
restent coûteux. Par contre, les coûts des ARV de première génération ont connu une chute vertigineuse au cours des dernières années, d'abord grâce à la concurrence croissante des médicaments génériques sur le marché. Ceci permet un meilleur accès aux traitements pour les patients des pays à faible et à moyen revenu qui, en fin 2010, ont atteint les 6,65 millions¹². Il y aura ainsi moins d'infections à VIH et de maladies associées, moins de décès, moins d'orphelins du SIDA et moins de dépenses pour les ménages et les systèmes de santé en situation de précarité.

APPLICATION DU DROIT À LA SANTÉ

Un certain nombre de pays ont promulgué des lois précises visant à protéger le droit à la santé pour les personnes vivant avec le VIH, ou sont parvenus à garantir un accès aux traitements pour tous par la voie des tribunaux. Selon les dispositions de la Constitution du Brésil, « les soins de santé sont un droit pour tous les citoyens et un devoir pour l'État ». En 1996, le gouvernement fédéral brésilien a adopté la loi 9313 garantissant un accès facile au traitement du VIH. Cet engagement a été capital pour le succès du Brésil dans sa réponse au VIH¹³. Dans plusieurs autres cas, les tribunaux ont contraint des gouvernements à respecter leurs obligations en matière de santé publique conformément au droit national et international. Au Venezuela par exemple, la Cour suprême a décrété plus d'une fois que le gouvernement avait violé le droit constitutionnel à la santé en s'abstenant de garantir l'accès au ARV à toutes les personnes vivant avec le VIH¹⁴. En Afrique du Sud, la Campagne d'accès au traitement (Treatment Access Campaign) a intenté et gagné un procès sur le droit à la santé, exigeant de la part du gouvernement de fournir des ARV pour la prévention de la transmission verticale ; la Cour constitutionnelle est même allée plus loin

CONCURRENCE DES GÉNÉRIQUES : DISTRIBUTION D'ANTIRÉTROVIRAUX (ARV) À DES PRIX ABORDABLES

Prix des antirétroviraux de première qualité 2000–2010



Source : Lutte mondiale contre le VIH/SIDA : rapport sur l'épidémie du SIDA et progrès dans le secteur de la santé vers un accès universel, Rapport de situation 2011. OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2011.

en imposant à l'État d'instituer et de mettre en œuvre un programme global de réduction de ce risque⁴¹⁵.

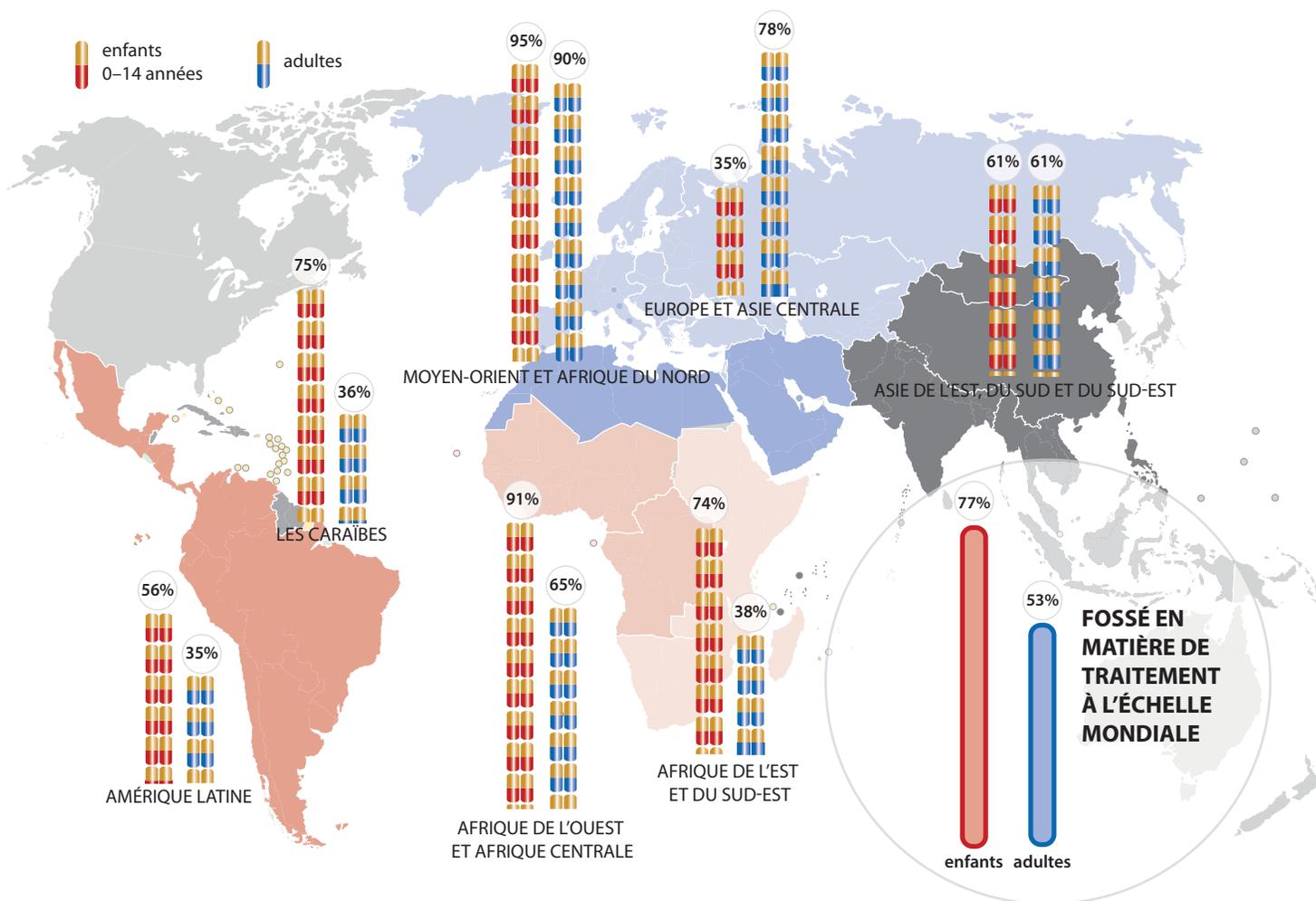
De telles stratégies juridiques, combinées aux efforts de plaidoyer mondial et à la concurrence des médicaments génériques, ont permis de multiplier le taux d'accès aux ARV par 22 entre 2001 et 2010⁴¹⁶. S'il est vrai que les entreprises pharmaceutiques ont signé des accords pour fournir des médicaments à moindre coût, leur action n'est pas soutenable en raison de la montée en flèche des coûts du traitement. Suite à cela, des campagnes internationales visant à redynamiser la recherche de financement à l'intérieur des pays et auprès de donateurs ont été organisées par des activistes militant pour l'accès au traitement VIH. Ces engagements, ajoutés à la concurrence de fabricants de génériques tels que le « game changing » de Cipla, qui a proposé en 2001 une trithérapie à moins d'un dollar par jour, ont considérablement étendu la couverture du traitement⁴¹⁷.

Malgré ce progrès remarquable, le monde est sous l'emprise d'une crise de coût et d'accessibi-

lité au traitement. Parmi les personnes éligibles, selon les directives de l'OMS, à ces médicaments d'une importance vitale, moins de la moitié d'adultes séropositifs et moins d'un quart des enfants dans le besoin y accèdent. De plus, les ressources de lutte contre le VIH s'amenuisent et la crise économique mondiale affecte les contributions des pays donateurs⁴¹⁸. Le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, l'une des deux principales sources de financement dans la réponse au VIH, a récemment annoncé qu'il a dû ajourner ou supprimer la totalité de sa prochaine série de subventions pour la période allant de 2011 à 2013, pour la bonne raison que de nombreux donateurs n'honorent pas leurs engagements⁴¹⁹. Il y a également quelques préoccupations concernant la proposition de réduction du fonds de traitement PEPFAR⁴²⁰. Le prix à payer en termes de vies humaines sera très élevé. Les coûts de prévention et de prise en charge sont modestes, notamment comparés aux milliards dépensés pour les subventions aux banques ou pour l'armement. Si la communauté internationale est sérieusement engagée à juguler cette pandémie, elle doit mettre à disposition les moyens nécessaires⁴²¹.

LE FOSSÉ EN MATIÈRE DE TRAITEMENT

Pourcentage d'adultes et d'enfants médicalement éligibles ne recevant PAS de traitement antirétroviral dans les pays à faibles revenus et à revenus intermédiaires en fin 2010



Source : Lutte mondiale contre le VIH/SIDA : rapport sur l'épidémie du SIDA et progrès dans le secteur de la santé vers un accès universel, Rapport de situation 2011. OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2011.

Plusieurs facteurs justifient cette différence dans l'accès au traitement. Mais le plus important est le résultat des récents accords commerciaux bilatéraux et multilatéraux qui ont indubitablement augmenté le pouvoir des entreprises pharmaceutiques détentrices de brevets à contrôler les prix des médicaments sur les marchés mondiaux. Des gouvernements, en l'occurrence dans les pays à faibles et à moyens revenus, ne peuvent pas y accéder.

Signés en 1994 et administrés par l'Organisation mondiale du commerce (OMC), les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) ont conduit à la protection et à l'application de la PI à une échelle jamais connue au niveau multilatéral⁴²². L'épidémie du VIH a mis en évidence des problèmes de fond relatifs à l'application des ADPIC aux médicaments et aux autres produits pharmaceutiques. Les implications vont bien au-delà du VIH, par exemple avec les maladies non contagieuses qui affectent des millions de personnes dans les pays à faibles et moyens revenus.^f

Cependant, la tendance dans la réglementation de la PI ne permet pas toujours la latitude de production et de distribution des médicaments nécessaires. Un certain nombre d'accords commerciaux et d'investissement comportent des dispositions de PI encore plus strictes, ce qui représente aujourd'hui et dans le futur une sérieuse menace pour l'accès au traitement.

ADPIC, DOHA ET DÉCISION DU 30 AOÛT 2003 : BREF HISTORIQUE

D'un point de vue historique, les pays avaient le droit d'adapter leurs lois sur la PI à leurs besoins de développement. Après avoir prononcé son indépendance, les États-Unis, un importateur net de technologie à l'époque, ne permettaient pas aux étrangers de déposer un brevet pendant ses 37 premières années en tant que nation.⁹ Lorsque la restriction sur les étrangers a été suspendue, les frais de brevet pour ces étrangers étaient environ 10 fois plus élevés (avec un supplément de 65 % pour les Britanniques)⁴²³. La Suisse avait suspendu son système de brevet en 1802 et l'a rétabli en 1888 sous la menace de sanctions commerciales de l'Allemagne. Lorsqu'une nouvelle loi était adoptée, elle contenait un puis-

sant système de brevet obligatoire^h et excluait certains produits, notamment chimiques, de la protection par le brevet⁴²⁴. Il n'y a pas longtemps d'ailleurs, au cours des années 1970, l'Italie, la Suède et la Suisse ne délivraient pas de brevet pour les médicaments, tandis que l'Espagne n'a débuté qu'en 1992⁴²⁵.

L'Accord ADPIC a vu le jour surtout grâce aux efforts de l'industrie des États-Unis qui faisait pression pour une forte protection multilatérale de la PI couvrant certaines denrées⁴²⁶. En 1986, lorsque les négociations aboutissant à l'accord se sont ouvertes, de nombreux pays, 50 au total, n'accordaient pas de brevets pour les produits pharmaceutiques⁴²⁷. Les pays étaient libres de définir différents aspects de leurs régimes de PI ; par exemple le fait d'exclure de la brevetabilité des catégories entières du domaine de la technologie et de déterminer la durée du brevet compte tenu d'autres considérations de politique publique. Les pays à faibles et à moyens revenus, tout comme les pays à revenus élevés ont saisi cette opportunité pour s'assurer que la recherche du profit n'interfère pas avec la fourniture optimale des soins de santé. En 1970, le Bré-

^f Alors que le mandat de la Commission couvre spécifiquement le VIH, les personnes vivant avec le VIH sont souvent exposées à d'autres co-infections contagieuses, notamment l'hépatite C et la tuberculose multirésistante. Le lien entre le VIH et les maladies non contagieuses telles que le cancer est de plus en plus avéré. Des études montrent que les personnes vivant avec le VIH sont jusqu'à 1 000 fois plus exposées au sarcome de kaposi, au moins 70 fois pour le lymphome non hodgkinien ; chez les femmes, elles sont cinq fois plus exposées au cancer du col de l'utérus. Étant donné que des problèmes similaires portant sur le coût et l'accessibilité du traitement existent pour les maladies contagieuses et pour certaines maladies non contagieuses, les conclusions et les recommandations de la Commission sur le traitement lié au VIH sont d'une grande pertinence pour la santé.

⁹ Les brevets confèrent un droit exclusif accordé à un inventeur, pour une période limitée, sur une invention - une œuvre de l'esprit originale, comportant un aspect inventif et pouvant être commercialisée. Les brevets ont été mis en place pour récompenser les inventeurs pour leurs efforts, leur permettre de rentabiliser leurs investissements et pour encourager l'innovation. Aujourd'hui, les brevets sont souvent utilisés pour maintenir l'exclusivité sur le marché, même si celle-ci peut être contournée par le biais de licences obligatoires ou volontaires comme le permettent les assouplissements des accords ADPIC.

^h L'article 31 de l'Accord ADPIC reconnaît le droit des États membres de l'OMC à utiliser les produits brevetés sans le consentement du détenteur du brevet d'invention à travers les « licences obligatoires », « les ordres d'utilisation gouvernementale » ou « les licences obligatoires pour remédier aux pratiques anticoncurrentielles ».

sil a déclaré les produits et les procédés pharmaceutiques non brevetables. En 1970, l'Inde a mis en application une politique similaire qui a contribué au développement d'un puissant secteur pharmaceutique local, une puissante machine de « rétro-ingénierie »ⁱ qui a produit plusieurs des médicaments génériques utilisés dans les pays en développement et a assuré que ces médicaments atteignent rapidement les marchés à des prix abordables. L'accès aux génériques a montré toute son efficacité dans l'amélioration de l'accès au traitement. Par exemple, en février 2001 au moment de la présentation de son régime de combinaison d'ARV de première génération, le fabricant indien de génériques Cipla a annoncé « un prix très bas qui a fait le tour de la planète » de 350 dollars par patient et par an pour les ONG et 600 dollars par patient et par an pour les États africains⁴²⁸. Les résultats d'une étude de 2010 montrent que les entreprises pharmaceutiques indiennes fabricantes de génériques fournissent au moins 80 % des ARV consommés dans les pays à faibles et à moyens revenus, dont 91 % destinés aux enfants⁴²⁹.

L'ADPIC a imposé une norme minimale de protection et de mise en application des droits de la PI à un niveau sans précédent à l'échelle mondiale⁴³⁰. Aujourd'hui, tous les pays membres de l'OMC, à l'exception des pays les moins développés (PMD), sont tenus de fournir un brevet de protection d'au moins 20 ans dans tous les domaines de la technologie, sans distinction

fondée sur le lieu d'invention ou sur le pays de fabrication⁴³¹. Ces réglementations étaient supposées générer des innovations et équilibrer la balance entre les droits des consommateurs et les détenteurs de brevets. Pour les pays à faibles et à moyens revenus, les effets néfastes ont cependant éclipsé tous les avantages potentiels. Essentiellement, les ADPIC ont imposé un monopole garanti par la loi à l'échelle internationale. La faible concurrence a engendré une hausse des coûts des médicaments⁴³². Quand le produit est pharmaceutique, le résultat pour les pays pauvres à fort taux de prévalence du VIH et présentant d'autres défis de santé est catastrophique. C'est un des reproches du régime actuel de PI qui n'a pas impulsé d'innovation au niveau du domaine pharmaceutique pour le traitement des co-infections du VIH, telles que la tuberculose, l'hépatite C ou les maladies liées au VIH qui affectent les pauvres en majorité.

SE SERVIR DES ASSOULISSEMENTS DES ADPIC : aperçu de quelques pays⁴³³

À l'heure où la crise économique mondiale s'intensifie et où les financements des bailleurs de fonds internationaux diminuent, les systèmes nationaux de santé subissent une pression toujours plus poussée vers la réduction des coûts et l'amélioration de l'efficacité et de l'investissement intérieur. Face à toutes les insuffisances de l'ADPIC, certains pays ont encore la possibilité de recourir à ce qu'on appelle des assouplissements de l'ADPIC^j pour rendre le traitement beaucoup

ⁱ La rétroingénierie est le procédé de découverte des principes technologiques d'un appareil, d'un objet ou d'un système par l'analyse de sa structure, de son rôle et de son fonctionnement. Il s'agit souvent de prendre un médicament ou un produit à part et essayer d'en faire un nouveau avec le même effet sans utiliser ou tout simplement copier l'original.

^j L'Accord ADPIC contient des dispositions qui permettent aux pays de remplir leurs devoirs en matière de santé publique sans enfreindre la loi de l'OMC sur les brevets pharmaceutiques (assouplissements). Les chercheurs subdivisent ces assouplissements en trois catégories : assouplissement lié à la prévention, au redressement, ou à la mise en application. Les assouplissements relatifs à la prévention sont l'opportunité d'exclure certaines catégories de la brevetabilité (par exemple les procédés), en appliquant les critères stricts de brevetabilité afin d'éviter des brevets de mauvaise qualité, ou en prolongeant la durée du brevet par des modifications légères, des oppositions de brevet d'avant et d'après subvention. Les assouplissements des ADPIC

PAYS ET DATE DE DÉLIVRANCE	TYPE DE LICENCE ET NOM DU MÉDICAMENT	IMPACT DE LA LICENCE OBLIGATOIRE
Inde <i>Mars 2012</i>	Licence obligatoire pour produire localement le sorafenib tosylate générique pour le traitement des cancers du rein et du foie	Les prix fixés par le Contrôleur indien du brevet aboutiront à une baisse de 97 %
Équateur <i>Avril 2010</i>	Licences obligatoires pour importer et, si nécessaire, produire localement le ritonavir générique	Ont abouti à une baisse des prix de médicaments originaux de l'ordre de 70 % par les détenteurs de brevet
Thaïlande <i>Janvier 2008</i>	Les licences à usage gouvernemental d'importation du létrazole générique utilisé dans le traitement du cancer du sein	Ont indiqué une réduction globale des prix de l'ordre de 96,8 %
Brésil <i>Mai 2007</i>	Licence obligatoire délivrée par le gouvernement pour l'importation de l'éfavirenz générique	A abouti à une réduction des prix de l'ordre de 71,8 %
Thaïlande <i>Janvier 2007</i>	L'ordre d'importation pour usage gouvernemental ou de production locale du lopinavir/ritonavir générique	A projeté une réduction des prix de l'ordre de 80,2 %
Indonésie <i>Octobre 2004</i>	L'ordre de fabrication locale pour usage gouvernemental de lamivudine, névirapine génériques	A abouti à une baisse des prix de l'ordre de 53,3 %
Malaisie <i>Novembre 2003</i>	L'ordre de fabrication pour usage gouvernemental de la combinaison des génériques stavudine + didonasine + névirapine	A abouti à une baisse des prix de l'ordre de 83 %

Source : Programme des Nations Unies pour le Développement, Bureau de la Politique de développement, Groupe VIH. 2012⁴³⁴

plus abordable⁴³⁵. Ces assouplissements ont été décidés lors d'une session de négociations tenues à l'OMC en 2001 qui ont abouti à la Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique⁴³⁶. Selon cette Déclaration, les ADPIC doivent être interprétés et mis en œuvre à la lumière de l'objectif « de promouvoir l'accès aux médicaments pour tous ». À cette fin, la Déclaration de Doha accorde aux États membres de l'OMC d'avoir recours à des « assouplissements », notamment le droit de déterminer les normes de brevetabilité et celui d'ordonner l'utilisation par les gouvernements de produits brevetés ainsi que de délivrer des licences obligatoires, afin d'augmenter l'accès au traitement. Les États peuvent également avoir recours aux lois et politiques en matière

de concurrence pour contrôler les violations des droits de la PI⁴³⁷.

En 2002, 2005 et en 2007, des personnes militant pour l'amélioration des traitements en Afrique du Sud ont fait bon usage de la loi sur la concurrence pour lutter contre les prix trop élevés des ARV de première génération⁴³⁸. Entre 2001 et 2006, le gouvernement brésilien a usé de la menace d'une licence obligatoire pour négocier d'importantes baisses de prix de certains ARV. Ces efforts ont contribué à réduire les dépenses du gouvernement d'environ 1,2 milliard de dollars entre 2001 et 2005⁴³⁹. En 2007, le Brésil a adopté des lois facilitant la délivrance de licences obligatoires pour un des principaux ARV, l'éfavirenz

relatifs au redressement sont : les licences obligatoires et les ordres d'usage gouvernemental ; l'Exception de Bolar (permet de préparer la fabrication d'un produit breveté avant l'expiration du brevet) ; l'importation parallèle (permet l'accès à travers des sources moins coûteuses) ; les exceptions typiques aux droits de brevet (usage individuel, pour les expériences, etc.). Les assouplissements relatifs à la mise en application se focalisent sur le respect d'un minimum de normes des ADPIC en ce qui concerne la violation du brevet, et l'interdiction de la mise en application à des niveaux inutilement élevés du droit de PI, notamment les sanctions pénales.

L'application de la Loi anti-contrefaçon ... mettra en péril les vies des citoyens kenyans affectés par le VIH et le SIDA, puisqu'il leur sera refusé de façon arbitraire l'accès à des médicaments abordables et essentiels nécessaires pour garantir les droits à la vie et à la dignité humaine consacrés par ... la Constitution de la République du Kenya.

Jacinta Nyachae, Projet de loi sur le SIDA, Kenya, Dialogue régional de l'Afrique, 3–4 août 2011

en l'occurrence, pris par plus du tiers des 200 000 patients bénéficiant d'un traitement à travers les services de lutte contre le VIH des systèmes nationaux de santé. Ensuite, le prix de la forme générique importée de ce médicament a baissé de 1,6 dollar à 0,45 dollar par dose. La Thaïlande fait des prévisions pour une épargne d'au moins 358 millions de dollars, en tirant profit des avantages des assouplissements des ADPIC⁴⁴⁰. L'autorité indienne en charge du brevet s'est appuyée sur la Loi sur les brevets pour rejeter certaines demandes portant sur de nouvelles formes de médicaments déjà connus qui ne présentent qu'une amélioration thérapeutique minime ; non seulement pour les Indiens, mais aussi pour les pays en développement en général. L'Inde étant reconnue comme la pharmacie des pays en développement⁴⁴¹.

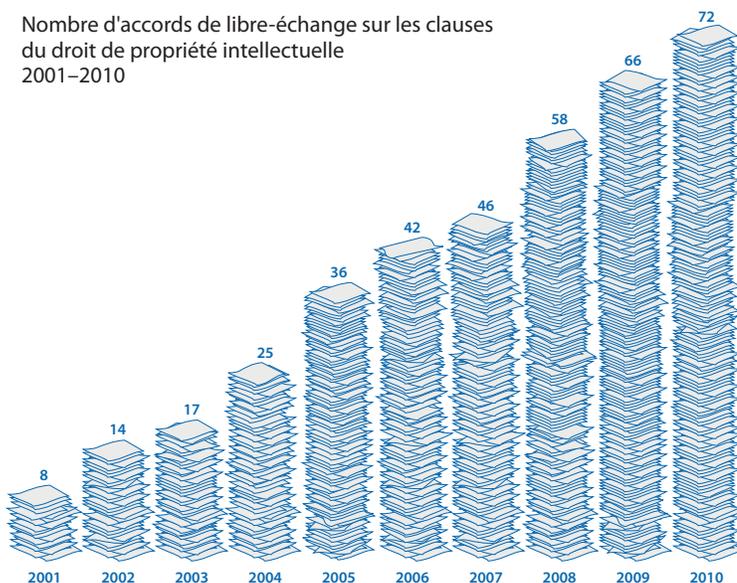
En dépit de leurs avantages potentiels, les assouplissements des ADPIC s'avèrent insuffisants pour prévenir la pénurie de médicaments abordables que les ADPIC eux-mêmes ont contribué à créer. L'Accord ADPIC présente sur papier les assouplissements sous l'angle de la mise en application de ses exigences par chaque gouvernement. Néanmoins, dans la pratique, les efforts des pays à faibles et à moyens revenus de prendre des mesures pour promouvoir l'accès aux médicaments abordables se sont heurtés à des difficultés, ont souffert des représailles et provoqué la protestation de certains pays à revenus élevés et d'entreprises⁴⁴². Par exemple, même si la Thaïlande a scrupuleusement respecté les exigences des ADPIC et les lois nationales, elle a été classée, selon l'Article 301, sur la liste des Priorités de surveillance par les États-Unis pendant trois

années successives, en partie pour avoir délivré des licences pour certains produits pharmaceutiques, notamment les médicaments contre le VIH, le cancer et les maladies du cœur⁴⁴³. Lorsque le gouvernement thaïlandais a délivré une licence obligatoire en 2007 sur le lopinavir/ritonavir (Kaletra), Abbott, l'entreprise pharmaceutique qui détenait le brevet de Kaletra, a réagi avec une annonce déclarant un retrait de nombreuses demandes d'accord de commercialisation de nouveaux médicaments en Thaïlande, notamment la version thermostable de Kaletra⁴⁴⁴. De même, lorsque l'Afrique du Sud a adopté une loi en 1997 permettant l'importation parallèle de médicaments moins chers⁴⁴⁵, trente-neuf entreprises pharmaceutiques ont porté plainte contre le gouvernement, clamant que cette loi était en violation de la Constitution de l'Afrique du Sud et de l'Accord ADPIC. L'Afrique du Sud faisait également partie de la liste des Priorités de surveillance de l'Article 301, un mouvement qui a été abrogé par Clinton, alors président, à travers un décret-loi⁴⁴⁶, après de vives protestations de la part des activistes, ainsi que des actions en justice. Le gouvernement indien est encore traîné en justice par l'entreprise Novartis, qui cherche à renverser l'application par l'État de l'Article 3(d) de son Code de brevet pour rejeter la demande de brevet sur le médicament de Novartis contre le cancer, Gleevec (imatinib mesylate)⁴⁴⁷.

La Déclaration de Doha de 2001 a également laissé un problème majeur non résolu : comment garantir l'accès aux médicaments pour les pays qui font face aux obstacles liés au brevet et qui ont une capacité intérieure limitée, ou inexistante, de production locale de médicaments, et

CROISSANCE DES CONTRAINTES LIÉES AU LIBRE-ÉCHANGE

Nombre d'accords de libre-échange sur les clauses du droit de propriété intellectuelle 2001–2010



Source : site de l'Organisation mondiale du commerce (WTO: www.wto.org), consulté par le PNUD en 2012.

donc dépendent encore des médicaments en provenance des pays où les règles des ADPIC limitent les exportations à des quantités insuffisantes. Après 20 mois de négociations, le Conseil général de l'OMC a enfin adopté une solution provisoire : la Décision du 30 août 2003, un ensemble complexe de réglementations destiné à contourner ces limites. Toutefois, cette décision s'est avérée inefficace en pratique. Elle n'a été utilisée qu'une seule fois en huit ans⁴⁴⁸. En effet, son efficacité a été pleinement remise en cause par les pays à faibles et à moyens revenus, à l'instar de l'Équateur, du Brésil et de l'Inde, qui ont soutenu au Conseil de l'OMC que les exigences détaillées, telles que la couleur du médicament, l'étiquetage supplémentaire et le traçage des expéditions à travers le site web relevant de ce mécanisme sont coûteux, demandent du temps et n'encouragent pas les fabricants de génériques. En dépit des efforts visant à persuader les pays à ratifier l'Accord, juste une minorité de pays membres de l'OMC a opté de le faire. Malgré ces critiques, les pays à revenus élevés, notamment les États-Unis, l'Union européenne et le Canada, continuent d'afficher leur soutien⁴⁴⁹.

UNE PROTECTION ABUSIVE DE LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE

Dix ans après que les pays membres de l'OMC ont unanimement réaffirmé leur droit à appliquer les assouplissements des ADPIC dans le cadre des objectifs de santé publique à travers la Déclaration de Doha, certains gouvernements et entreprises pharmaceutiques s'activent à saper les droits et les efforts des pays à s'en servir. Pendant que les États-Unis, l'Union européenne et le Japon, entre autres, continuent de faire obstacle à la Déclaration de Doha, ils essayent d'insister sur l'application des droits de PI dans les autres forums également, notamment l'Assemblée mondiale de la santé, l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle, l'Union douanière

mondiale et Interpol. Certains pays à revenus élevés exigent également que les pays en développement prennent des engagements plus sérieux que ceux édictés par les ADPIC, notamment dans les prétendues « dispositions ADPIC-plus » dans les accords commerciaux bilatéraux et multilatéraux.

Renforcement de l'application

Les lois et politiques unilatérales de certains pays développés anéantissent les efforts des pays en développement cherchant à multiplier les chances d'accès au traitement. Par exemple, l'UE a adopté une réglementation frontalière⁴⁵⁰ qui a donné lieu à la saisie ou à la détention temporaire d'au moins 17 chargements de médicaments génériques, en majorité indiens, en 2007 et en 2008. Ces chargements ont été saisis en raison de leur violation des normes européennes en matière de brevets et de marques de commerce, alors que ces produits étaient destinés à des pays dans lesquels ils ne tomberont sous le coup d'aucun droit de PI. La conséquence était la rupture de la chaîne de ravitaillement de génériques réguliers, y compris les médicaments contre le VIH, et pro-

PERTES INUTILES ET DÉCÈS RÉELS

De nos jours, les systèmes de brevet et les accords internationaux sont conçus pour récompenser les inventeurs et leurs investissements. Mais, si l'exemple des États-Unis est typique, ce pays n'a pas toujours réussi dans cette voie. Toutefois, les accords fonctionnent comme prévu, c'est-à-dire qu'ils permettent aux fabricants de médicaments brevetés de rentrer dans leurs frais et de réaliser des bénéfices de monopole en proposant des prix extrêmement compétitifs, qui seront couverts par les consommateurs, les gouvernements ou les services d'assurance maladie. Mais le régime de PI ne prend pas en compte le fait que la plupart des achats de médicaments se font à crédit dans les pays à faibles et à moyens revenus par des gouvernements dont le budget de santé est limité. En conséquence, les prix élevés créent, dans le langage économique, des frais improductifs, qui dans le contexte pharmaceutique, « produisent » des décès réels.

blement la montée des coûts due au changement de conditions d'expédition⁴⁵¹.

L'attention accordée à l'application de la PI est grandissante, aussi contradictoire que cela puisse paraître. Une conséquence est l'accord commercial anti-contrefaçon (ACAC) récemment conclu, négocié autour d'un groupe privilégié de pays majoritairement à revenus élevés⁴⁵², qui ont laissé filtrer peu d'informations officielles sur la substance des négociations⁴⁵³. L'ACAC récemment signé, dont la réalisation a fortement été soutenue par les pays du G8, ajoute une couche de protection de la PI dépassant largement les exigences des ADPIC. On craint que ceci ne mette sérieusement en péril l'accès au traitement⁴⁵⁴.

Lois anti-contrefaçon

La récente prolifération de lois anti-contrefaçon en Afrique de l'Est, encouragée par les multinationales pharmaceutiques, reflète la confusion croissante entre les génériques et les médicaments de contrefaçon (des formulations de qualité inférieure pouvant mettre en danger ceux qui les prennent)⁴⁵⁵ et le mythe de l'infériorité des génériques par rapport aux marques d'origine. En 2008, avec l'appui et les acclamations des industries pharmaceutiques multinationales, le Kenya a promulgué une loi de lutte contre la contrefa-

çon dans le secteur des médicaments qui a en fait élargie considérablement la protection de la PI⁴⁵⁶. De telles lois sont dangereuses pour les pays d'Afrique de l'Est qui dépendent fortement des médicaments génériques⁴⁵⁷. En effet, les lois à elles seules ne peuvent résoudre le véritable problème de médicaments de qualité inférieure. Des médicaments défectueux produits par inadvertance par les titulaires de brevet ne sont pas une contrefaçon du brevet, mais constituent un risque réel de santé publique ; les agents de douane ne pouvant détecter les défauts. Les questions de qualité, de sécurité et d'efficacité du médicament n'ont aucun rapport avec la PI. Elles relèvent de la compétence des autorités en charge de la réglementation des médicaments et doivent être appliquées par elles⁴⁵⁸. Un récent jugement rendu par la haute Cour de justice du Kenya a confirmé une ancienne décision empêchant la mise en application de la Loi anti-contrefaçon de 2008 en raison du fait que la définition de « anti-contrefaçon » dans cette loi n'établit pas une distinction claire entre médicaments de contrefaçon et génériques, et pourrait donc entraver l'accès aux médicaments génériques abordables. Dans son jugement, Mme la juge Ngugi a décrété que la propriété intellectuelle ne doit pas l'emporter sur les droits à la vie, à la santé et à la dignité humaine, tel que le stipule la Constitution du Kenya de 2010⁴⁵⁹.

Accords de libre-échange

Les accords de libre-échange (ALE) et les accords de partenariat économique (APE) contenant les normes ADPIC-plus menacent également l'accès aux médicaments. L'Accord de partenariat économique stratégique transpacifique (APEST) par les États-Unis en constitue un exemple typique. Entre autres, à la faveur de l'industrie pharmaceutique américaine, les normes de brevet proposées pourraient accorder un brevet sur les nouvelles formes, les nouveaux usages et les nouvelles formulations de médicaments existants, prolonger la durée du brevet, et restreindre l'usage des mécanismes de contrôle sur les prix. Un autre exemple, l'ALE UE-Inde, pourrait réduire la possibilité des pays à adopter des politiques encourageant la production et la distribution de médicaments génériques. La position des États-Unis sur les échanges commerciaux qui menace l'accès aux médicaments abordables pour des millions de personnes les plus pauvres à travers le monde, est flagrante, au regard de l'engagement pris par le Président Barack Obama de faire croître l'égalité économique et l'accès aux soins de santé aux États-Unis.

Ces dispositions ADPIC-plus créent parfois des tensions budgétaires, même pour les pays à revenus élevés⁴⁶⁰. Le Canada négocie actuellement un ALE avec l'UE qui pourrait représenter un montant estimé à 2,8 milliards de dollars CDN par an de coûts supplémentaires au programme canadien de médicament, si les différentes dispositions de l'ADPIC-plus sont adoptées⁴⁶¹. Pour des pays aux ressources limitées, la charge peut être accablante. L'accord ALE États-Unis-Canada « US-CAFTA », d'après certaines prévisions, fera augmenter les dépenses publiques du Costa Rica pour les ARV d'au moins 50 % d'ici 2030. Les gouvernements des pays en développement qui négocient les ALE sont souvent obligés d'accepter ces termes de PI en

échange de l'accès de leurs marchandises sur les marchés. Dans leur empressement à entreprendre des échanges commerciaux, les gouvernements des pays à faibles et à moyens revenus ne doivent pas être forcés de sacrifier la « recherche d'une santé de meilleure qualité » sur l'autel de l'accès aux marchés des pays développés.

CHANGEMENT DE VALEURS : NOUVELLES IMPULSIONS

Les ADPIC ont été conçus pour trouver le juste milieu entre les droits des innovateurs et ceux des consommateurs. En réalité, la balance s'est dangereusement penchée en faveur des détenteurs de droits. Il faut à présent s'assurer que la recherche et le développement restent axés sur de futurs traitements ; les traitements actuels de l'infection à VIH, quoiqu'efficaces, nécessitent une amélioration continue afin de les rendre moins toxiques et plus efficaces, avec peu de résistance et moins d'effets secondaires. Les traitements et les technologies médicales doivent être adaptés aux besoins spécifiques des pays en développement. En particulier, il faut des formules médicamenteuses pour enfants et des diagnostics utilisables là où les soins sont administrés, vu que, souvent, les gens doivent parcourir de longues distances pour se rendre dans un centre de santé⁴⁶².

Mais un mythe pernicieux fait des ravages. Selon ce mythe, la protection et l'exécution strictes des droits de PI sont nécessaires et constituent les seuls moyens d'encourager la fabrication de nouveaux produits pharmaceutiques⁴⁶³. À l'évidence, cet argument ne tient pas. Qu'est-ce que le libre échange sur les brevets à produit jusqu'ici ? Parfois, des innovations qui sauvent ou qui améliorent la qualité de la vie, par exemple des nouveaux médicaments contre l'hypertension et le diabète. Mais plus souvent, les entreprises pharmaceutiques produisent des

médicaments boutiques destinés à résoudre les problèmes des pays nantis, notamment l'acné, les rides, le syndrome des jambes sans repos, les insuffisances érectiles, ainsi que des milliers de produits et procédés qui ne présentent que des modifications négligeables aux médicaments existants ou de leur nouvel usage⁴⁶⁴. Selon un rapport de l'Institut national de gestion du système sanitaire des États-Unis, de 1989 à 2000, seuls 15 % des homologations de nouveaux médicaments portaient sur des médicaments présentant une avancée clinique notable⁴⁶⁵.

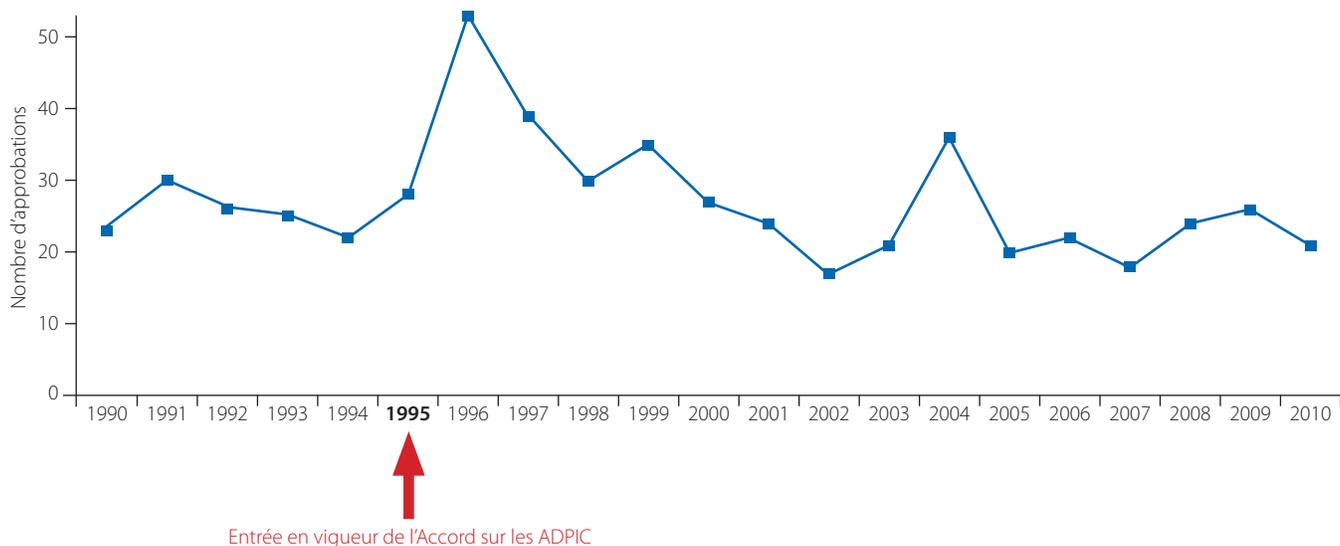
Pendant ce temps, les départements de recherche et de développement (R&D) ont négligé les maladies des tropiques qui affectent et tuent des millions de personnes par le seul fait que le consommateur potentiel est pauvre. En effet, la Commission de l'OMS sur la propriété intellectuelle, l'innovation et la santé publique a déclaré

en 2006 : « En ce qui concerne les maladies qui affectent des millions de personnes pauvres dans les pays en développement, les brevets ne représentent pas un facteur puissant ou efficace qui permettra de stimuler la R&D dans le but de mettre de nouveaux produits sur le marché. »⁴⁶⁶

Les propositions et les programmes visant à améliorer les conditions de l'innovation et de l'accès varient. Le Fonds mondial et le plan d'urgence du président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA (PEPFAR) ont donné une nouvelle impulsion économique à la fabrication de médicaments génériques dans les pays où les obstacles liés au brevet n'existent pas ou ont été vaincus. Avec l'augmentation de la concurrence des génériques et les économies de l'échelle de production, les prix baissent⁴⁶⁷. Récemment, treize grandes entreprises pharmaceutiques, avec l'appui de la Bill and Melinda Gates Foun-

PROMOTION DE L'INNOVATION

Approbations de nouvelles entités moléculaires par la « US Food and Drug Administration », le Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques



Source : Site de la US Food and Drug Administration (www.fda.gov), consulté en 2012 par le PNUD.

dation, de la Banque mondiale et d'autres donateurs, se sont engagées à investir dans la R&D dans l'objectif d'éliminer ou de contrôler d'ici 2020 dix maladies des tropiques négligées dans les pays à faibles revenus, notamment la cécité des rivières et la maladie du sommeil. Ces entreprises prévoient également de faire plus de dons de médicaments aux pays dans le besoin⁴⁶⁸.

Certes, ces initiatives sont louables et modestes, mais ne peuvent prétendre réparer totalement les dommages causés par les ADPIC. Les dons de médicaments n'apportent pas une solution durable, ils laissent les véritables problèmes non résolus. Les fonds d'aide à l'innovation, un traité international contraignant sur la R&D et la découverte de médicaments, sont des initiatives contenant certaines des propositions les plus prometteuses en cours d'étude par le Groupe d'experts consultants de l'OMS⁴⁶⁹. Un récent rapport du Groupe d'experts consultants de l'OMS a lancé un appel aux pays afin qu'ils ouvrent les négociations sur un traité international contraignant sur la R&D⁴⁷⁰. Ces idées naissantes ont le potentiel d'ouvrir la voie à plus de collaboration ou à un accès plus vaste. Quel que soit le scénario, il est nécessaire que les pays à faibles et à moyens revenus participent de manière significative à ce débat⁴⁷¹.

La crise relative à l'accès aux médicaments n'est toutefois pas un simple problème technique. C'est une question de droit et de politique. De nombreux experts remettent en cause les hypothèses politiques, économiques et morales les plus fondamentales qui sous-tendent la dépendance aux régimes de PI basés sur les ADPIC comme le mécanisme de concentration de la R&D sur les médicaments contre le VIH. Ils se sont demandé si les secrets de la recherche qui caractérisent les phases du système basé sur la PI servent les intérêts d'une recherche plus



Source : UNAIDS/O. O'Hanlon/Cambodia

efficace et scientifiquement plus rigoureuse. Ils contestent l'appartenance des produits pharmaceutiques au même régime que les films et les logiciels, ainsi que les motivations perverses dans lesquelles la quête de médicaments d'importance vitale est mobilisée par un maximum de bénéficiaires pour les monopoles pharmaceutiques plutôt que par les besoins de santé des millions de personnes qui sont toujours insatisfaits.

L'incapacité des pays membres de l'OMC à faire usage d'instruments internationaux contraignants en vue d'atteindre les objectifs de santé publique illustre le manque d'adéquation de l'Accord ADPIC en termes d'équilibre entre les droits des innovateurs et des consommateurs. Comme conséquence, le régime ADPIC actuel met en danger la santé de plusieurs millions de personnes.

RECOMMANDATIONS

Assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit cohérente avec les obligations en matière des droits de l'homme :

- 6.1. Le Secrétaire général de l'ONU doit convoquer un organisme neutre de haut niveau pour revoir et évaluer les propositions afin de recommander un nouveau régime de propriété intellectuelle pour les produits pharmaceutiques. Ce régime doit être compatible avec les lois internationales relatives aux droits de l'homme et aux exigences de santé publique, en même temps qu'il doit sauvegarder les droits mérités des inventeurs. Cet organisme doit comprendre une représentation du Haut-commissariat pour les droits de l'homme, de l'OMS, de l'OMC, du PNUD, de l'ONUSIDA et de l'OMPI, ainsi que du Rapporteur spécial des droits de l'homme, les principaux experts et agences techniques, les représentants du secteur privé et de la société civile, de même que les personnes vivant avec le VIH. Cette réévaluation, fondée sur les droits de l'homme, devra prendre en compte les efforts entrepris par l'OMS sur lesquels elle devra capitaliser, notamment sa Stratégie globale et son Plan d'action pour l'innovation et la propriété intellectuelle, ainsi que le travail de son Groupe d'experts consultants. Dans l'attente de cette révision, les États membres de l'OMC doivent suspendre les ADPIC qui portent sur des produits pharmaceutiques indispensables pour les pays à faibles et à moyens revenus.
- 6.2. Les pays à revenu élevé, y compris les donateurs tels que les États-Unis, l'Union européenne, les pays de l'Association pour le libre-échange (l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse) et le Japon doivent immédiatement cesser de faire pression sur les pays à faibles et à moyens revenus pour les contraindre à adopter ou exécuter les mesures ADPIC-plus dans les accords commerciaux qui entravent l'accès aux traitements d'importance vitale.
 - 6.2.1. Tous les pays doivent immédiatement adopter et observer un moratoire sur l'inclusion de toute disposition de la propriété intellectuelle dans tout traité international qui limiterait l'aptitude des pays à engager des politiques qui réduisent le coût du traitement relatif au VIH. Les accords tels que l'accord commercial anti-contrefaçon (ACAC) doivent être réformés ; si l'ACAC n'est pas réformé dans l'intention d'exclure ces dispositions de propriété intellectuelle, les pays ne doivent pas le signer. Tous les pays doivent mettre fin aux pratiques unilatérales ayant cette même finalité, à savoir, la limitation de l'accès.
 - 6.2.2. Les pays à revenus élevés doivent arrêter de chercher à imposer des obligations de propriété intellectuelle ADPIC-plus strictes aux gouvernements de pays en développement. Les pays à revenus élevés doivent également arrêter de réagir contre les pays qui refusent d'adopter ces mesures ADPIC-plus afin qu'ils puissent obtenir un meilleur accès au traitement.
- 6.3. Pendant que la Commission recommande aux États membres de l'OMC de suspendre de toute urgence les ADPIC qui touchent aux produits pharmaceutiques pour les pays à faibles et à moyens revenus, nous reconnaissons qu'une telle révolution ne se réalisera pas du jour au lendemain. Entre-temps, même si les pays peuvent avoir des difficultés à agir face à la pression politique, ils doivent, dans la mesure du possible, intégrer et utiliser les assouplissements des ADPIC conformément aux garanties de leurs lois nationales.
 - 6.3.1. Les pays à faibles et à moyens revenus ne doivent pas être assujettis à la pression politique et juridique visant à les empêcher d'utiliser les assouplissements des ADPIC pour s'assurer que les nourrissons, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH ont un accès égal à celui des adultes en ce qui concerne le diagnostic et le traitement correspondant à chaque tranche d'âge.

- 6.3.2. Il est très important que les pays ayant une capacité de production significative, de même que ceux dépendant des importations de produits pharmaceutiques, engagent des politiques d'utilisation des assouplissements des ADPIC aussi largement et simplement qu'ils le peuvent. Les pays à faibles et à moyens revenus doivent faciliter la collaboration et l'échange d'expertise technique en vue de tirer pleinement parti des exceptions des ADPIC (par exemple, à travers la délivrance de licences obligatoires pour les ARV et les médicaments contre les co-infections telles que l'hépatite C). Les pays importateurs et exportateurs doivent, tous, adopter des dispositions internes directes et simples à l'application, afin de faciliter l'usage des assouplissements des ADPIC.
- 6.3.3. Les pays en développement doivent cesser d'adopter les dispositions ADPIC-plus contenant la loi anti-contrefaçon qui associe de manière abusive les problèmes de contrefaçon ou de médicament de mauvaise qualité aux génériques et entrave donc l'accès à un coût abordable au traitement contre le VIH.
- 6.3.4. Les pays doivent être dynamiques dans l'application d'autres rubriques de lois et de politiques telles que la loi de la concurrence, la politique de contrôle des prix et la loi sur la passation des marchés, qui peuvent améliorer l'accès aux produits pharmaceutiques.
- 6.4. Les États membres de l'OMC doivent indéfiniment prolonger l'exemption des pays les moins développés de l'application des dispositions des ADPIC dans le cadre des produits pharmaceutiques. L'ONU et ses États membres doivent mobiliser les ressources adéquates pour soutenir les PMA à conserver cette latitude politique.
- 6.5. La Décision du Conseil général de l'OMC du 30 août 2003 ne s'est pas avérée une solution viable pour les pays ayant une capacité insuffisante de fabrication de médicaments. Il est très important que le système institué par cette décision soit révisé ou complété par un nouveau mécanisme, afin de permettre une importation plus facile de produits pharmaceutiques fabriqués sous licence obligatoire. Les pays membres de l'OMC doivent cesser de ratifier l'adoption de la décision du 30 août 2003 en tant que nouvel Article 31 bis de l'Accord ADPIC, et doivent poursuivre les efforts de réforme ou de remplacement de ce système.
- 6.6 Les ADPIC n'ont pas réussi à encourager et récompenser le type d'innovation qui permet aux produits pharmaceutiques plus efficaces d'être accessibles aux pauvres, y compris ceux des maladies négligées. Les pays doivent donc développer, consentir et investir sur de nouveaux systèmes qui servent véritablement cette cause, mettant la priorité sur les approches comportant un nouveau traité pharmaceutique R&D et la promotion de la découverte de source ouverte.

CONCLUSION

Au XXI^e siècle, le VIH est une maladie chronique gérable, en tout cas pour certains. Cependant, à l'instar d'autres affections que l'on peut éviter et soigner, comme la pneumonie, les diarrhées ou la malnutrition, le VIH continue d'affecter et de tuer beaucoup trop de personnes vulnérables ou marginalisées..

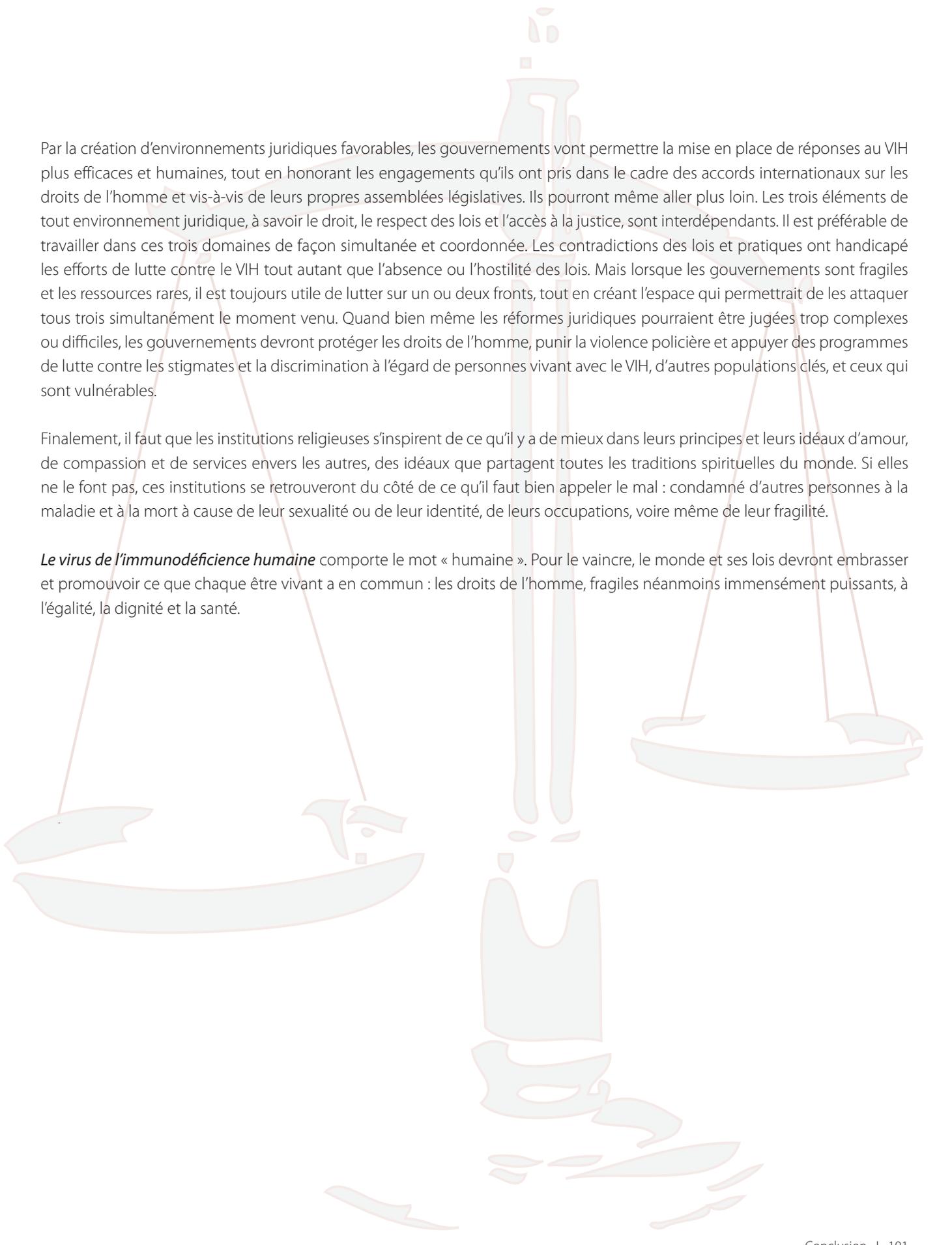
Depuis le début, la réponse à cette épidémie a été conduite par des personnes vivant avec le VIH, des populations affectées de façon disproportionnée par le sida, ainsi que par leurs familles et leurs proches. Leur ténacité, activisme, créativité et solidarité ont été à l'origine du « rapport sexuel protégé » et de la « réduction des risques », ont encouragé les progrès de la médecine et de la science, et ont conduit à augmenter de façon rapide l'échelle des financements internationaux en faveur de la réponse au VIH au cours de la dernière décennie. Ils ont fourni à la Commission des soumissions et témoignages convaincants sur l'importance que pouvaient avoir de bonnes lois et un véritable respect des droits de l'homme pour la mise en place de réponses efficaces au VIH, qui sont indispensables à un développement durable.

Le monde peut toujours tirer profit de plus de constats et de meilleurs outils et technologies. Un « cadre d'investissement » publié en 2011⁴⁷² démontre qu'une augmentation modeste et un meilleur ciblage des investissements financiers en faveur des réponses au VIH peuvent faire reculer l'épidémie mondiale au cours des prochaines années. De nouvelles technologies pourront être utiles, mais la restauration d'un environnement juridique favorable est d'une importance capitale si l'on veut éviter un gaspillage d'argent.

Le Groupe de référence d'ONUSIDA sur les droits de l'homme a récemment déclaré que « la crise de financement constitue l'enjeu actuel le plus important en matière de droits de l'homme dans la réponse au VIH. Paradoxalement, les financements stagnent ou diminuent au moment où la science, la médecine et les programmes fournissent des instruments qui permettent de vaincre le VIH »⁴⁷³. Les pays et les institutions internationales de financement doivent restaurer et amplifier le flux des ressources en faveur de la réponse au VIH. Ils doivent élaborer des stratégies fondées sur les évidences de santé publique et non dictées par des considérations idéologiques. Il leur faudra prendre en compte les besoins réels de personnes dont la vie est limitée par leur manque d'options. Et ils doivent aussi respecter l'expérience et l'intelligence des personnes vivant avec le VIH et de ceux qui les soutiennent.

En fournissant une aide étrangère et en allouant leurs ressources nationales, les gouvernements devront comprendre que les millions qu'ils investissent dans des réponses au VIH empreintes de compassion pourraient rester sans effet s'ils prolongent leur appui politique et matériel à des environnements juridiques répressifs. Les organismes d'échange multilatéraux ne peuvent pas considérer les médicaments comme des produits tels que des logiciels ou des films. La société civile doit exiger que la recherche du profit par les sociétés dans le cadre d'accords commerciaux soit soumise aux exigences des droits de l'homme universels.

Les cloisons du passé n'existent plus. Le pétrole, les aliments, les données numérisées, le capital, les conflits ou les personnes continuent sans cesse de franchir les frontières. Le VIH ne peut être mis en quarantaine socialement, économiquement ou médicalement. Les recommandations de la Commission exhortent les gouvernements, les bailleurs de fonds, la société civile, les institutions religieuses et les Nations Unies à honorer en tant que citoyen du monde leurs obligations de respecter les droits de l'homme et de se tenir mutuellement responsables pour que tout soit mis en œuvre pour mettre fin au sida.



Par la création d'environnements juridiques favorables, les gouvernements vont permettre la mise en place de réponses au VIH plus efficaces et humaines, tout en honorant les engagements qu'ils ont pris dans le cadre des accords internationaux sur les droits de l'homme et vis-à-vis de leurs propres assemblées législatives. Ils pourront même aller plus loin. Les trois éléments de tout environnement juridique, à savoir le droit, le respect des lois et l'accès à la justice, sont interdépendants. Il est préférable de travailler dans ces trois domaines de façon simultanée et coordonnée. Les contradictions des lois et pratiques ont handicapé les efforts de lutte contre le VIH tout autant que l'absence ou l'hostilité des lois. Mais lorsque les gouvernements sont fragiles et les ressources rares, il est toujours utile de lutter sur un ou deux fronts, tout en créant l'espace qui permettrait de les attaquer tous trois simultanément le moment venu. Quand bien même les réformes juridiques pourraient être jugées trop complexes ou difficiles, les gouvernements devront protéger les droits de l'homme, punir la violence policière et appuyer des programmes de lutte contre les stigmates et la discrimination à l'égard de personnes vivant avec le VIH, d'autres populations clés, et ceux qui sont vulnérables.

Finalement, il faut que les institutions religieuses s'inspirent de ce qu'il y a de mieux dans leurs principes et leurs idéaux d'amour, de compassion et de services envers les autres, des idéaux que partagent toutes les traditions spirituelles du monde. Si elles ne le font pas, ces institutions se retrouveront du côté de ce qu'il faut bien appeler le mal : condamné d'autres personnes à la maladie et à la mort à cause de leur sexualité ou de leur identité, de leurs occupations, voire même de leur fragilité.

Le virus de l'immunodéficience humaine comporte le mot « humaine ». Pour le vaincre, le monde et ses lois devront embrasser et promouvoir ce que chaque être vivant a en commun : les droits de l'homme, fragiles néanmoins immensément puissants, à l'égalité, la dignité et la santé.

TERMES DE RÉFÉRENCE DE LA COMMISSION

La loi peut avoir un impact déterminant sur les vies humaines. Nombre de succès engrangés dans le cadre de la réduction des causes et des conséquences du VIH ont lieu dans des milieux où les lois prônent la protection des droits de l'homme pour les personnes marginalisées et tenues à l'écart du pouvoir. Par exemple, dans certains pays, les lois anti-discrimination aident les personnes vivant avec le VIH à préserver leurs emplois et leurs domiciles afin de s'occuper de leurs familles. Les lois de protection de la confidentialité contribuent au renforcement de la confiance accordée aux systèmes de santé, à l'encouragement des uns et des autres à connaître leur statut sérologique et d'avoir accès à la prévention et au traitement. Les garanties juridiques d'égalité d'héritage et de propriété pour les femmes et les filles aident à alléger le fardeau social et économique lié au VIH. Toujours dans plusieurs pays du monde, l'environnement juridique présente de sérieux défis pour des réponses efficaces au VIH et empêche l'accès au traitement d'importance vitale contre le VIH. Chaque jour, les personnes vivant avec le VIH, en l'occurrence les travailleurs de l'industrie du sexe, les consommateurs de drogue, les hommes qui entretiennent des rapports sexuels avec des hommes et les transgenres continuent d'être victimes de la stigmatisation, de la discrimination et de la violence. Les lois et les pratiques discriminatoires à l'égard des femmes ou qui ne protègent pas leurs droits d'être libres de toute violence, rendent celles-ci particulièrement vulnérables au VIH. Pendant que le discours des réponses au VIH fondées sur les droits prend de l'ampleur et qu'on observe un certain succès dans l'avancement de la mise sur pied des cadres juridiques dans le contexte du VIH, la violation des droits de l'homme demeure impunie. À l'échelle mondiale, les réponses au

VIH se situent à un niveau critique, où une analyse objective et indépendante du rapport entre les environnements juridiques et le VIH, qui procure des options politiques concrètes pour les pays et les communautés pourrait façonner la prochaine génération de réponses au SIDA, à la santé et au développement. Par conséquent, le Conseil de coordination du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a chargé le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), au nom de la famille ONUSIDA, de créer une Commission sur le VIH et le droit.

La Commission mondiale sur le VIH et le droit a pour objectif de proposer des recommandations juridiquement réparables, soutenues par des preuves et fondées sur les droits de l'homme, pour une réponse efficace au VIH qui œuvre pour la protection des droits de l'homme en faveur des personnes vivant avec le VIH ou particulièrement vulnérables au VIH. La Commission mondiale sur le VIH et le droit va interroger la relation entre les environnements juridiques, les droits de l'homme et le VIH. La Commission va également se pencher sur certaines questions juridiques les plus aiguës concernant la transmission du VIH, notamment la canalisation de la transmission du VIH et les comportements et pratiques tels que la consommation de drogue, le travail du sexe et les rapports homosexuels, le statut juridique et social de la femme, et l'accès aux services de prévention et de traitement. La Commission mondiale sur le VIH et le droit va contribuer à assurer que les droits de l'homme et le VIH bénéficient de l'interrogation et de l'exposition nécessaires à la facilitation de l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui relatifs au VIH, afin d'atteindre les Objectifs du millénaire pour le

développement (OMD). Pendant une période de 18 mois, la Commission mondiale sur le VIH et le droit va mener les études suivantes :

- Analyser les données existantes sur le rapport entre les environnements juridiques et le VIH, notamment une évaluation des environnements juridiques actuels dans les pays, aussi bien répressifs que favorables, et leur impact sur la vie des personnes vivant avec le VIH, les populations cibles, telles que les travailleurs du sexe, les consommateurs de drogue, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les transgenres et les autres personnes vulnérables ou affectées par le VIH ;
- Évaluer les impacts à moyen et à long terme des environnements juridiques répressifs et favorables sur les réponses du VIH, de la santé et du développement aux niveaux national, régional et mondial ;
- Considérer les perspectives et les expériences des gouvernements, des législateurs et des décideurs politiques, des garants de la loi, de

la société civile, notamment les personnes les plus marginalisées et affectées par le VIH et les communautés ; et

- Donner des recommandations soutenues par des preuves et juridiquement réparables sur les réformes législatives et politiques qui devront être engagées aux niveaux national, régional et mondial, en vue de réduire l'impact du VIH sur les individus, les ménages et les communautés.

Les résultats et les recommandations de la Commission mondiale sur le VIH et le droit seront résumés dans un rapport qui fera l'objet d'une large diffusion auprès des gouvernements nationaux, de la société civile, particulièrement des personnes vivant avec le VIH et des autres populations cibles, des communautés affectées par le VIH, le système des Nations unies, en particulier les cofinanciers de l'ONUSIDA et le Secrétariat de l'ONUSIDA, ainsi que les donateurs bilatéraux et multilatéraux, pour une mise en œuvre et un contrôle efficaces.

BIOGRAPHIE DES MEMBRES DE LA COMMISSION

Les biographies complètes sont disponibles en ligne à l'adresse www.hivlawcommission.org

1. **Le Président Fernando Henrique Cardoso (Brésil) – Président**

Fernando Henrique a été président du Brésil de 1995 à 2002. Durant cette période, le Brésil est devenu l'un des premiers pays en développement à offrir gratuitement le traitement antirétroviral à ses citoyens. Avant son élection en tant que président, il a été respectivement ministre des Relations extérieures et ministre des Finances. En mai 2012, le Prix John W. Kluge récompensant l'œuvre d'une vie dans les sciences sociales et humaines, lui a été décerné.

2. **Son Excellence M. Festus Gontebayne Mogae (Botswana)**

Festus Gontebayne Mogae a été le président de la République du Botswana de 1998 à 2008. Durant cette période, le Botswana est devenu l'un des premiers pays africains à offrir gratuitement le traitement antirétroviral à ses citoyens. En plus d'être le président de l'organisation Champions pour une génération sans VIH, il a le mérite d'être l'un des premiers dirigeants africains à avoir fait un test de dépistage du VIH en public.

3. **Mme Ana Helena Chacón-Echeverria (Costa Rica)**

Ana Helena Chacón-Echeverria a été respectivement coordonnatrice du groupe parlementaire costaricain, ministre de la Sécurité publique et membre du Congrès. Elle a également été la vice-présidente du Groupe Parlementaire Interaméricain. Elle est l'avocate de longue date en droits de la femme et des personnes handicapées.

4. **M. Charles Chauvel (Nouvelle-Zélande)**

Charles Chauvel est député en Nouvelle-Zélande. Il est le procureur général de l'opposition et le porte-parole du parti travailliste dans le domaine de la justice et des arts, de la culture et du patrimoine. Il a également été membre de la Commission nationale de santé publique et de la Fondation néo-zélandaise contre le SIDA.

5. **Dr. Shereen El Feki (Egypte) – Vice-présidente**

Shereen El Feki est à la fois universitaire, écrivaine et journaliste. Sa recherche actuelle porte sur la sexualité et la santé génésique dans le monde arabe. Elle a également été la correspondante de *The Economist* en matière de santé.

6. **Mme Bience Gawanas (Namibie)**

Bience Gawanas a été élue commissaire de l'Union africaine chargée des affaires sociales. Entre 1991 et 1996, elle a été membre à temps plein de la Commission de la fonction publique de Namibie. En 1996, elle a été nommée Médiatrice de la Namibie, titre qu'elle a conservé jusqu'en 2003.

7. **Honorable Dame Carole Kidu (Papouasie-Nouvelle-Guinée)**

Carol Kidu est Leader de l'opposition en Papouasie-Nouvelle-Guinée. Elle est députée depuis 1997 et c'est la seule femme parmi les 109 membres du Parlement de Papouasie-Nouvelle-Guinée. En plus de son rôle dans les principales réformes législatives, elle a été ministre du développement communautaire.

8. L'Honorable Michael Kirby (Australie)

Michael Kirby a été juge au Tribunal de grande instance d'Australie de 1996 à 2009. De plus, il a respectivement été président de la Australian Law Reform Commission, président de la Commission internationale des juristes et Représentant spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour les Droits de l'homme au Cambodge.

9. Honorable Barbara Lee (États-Unis)

Barbara Lee a été membre du Congrès américain pendant plus d'une décennie. Elle est coauteur de la loi historique qui a instauré le Plan d'urgence du Président des États-Unis pour la lutte contre le SIDA. En plus, elle a joué un rôle essentiel dans l'augmentation des subventions intérieures pour les programmes relatifs au VIH, notamment l'Initiative en faveur des minorités frappées par le SIDA

10. M. Stephen Lewis (Canada)

Stephen Lewis est cofondateur d'AIDS Free-World, une organisation internationale de plaidoirie chargée de promouvoir une réaction plus urgente et efficace au VIH. Il a été l'envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le VIH/SIDA en Afrique de 2001 à 2006. De plus, il a été l'ambassadeur du Canada aux Nations Unies.

11. Professeur Sylvia Tamale (Ouganda)

Sylvia Tamale est une éminente avocate et chercheuse féministe africaine basée en Ouganda. Elle défend les droits de l'homme, de la femme et des communautés marginali-

sées. Elle a été doyenne de la Faculté de droit à l'Université de Makerere.

12. M. Jon Ungphakorn (Thaïlande)

Jon Ungphakorn est un ancien sénateur de Bangkok. Il a consacré toute sa carrière aux droits de l'homme et aux problèmes liés au développement en Thaïlande. Il est actuellement Vice-président de la Thai Foundation for AIDS Rights et membre du Conseil des gouverneurs du Service public de radiodiffusion thaïlandais.

13. Professeur Miriam K. Were (Kenya)

Miriam Were a été la présidente du Conseil national de lutte contre le SIDA et directrice de la Fondation pour la médecine et la recherche en Afrique. Elle est la cofondatrice de la fondation UZIMA – un organisme qui se focalise sur l'autonomisation des jeunes et le VIH, et membre de l'organisation Champions pour une génération sans SIDA.

14. M. JVR Prasada Rao (Inde)

– Membre secrétaire

M. JVR Prasada Rao a été le directeur du programme national de lutte contre le SIDA de 1997 à 2002. De plus, il a été secrétaire permanent au ministère de la Santé et directeur de l'Équipe régionale du Programme ONU-SIDA pour le soutien à l'Asie et au Pacifique. Il a également été membre secrétaire de la Commission sur le SIDA respectivement en Asie et dans le Pacifique. En mai 2012, il a été nommé envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le SIDA en Asie et dans le Pacifique.

BIOGRAPHIES DU GROUPE DE CONSULTATION TECHNIQUE

Les biographies complètes sont disponibles en ligne à l'adresse www.hivlawcommission.org

1. L'honorable Michael Kirby (Co-Président)

Michael Kirby a été juge au Tribunal de grande instance d'Australie de 1996 à 2009. De plus, il a respectivement été président de l'Australian Law Reform Commission, président de la Commission internationale des juristes et Représentant spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour les Droits de l'homme au Cambodge.

2. Allehone Mulugeta Abebe (Co-Président)

Allehone Mulugeta Abebe est un diplomate éthiopien. C'est un expert en santé publique, en droits de l'homme et en droit international. Il a négocié plusieurs résolutions et actes juridiques multilatéraux, régionaux et internationaux sur les droits de l'homme. Actuellement, il poursuit ses études doctorales sur les populations déplacées à l'intérieur de leur propre pays en Afrique.

3. Aziza Ahmed

Aziza Ahmed est Maître de conférences de droit à l'Université du Nord-est de Boston, Massachusetts. Ses travaux s'intéressent aux questions de VIH, genre, sexualité, santé sexuelle et reproductive et droit, et le point commun entre la santé publique et le droit criminel.

4. Jonathan Berger

Jonathan Berger fait son stage professionnel d'avocat en Afrique du Sud. Il était chercheur et chef de l'unité de politique et de recherche à la SECTION27, incorporant le Projet de loi sur le sida. Son Master de droit a porté sur les relations entre l'accès au traitement du VIH, le droit commercial international et le droit constitutionnel.

5. Chris Beyrer

Chris Beyrer est Professeur d'épidémiologie, de santé internationale, et de la santé, du comportement et de la société à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Il est le Fondateur et le Directeur du Centre de santé publique et des droits de l'homme de John Hopkins.

6. Scott Burris

Scott Burris est Professeur de droit à l'université de Temple, où il dirige le Centre pour le droit de la santé, politique et pratique, et le Programme de recherche en droit de la santé publique de la Fondation Robert Wood Johnson. Ses travaux portent sur l'influence de la loi sur la santé publique, les interventions qui peuvent rendre les lois et le respect de la loi plus sûrs dans la pratique.

7. Joanne Csete

Joanne Csete est un agent principal du Global Drug Policy Program, Open Society Foundations (OSF). Avant son accession à l'OSF, elle a été à la Mailman School of Public Health de l'Université de Columbia, où ses travaux ont porté sur la santé publique des populations marginalisées et criminalisées, spécialement les personnes qui utilisent des drogues illicites, les travailleurs du sexe, les prisonniers et les détenus, et les personnes vivant avec le VIH.

8. Mandeep Dhaliwal

Mandeep Dhaliwal est le Chef de groupe sectoriel : droits de l'homme & gouvernance dans le Groupe VIH du PNUD. Avant son entrée au PNUD, elle était conseillère principale dans

le Programme sur le Sida de l'Institut tropical royal hollandais, s'intéressant aux questions de VIH, santé, droits de l'homme et droit. Elle a été la coordinatrice fondatrice de l'Unité VIH/SIDA du Collectif des avocats de l'Inde.

9. Sophie Dilmitis

Sophie Dilmitis vit ouvertement sa séropositivité depuis 16 ans. Elle jouit d'une vaste expérience à travailler dans les mouvements de Sida et de femmes en Afrique et dans le monde. De 2006 à 2011, Sophie a travaillé pour la World YWCA comme Coordinatrice de la santé sexuelle et reproductive, droits et VIH.

10. Vivek Divan

Vivek Divan est un avocat indien. En tant que coordonnateur de l'Unité VIH/SIDA du Collectif des avocats de l'Inde, il a fait partie de l'équipe de rédaction du projet de loi sur le VIH/SIDA de l'Inde. Il a également collaboré étroitement aux travaux de recherche et de mobilisation communautaire du contentieux d'intérêt général contre la loi anti-sodomie de l'Inde.

11. Richard Elliott

Richard Elliott est un avocat et le directeur général du Réseau légal du VIH/SIDA canadien. Actuellement, il préside au leadership communautaire des bourses universitaires de droit de la Fondation juridique d'Ontario de l'université de Toronto, en Faculté de droit. Entre 2001 et 2007, il a été membre du Conseil ministériel sur le VIH/SIDA, un organe expert chargé de conseiller le ministre fédéral canadien de la Santé.

12. Sofia Gruskin

Sofia Gruskin dirige le Programme sur la santé mondiale et les droits de l'homme de l'Université de Caroline du Sud, l'Institut pour la santé mondiale de l'USC, et occupe des postes de Professeur en médecine préventive à la Keck School of Medicine et de

Professeur de droit et de médecine préventive à la Gould School of Law. Elle est aussi Professeur auxiliaire de santé mondiale au Département de la santé et de la population mondiale de Harvard.

13. Wendy Isaack

Wendy Isaack est une avocate et défenseur des droits de l'homme d'Afrique du Sud. Ses travaux ont porté sur les droits des femmes, particulièrement les violences faites aux femmes, et les droits des lesbiennes, des bisexuels, des gays et des transgenres. Elle est activement engagée dans les travaux de défense des droits de l'homme avec la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples.

14. Rick Lines

Rick Lines est le Directeur exécutif de l'organisation Harm Reduction International. Il est connu pour ses travaux portant sur les droits des prisonniers, la réduction des méfaits, la peine de mort pour les infractions liées à la drogue, la politique anti-drogue, et le VIH. Il est titulaire de Masters en sociologie et en droit international des droits de la personne.

15. Annie Madden

Annie Madden travaille dans les domaines de l'usage des drogues injectables, du VIH, de l'hépatite C, de la représentation des pairs éducateurs et des utilisateurs des drogues depuis 20 ans. Elle est la responsable exécutive de la Ligue australienne des utilisateurs des drogues injectables et illicites, et une représentante du Réseau international des personnes utilisant les drogues.

16. Kevin Moody

Kevin Moody vit ouvertement sa séropositivité et est le directeur général du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH depuis 2006. Il a commencé sa carrière comme pharmacien dans les pharmacies hospita-

lières et communautaires, et travaille dans la Campagne de Médecins sans frontières pour l'accès aux médicaments essentiels.

17. Vitit Muntarbhorn

Vitit Muntarbhorn travaille depuis plus de 30 ans à la Faculté de droit de l'Université de Chulalongkorn. Il a été le Rapporteur spécial des Nations-Unies sur la traite des enfants, la prostitution des enfants et la pornographie juvénile de 1990 à 1994. Ses travaux portent sur les questions des droits de l'homme des minorités sexuelles.

18. Cheryl Overs

Cheryl Overs est la fondatrice du Réseau mondial pour les projets sexuels. Agent principal de recherches au Centre pour la santé publique et les droits de l'homme de Michael Kirby à l'Université Monash et membre de l'Initiative de la recherche de Paulo Longo, ses travaux portent sur l'impact des conditions économiques et légales sur la santé et les droits de l'homme des travailleurs du sexe.

19. JVR Prasada Rao

(Membre secrétaire de la Commission)

M. JVR Prasada Rao a été le directeur du programme national de lutte contre le SIDA de 1997 à 2002. De plus, il a été secrétaire permanent au ministère de la Santé et directeur de l'Équipe régionale du Programme ONU-SIDA pour le soutien à l'Asie et au Pacifique. Il a également été membre secrétaire de la Commission sur le SIDA respectivement en Asie et dans le Pacifique. En mai 2012, il a été nommé envoyé spécial du Secrétaire général des Nations Unies pour le SIDA en Asie et dans le Pacifique.

20. Tracey Robinson

Tracey Robinson est Maître de conférences à la Faculté de droit de l'Université de West Indies (UWI), Cavehill, Barbados. Elle est

l'auteure de publications dans les domaines du droit de la famille, du genre et de la citoyenneté, du féminisme légal, du travail du sexe, de la sexualité des personnes de même sexe, du harcèlement sexuel, et des relations conjugales intimes.

21. Purna Sen

Purna Sen dirige le Programme pour le leadership africain à la London School of Economics. Elle accumule plus de trente années d'expérience sur les travaux de promotion de la justice sociale. Très récemment en qualité de chef du Département des droits de l'homme pour le Secrétariat du Commonwealth, et avant cela comme directrice du Programme Asie-Pacifique d'Amnesty international. Bien avant, elle a enseigné le Genre et le développement à l'Institut des études de développement de la London School of Economics et a travaillé sur l'égalité des races dans l'éducation.

22. Susan Timberlake

Susan Timberlake est la conseillère principale sur les questions des droits de l'homme et de droit à l'ONUSIDA. Elle a débuté sa carrière à l'ONU au Haut-commissariat des Nations-Unies pour les réfugiés (UNHCR) où elle a servi pendant 19 années. À l'ONUSIDA, ses travaux ont porté sur la promotion des approches basées sur les droits et la création des environnements juridiques pour le VIH.

23. Matthew Weait

Matthew Weait est Professeur de droit et de politique au Birkbeck College, Université de Londres. Ses travaux portent sur l'impact du droit sur les personnes vivant avec le VIH, avec un accent particulier sur la construction de la responsabilité et des relations entre le droit et les droits de l'homme. Il est l'auteur de plusieurs publications dans le domaine du droit criminel et le VIH.

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

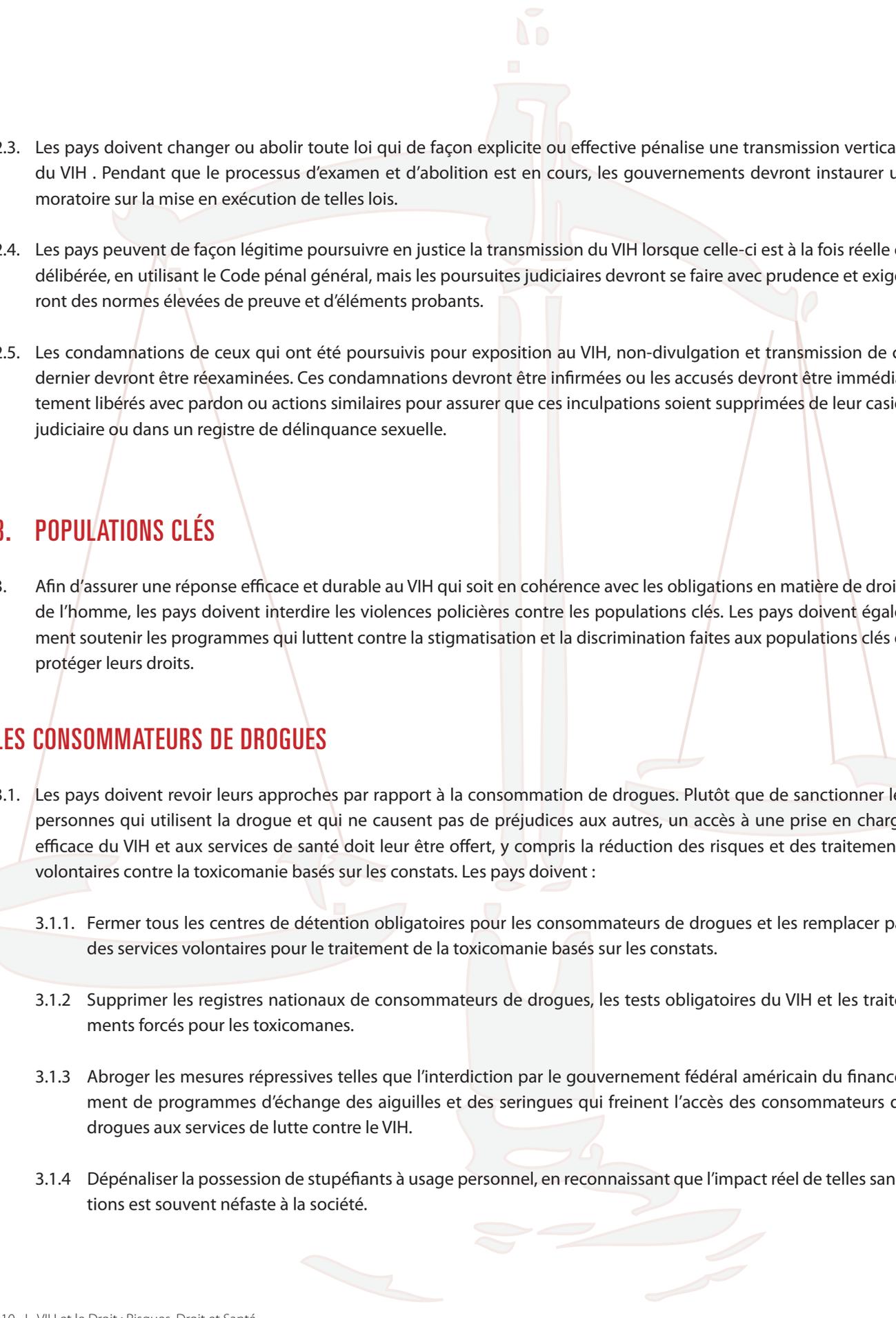
Pour assurer une réponse efficace et durable au vih, qui soit en cohérence avec les obligations en matière de droits de l'homme :

1. LUTTER CONTRE LA DISCRIMINATION

- 1.1. Les pays devront faire en sorte que leurs politiques, stratégies, plans et programmes nationaux prévoient une action efficace et ciblée d'appui à des environnements juridiques favorables, en tenant compte des lois officielles, de la mise en application des lois et de l'accès à la justice. Tous les pays devront abroger des lois punitives et promulguées des lois protectrices visant à protéger et à promouvoir les droits de l'homme, à améliorer la prestation de services de prévention et de traitement du VIH et leur accès, et à rehausser le rapport coût-efficacité de ces efforts.
- 1.2. À moins qu'ils ne l'aient déjà fait, les pays devront interdire de façon explicite la discrimination sur la base du statut VIH, qu'il soit réel ou perçu, et garantir la mise en application des engagements et garanties constitutionnelles existants. Les pays devront également s'assurer que les lois et réglementations anti-discrimination et portant sur la participation, la divulgation d'informations et la prestation de services de santé ciblent les personnes vivant avec le VIH, les populations clés et les personnes exposées au risque d'infection par le VIH.
- 1.3. Les donateurs, la société civile, les acteurs du secteur privé et les Nations Unies devront exiger de la part des gouvernements le respect de leurs engagements en matière de droits de l'homme. Des groupes extérieurs au gouvernement auront à élaborer et mettre en œuvre des politiques et pratiques en matière de VIH fondées sur des droits, et à financer des actions de réforme de lois liées au VIH, de mise en application de lois et d'accès à la justice. Ces efforts comprennent l'éducation des personnes sur leurs droits et sur les lois, ainsi que la lutte contre le stigmate et la discrimination au sein des familles, des communautés et des lieux du travail.

2. PÉNALISATION DE LA TRANSMISSION DU VIH, DE L'EXPOSITION À CELUI-CI ET DE SA NON-DIVULGATION

- 2.1. Les pays devront s'abstenir de promulguer des lois qui pénalisent de façon explicite la transmission du VIH, l'exposition au VIH ou la non-divulgation du statut VIH. Lorsqu'elles existent, ces lois sont contre-productives et doivent être abolies. Les dispositions de modèles de code qui ont été proposés pour appuyer la promulgation de telles lois doivent être retirées et amendées pour se conformer à ces recommandations.
- 2.2. Les services répressifs doivent s'abstenir de poursuivre des personnes dans des cas de non-divulgation du VIH ou d'exposition à celui-ci s'il n'existe pas de preuve qu'une transmission délibérée ou malveillante a eu lieu. Invoquer des sanctions d'ordre pénal dans des cas de rapports sexuels entre adultes, avec consentement et privés, est disproportionné et contre-productif en termes d'amélioration de la santé publique.

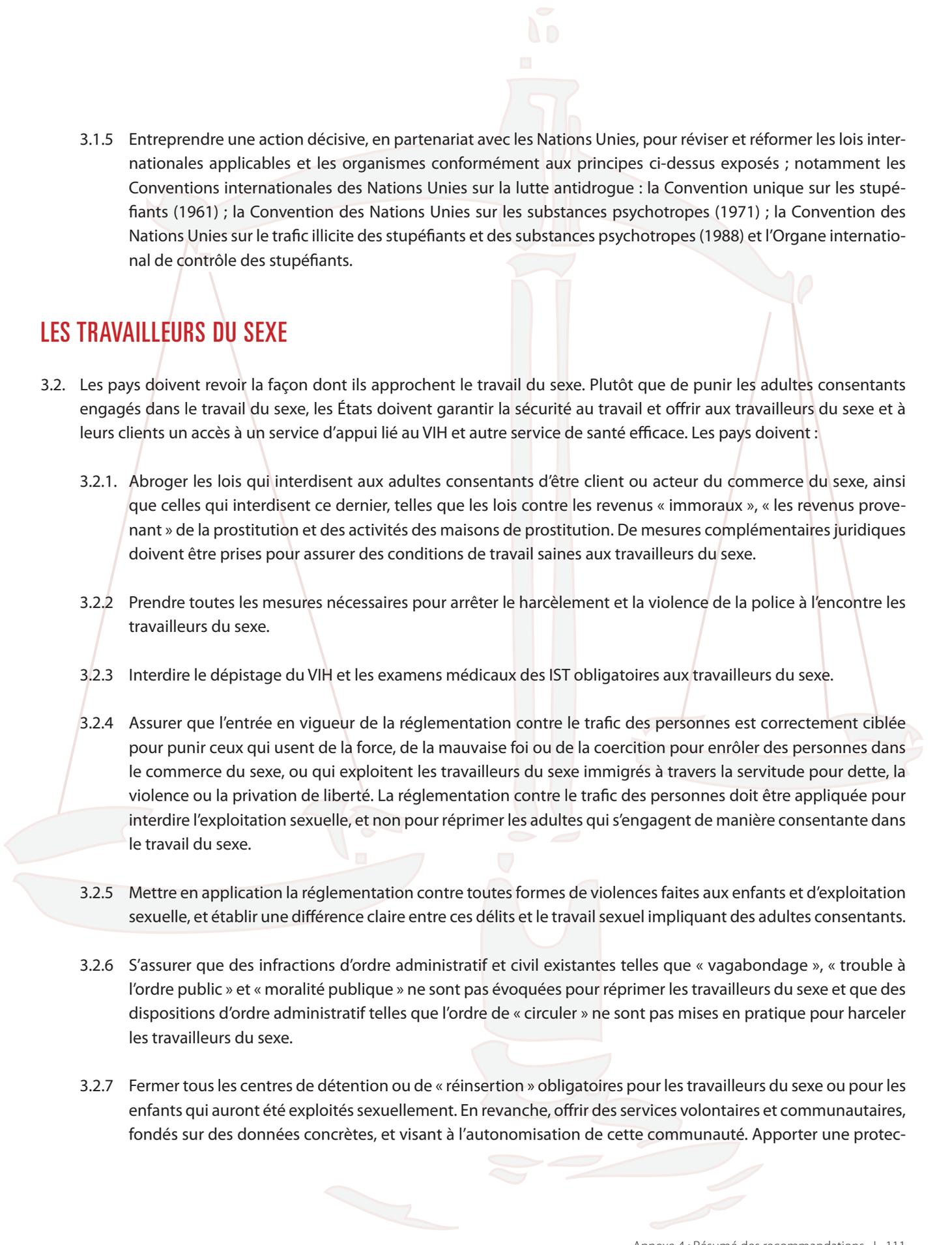
- 
- 2.3. Les pays doivent changer ou abolir toute loi qui de façon explicite ou effective pénalise une transmission verticale du VIH . Pendant que le processus d'examen et d'abolition est en cours, les gouvernements devront instaurer un moratoire sur la mise en exécution de telles lois.
 - 2.4. Les pays peuvent de façon légitime poursuivre en justice la transmission du VIH lorsque celle-ci est à la fois réelle et délibérée, en utilisant le Code pénal général, mais les poursuites judiciaires devront se faire avec prudence et exigeront des normes élevées de preuve et d'éléments probants.
 - 2.5. Les condamnations de ceux qui ont été poursuivis pour exposition au VIH, non-divulgation et transmission de ce dernier devront être réexaminées. Ces condamnations devront être infirmées ou les accusés devront être immédiatement libérés avec pardon ou actions similaires pour assurer que ces inculpations soient supprimées de leur casier judiciaire ou dans un registre de délinquance sexuelle.

3. POPULATIONS CLÉS

3. Afin d'assurer une réponse efficace et durable au VIH qui soit en cohérence avec les obligations en matière de droits de l'homme, les pays doivent interdire les violences policières contre les populations clés. Les pays doivent également soutenir les programmes qui luttent contre la stigmatisation et la discrimination faites aux populations clés et protéger leurs droits.

LES CONSOMMATEURS DE DROGUES

- 3.1. Les pays doivent revoir leurs approches par rapport à la consommation de drogues. Plutôt que de sanctionner les personnes qui utilisent la drogue et qui ne causent pas de préjudices aux autres, un accès à une prise en charge efficace du VIH et aux services de santé doit leur être offert, y compris la réduction des risques et des traitements volontaires contre la toxicomanie basés sur les constats. Les pays doivent :
 - 3.1.1. Fermer tous les centres de détention obligatoires pour les consommateurs de drogues et les remplacer par des services volontaires pour le traitement de la toxicomanie basés sur les constats.
 - 3.1.2 Supprimer les registres nationaux de consommateurs de drogues, les tests obligatoires du VIH et les traitements forcés pour les toxicomanes.
 - 3.1.3 Abroger les mesures répressives telles que l'interdiction par le gouvernement fédéral américain du financement de programmes d'échange des aiguilles et des seringues qui freinent l'accès des consommateurs de drogues aux services de lutte contre le VIH.
 - 3.1.4 Dépenaliser la possession de stupéfiants à usage personnel, en reconnaissant que l'impact réel de telles sanctions est souvent néfaste à la société.

- 
- 3.1.5 Entreprendre une action décisive, en partenariat avec les Nations Unies, pour réviser et réformer les lois internationales applicables et les organismes conformément aux principes ci-dessus exposés ; notamment les Conventions internationales des Nations Unies sur la lutte antidrogue : la Convention unique sur les stupéfiants (1961) ; la Convention des Nations Unies sur les substances psychotropes (1971) ; la Convention des Nations Unies sur le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes (1988) et l'Organe international de contrôle des stupéfiants.

LES TRAVAILLEURS DU SEXE

- 3.2. Les pays doivent revoir la façon dont ils abordent le travail du sexe. Plutôt que de punir les adultes consentants engagés dans le travail du sexe, les États doivent garantir la sécurité au travail et offrir aux travailleurs du sexe et à leurs clients un accès à un service d'appui lié au VIH et autre service de santé efficace. Les pays doivent :
- 3.2.1. Abroger les lois qui interdisent aux adultes consentants d'être client ou acteur du commerce du sexe, ainsi que celles qui interdisent ce dernier, telles que les lois contre les revenus « immoraux », « les revenus provenant » de la prostitution et des activités des maisons de prostitution. De mesures complémentaires juridiques doivent être prises pour assurer des conditions de travail saines aux travailleurs du sexe.
 - 3.2.2 Prendre toutes les mesures nécessaires pour arrêter le harcèlement et la violence de la police à l'encontre les travailleurs du sexe.
 - 3.2.3 Interdire le dépistage du VIH et les examens médicaux des IST obligatoires aux travailleurs du sexe.
 - 3.2.4 Assurer que l'entrée en vigueur de la réglementation contre le trafic des personnes est correctement ciblée pour punir ceux qui usent de la force, de la mauvaise foi ou de la coercition pour enrôler des personnes dans le commerce du sexe, ou qui exploitent les travailleurs du sexe immigrés à travers la servitude pour dette, la violence ou la privation de liberté. La réglementation contre le trafic des personnes doit être appliquée pour interdire l'exploitation sexuelle, et non pour réprimer les adultes qui s'engagent de manière consentante dans le travail du sexe.
 - 3.2.5 Mettre en application la réglementation contre toutes formes de violences faites aux enfants et d'exploitation sexuelle, et établir une différence claire entre ces délits et le travail sexuel impliquant des adultes consentants.
 - 3.2.6 S'assurer que des infractions d'ordre administratif et civil existantes telles que « vagabondage », « trouble à l'ordre public » et « moralité publique » ne sont pas évoquées pour réprimer les travailleurs du sexe et que des dispositions d'ordre administratif telles que l'ordre de « circuler » ne sont pas mises en pratique pour harceler les travailleurs du sexe.
 - 3.2.7 Fermer tous les centres de détention ou de « réinsertion » obligatoires pour les travailleurs du sexe ou pour les enfants qui auront été exploités sexuellement. En revanche, offrir des services volontaires et communautaires, fondés sur des données concrètes, et visant à l'autonomisation de cette communauté. Apporter une protec-

tion aux enfants sexuellement exploités en les plaçant dans des environnements familiaux sûrs, susceptibles d'aider leur développement et sélectionnés au mieux des intérêts de l'enfant.

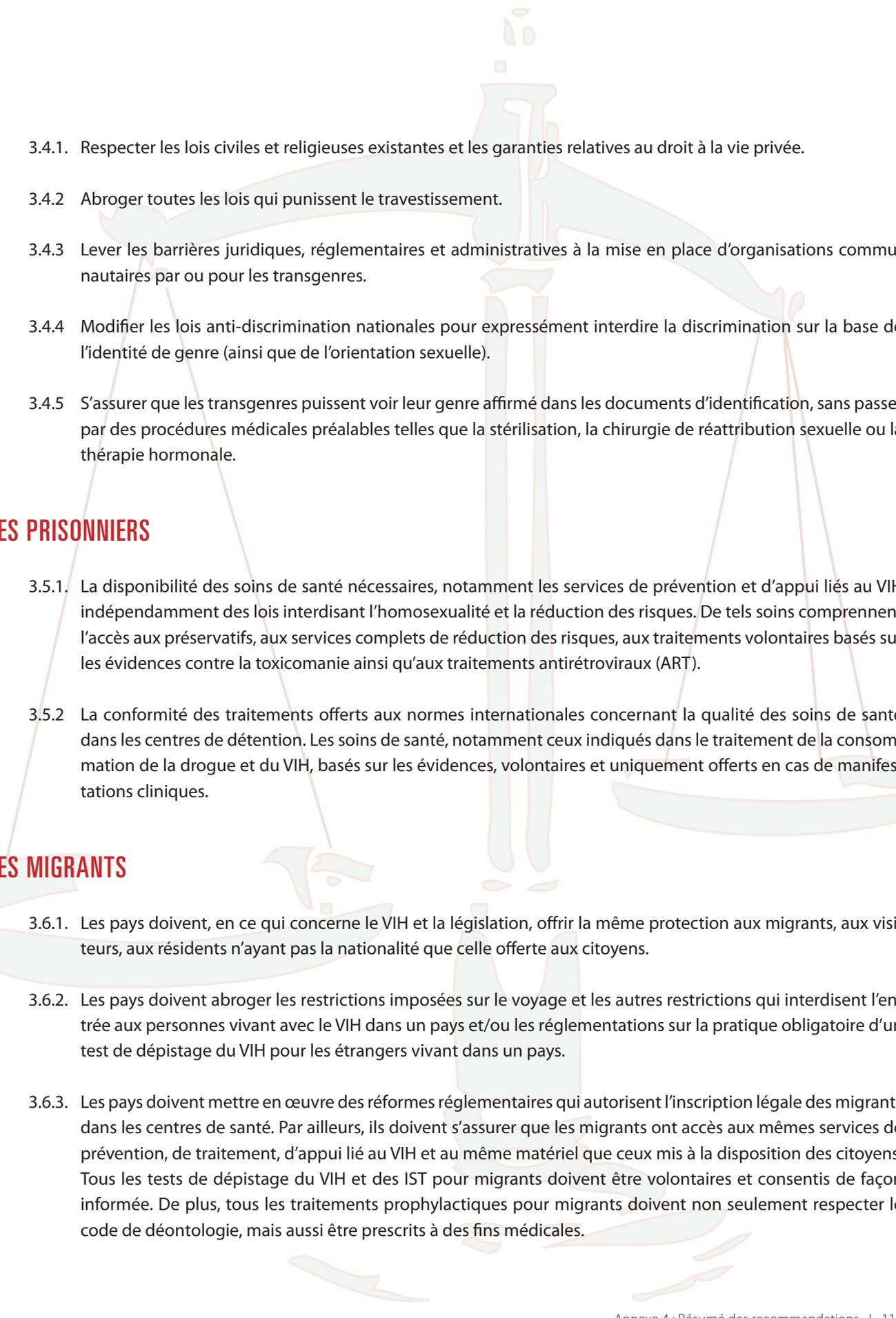
- 3.2.8 Abroger les conditions répressives de l'aide publique au développement telles que l'engagement du gouvernement américain PEPFAR contre la prostitution et ses réglementations actuelles contre le trafic des personnes, qui empêchent l'accès des travailleurs du sexe aux services de prise en charge du VIH ou leur capacité à mettre en place des organisations dans leurs propres intérêts.
- 3.2.9 Prendre des actions décisives pour examiner et réformer les lois internationales applicables conformément aux principes soulignés ci-dessus, dont le Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité internationale organisée visant à prévenir, supprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants (2000).

HOMMES AYANT DES RELATIONS SEXUELLES AVEC DES HOMMES

- 3.3. Les pays doivent revoir leur attitude à l'égard des transgenres. Au lieu de les réprimer, les pays doivent proposer à ces personnes un accès aux services liés au VIH et à d'autres services de santé et abroger toutes les lois qui criminalisent l'identité transgenre ou les comportements associés. Les pays doivent :
 - 3.3.1. Abroger toutes les lois qui criminalisent les rapports sexuels consentis entre des adultes de même sexe et/ou qui punissent l'identité homosexuelle.
 - 3.3.2. Respecter les lois civiles et religieuses existantes et les garanties relatives à la vie privée.
 - 3.3.3. Lever les barrières juridiques, réglementaires et administratives à la mise en place d'organisations communautaires par ou pour les personnes gays, lesbiennes et/ou bisexuelles.
 - 3.3.4. Amender les lois anti-discrimination pour expressément interdire la discrimination sur la base de l'orientation sexuelle (ainsi que de l'identité de genre).
 - 3.3.5. Promouvoir des mesures efficaces de prévention de la violence à l'égard des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

LES TRANSGENRES

- 3.4. Les pays doivent revoir leur attitude à l'égard des transgenres. Au lieu de les réprimer, les pays doivent proposer à ces personnes un accès aux services liés au VIH et à d'autres services de santé et abroger toutes les lois qui criminalisent l'identité transgenre ou les comportements associés. Les pays doivent :

- 
- 3.4.1. Respecter les lois civiles et religieuses existantes et les garanties relatives au droit à la vie privée.
 - 3.4.2. Abroger toutes les lois qui punissent le travestissement.
 - 3.4.3. Lever les barrières juridiques, réglementaires et administratives à la mise en place d'organisations communautaires par ou pour les transgenres.
 - 3.4.4. Modifier les lois anti-discrimination nationales pour expressément interdire la discrimination sur la base de l'identité de genre (ainsi que de l'orientation sexuelle).
 - 3.4.5. S'assurer que les transgenres puissent voir leur genre affirmé dans les documents d'identification, sans passer par des procédures médicales préalables telles que la stérilisation, la chirurgie de réattribution sexuelle ou la thérapie hormonale.

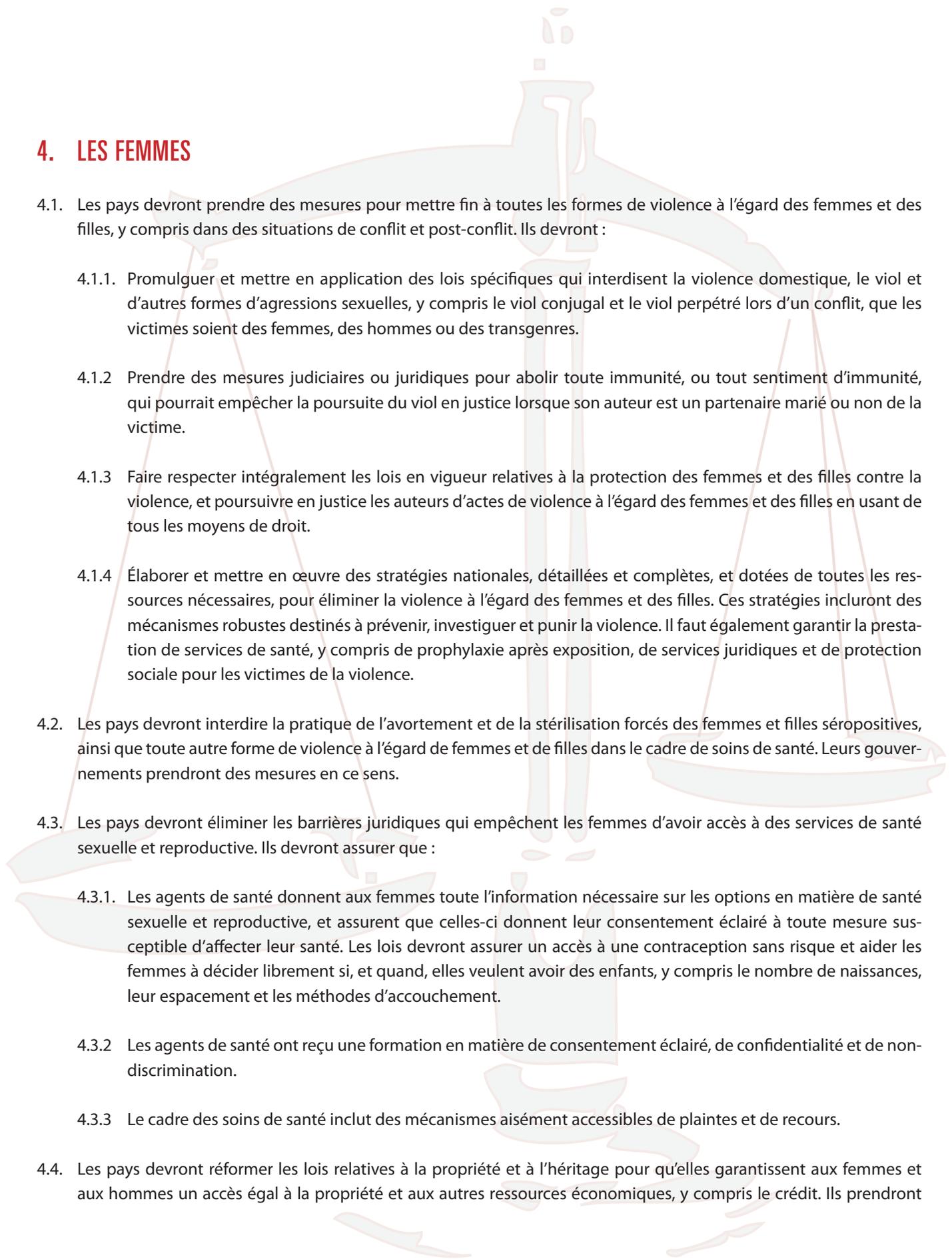
LES PRISONNIERS

- 3.5.1. La disponibilité des soins de santé nécessaires, notamment les services de prévention et d'appui liés au VIH indépendamment des lois interdisant l'homosexualité et la réduction des risques. De tels soins comprennent l'accès aux préservatifs, aux services complets de réduction des risques, aux traitements volontaires basés sur les évidences contre la toxicomanie ainsi qu'aux traitements antirétroviraux (ART).
- 3.5.2. La conformité des traitements offerts aux normes internationales concernant la qualité des soins de santé dans les centres de détention. Les soins de santé, notamment ceux indiqués dans le traitement de la consommation de la drogue et du VIH, basés sur les évidences, volontaires et uniquement offerts en cas de manifestations cliniques.

LES MIGRANTS

- 3.6.1. Les pays doivent, en ce qui concerne le VIH et la législation, offrir la même protection aux migrants, aux visiteurs, aux résidents n'ayant pas la nationalité que celle offerte aux citoyens.
- 3.6.2. Les pays doivent abroger les restrictions imposées sur le voyage et les autres restrictions qui interdisent l'entrée aux personnes vivant avec le VIH dans un pays et/ou les réglementations sur la pratique obligatoire d'un test de dépistage du VIH pour les étrangers vivant dans un pays.
- 3.6.3. Les pays doivent mettre en œuvre des réformes réglementaires qui autorisent l'inscription légale des migrants dans les centres de santé. Par ailleurs, ils doivent s'assurer que les migrants ont accès aux mêmes services de prévention, de traitement, d'appui lié au VIH et au même matériel que ceux mis à la disposition des citoyens. Tous les tests de dépistage du VIH et des IST pour migrants doivent être volontaires et consentis de façon informée. De plus, tous les traitements prophylactiques pour migrants doivent non seulement respecter le code de déontologie, mais aussi être prescrits à des fins médicales.

4. LES FEMMES

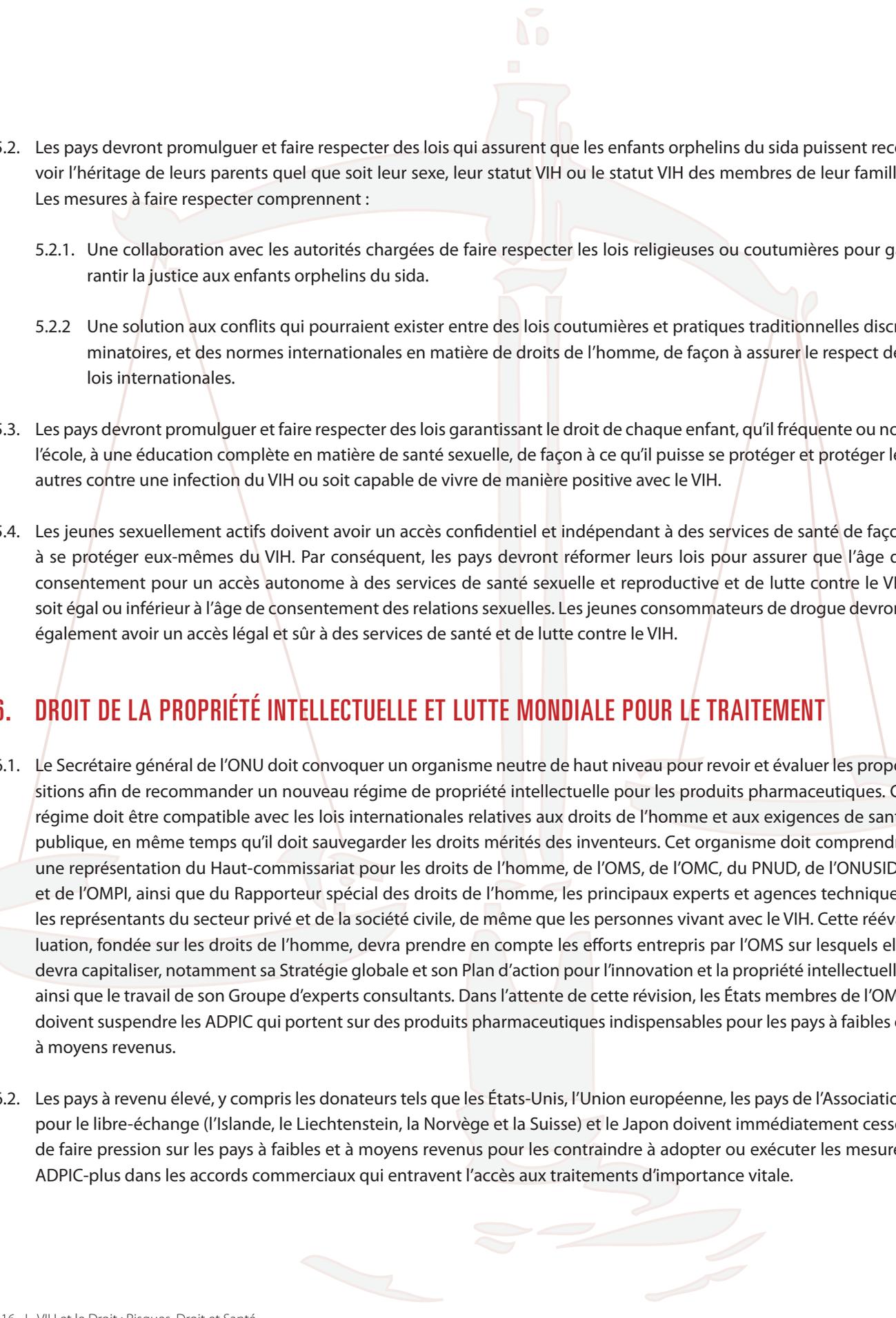
- 
- 4.1. Les pays devront prendre des mesures pour mettre fin à toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, y compris dans des situations de conflit et post-conflit. Ils devront :
 - 4.1.1. Promulguer et mettre en application des lois spécifiques qui interdisent la violence domestique, le viol et d'autres formes d'agressions sexuelles, y compris le viol conjugal et le viol perpétré lors d'un conflit, que les victimes soient des femmes, des hommes ou des transgenres.
 - 4.1.2. Prendre des mesures judiciaires ou juridiques pour abolir toute immunité, ou tout sentiment d'immunité, qui pourrait empêcher la poursuite du viol en justice lorsque son auteur est un partenaire marié ou non de la victime.
 - 4.1.3. Faire respecter intégralement les lois en vigueur relatives à la protection des femmes et des filles contre la violence, et poursuivre en justice les auteurs d'actes de violence à l'égard des femmes et des filles en usant de tous les moyens de droit.
 - 4.1.4. Élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales, détaillées et complètes, et dotées de toutes les ressources nécessaires, pour éliminer la violence à l'égard des femmes et des filles. Ces stratégies incluront des mécanismes robustes destinés à prévenir, investiguer et punir la violence. Il faut également garantir la prestation de services de santé, y compris de prophylaxie après exposition, de services juridiques et de protection sociale pour les victimes de la violence.
 - 4.2. Les pays devront interdire la pratique de l'avortement et de la stérilisation forcés des femmes et filles séropositives, ainsi que toute autre forme de violence à l'égard de femmes et de filles dans le cadre de soins de santé. Leurs gouvernements prendront des mesures en ce sens.
 - 4.3. Les pays devront éliminer les barrières juridiques qui empêchent les femmes d'avoir accès à des services de santé sexuelle et reproductive. Ils devront assurer que :
 - 4.3.1. Les agents de santé donnent aux femmes toute l'information nécessaire sur les options en matière de santé sexuelle et reproductive, et assurent que celles-ci donnent leur consentement éclairé à toute mesure susceptible d'affecter leur santé. Les lois devront assurer un accès à une contraception sans risque et aider les femmes à décider librement si, et quand, elles veulent avoir des enfants, y compris le nombre de naissances, leur espacement et les méthodes d'accouchement.
 - 4.3.2. Les agents de santé ont reçu une formation en matière de consentement éclairé, de confidentialité et de non-discrimination.
 - 4.3.3. Le cadre des soins de santé inclut des mécanismes aisément accessibles de plaintes et de recours.
 - 4.4. Les pays devront réformer les lois relatives à la propriété et à l'héritage pour qu'elles garantissent aux femmes et aux hommes un accès égal à la propriété et aux autres ressources économiques, y compris le crédit. Ils prendront

les mesures nécessaires pour assurer qu'en pratique, la propriété soit divisée sans aucune discrimination fondée sur le sexe en cas de séparation, de divorce ou de décès, et que soit établie une présomption de copropriété des biens familiaux par les conjoints. Lorsque les pratiques en matière de propriété et d'héritage sont influencées ou déterminées par des systèmes juridiques religieux ou coutumiers, les autorités de ces derniers devront effectuer les réformes nécessaires pour assurer la protection des femmes, y compris les veuves et les orphelins.

- 4.5. Les pays devront assurer que les mesures de protection sociale reconnaissent et répondent aux besoins des femmes séropositives et des femmes dont le mari est décédé du sida, et que les lois sur le travail, ainsi que les services de protection sociale et de santé répondent aux besoins des femmes qui assument le rôle de soignantes dans des ménages affectés par le VIH.
- 4.6. Les pays devront assurer que les lois interdisant le mariage précoce soient promulguées et respectées.
- 4.7. Les autorités chargées de faire respecter les lois religieuses et coutumières doivent interdire des pratiques qui augmentent le risque de VIH, telles que l'héritage des veuves, les rites de « purification sexuelle » et la mutilation génitale féminine.

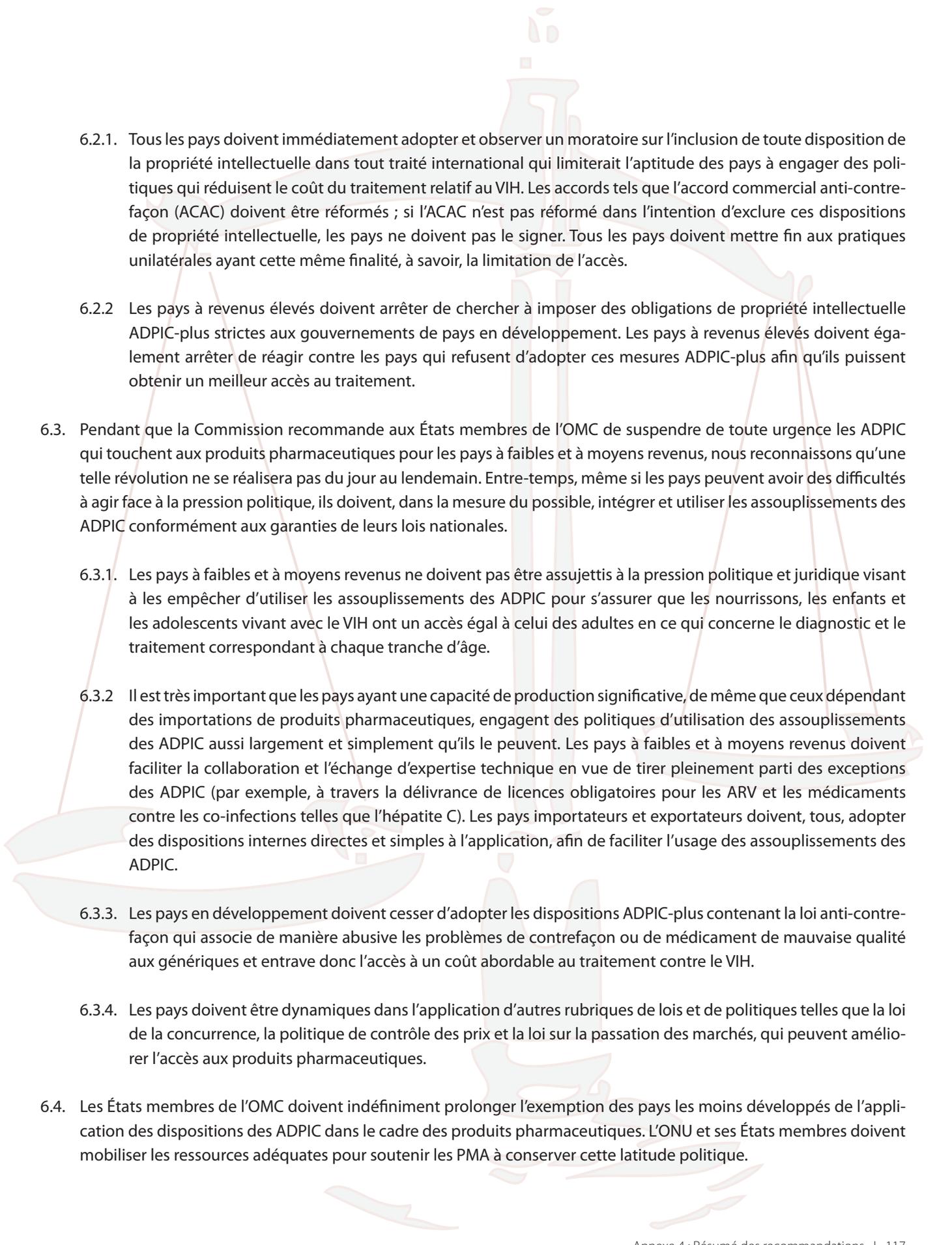
5. LES ENFANTS ET LES JEUNES

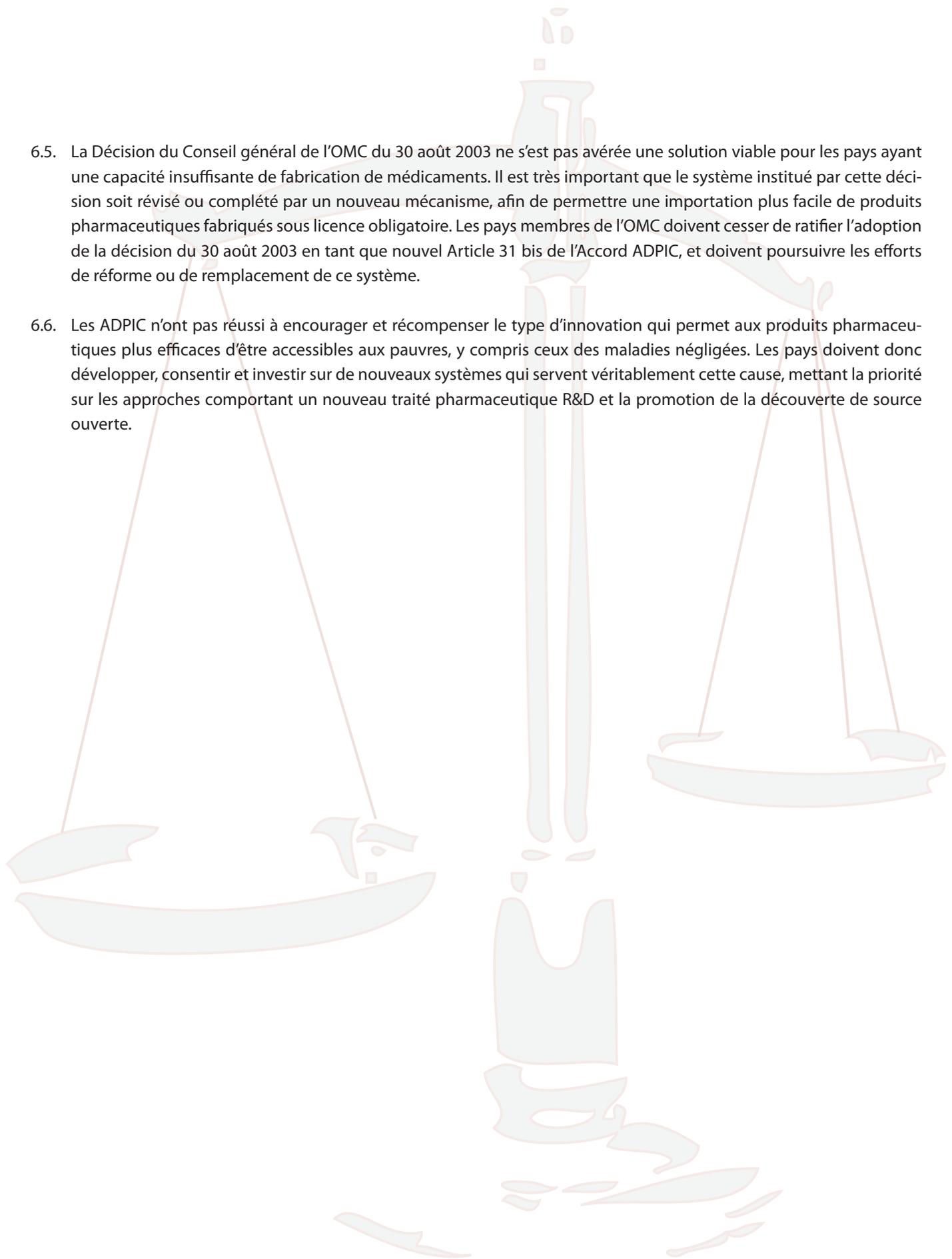
- 5.1. Les pays doivent promulguer et faire respecter des lois qui :
 - 5.1.1. Assurent que la naissance de chaque enfant soit enregistrée. Cette mesure est essentielle pour permettre aux enfants d'avoir accès à des services nécessaires. Elles doivent également assurer que les droits de l'enfant sont protégés et promus, comme le demande la Convention sur les droits de l'enfant.
 - 5.1.2. Assurent que chaque orphelin se voit désigner un tuteur adulte adéquat. Cette mesure doit comprendre des dispositions en vue d'un transfert de tutelle des orphelins du sida de parents décédés à des adultes ou à des frères et sœurs plus âgés, qui pourront assurer leur bien-être. Dans le choix de la tutelle, il faudra privilégier les adultes provenant de la famille biologique ou de la famille étendue. Ces dispositions ne devront pas écarter des adultes séropositifs, mais en bonne santé d'adopter des enfants.
 - 5.1.3. Privilégient le placement des enfants orphelins du sida en familles d'accueil au sein de leur communauté plutôt que le placement en institutions spécialisées, lorsqu'une adoption officielle n'est pas possible ou n'est pas recommandée.
 - 5.1.4. Assurent des protections sociales qui prennent en compte le VIH, si nécessaire, telles que des transferts directs en espèces pour des enfants affectés et leurs tuteurs.
 - 5.1.5. Interdisent la discrimination envers des enfants vivant avec le VIH ou affectés par ce dernier, en particulier dans le contexte de l'adoption, de la santé et de l'éducation. Ces lois comprendront des mesures strictes pour assurer que les écoles ne refusent pas l'inscription d'enfants séropositifs ou issus de familles affectées par le sida, ou renvoient ces derniers.

- 
- 5.2. Les pays devront promulguer et faire respecter des lois qui assurent que les enfants orphelins du sida puissent recevoir l'héritage de leurs parents quel que soit leur sexe, leur statut VIH ou le statut VIH des membres de leur famille. Les mesures à faire respecter comprennent :
- 5.2.1. Une collaboration avec les autorités chargées de faire respecter les lois religieuses ou coutumières pour garantir la justice aux enfants orphelins du sida.
 - 5.2.2. Une solution aux conflits qui pourraient exister entre des lois coutumières et pratiques traditionnelles discriminatoires, et des normes internationales en matière de droits de l'homme, de façon à assurer le respect des lois internationales.
- 5.3. Les pays devront promulguer et faire respecter des lois garantissant le droit de chaque enfant, qu'il fréquente ou non l'école, à une éducation complète en matière de santé sexuelle, de façon à ce qu'il puisse se protéger et protéger les autres contre une infection du VIH ou soit capable de vivre de manière positive avec le VIH.
- 5.4. Les jeunes sexuellement actifs doivent avoir un accès confidentiel et indépendant à des services de santé de façon à se protéger eux-mêmes du VIH. Par conséquent, les pays devront réformer leurs lois pour assurer que l'âge de consentement pour un accès autonome à des services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH soit égal ou inférieur à l'âge de consentement des relations sexuelles. Les jeunes consommateurs de drogue devront également avoir un accès légal et sûr à des services de santé et de lutte contre le VIH.

6. DROIT DE LA PROPRIÉTÉ INTELLECTUELLE ET LUTTE MONDIALE POUR LE TRAITEMENT

- 6.1. Le Secrétaire général de l'ONU doit convoquer un organisme neutre de haut niveau pour revoir et évaluer les propositions afin de recommander un nouveau régime de propriété intellectuelle pour les produits pharmaceutiques. Ce régime doit être compatible avec les lois internationales relatives aux droits de l'homme et aux exigences de santé publique, en même temps qu'il doit sauvegarder les droits mérités des inventeurs. Cet organisme doit comprendre une représentation du Haut-commissariat pour les droits de l'homme, de l'OMS, de l'OMC, du PNUD, de l'ONUSIDA et de l'OMPI, ainsi que du Rapporteur spécial des droits de l'homme, les principaux experts et agences techniques, les représentants du secteur privé et de la société civile, de même que les personnes vivant avec le VIH. Cette réévaluation, fondée sur les droits de l'homme, devra prendre en compte les efforts entrepris par l'OMS sur lesquels elle devra capitaliser, notamment sa Stratégie globale et son Plan d'action pour l'innovation et la propriété intellectuelle, ainsi que le travail de son Groupe d'experts consultants. Dans l'attente de cette révision, les États membres de l'OMC doivent suspendre les ADPIC qui portent sur des produits pharmaceutiques indispensables pour les pays à faibles et à moyens revenus.
- 6.2. Les pays à revenu élevé, y compris les donateurs tels que les États-Unis, l'Union européenne, les pays de l'Association pour le libre-échange (l'Islande, le Liechtenstein, la Norvège et la Suisse) et le Japon doivent immédiatement cesser de faire pression sur les pays à faibles et à moyens revenus pour les contraindre à adopter ou exécuter les mesures ADPIC-plus dans les accords commerciaux qui entravent l'accès aux traitements d'importance vitale.

- 
- 6.2.1. Tous les pays doivent immédiatement adopter et observer un moratoire sur l'inclusion de toute disposition de la propriété intellectuelle dans tout traité international qui limiterait l'aptitude des pays à engager des politiques qui réduisent le coût du traitement relatif au VIH. Les accords tels que l'accord commercial anti-contrefaçon (ACAC) doivent être réformés ; si l'ACAC n'est pas réformé dans l'intention d'exclure ces dispositions de propriété intellectuelle, les pays ne doivent pas le signer. Tous les pays doivent mettre fin aux pratiques unilatérales ayant cette même finalité, à savoir, la limitation de l'accès.
- 6.2.2 Les pays à revenus élevés doivent arrêter de chercher à imposer des obligations de propriété intellectuelle ADPIC-plus strictes aux gouvernements de pays en développement. Les pays à revenus élevés doivent également arrêter de réagir contre les pays qui refusent d'adopter ces mesures ADPIC-plus afin qu'ils puissent obtenir un meilleur accès au traitement.
- 6.3. Pendant que la Commission recommande aux États membres de l'OMC de suspendre de toute urgence les ADPIC qui touchent aux produits pharmaceutiques pour les pays à faibles et à moyens revenus, nous reconnaissons qu'une telle révolution ne se réalisera pas du jour au lendemain. Entre-temps, même si les pays peuvent avoir des difficultés à agir face à la pression politique, ils doivent, dans la mesure du possible, intégrer et utiliser les assouplissements des ADPIC conformément aux garanties de leurs lois nationales.
- 6.3.1. Les pays à faibles et à moyens revenus ne doivent pas être assujettis à la pression politique et juridique visant à les empêcher d'utiliser les assouplissements des ADPIC pour s'assurer que les nourrissons, les enfants et les adolescents vivant avec le VIH ont un accès égal à celui des adultes en ce qui concerne le diagnostic et le traitement correspondant à chaque tranche d'âge.
- 6.3.2 Il est très important que les pays ayant une capacité de production significative, de même que ceux dépendant des importations de produits pharmaceutiques, engagent des politiques d'utilisation des assouplissements des ADPIC aussi largement et simplement qu'ils le peuvent. Les pays à faibles et à moyens revenus doivent faciliter la collaboration et l'échange d'expertise technique en vue de tirer pleinement parti des exceptions des ADPIC (par exemple, à travers la délivrance de licences obligatoires pour les ARV et les médicaments contre les co-infections telles que l'hépatite C). Les pays importateurs et exportateurs doivent, tous, adopter des dispositions internes directes et simples à l'application, afin de faciliter l'usage des assouplissements des ADPIC.
- 6.3.3. Les pays en développement doivent cesser d'adopter les dispositions ADPIC-plus contenant la loi anti-contrefaçon qui associe de manière abusive les problèmes de contrefaçon ou de médicament de mauvaise qualité aux génériques et entrave donc l'accès à un coût abordable au traitement contre le VIH.
- 6.3.4. Les pays doivent être dynamiques dans l'application d'autres rubriques de lois et de politiques telles que la loi de la concurrence, la politique de contrôle des prix et la loi sur la passation des marchés, qui peuvent améliorer l'accès aux produits pharmaceutiques.
- 6.4. Les États membres de l'OMC doivent indéfiniment prolonger l'exemption des pays les moins développés de l'application des dispositions des ADPIC dans le cadre des produits pharmaceutiques. L'ONU et ses États membres doivent mobiliser les ressources adéquates pour soutenir les PMA à conserver cette latitude politique.

- 
- 6.5. La Décision du Conseil général de l'OMC du 30 août 2003 ne s'est pas avérée une solution viable pour les pays ayant une capacité insuffisante de fabrication de médicaments. Il est très important que le système institué par cette décision soit révisé ou complété par un nouveau mécanisme, afin de permettre une importation plus facile de produits pharmaceutiques fabriqués sous licence obligatoire. Les pays membres de l'OMC doivent cesser de ratifier l'adoption de la décision du 30 août 2003 en tant que nouvel Article 31 bis de l'Accord ADPIC, et doivent poursuivre les efforts de réforme ou de remplacement de ce système.
- 6.6. Les ADPIC n'ont pas réussi à encourager et récompenser le type d'innovation qui permet aux produits pharmaceutiques plus efficaces d'être accessibles aux pauvres, y compris ceux des maladies négligées. Les pays doivent donc développer, consentir et investir sur de nouveaux systèmes qui servent véritablement cette cause, mettant la priorité sur les approches comportant un nouveau traité pharmaceutique R&D et la promotion de la découverte de source ouverte.

NOTES

- 1 UNAIDS, (2011), *World AIDS Day Report 2011, How to Get to Zero: Faster, Smarter, Better*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDS-day_report_2011_en.pdf [Consulté le 8 mars 2012].
- 2 UNAIDS, WHO, UNICEF, (2011), *Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access—Progress Report 2011*. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 3 UNAIDS, (2011), *World AIDS Day Report 2011, How to Get to Zero: Faster, Smarter, Better*.
- 4 Michel Sidibé, directeur exécutif d'ONUSIDA, avait annoncé la réunion par le PNUD d'une commission de haut niveau sur le VIH et le droit au cours de la 25e réunion du Conseil de coordination du programme en décembre 2009. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/speechexd/2009/20091208_pcb_exd_speech_en-1.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 5 Toutes les informations sur la Commission mondiale sur le VIH et le droit sont disponibles sur le site web de la Commission www.hivlawcommission.org.
- 6 Le Groupe de consultation technique (TAG) de la commission comprend 23 experts de premier plan en matière de VIH, santé publique, genre, droits de l'homme et droit. Il comprend aussi des membres de communautés affectées par le VIH. Plus d'informations sur le TAG sont disponibles sur : www.hivlawcommission.org.
- 7 Au cours de 2011, des dialogues régionaux ont été organisés dans les régions Asie Pacifique, Caraïbes, Europe de l'Est et Asie centrale, Amérique latine, Moyen-Orient et Afrique du Nord, Afrique, ainsi que pour les pays à haut revenu.
- 8 Des documents écrits ont été soumis pour analyse en utilisant NVIVO (un logiciel de recherche pour l'analyse de données qualitatives), de façon à identifier et comprendre les principales tendances et caractéristiques des données qualitatives.
- 9 Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies, *Commentaire général n°20: sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels* (art. 2, para. 2, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), E/C.12/GC/20, 2 juillet 2009, para. 2.
- 10 Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme chargés des instruments des droits de l'homme universels. Disponible sur <http://www2.ohchr.org/english/law/> [Consulté le 28 mars 2012].
- 11 Voir la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, 1981; the *American Convention on Human Rights*, 1969 et ses protocoles de 1988 et 1990; la *Convention européenne des droits de l'homme, 1950 et ses protocoles*; Voir aussi HCDH, (2003), *Droits de l'homme dans l'administration de la justice: Le manuel sur les droits de l'homme à l'intention des juges, des procureurs et des avocats*, Nations Unies, chapitre 3.
- 12 *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, Assemblée générale des Nations Unies, Res/S-26/2, 27 juin 2001, paras. 37 et 58; Déclaration politique sur le VIH/sida, Assemblée générale des Nations Unies, A/RES/60/262, 15 juin 2006; et Déclaration politique sur le VIH/sida : intensifier nos efforts pour éliminer le VIH et le sida, A/65/L.77 8 juillet 2011.*
- 13 Rolando Luis Cuscul Privaral and Others affected by HIV/AIDS v. Guatemala, petition 642-03, 7 mars 2005, report No. 32/05 et Jorge Odir Miranda Cortez and Others v. El Salvador, case 12.249, 20 mars 2009, report No. 27/09.
- 14 Conseil de l'Europe, Assemblée parlementaire, le VIH/sida en Europe, Résolution 1536, 2007, para. 9.2.
- 15 UNAIDS, (2010), *Making the Law Work for the HIV Response: A snapshot of selected laws that support or block universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20100728_HR_Poster_en.pdf [Consulté le 8 mars 2012]. Cependant, 46 % des pays ont déclaré avoir des lois, réglementations ou politiques qui empêchent les populations clés les plus à risques d'infection par le VIH d'avoir accès à des services de prévention, de traitement, de soins ou d'appui : Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General – United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration*, A/66/757. Dis-

- ponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 16 *Ibid.*
- 17 *Philippine AIDS Control and Prevention Act of 1998*, Sections 2(B)(3), et 35–41.
- 18 *Employment Act*, Bahamas, 2001, Section 6; Gable L. *et al.*, (2007), *Legal Aspects of HIV/AIDS: A Guide for Policy and Law Reform*, The World Bank, Washington, D.C., p. 47.
- 19 *Anti-Discrimination Act*, New South Wales, Australie, 1977, Section 49ZXB & C. Gable L. *et al.* (2007), *Legal Aspects of HIV/AIDS: A Guide for Policy and Law Reform*, The World Bank, Washington DC, p. 47.
- 20 *Hoffmann v. South African Airways 2000 (2) SA 628; 2001 (10) BHR 571; (2000) 3 CHRLD 146*. Disponible sur : <http://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/Hoffmann%20v%20South%20African%20Airways.pdf> [Consulté le 24 avril 2012].
- 21 Le droit à l'égalité et celui de ne pas être soumis à la discrimination sont protégés par la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948), Article 2 : « Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. De plus, il ne sera fait aucune distinction fondée sur le statut politique, juridique ou international du pays ou du territoire dont une personne est ressortissante, que ce pays ou territoire soit indépendant, sous tutelle, non autonome ou soumis à une limitation quelconque de souveraineté. » Ils sont également protégés par le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), par exemple ses Articles 2(1) et 26. En ce qui concerne la non-discrimination, voir le Commentaire général No. 18 du Comité des droits de l'homme dans le document des Nations Unies HRI/GEN/1/Rev.5, *Compilation of General Comments and General Recommendations adopted by Human Rights Treaty Bodies*, p. 136, para. 12.
- 22 Protection des droits fondamentaux des personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou atteintes du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA, Commission des droits de l'homme des Nations Unies, Résolution 1995/44, 3 mars 1995, para. 1. Voir également Commission des droits de l'homme 1996/43, 19 avril 1996; 1999/49, 27 avril 1999; 2001/51, 24 avril 2001; 2003/47, 23 avril 2003; 2005/84, 21 avril 2005.
- 23 L'Article 1 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées déclare que : « Par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres. » L'Article 2 définit la discrimination comme étant : « toute distinction, exclusion ou restriction fondée sur le handicap qui a pour objet ou pour effet de compromettre ou réduire à néant la reconnaissance, la jouissance ou l'exercice, sur la base de l'égalité avec les autres, de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales dans les domaines politique, économique, social, culturel, civil ou autres. » Voir R. Elliott, L. Utyasheva, and E. Zack, (2009), *HIV, disability and discrimination: making the links in international and domestic human rights law*, Journal of the International AIDS Society 12.
- 24 *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) v. Montréal (City) and Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) v. Boisbriand (City)*, 2000 SCC 27 [2000] 1 SCR 665 (Supreme Court of Canada, 2000), at para. 48.
- 25 *Bragdon v. Abbott*, 524 U.S. 624 (U.S. Supreme Court, 1998).
- 26 Documents soumis par Kelemi, RIP+, Mamadou, Ogenyi, Niang, Noubissi, Obbes, pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; Soumis par Tamata, Thi Le Tram, Shan, Gunawan, Dela Cruz, Vijayabandara, Thanh, Suzuki, pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; Document soumis par ABWU, ABPSA, TUCA, pour le Dialogue régional Caraïbes, 12–13 avril 2011; Document soumis par Bordunis, Mardari, Lintsova, pour le Dialogue régional Europe de l'Est & Asie centrale, 18-19 mai 2011; Soumis par Quiroqa, Vera, Berredo and Muñoz, Arrecis, Acevedo, Rondón, Velásquez, Vasquez, Estepan, Filho, pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011. Voir également, UNAIDS, *Non-*

- Discrimination in HIV responses*, 26e Réunion du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA, 22–24 juin 2010, Genève, Suisse.
- 27 Voir par exemple, les documents soumis par Wicomb, Kelemi, Ogenyi, pour le Dialogue régional Afrique3–4 août 2011; documents soumis par Tamata, Thi Le Tram, Shan, Gunawan, Lim, Suzuki, pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; soumis par Chrichlow, Augustus, Antoine, Eustache, pour le Dialogue régional Caraïbes, 12–13 avril 2011; Document soumis par Mladenovic, Untura, pour le Dialogue régional Europe de l'Est & Asie centrale, 18–19 mai 2011; Soumis par Vera, Arrecis, Rondón, Almeida, Nunes et Cerqueira, Fernanda, Vasquez, pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011. Voir également, UNAIDS, *Non-Discrimination in HIV responses*, 26e Réunion du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA, 22–24 juin 2010, Genève, Suisse.
- 28 Voir, par exemple, la situation au Burundi dans le document soumis par Niyongabo, pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; et le document soumis par la National Association of PLHA, Rajhavandra, Jeyaseelan, pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; le document soumis par One Love, pour le Dialogue régional Caraïbes, 12–13 avril 2011. Voir également Visser M., Makin JD., Lehobye K., (2006), *Stigmatizing attitudes of the community towards people living with HIV/AIDS*, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 16: 42–58.
- 29 UNAIDS, (2011), *Middle East and North Africa, Regional Report on AIDS*, UNAIDS. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2257_UNAIDS-ME-NA-report-2011_en.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 30 The Report of the Eminent Persons Group to Commonwealth Heads of Government, (2011), *A Commonwealth of the People: Time for Urgent Reform*, Perth, Australie.
- 31 Document soumis par SIDA Information Service, France, pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011; Ministère français des Finances, *Nouvelle convention AERAS 2011: S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé*. Disponible sur : http://www2.economie.gouv.fr/presse/dossiers_de_presse/110201aeras.pdf. [Consulté le 8 mars 2012].
- 32 *Ibid.*
- 33 Contribution d'expert provenant de l'Organisation internationale du Travail (OIT), Burkina Faso, octobre 2011.
- 34 Kazatchkine C. et al., (2010), *Criminalising HIV transmission or exposure: the context of French-speaking West and Central Africa*, *HIV/AIDS Policy and Law Review*, 14(3).
- 35 Burris S. et Weait M., (2011), *Criminalisation and the Moral Responsibility for Sexual Transmission of HIV*, Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011. Voir également Burris S., Cameron E., (2008), *The Case Against Criminalization of HIV Transmission*, *Journal of the American Medical Association*, 300(5): 578–581; UNDP, UNAIDS, (2007), *International Consultation on the Criminalization of HIV Transmission, Summary of main issues and conclusions*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 31 octobre–2 novembre 2007, Genève, Suisse.
- 36 Lazzarini Z. et al., (2002), *Evaluating the Impact of Criminal Laws on HIV Risk Behavior*, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, cited in GNP+ (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting trends presenting evidence*, Amsterdam, Pays-Bas. Voir également document soumis par the Centre for HIV Law and Policy, Etats-Unis; National Children's Bureau, UK; Swedish Association for sexuality Education, LGBT and HIV, Sweden, pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011.
- 37 Voir les articles récents sur l'étude HPTN 052 qui montre une réduction de 96% du risque de transmission du VIH avec l'utilisation des ART: Scott M., Hammer MD., (2011) *Antiretroviral Treatment as Prevention*, *The New England Journal of Medicine*, 11 août 2011, 365: 561–562; Myron S. et al., (2011), *Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy*, *The New England Journal of Medicine*, 11 août 2011, 365: 493–505. La pénalisation a été abrogée au Danemark en 2011, en partie sur la base de ces preuves scientifiques. Voir <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/2011/02/denmark-justice-minister-suspends-hiv.html> [Consulté le 8 mars 2012].
- 38 Voir, par exemple, le document soumis par Edwin Bernard, Allemagne, pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011; Open Society Foundations, (2008), *Ten Reasons to Oppose the Criminalization of HIV Exposure or Transmission*, New York, United States;

- UNAIDS, (2002), *Criminal Law, Public Health and HIV Transmission: A Policy Options Paper*; Burris S. et al., (2007), *Do Criminal Laws Influence HIV Risk Behaviour? An Empirical Trial*, *Arizona State Law Journal*, 39: 467. Disponible sur : <http://ssrn.com/abstract=977274> [Consulté le 8 mars 2012].
- 39 Cameron E., (2009), *Criminalization of HIV transmission: Poor Public Health Policy*, *Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review*, (14)2; Burris S., et al., (2007), *Do Criminal Laws Influence HIV Risk Behavior? An Empirical Trial*, *Arizona State Law Journal*; Open Society Institute, (2008), *Ten reasons to oppose the criminalization of HIV exposure or transmission*.
- 40 Burris S. et Weait M., (2011), *Criminalisation and the Moral Responsibility for Sexual Transmission of HIV*, Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; Weait, M., (2007), *Intimacy and Responsibility: The Criminalization of HIV Transmission*, Abingdon, Routledge-Cavendish.
- 41 Autres exemples : agression sexuelle (Canada), l'infliction par négligence de lésions corporelles graves (Royaume-Uni), nuisance criminelle (Nouvelle-Zélande). Voir Bernard E., (2010), *HIV & the criminal law*, NAM Aidsmap, London. Disponible sur : <http://www.aidsmap.com/law> [Consulté le 7 mars 2012]; The Center for HIV Law and Policy, *Prosecutions and arrest for HIV Exposure in the United States, 2008–2012*, Positive Justice Project. Disponible sur : www.hivlawandpolicy.org/resources/download/456 [Consulté le 8 mars 2012].
- 42 Bernard E., (2010), *HIV & the Criminal Law*, NAM Aidsmap, London.
- 43 Cameron E., (2009), *Criminalization of HIV transmission: Poor Public Health Policy*, *Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review*, (14)2; GNP+ (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible sur : http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consulté le 7 mars 2012].
- 44 Osborne K., (2010), *What's the impact of criminalizing HIV transmission*, IPPF, 26 novembre 2010. Disponible sur : <http://www.ippf.org/en/News/Press-releases/Whats-the-impact-of-criminalizing-HIV-transmission.htm> [Consulté le 6 mars 2012]; UNAIDS, (2011), *Working Paper: Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission. Background and Current Landscape*.
- 45 The Center for HIV Law and Policy, *Prosecutions and arrest for HIV Exposure in the United States, 2008–2012, Positive Justice Project*. Disponible sur : www.hivlawandpolicy.org/resources/download/456 [Consulté le 8 mars 2012]; The Kaiser Family, (2010), *Criminal Statute on HIV Transmission*. Disponible sur : <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=569&cat=11> [Consulté le 7 mars 2012]; GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible sur : http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consulté le 7 mars 2012]; The Center for HIV Law and Policy, (2010), *Ending and Defending Against HIV Criminalization: State and Federal Laws and Prosecutions*. Disponible sur : <http://www.hivlawandpolicy.org/resources/download/564> [Consulté le 8 mars 2012].
- 46 UNAIDS, (2011), *Working Paper: Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission. Background and Current Landscape*; GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible sur : http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consulté le 7 mars 2012]; UNAIDS, (2010), *Making the Law Work for the HIV Response: A snapshot of selected laws that support or block universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20100728_HR_Poster_en.pdf [Consulté le 8 mars 2012]; Bernard E., (2010), *HIV & the Criminal Law*, NAM Aidsmap, London.
- 47 GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible sur : http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consulté le 7 mars 2012].
- 48 The Center for HIV Law and Policy, *Prosecutions and arrest for HIV Exposure in the United States, 2008–2012*, Positive Justice Project. Disponible sur : www.hivlawandpolicy.org/resources/download/456 [Consulté le 8 mars 2012]; The Center for HIV Law and Policy, (2010), *Ending and Defending Against HIV Criminalization: State and*

- Federal Laws and Prosecutions*. Disponible sur : <http://www.hivlawandpolicy.org/resources/download/564> [Consulté le 8 mars 2012]; GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible sur : http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consulté le 8 mars 2012].
- 49 Kazatchkine C. *et al.*, (2010), *Criminalising HIV transmission or exposure: the context of French-speaking West and Central Africa*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, 14(3); Pearshouse R., (2007), *Legislation Contagion: The Spread of Problematic new HIV Laws in Western Africa*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, (12)2/3, décembre 2007. Voir également UNAIDS, (2011), *Working Paper: Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission. Background and Current Landscape*.
- 50 La disposition concernée dans la loi type pénalise la transmission volontaire du VIH. Cette dernière est définie de la façon suivante : « la transmission du virus VIH par quelque moyen que ce soit par une personne pleinement consciente de son statut VIH/sida à une autre personne ». Les dispositions de la loi type imposent également des obligations spécifiques aux personnes vivant avec le VIH, y compris le devoir de faire part de leur statut à leur(s) partenaire(s) sexuel(s) avant six semaines. Voir également AWARE-HIV/AIDS (2004), *Regional Workshop to Adopt a Model Law for STI/HIV/AIDS for West and Central Africa—General Report*, septembre 2004, articles 1, 26 et 36; Pearshouse R., *Legislation contagion: building resistance, HIV/AIDS Policy & Law Review*, 13(2/3): 1–10. En 2008, l'ONUSIDA a publié un document proposant des amendements à certaines des dispositions problématiques de la loi type N'Djamena et, par implication, des statuts nationaux en matière de VIH promulgués en Afrique subsaharienne. Voir UNAIDS, (2008), *Recommendations for alternative language to some problematic articles in the N'Djamena model legislation on HIV (2004)*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080912_alternativelanguage_ndajema_legislation_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 51 Cohen M. *et al.*, (2011) *Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy*, New England Journal of Medicine, 365: 493-505; The Lancet, (2011), *HIV Treatment as Prevention—It Works*, The Lancet, 377: 1719.
- 52 Bermuda Criminal Code (*Sexual Offences*) Amendment Act, 1993.
- 53 Weait, M. 2011. 'The Criminalisation of HIV Exposure and Transmission: A Global Review'. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du groupe de consultation technique, Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet, 2011; ; Voir également Edwin B., (2009), *Bermuda: Man arrested for HIV exposure; fifth prosecution amongst HIV population of 200*, Criminal HIV Transmission – Blog, 11 novembre 2009. Disponible sur : <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/search/label/Bermuda>, [Consulté le 30 mars]; Cameron, E., Burris, S., et Clayton, M., (2008), *Debate: HIV is a virus, not a crime: ten reasons against criminal statutes and criminal prosecutions*, Journal of the International AIDS Society. Disponible sur : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1758-2652-11-7.pdf> [Consulté le 8 mars 2012].
- 54 Weait M., (2011) *The Criminalisation of HIV Exposure and Transmission: A Global Review*, Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique, Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7-9 juillet, 2011; Kaiser Daily HIV/AIDS Report, *Singapore's Parliament Approves Measure That Addresses Spread of HIV Through Unsafe Sex*, 24 avril 2008. Voir également le document soumis par Arthur Lim, Singapour, pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 55 The Center for HIV Law and Policy, *Prosecutions and arrest for HIV Exposure in the United States, 2008–2012*, Positive Justice Project. Disponible sur : www.hivlawandpolicy.org/resources/download/456 [Consulté le 8 mars 2012]. Voir également <http://www.nytimes.com/2008/05/16/us/16spit.html>.
- 56 *United States v Moore*, 846 F.2d 1163 (1988).
- 57 NAM Aidsmap, (2010), *HIV and the criminal law – Northern Europe*. Disponible sur : <http://www.aidsmap.com/Northern-Europe/page/1444965/> [Consulté le 7 mars 2012].
- 58 Dodds, C. *et al.*, (2005), *Grievous Harm? Use of the Offences Against the Person Act 1861 for Sexual Transmission of HIV*, Sigma Research. Disponible sur : <http://www.sigmaresearch.org.uk/files/report2005b.pdf>; The Center for HIV

- Law and Policy (2010), *Ending and Defending Against HIV Criminalization, A Manual for Advocates: State and Federal Laws and Prosecutions*, Vol. 1. Disponible sur : <http://hivlawandpolicy.org/resources/view/564> [Consulté le 7 mars 2012]; UNAIDS, UNDP, (2008), *Policy Brief, Criminalisation of HIV Transmission*.
- 59 UNDP, UNAIDS, (2008), *Policy Brief, Criminalisation of HIV Transmission*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 60 Edwin B., (2011), *Denmark: Justice Minister suspends HIV-specific criminal law, sets up working group*, Criminal HIV Transmission – Blog, 17 février 2011. Disponible sur : <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/search/label/Denmark>, [Consulté le 30 mars].
- 61 Weait, M., (2011), *The Criminalisation of HIV Exposure and Transmission: A Global Review*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique, Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet, 2011. Voir également Ombati; ce dernier fait référence à une contestation en cours de la constitutionnalité d'une disposition relative à la pénalisation rédigée en termes généraux dans la loi kenyane de 2006 sur le VIH et le sida (prévention et contrôle), sur la base d'une discrimination injuste à l'égard des personnes vivant avec le VIH et des populations marginalisées. Voir également le document soumis par Musinguzi, Lema pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; document soumis par Mack pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; document soumis par Mladenovic pour le Dialogue régional Europe de l'Est & Asie centrale, 18–19 mai 2011; document soumis par Pierre-Pierre, Osborne, Forbes, Azad, Power, pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011.
- 62 National AIDS Trust, (2006), *Criminal Prosecution of HIV Transmission, NAT Policy Update*, août 2006; Wright S., Sears N., McIntrye S., (2006), *Woman jailed for deliberately infecting lover with HIV*, Daily Mail, 08 août 2006. Disponible sur : <http://www.dailymail.co.uk/news/article-391418/Woman-jailed-deliberately-infecting-lover-HIV.html#ixzz1nhXGgMgr>; Johnson A., (2006), *Sarah was no 'AIDS avenger'*, Independent, 25 juin 2006. Disponible sur : <http://www.independent.co.uk/news/uk/crime/sarah-was-no-aids-avenger-405403.html> [Consulté le 8 mars 2012].
- 63 ATHENA Network, (2009), *10 reasons why criminalization of HIV transmission harms women*. Disponible sur : <http://www.athenanetwork.org/index.php?id=39> [Consulté le 6 mars 2012]; Cameron, E., (2009), *Criminalization of HIV transmission: Poor Public Health Policy*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, (14)2, décembre 2009.
- 64 GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible sur : http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consulté le 7 mars 2012].
- 65 Assemblée générale des Nations-Unies, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover*, Human rights Council, Fourteenth session, Agenda item 3, A/HRC/14/20, avril 27, 2010; ATHENA Network, (2009), *10 reasons why criminalization of HIV transmission harms women*. Disponible sur : <http://www.athenanetwork.org/index.php?id=39> [Consulté le 6 mars 2012].
- 66 En Suède, la législation en matière de santé publique autorise les pouvoirs publics à intervenir dans le cas où une personne propage ou est soupçonnée de propager une maladie transmissible. Voir : Des poursuites pour transmission du VIH, exposition au virus ou non divulgation du statut VIH sont fondées sur le code pénal suédois de 1962. La Suède dispose d'autres réglementations en matière de santé, comme la loi de 2004 sur les maladies transmissibles qui autorisent l'isolement forcé de personnes séropositives considérées comme étant une menace pour d'autres. Des informations supplémentaires peuvent être trouvées sur <http://www.sweden.gov.se/sb/d/15661/a/183500>. [Consulté le 8 mars 2012]. Voir également Danziger, R., (1998), *HIV testing and HIV prevention in Sweden*, British Medical Journal, Vol. 316, Issue 7127.
- 67 En Norvège, une disposition pénale qui, en théorie, s'applique à toutes les maladies infectieuses n'a dans la pratique, été appliquée qu'aux cas de VIH, contrairement aux politiques et pratiques recommandées de l'ONUSIDA; OHCHR, UNAIDS, (2006), *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, 2006 Consolidated version*, Suisse, Directives 4. Disponible sur : http://data.unaids.org/publications/060617mainreport_en.pdf

- unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf [Consulté le 21 janvier 2012].
- 68 UNAIDS, UNDP, (2008), *Policy brief on the criminalisation of HIV transmission* (recommandations). Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalisation_en.pdf. Voir également Inter-Parliamentary Union, UNAIDS, UNDP, (2007), *Taking Action Against HIV—A Handbook for Parliamentarians*, No. 15; pour la déclaration de la Suisse effectuée pour le compte de la Commission nationale pour le sida de Suisse : Garnett G., Gazzard B., (2008), *Risk of HIV Transmission in Discordant Couples*, *The Lancet* 372(9635) : 270–271. Disponible sur : http://www.natap.org/2008/HIV/072908_04.htm. Suite à l'annulation d'une condamnation pour transmission, le tribunal de Genève a pris en considération d'une part la conviction honnête de la partie défenderesse quant au risque de transmission qu'elle pouvait représenter, et d'autre part la pertinence de la charge virale, en notant que lorsque cette dernière est négligeable, une personne doit être traitée comme étant infectieuse. Le tribunal a également examiné si les activités sexuelles, lorsqu'il y a risque de transmission, constituaient ou non un acte de négligence.
- 69 Burriss S. et Weait M., (2011), *Criminalisation and the moral responsibility for sexual transmission of HIV*, Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011 ; Weait, M., (2007), *Intimacy and Responsibility: The Criminalisation of HIV Transmission*, Abingdon, Routledge-Cavendish.
- 70 Les politiques suédoises n'imposent pas de poursuites sauf si les preuves scientifiques apportées par l'accusation sont suffisamment solides et si la partie défenderesse sait qu'elle est séropositive. Une définition large du verbe « savoir » est utilisée qui rend insuffisante la notion « d'aveuglement volontaire » en ce qui concerne l'infection. Normalement, aucune poursuite n'est entreprise si la partie défenderesse peut démontrer avoir pris les précautions appropriées. Voir: RFSU, RFSL, (2011), *HIV-Sweden, HIV, Crime and Punishment*, Sweden.
- 71 L'analyse phylogénétique examine les petites différences entre gènes du VIH à l'aide de méthodes computationnelles, pour calculer l'écart génétique entre des souches. Contrairement à l'ADN humain, qui reste stable tout au long de la vie, l'ADN du VIH change très rapidement avec pour résultat une énorme diversité génétique. Cette diversité a pour implication que les scientifiques par l'analyse phylogénétique, peuvent examiner d'où le VIH vient; ils peuvent aussi procéder au suivi des diverses souches de VIH qui existent dans le monde. Voir Bernard, E.J., et al., (2007), *HIV Forensics: The use of phylogenetic analysis as evidence in criminal investigation of HIV transmission, NAM / NAT (National AIDS Trust)*. <http://www.nat.org.uk/Media%20library/Files/PDF%20Documents/HIV-Forensics.pdf>
- 72 UNAIDS, (2008), *UNAIDS Recommendations for Alternative Language to some Problematic Articles in the N'Djamena Legislation on HIV (2004)*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080912_alternative-language_ndajema_legislation_en.pdf [Consulté le 8 mars 2012].
- 73 UNAIDS Feature Story, (2011), *Countries Questioning Laws that Criminalize Transmission and Exposure*, UNAIDS, Disponible sur : <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/april/20110426criminalization/> [Consulté le 3 avril].
- 74 En 2007, le groupe national d'experts du VIH a émis une déclaration publique avec pour conclusion que, d'un point de vue de santé publique, le recours à des poursuites criminelles était inefficace et probablement contre-productif en tant que méthode de prévention de la transmission. Voir National Institute for Health and Welfare, (2012), *UNGASS Country Progress Report 2012, Finland*. Disponible sur : <http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2012countries/file.68506,fr..pdf> [Consulté le 23 avril 2012].
- 75 UNAIDS Feature Story, (2011), *Countries Questioning Laws that Criminalize Transmission and Exposure*, UNAIDS, Disponible sur : <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/april/20110426criminalization/> [Consulté le 3 avril].
- 76 Government Information Agency, (2011), *Spread of HIV/AIDS cannot be resolved by criminalization*, Georgetown, septembre 2011.
- 77 IPPR, GNP+, ICW, (2008), *Verdict on a Virus: Public Health, Human Rights and Criminal Law*; UNAIDS, UNDP, (2008),

International Consultation on the Criminalisation of HIV Transmission: Summary of main issues and conclusions, Genève.

- 78 La transmission verticale ou « la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant », ou PTME, fournit des médicaments, des conseils et un appui psychologique pour aider les mères à protéger leurs enfants contre le virus. Disponible sur : http://www.unicef.org/aids/index_preventionyoung.html [Consulté le 21 mars 2012].
- 79 Le haut-commissaire aux droits de l'homme des Nations Unies, les rapporteurs spéciaux au Droit de jouir du meilleur état de santé possible et d'autres entités régionales telles la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et la Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie et le Pacifique. Voir : *Report of the Secretary-General on the protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS): A/HRC/16/69*, Disponible sur : <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/178/42/PDF/G1017842.pdf?OpenElement> [Consulté le 6 mars 2012]; *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (right to health and criminalisation of same-sex conduct and sexual orientation, sex-work and HIV transmission): A/HRC/14/20*. Disponible sur : <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf> [Consulté le 6 mars 2012]; ACHPR/Res.195(L)2011: *Resolution on the Appointment of the Chairperson and Members of the Committee on the Protection of the Rights of People Living With HIV and Those at Risk, Vulnerable to and Affected by HIV*. Disponible sur : http://www.achpr.org/english/resolutions/Resolution195_en.htm [Consulté le 6 mars 2012]; *UN-ESCAP Resolution 66/10 Regional call for action to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support in Asia and the Pacific*. Disponible sur : http://www.unescap.org/sdd/issues/hiv_aids/Resolution-66-10-on-HIV.pdf [Consulté le 6 mars 2012]; Maastricht University and International Commission of Jurists, (2011), *Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the area of Economic, Social and Cultural Rights*. Disponible sur : <http://oppenheimer.mcgill.ca/>

IMG/pdf/Maastricht_20ETO_20Principles_20-_20FINAL.pdf [Consulté le 6 mars 2012].

- 80 Voir les réserves émises par l'Égypte au moment de la signature de la CEDAW et confirmées au moment de la ratification de celle-ci. En ce qui concerne l'article 16 « Réserve sur les dispositions de l'article 16 relatives à l'égalité de l'homme et de la femme pour toutes les questions découlant du mariage, au cours du mariage et lors de sa dissolution, qui ne doivent pas aller à l'encontre des dispositions de la charia garantissant à l'épouse des droits équivalents à ceux de son conjoint afin d'assurer un juste équilibre entre eux, compte tenu de la valeur sacrée des liens du mariage et des relations familiales en Égypte qui trouve sa source dans de profondes convictions religieuses qu'on ne saurait transgresser et du fait que ces liens sont essentiellement fondés sur l'égalité des droits et des devoirs et sur la complémentarité qui réalise la véritable égalité entre les conjoints. Les dispositions de la charia font notamment obligation à l'époux de fournir à son épouse une dot appropriée, de subvenir totalement à ses besoins et de lui verser une allocation en cas de divorce, tandis qu'elle conserve la totalité de ses droits sur ses biens sans avoir à les utiliser pour subvenir à ses besoins. C'est pour cette raison que la charia n'accorde le divorce à la femme que sur décision du tribunal tandis qu'elle n'impose pas cette condition à son époux. » http://www.whatconvention.org/fr/ratifications/97?sort_by=ratification&order=asc&size=max L'Égypte a émis une réserve générale sur l'article 2 : « La République arabe d'Égypte accepte de se conformer au contenu de cet article, pour autant que cette conformité n'est pas en conflit avec la charia islamique ». Disponible sur : <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reservations-country.htm>. [Consulté le 15 mars 2012].
- 81 D'Adesky, AC., (2011), *The Lessons of Uganda*, Pride Magazine. Disponible sur : http://www.rectalmicrobicides.org/docs/Lessons_of_Uganda.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 82 Voir les documents soumis par ASOVOHSIDA, Costa Rica et le Réseau bolivien des personnes vivant avec le VIH/sida, Bolivie, pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011.
- 83 *65e séance de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations-Unies, examen approfondi des progrès*

- obtenus dans la réalisation de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et sur la Déclaration politique sur le VIH/sida, New York, 10 juin 2011, *Déclaration de l'archevêque Francis Chullikatt Nonce apostolique*, Observateur permanent du Saint-Siège. Disponible sur : <http://www.un.org/en/ga/aidsmeeting2011/pdf/holysee.pdf> [Consulté le 6 mars 2011]; 65e séance plénière de l'Assemblée générale, GA/11093, New York, 10 juin 2011, *Adoption of political declaration promises 'bold and decisive action' to wipe out what remains of global human tragedy of HIV/AIDS*. Disponible sur : <http://www.un.org/News/Press/docs/2011/ga11093.doc.htm> [Consulté le 6 mars 2012].
- 84 *Ibid.*
- 85 Malaysian AIDS Council, (2011), *International HIV and Islam: Responsible religious response to HIV and AIDS in Malaysia—A Malaysian AIDS Council Brief*. Disponible sur : <http://idpc.net/sites/default/files/library/hiv-and-islam.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 86 Bureau régional de l'Asie de l'est et Pacifique de l'UNICEF, (2009), *Regional Review: Buddhist Leadership Initiative*. Disponible sur : http://www.unicef.org/eapro/AW_BLI_2Sep09.pdf [Consulté le 6 mars 2012]; IRIN, (2007), *LAOS: Regional Buddhist HIV outreach programme making an impact*. Disponible sur : <http://www.irinnews.org/Report/70800/LAOS-Regional-Buddhist-HIV-outreach-programme-making-an-impact> [Consulté le 6 mars 2012].
- 87 Mathers S.M., et al., (2008), *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review*, *The Lancet*, Volume 372, Issue 9651. Disponible sur : <http://www.who.int/hiv/topics/idu/LancetArticleIDUHIV.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 88 UNAIDS, (2009), *HIV Prevention Among Injecting Drug Users*, 24e Réunion du Conseil de coordination du Programme de l'ONUSIDA, Genève, Suisse, 22–24 juin 2009.
- 89 UNAIDS, (2010), *2010 Report on the Global AIDS Epidemic*. Disponible sur : http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm [Consulté le 6 mars 2012]; UNDP, UNAIDS, (2009), *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 90 Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General—United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration*, A/66/757. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 91 Harm Reduction International, (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. Disponible sur : http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 92 WHO, UNODC, UNAIDS, (2009), *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Disponible sur : http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 93 Burris, S., et Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011. Voir également: Global Commission on Drug Policy, (2011), *War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy*. Disponible sur : <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report> [Consulté le 6 mars 2012]; Dr Wodak AM., A., (2011), *Demand Reduction and Harm Reduction*, Document de travail élaboré pour la Première réunion de la Commission mondiale sur les politiques en matière de drogues, janvier 2011. Disponible sur : http://www.globalcommissionondrugs.org/Arquivos/Global_Com_Alex_Wodak.pdf [Consulté le 6 mars 2012]; WHO, UNODC, UNAIDS, (2009), *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Disponible sur : http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf [Consulté le 6 mars 2012]; WHO, (2005), *Evidence for action: a critical tool for guiding policies and programmes for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users*, *Editorial from the International Journal of Drug Policy*. Disponible sur : http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/drugpolicy-journal.pdf [Consulté le 6 mars 2012]; WHO, (2004), *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs: Evidence for action technical paper and policy brief*. Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591641.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].

- 94 Taylor, A., Frischer, M., Green, S.T., Goldberg, D., McKeganey, N., Gruer, L., (1994), *Low and stable prevalence of HIV among drug injectors in Glasgow*, International Journal of STD & AIDS. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8031910> [Consulté le 6 mars 2012]; Frischer, M., Green, S.T., Goldberg, D.J., Haw, S., Bloor, M., McKeganey, N., Covell, R., Taylor, A., Gruer, L.D., Kennedy, D., (1992), *Estimates of HIV infection among injecting drug users in Glasgow, 1985-1990*, AIDS. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472341> [Consulté le 6 mars 2012].
- 95 *Ibid.*
- 96 *Convention unique sur les stupéfiants*, Nations Unies, 30 mars 1961, entrée en vigueur le 13 décembre 1964; tel qu'amendée par le *Protocole de 1972 portant amendement de la Convention unique sur les stupéfiants*, 1961, 25 mars 1972, entrée en vigueur le 8 août 1975.
- 97 *Convention sur les substances psychotropes*, Nations Unies, 21 février 1971, entrée en vigueur le 16 août 1976.
- 98 *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, Nations Unies, 20 décembre 1988, entrée en vigueur le 11 novembre 1990.
- 99 Document soumis par Kamon Uppakaew, Thai AIDS Treatment Action Group, Thaïlande, pour le Dialogue régional Asie Pacifique, 16–17 février 2011.
- 100 Commentaire sur la *Convention unique sur les stupéfiants*, 1961. Préparé par le Secrétaire général des Nations Unies conformément au paragraphe 1 de la Résolution 914 D (XXXIV) du Conseil économique et social, 3 août 1962.
- 101 *Convention unique sur les stupéfiants*, Nations Unies, 1961, Article 38; *Convention sur les substances psychotropes*, Nations Unies, 1971, Article 22; *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes*, Nations Unies, 1988, Article 14. Voir également UNODC, (2010), *World Drug Report 2010*. Disponible sur : http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf [Consulté le 6 mars 2012]; Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General—United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponible sur : <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/>document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 102 Burris, S., et Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011. Voir également: *Narcotics Addict Rehabilitation Act* B.E. 2545 (2002); *Indonesia Narcotics Law, Articles 54 et 111* (2009) ; Bewley-Taylor, D., C. Hallam, *et al.*, (2009), *The Incarceration of Drug Offenders: An Overview*, Beckley Foundation Drug Policy Programme; Butler, W. E., (2005), *Narcotics and HIV/AIDS in Russia: Harm Reduction Policies Under Russian Law*, Wildy, Simmonds & Hill Law Publishing ; Jelsma, M., (2010), *Drug Law Reform Trend in Latin America*, TNI; Nougier, M., (2011), *First IDPC seminar on drug policy in the Middle East and North Africa*, IDPC. Disponible sur : http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IDPC%20report%20on%20MENA%20seminar%20FINAL%20web_0.pdf [Consulté le 6 mars 2006]; UNODC, (2010), *Accessibility of HIV Prevention, Treatment, and Care Services for People who Use Drugs and Incarcerated People in Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, and Uzbekistan: Legislative and Policy Analysis and Recommendations for Reform*; Open Society Institute, (2009), *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences on the Global War on Drugs*, International Harm Reduction Development Program; Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General—United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 103 *Ibid.*
- 104 Global Commission on Drug Policy, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy*. Disponible sur : <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report> [Consulté le 6 mars 2012].
- 105 Human Rights Watch, (2006), *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against AIDS*; Human Rights Watch, (2004), *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*; Human Rights Watch, (2003), *Fanning the Flames: How*

- Human Rights Abuses Are Fuelling the AIDS Epidemic in Kazakhstan*. Voir également: Burris, S., and Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.
- 106 Otiashvili, D., (2008), *Georgian Drug War—Ignoring Evidences, Neglecting Human Rights*, présenté à la International Harm Reduction Association au cours de sa 19e Conférence annuelle à Barcelone.
- 107 Human Rights Watch, (2011), *The Rehab Archipelago: Forced Labor and Other Abuses in Drug Detention Centers in Southern Vietnam*. Disponible sur : <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/vietnam0911ToPost.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 108 Burris, S., et Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011. Voir également: Open Society Institute, (2009), *The Impact of Drug Users Registration Laws on People's Rights and Health, Key findings from Russia, Georgia and Ukraine*. Disponible sur : http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf [Consulté le 6 mars 2012]; Human Rights Watch, (2007), *Rehabilitation Required: Russia's Human Rights Obligation to Provide Evidence-Based Drug Treatment*. Disponible sur : <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/russia1107webcover.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 109 Elliott R., Lines R., & Schleifer, R., (2010), *Compulsory Drug Detention: A Human Rights Analysis*; Human Rights Watch, (2010), *Skin and Cable: The Illegal Arrest, Arbitrary Detention and Torture of People Who Use Drugs in Cambodia*; Open Society Institute, (2009), *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences on the Global War on Drugs*. International Harm Reduction Development Program.
- 110 *Ibid.*
- 111 CESAP-ONU, février 2012, *Asia-Pacific High-Level Intergovernmental Meeting on the Assessment of Progress against Commitments in the Political Declaration on HIV/AIDS and the Millennium Development Goals, Country Statements for Agenda Item 5*. Disponible sur : <http://unescapsdd.org/sites/test/files/Country-Statements-Item-5.pdf> [Consulté le 8 mars 2012].
- 112 Voir par exemple les documents soumis par Recovering Népal (Réseau national de consommateurs de drogue au Népal), Népal; Thai AIDS Treatment Action Group (TTAG), Thaïlande; Space Allies, Japon, pour le Dialogue regional Asie Pacifique, 16–17 février, 2011; Mustafaeva; Canadian HIV/AIDS Legal Network, Canada; Sarkunts; fonds de charité pour le développement de l'éducation, de la santé et de la prévention du VIH/sida, Russie; Initiative for Health Foundation, Bulgarie, Kurmanaevsky, Russie; Eurasian Harm Reduction, Lituanie, pour le Dialogue régional Europe de l'Est & Asie centrale, 18–19 mai, 2011; Youth RISE pour la réduction des dommages liés à la drogue, Nigéria, pour le Dialogue Afrique, 3–4 août, 2011.
- 113 Burnet Institute, (2010), *Harm reduction in Asia: progress toward universal access to harm reduction services among people who inject drugs. Pour des preuves supplémentaires de la contradiction entre des lois punitives et des politiques VIH/sida nationales, voir : HAARP, (2009), Law and Policy Review; UNODC, (2007), Prevention of Transmission of HIV among drug users in SAARC Countries—Legal and Policy concerns related to IDU harm reduction in SAARC countries*. Disponible sur : http://www.unodc.org/pdf/india/publications/legal_policy_book_140807.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 114 Burris, S., et Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011. Voir également: Case, Meehan., & Jones, (1997); Taussig *et al.*, (2001); Bluthenthal, (1997); Mikhailove, (2003); Burris, *et al.*, (2009); Human Rights Watch, (2006); Burris, Blankenship, & Donoghoe, (2004); Open Society Institute, (2001); Rhodes, (2002); Beletsky, *et al.*, (2011); Diaz, *et al.*, (1999); Gleghorn, *et al.*, (1995); Weinstein, *et al.*, (1998); Vocal-NY Users Union, & Urban Justice Institute, (2010). Document soumis par McLemore pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre, 2011.
- 115 WHO, UNODC, UNAIDS, (2009), *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Disponible

- sur : http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf [Consulté le 6 mars 2012]. Voir également: Human Rights Watch, (2004a); Open Society Institute, (2008a); Rhodes *et al.*, (2006); Shields, (2009); Davis, Triwahyuono & Alexander, (2009); Hammett *et al.*, (2008); Maru, (2003); Schleifer, (2006); Struthers & Csete, (2003); Wolfe & Saucier, (2010); HIV/AIDS Alliance of Ukraine, (2010); Reid, (2007); Csete *et al.*, (2009) cited in Burris, S., et Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.
- 116 Open Society Institute, (2009), *The Impact of Drug Users Registration Laws on People's Rights and Health, Key findings from Russia, Georgia and Ukraine*. Disponible sur : http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf [Consulté le 6 mars 2012]; Human Rights Watch, (2007), *Deadly Denial, Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand*.
- 117 Bastos & Strathdee, (2000); Blumenthal *et al.*, (1999); Bourgeois, (1998); Diaz *et al.*, (1999); Blumenthal, (1999); Gleghorn *et al.*, (1995); Koester, (1994); Rhodes *et al.*, (2003); Weinstein *et al.*, (1998); Zule, (1992); Blankenship & Koester, (2002); Burris *et al.*, (2011), cited in Burris, S., et Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.
- 118 Aitken *et al.*, 2002, Dixon & Maher, 2002; Maher & Dixon, 2001, Small, Kerr *et al.*, 2005; Broadhead *et al.*, 2002 cited in Chiu and Burris, 2011.
- 119 Aitken, *et al.*, (2002); Cooper, *et al.*, (2004); Dixon, et Maher, (2002); Small, Kerr *et al.*, (2005) cite dans Burris, S., et Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7-9 juillet 2011.
- 120 Lieux abrités et cachés où des consommateurs de drogues par injection peuvent avoir accès à des équipements d'injection et s'injecter des drogues à l'insu de la police. Voir : Kerr, T., Small, W., and Wood, E., (2005), *The Public Health and Social Impacts of Drug Market Enforcement: A Review of the Evidence*, International Journal of Drug Policy. Disponible sur : <http://www.idpc.net/sites/default/files/library/The%20public%20health%20and%20social%20impacts%20of%20drug%20market%20enforcement%20-%20a%20review%20of%20the%20evidence.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 121 UNAIDS, (2010), *UNAIDS feature story: AIDS project helps communities in Russia to take actions to protect themselves*. Disponible sur : <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2011/may/20110510aidscompetence/> [Consulté le 3 avril 2012]; Elton John AIDS Foundation, (2012), *Programme and work in Russia*. Disponible sur : <http://www.ejaf.com/Ourwork/Countries/Russia> [Consulté le 3 avril 2012].
- 122 La politique antidrogue du gouvernement de la Fédération de Russie 2010-2020. Disponible sur : <http://stratgap.ru/pages/strategy/3662/4434/4437/index.shtml> [Consulté le 3 avril 2012].
- 123 Document soumis par the Network for Harm Reduction in Russia (ESVER), Russie pour le Dialogue régional Europe de l'Est et Asie centrale, 18-19 mai 2011.
- 124 G Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute. Disponible sur : http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consulté le 7 mars 2012]; Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 125 *Ibid.*
- 126 Hughes, CE., et Stevens, A., (2010), *What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?*, British Journal of Criminology. Disponible sur : <http://bjc.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/21/>

- bjc.azq038 [Consulté le 7 mars 2012]; Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute, pp. 11–12. Disponible sur : http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 127 Harm Reduction International, (2010), *Global State of Harm Reduction 2010 Report*. Disponible sur : <http://www.ihra.net/international-response> [Consulté le 7 mars 2012].
- 128 Document soumis par The New Zealand AIDS Foundation (NZAF), Nouvelle-Zélande, pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 129 Global Commission on Drug Policy, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy*. Disponible sur : <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report> [Consulté le 6 mars 2012].
- 130 WHO, (2005), *Effectiveness of Drug Dependence Treatment in Preventing HIV among Injecting Drug Users: Evidence for action technical papers*. Disponible sur : <http://www.who.int/hiv/pub/idu/drugdependencefinaldraft.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 131 Ohiri, K., Claeson, M., Razzaghi, E., Nassirimanesh, B., Afshar, P., & Power, R., et al., (2006), *HIV/AIDS prevention among injecting drug users: Learning from harm reduction in Iran*. Disponible sur : <http://siteresources.worldbank.org/SOUTHASIAEXT/Resources/223546-1192413140459/4281804-1231540815570/5730961-1236796342147/4.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 132 Global Commission on Drug Policy, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy*. Disponible sur : <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report> [Consulté le 6 mars 2012]; Hughes, CE., and Stevens, A., (2010), *What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?*, British Journal of Criminology. Disponible sur : <http://bjc.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/21/bjc.azq038> [Consulté le 7 mars 2012]; Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute. Disponible sur : http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consulté le 7 mars 2012]; Latin American Commission on Drugs and Democracy, (2009), *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift*. Disponible sur : <http://cbdd.org.br/en/files/2011/05/CLDD-Relat%C3%B3rio-ING.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 133 Global Commission on Drug Policy, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy*. Disponible sur : <http://www.globalcommissionondrugs.org/Report> [Consulté le 6 mars 2012]; Latin American Commission on Drugs and Democracy, (2009), *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift*. Disponible sur : <http://cbdd.org.br/en/files/2011/05/CLDD-Relat%C3%B3rio-ING.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 134 Réseau juridique canadien VIH/sida, (2008), *HIV/AIDS Policy and Law Review*, Vol. 13, No. 2/3, pp. 48. Disponible sur : <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1636> [Consulté le 7 mars 2012].
- 135 Réseau juridique canadien VIH/sida, (2009), *HIV/AIDS Policy and Law review*, Vol. 14, No. 2, pp. 23. Disponible sur : <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1597> [Consulté le 7 mars 2012]; Stevenson, M., (2009), *Mexico decriminalizes small-scale drug possession*, The Huffington Post. Disponible sur : http://www.huffingtonpost.com/2009/08/21/mexico-decriminalizes-sma_n_264904.html [Consulté le 7 mars 2012].
- 136 Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute. Disponible sur : http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consulté le 7 mars 2012]; Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration*, A/66/757. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 137 Richard, E., et al., (2002), *Establishing Safe Injection Facilities in Canada : Legal and Ethical Issues*, Canadian HIV/AIDS Legal Network. Disponible sur : <http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=776> [Consulté le 7 mars 2012].
- 138 *Canada (Attorney General) v. PHS Community Services Society*, 2011 SCC 44, [2011] 3 S.C.R. 134. Disponible sur : <http://scc.lexum.org/en/2011/2011scc44/2011scc44.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].

- 139 UNAIDS, (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. Disponible sur : http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Chap5_em.pdf [Consulté le 8 mars 2012]; Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General—United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 140 ProCon.org, (2009), *100 Countries and their Prostitution Policies*. Disponible sur : <http://prostitution.procon.org/view.resource.php?resourceID=000772>. [Consulté le 8 mars 2012]; Pour le Vietnam, voir ARROW, ressources Asie-Pacifique et centre de recherche sur la femme, (2010), *MGD 3 in Vietnam*. Disponible sur : http://www.mdg5watch.org/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=164 [Consulté le 8 mars 2012].
- 141 Burris, S., Overs, C. et Weait, M., (2010), *Laws and Practices that Effectively Criminalise People Living with HIV and Vulnerable to HIV*. Document de travail élaboré pour la première réunion de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 6-7 octobre 2010; UNAIDS, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*, UNAIDS.
- 142 Gould, A., (2001), *The Criminalisation of Buying Sex: The Politics of Prostitution in Sweden*, *Journal of Social Policy*, 6 août 2001, 30: 437–456; Ekberg, G., (2004), *The Swedish Law that Prohibits the Purchase of Sexual Services: Best Practices for Prevention of Prostitution and Trafficking in Human Beings*, *Violence Against Women*, 10(10): 1187–1218, p. 1189.
- 143 Allocution de Rosinha Sambo à la Conférence des travailleurs du sexe de Taïpeh en 2001 sur la situation des travailleurs du sexe en Suède : « Il est dangereux d'être un travailleur du sexe en Suède. C'est un enfer, rempli de dangers. Nous ne savons plus que faire ou comment faire. Ce que nous avons en Suède, c'est une loi qui ne nous fait aucun bien et ne nous donne aucun choix. Le gouvernement suédois veut nous réhabiliter, réhabiliter les travailleurs du sexe, c'est tout comme si nous étions les victimes d'une maladie très dangereuse. Réhabilitez nous car nous pourrions propager cette maladie ». La déclaration complète est disponible sur : <http://www.bayswan.org/swed/rosswed.html> [Consulté le 24 avril 2012]; Kulick, D., (2003), *Sex in the new Europe: The criminalization of clients and Swedish fear of penetration*, *Anthropological Theory*, 3(2): 199-218. Disponible sur : [http://myweb.dal.ca/mgoodyea/Documents/Sweden/Sex%20in%20the%20new%20Europe%20Kulick%20Anthr%20Theor%202003%203\(2\)%20199.pdf](http://myweb.dal.ca/mgoodyea/Documents/Sweden/Sex%20in%20the%20new%20Europe%20Kulick%20Anthr%20Theor%202003%203(2)%20199.pdf) [Consulté le 24 avril 2012]; Harcourt C, Egger S, Donovan B, (2005), *Sex work and the law*, *Sex Health*. 2005; 2(3):121–8; Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2005), *New Zealand and Sweden: two models of reform*. Disponible sur : http://www.bayswan.org/swed/Canada_law_reform_models.pdf [Consulté le 24 avril 2012]; Sullivan, T., (2009), *Sweden revisits prostitution law: Its tough stance is upheld as model. But does it work?*, *The Christian Science Monitor*. Disponible sur : <http://www.csmonitor.com/World/Europe/2009/0630/p10s01-woeu.html> [Consulté le 24 avril 2012]; Agustin, Laura, (2010), *The Other Swedish Model: Gender, sex and culture—Trying to prove Swedish law reduces trafficking: Garbage in, garbage out*. Disponible sur : <http://www.thelocal.se/blogs/theotherswedishmodel/> [Consulté le 24 avril 2012]; FIRST Decriminalize sex work, (2010), *Swedish model a failure: yet another law targeting street-based sex workers*. Disponible sur : http://www.firstadvocates.org/sites/firstadvocates.org/files/Swedish-model-a-failure_0.pdf [Consulté le 24 avril 2012]; Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, Présenté à la Conférence annuelle de la British Society of Criminology, Northumbria University, 4 juillet 2011. Disponible sur : <http://cybersolidaires.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf> [Consulté le 24 avril 2012]; Dodillet S., et Östergren P., (2011), *The Swedish sex purchase act: claimed success and documented effect*, Document présente à l'atelier "Decriminalizing prostitution and beyond: practical experiences and challenges", La Haye. Disponible sur : http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consulté le 13 avril 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering*, Issue Paper 4—avril 2012, Program on Human Trafficking and Forced Labor, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University—Washington College of Law. Disponible sur : <http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf> [Consulté le 24 avril 2012].

- 144 Shah, S., (2011), *Trafficking and the Conflation with Sex Work: Implications for HIV Prevention and Control*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; Voir également Chapkis W., (2005), *Soft Glove, Punishing Fist: The Trafficking Victims Protection Act in Regulating Sex*, Bernstein and Schaffner Routledge Edition. Voir également Schreter L., Jewers M., Sastrawidjaja S., *The Danger of Conflating Trafficking and Sex Work: A Position Paper of the Sex Workers Project at the Urban Justice Center*, Urban Justice Center. Disponible sur : <http://www.sexworkersproject.org/media-toolkit/downloads/20070330BriefingPaperOnConflationOfTraffickingAndSexWork.pdf> [Consulté le 11 avril 2012].
- 145 Voir, par exemple, le document soumis par Matsinhe et Odete, Mozambique, pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011, pour une discussion de la loi mozambicaine portant sur les « vices contre nature » utilisée pour pénaliser le commerce du sexe. Voir également Mgbako C. and Smith L., (2010), *Sex Work and Human Rights in Africa*, Fordham International Law Journal, 33: 1178.
- 146 Sukthankar A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011. L'auteur cite l'exemple de l'Italie, où des lois sur la sécurité qui « confèrent aux maires des pouvoirs judiciaires leur permettant de déclarer tout ce qui pourrait nuire à la sécurité ou au décorum de leur ville comme étant une urgence » ont été utilisée pour imposer des amendes aux travailleurs du sexe. Voir également Burris, S., Overs, C. et Weait, M., (2010), *Laws and Practices that Effectively Criminalise People Living with HIV and Vulnerable to HIV*. Document de travail élaboré pour la première réunion de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 6–7 octobre 2010; Voir également documents soumis par Apisuk pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; Document soumis par Ferdoko pour le Dialogue régional Europe de l'Est & Asie centrale, 18–19 mai 2011; Document confidentiel soumis pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011; Document soumis par Maseko, Sisonke, Botswana, pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 147 PROS Network and Leigh Tomppert, (2012), *Public Health Crisis: The Impact of Using Condoms as Evidence of Prostitution in New York City*, PROS Network and the Sex Workers Project at the Urban Justice Center. Disponible sur : <http://sexworkersproject.org/downloads/2012/20120417-public-health-crisis.pdf> [Consulté le 24 avril 2012]; *Velmanette Montgomery*, New York State Senator, (2012), *Public Health Experts, Human Rights Advocates Join Senator Montgomery in Calling for Law Barring Use of Condoms as Evidence of Prostitution*. Disponible sur : <http://www.nysenate.gov/press-release/public-health-experts-human-rights-advocates-join-senator-montgomery-calling-law-barri> [Consulté le 24 avril 2012]; Human Rights Watch, (2010), *Off the Streets: Arbitrary Detention and Other Abuses against Sex Workers in Cambodia*. Disponible sur : <http://www.hrw.org/reports/2010/07/20/streets> [Consulté le 24 avril 2012]; Gruskin, S., and Ferguson, L., (2009), *Government regulation of sex and sexuality: in their own words*, Reproductive Health Matters, Vol. 17, No. 34, pp.108–118, novembre 2009. Disponible sur SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1543803> [Consulté le 24 avril 2012]. Voir également les documents soumis par Sangama, Inde, et Empower Foundation, Thaïlande, pour le Dialogue régional Asie Pacifique, 16–17 Février 2011.
- 148 Contribution soumise par Rocke, SASOD, Guyane, pour le Dialogue régional Caraïbes, 12–13 avril 2011.
- 149 WHO, (2005), *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections, Violence Against Sex Workers and HIV Prevention*, Information Bulletin Series, No. 3. Disponible sur : <http://www.who.int/gender/documents/sexworkers.pdf> [Consulté le 12 avril 2012]. See Csete, J. et Cohen, J., (2010), *Health Benefits of Legal Services for Criminalised Populations: The Case of People Who Use Drugs, Sex Workers and Sexual and Gender Minorities*, The Journal of Law, Medicine & Ethics, Vol. 38, Issue 4, p. 816–831.
- 150 Pyett, P.M., Warr, D.J., (1997), *Vulnerability on the Streets: Female Sex Workers and HIV Risk*, AIDS Care, Vol. 9, Issue 5, 539–537. The China Sex Worker Organization Network, (2011), *Report on the Impact of China's 2010 'Strike Hard Campaign': A Crackdown on Sex Work*; Rhodes T. et al., (2008), *Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study*. BMJ, 4 août 2008. Disponible sur : <http://www.bmj.com/>

- content/337/bmj.a811.full[Consulté le 8 mars 2012]; Voir également le document soumis par Gays and Lesbians, Zimbabwe, pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011. UNAIDS, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*, UNAIDS.
- 151 Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; Voir également Csete J. et Shannon K., (2010), *Violence, Condom Negotiation, and HIV/STI Risk Among Sex Workers*, *Journal of the American Medical Association*, 304(5): 573–574; Rhodes, T., et al., (2008), *Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study*. *BMJ*, 4 août 2008. Disponible sur : <http://www.bmj.com/content/337/bmj.a811.full> [Consulté le 8 mars 2012].
- 152 The China Sex Worker Organization Network, (2011), *Report on the Impact of China's 2010 'Strike Hard Campaign': A Crackdown on Sex Work*; Alexander P., (2001), *Contextual risk versus risk behavior: The impact of the legal, social and economic context of sex work on individual risk taking*, *Research for Sex Work*, 4: 3–5; WHO, (2005), *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections, Violence against Sex Workers and HIV Prevention*, *Information Bulletin Series*, No. 3; Human Rights Watch, (2003), *Fanning the Flames, How Human Rights Abuses are Fueling the AIDS Epidemic in Kazakhstan*, juin 2003, Vol. 15, No. 4. Voir également Asia Calling, (2010), *Burmese Sex Workers Avoid Arrest with Bribes and not Carrying Condoms*, Disponible sur : <http://www.asiacalling.org/km/special-reports/sex-workers-stories-from-across-asia/1919-burmese-sex-workers-avoid-arrest-with-bribes-and-not-carrying-condoms> [Consulté le 12 avril 2012]. NC Harm Reduction Coalition, (2012), *Arrested for Carrying Condoms?* *Daily Kos*. Disponible sur : <http://www.dailykos.com/story/2012/01/13/1054561/-Arrested-for-Carrying-Condoms-> [Consulté le 12 avril 2012].
- 153 Women's Network of Unity, (2011), *Violence against Sex Workers is Prevalent in Cambodia with Customers and the Police Often the Perpetrators*, WNU. Disponible sur : <http://www.plri.org/resource/violence-against-sex-workers-prevalent-cambodia-customers-and-police-of-ten-perpetrators> [Consulté le 12 avril 2012].
- 154 Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011. Scorgie F., Nakato D., et al., (2011), *I Expect to be Abused and I have Fear: Sex Workers's Experiences of Human Rights Violations and Barriers to Accessing Healthcare in Four African Countries*, African Sex Worker Alliance. Disponible sur : http://www.plri.org/sites/plri.org/files/ASWA_Report_HR_Violations_and_Healthcare_Barriers_14_April_2011.pdf [Consulté le 12 avril 2012]. Voir également Richter M., (2008), *Sex Work, Reform Initiatives and HIV/AIDS in Inner-City Johannesburg*, *African Journal of AIDS Research*, Vol. 7, Issue 3; ATHENA, *10 Reasons why Criminalisation of HIV Exposure or Transmission Harms Women*; Pyett PM., Warr DJ., (1997), *Vulnerability on the Streets: Female Sex Workers and HIV Risk*, *AIDS Care*, Vol. 9, Issue 5, 539–537.
- 155 Sukthankar A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; Voir également, par exemple, UNIFEM, (2007), *A Legal Analysis of Sex Work in the Anglophone Caribbean*, disponible sur <http://www.unifem.org> [Consulté le 1 décembre 2011]; Jenkins C., CPU, WNU et Sainsbury C., (2006), *Violence and Exposure to HIV Among Sex Workers in Phnom Penh, Cambodia*, USAID. Disponible sur : <http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001702.pdf> [Consulté le 12 avril 2012].
- 156 *Ibid.*
- 157 See Csete J., et Cohen J., (2010), *Health Benefits of Legal Services for Criminalised Populations: The Case of People who Use Drugs, Sex Workers and Sexual and Gender Minorities*, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 38 (4): 816–831. Reed E. et al., *The Role of Housing in Determining HIV Risk Among Female Sex Workers in Andhra Pradesh, India; Considering Women's Life Contexts*, *Social Science & Medicine*, 72:5, 710–716.
- 158 Gould, A., (2001), *The Criminalisation of Buying Sex: The Politics of Prostitution in Sweden*, *Journal of Social Policy*, 6 août 2001, 30: 437–456; Sukthankar A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le

- droit, 7–9 juillet 2011. Voir également Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, présenté à la Conférence annuelle de la British Society of Criminology, Northumbria University, 4 juillet 2011. Disponible sur : <http://cybersolidaires.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf> [Consulté le 24 avril 2012]; Dodillet S., Östergren P., (2011), *The Swedish Sex Purchase Act: Claimed Success and Documented Effects*, Conference paper presented at the International Workshop “Decriminalizing Prostitution and Beyond: Practical Experiences and Challenges”, The Hague. Disponible sur : http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consulté le 13 avril 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering*, Issue Paper 4 avril 2012, Program on Human Trafficking and Forced Labor, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University—Washington College of Law. Disponible sur : <http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf> [Consulté le 24 avril 2012].
- 159 BAYSWAN rapporté que la loi a donné une impulsion à la formation d’une organisation des droits de travailleurs du sexe en Suède: http://www.bayswan.org/swed/flashback_sweden.html [Consulté le 6 mars 2012].
- 160 Kulick, D., (2003), *Sex in the new Europe: The criminalization of clients and Swedish fear of penetration*, *Anthropological Theory*, 3(2): 199-218; Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, présenté à la Conférence annuelle de la British Society of Criminology, Northumbria University, 4 juillet 2011. Disponible sur : <http://cybersolidaires.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf> [Consulté le 24 avril 2012]; Dodillet S., et Östergren P., (2011), *The Swedish sex purchase act: claimed success and documented effect*, Paper presented at workshop “Decriminalizing prostitution and beyond: practical experiences and challenges”, The Hague. Disponible sur : http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consulté le 13 avril 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering*, Issue Paper 4—avril 2012, Program on Human Trafficking and Forced Labor, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University—Washington College of Law. Disponible sur : <http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf> [Consulté le 24 avril 2012].
- tarian Law, American University – Washington College of Law. Disponible sur : <http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf> [Consulté le 24 avril 2012].
- 161 Harcourt C, Egger S, Donovan B, (2005), *Sex work and the law*, *Sex Health*. 2005; 2(3):121–8; Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2005), *New Zealand and Sweden: two models of reform*. Disponible sur : http://www.bayswan.org/swed/Canada_law_reform_models.pdf [Consulté le 24 avril 2012]; Sullivan, T., (2009), *Sweden revisits prostitution law: Its tough stance is upheld as model. But does it work?*, *The Christian Science Monitor*. Disponible sur : <http://www.csmonitor.com/World/Europe/2009/0630/p10s01-woeu.html> [Consulté le 24 avril 2012]; Agustín, L., (2010), *The Other Swedish Model: Gender, sex and culture—Trying to prove Swedish law reduces trafficking: Garbage in, garbage out*. Disponible sur : <http://www.thelocal.se/blogs/theotherswedishmodel/> [Consulté le 24 avril 2012]; FIRST Decriminalize sex work, (2010), *Swedish model a failure: yet another law targeting street-based sex workers*. Disponible sur : http://www.firstadvocates.org/sites/firstadvocates.org/files/Swedish-model-a-failure_0.pdf [Consulté le 24 avril 2012]; Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, présenté à la Conférence annuelle de la British Society of Criminology, Northumbria University, 4 juillet 2011. Disponible sur : <http://cybersolidaires.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf> [Consulté le 24 avril 2012]; Dodillet S., et Östergren P., (2011), *The Swedish sex purchase act: claimed success and documented effect*, document présenté au séminaire “Decriminalizing prostitution and beyond: practical experiences and challenges”, La Haye. Disponible sur : http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consulté le 13 avril 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering*, Issue Paper 4—avril 2012, Program on Human Trafficking and Forced Labor, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University—Washington College of Law. Disponible sur : <http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf> [Consulté le 24 avril 2012].
- 162 *Ibid.*

- 163 Åstergren, P., *Prostitution in Sweden*, English Summary. Disponible sur : http://www.bayswan.org/swed/flash-back_sweden.html [Consulté le 6 mars 2012].
- 164 UNAIDS, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*; Cornish F., (2006), *Challenging the Stigma of Sex Work in India: Material Context and Symbolic Change*, *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16: 462–471.
- 165 *Girls and Women's Protection Act 39, 1920*. See Gallinetti J., (2007), *Harmonisation of laws relating to children Swaziland*, *The African Child Policy Forum*, 5 novembre 2007. Disponible sur : www.africanchildforum.org. Le délit sous le régime de la section 3(1) de la loi du Swaziland sur la protection des femmes et des filles est le suivant : « toute personne du sexe masculin qui a des relations sexuelles illicites avec une fille de moins de 16 ans ou commet avec cette dernière des actes indécents ou contraires à la morale ou encore sollicite ou encourage cette dernière à la commission de tels actes sera coupable d'un délit et, si condamné, sera passible d'une peine de prison ne dépassant pas six ans avec ou sans coup de fouet dont le nombre ne dépassera pas 24, et avec ou sans une amende dont le montant ne dépassera pas 1000 Émalangeni en plus de l'emprisonnement et de coups de fouet ». La Section 3(3) fournit plusieurs moyens de défense contre cette accusation dont l'un d'entre eux est qu'au moment de la commission du délit, la fille était une prostituée.
- 166 Reza, A. *et al.*, (2009), *Sexual Violence and its Health Consequences for Female Children in Swaziland: A Cluster Survey Study*, *The Lancet*, Volume 373, Issue 9679, 1966–1972; Amnesty International, (2010), *Too Late, Too Little, The Failure of Law Reform for Women in Swaziland*, novembre 2010.
- 167 Scorgie, F. *et al.*, *Socio-Demographic Characteristics and Behavioural Risk Factors of Female Sex Workers in Sub-Saharan Africa; A Systematic Review*, *AIDS Behavior*, Jul 13 2011.
- 168 The Foundation for AIDS Research, (2011), *Reaching key populations: a critical priority to controlling the AIDS epidemic*. Disponible sur : http://www.amfar.org/uploaded-Files/In_the_Community/Publications/factsheetVulnerablePop04-15-2011.pdf?n=8240 [Consulté le 6 mars 2012].
- 169 Baral, S., Beyrer, C. *et al.*, (2012) *Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*, *The Lancet*. DOI:10.1016/S1473-3099(12).
- 170 UNAIDS, (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic 2010*; (1999), *Sexual Behavioural Change for HIV: Where Have Theories Taken Us?*; Morris M., (1997), *Sexual Networks and HIV*, *AIDS* 11: 209–216.
- 171 Overs C., Hawkins K., (2011), *Can Rights Stop the Wrongs? Exploring the Connections Between Framings of Sex Workers' Rights and Sexual and Reproductive Health*, *BMC International Health and Human Rights*, 11:3; Lippman, SA., *et al.*, (2010), *Social-environmental factors and protective sexual behavior among sex workers: the Encontros intervention in Brazil*, *The American Medicine Journal of Public Health*, 100: 216–223; Basu, I., *et al.*, (2004), *HIV Prevention Amongst Sex Workers in India*, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1 juillet 2004, 36(3): 845–52; UNDP, UNAIDS, (2011), *The 'AIDS + MDGs' Approach: What is it, why does it matter and how do we take it forward?*
- 172 Åstergren, P., *Prostitution in Sweden*, English Summary. Disponible sur : http://www.bayswan.org/swed/flash-back_sweden.html [Consulté le 6 mars 2012].
- 173 UNAIDS, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111215_Report-UNAIDS-Advisory-group-HIV-Sex-Work_en.pdf [Consulté le 8 mars 2012].
- 174 Voir définition à l'article 3 (a) de *the Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons Especially Women and Children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime*, 2000, Resolution de l'Assemblée Générale 55/25. Disponible sur : <http://www2.ohchr.org/english/law/protocoltraff.htm>. [Consulté le 13 avril 2012]. Voir également Butcher K., (2003), *Confusion between prostitution and sex trafficking*. *The Lancet*, 361: 9373; Gallagher A., (2010), *The International Law of Human Trafficking*, Cambridge University Press; Kempadoo K. *et al.*, (2005), *Trafficking and Prostitution Reconsidered, New Perspectives on Migration, Sex Work and Human Rights*, Paradigm Publisher.
- 175 UNAIDS, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Disponible sur : <http://www.unaids.org>.

- org/en/media/un aids/contentassets/documents/un aidspublication/2011/20111215_Report-UNAIDS-Advisory-group-HIV-Sex-Work_en.pdf [Consulté le 8 mars 2012].
- 176 Shah, S., (2011) *Trafficking and the Conflation with Sex Work: Implications for HIV Prevention and Control*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7-9 juillet 2011; Burris, S., Overs, C. et Weait, M., (2010), *Laws and Practices that Effectively Criminalise People Living with HIV and Vulnerable to HIV*. Document de travail élaboré pour la première réunion de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 6-7 octobre 2010. Voir également Overs, C., (2009), *Caught Between the Tiger and the Crocodile: The Campaign to Suppress Human Trafficking and Sexual Exploitation in Cambodia*, APNSW. Disponible sur : <http://www.plri.org/resource/caught-between-tiger-and-crocodile-campaign-suppress-human-trafficking-and-sexual-exploitat>.
- 177 Raymond, J.G., (2002), *The New UN Trafficking Protocol*, *Women's Studies International Forum*, Vol. 25, No. 5. Disponible sur : <http://www.heart-intl.net/HEART/030106/TheNewUNTrafficking.pdf> [Consulté le 8 mars 2012].
- 178 *United Nations Convention Against Transnational Organized Crime Protocol to Prevent, Suppress, and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, 2000*. Pour une discussion, voir, par exemple : <http://www.nikk.no/The+Palermo+Protocol.9UFRvKYC.ips> [Consulté le 7 mars 2012]. Voir également Touzenis K., (2010), *Trafficking in Human Beings, Human Rights and Transnational Criminal Law*, *Developments in Law and Practices*, UNESCO, Migration Studies 3. Disponible sur : <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001883/188397e.pdf>. [Consulté le 13 avril 2012].
- 179 Voir, par exemple, UNAIDS, (2011), *The Report of the UN-AIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/un aids/contentassets/documents/un aidspublication/2011/20111215_Report-UNAIDS-Advisory-group-HIV-Sex-Work_en.pdf [Consulté le 8 mars 2012]; Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique, Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.
- 180 Shah S., (2011) *Trafficking and the Conflation with Sex Work: Implications for HIV Prevention and Control*, document de travail pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7-9 juillet 2011. Voir également Ditmore M., Allman D., (2010), *Implications of PEPFAR's anti-prostitution pledge for HIV prevention among organizations working with sex workers*, *HIV/AIDS Policy Law Review*, octobre 2010, 15(1): 63-64.
- 181 Middleberg M., (2006), *The Anti-Prostitution Policy in the US HIV/AIDS Program*, *Journal of Health and Human Rights*, 9:1, 3-15. Disponible sur : <http://www.hhrjournal.org/archives-pdf/4065386.pdf.bannered.pdf>. [Consulté le 13 avril 2012].
- 182 Voir les règles et restrictions du PEPFAR; disponible sur : <http://www.aidsmatters.org/archives/113-PEPFAR-Rules-and-Restrictions.html> [Consulté le 8 mars 2012].
- 183 ILO, (1998), *The Sex Sector: The Economic and Social Bases of Prostitution in Southeast Asia*.
- 184 ILO, (2010), *Recommendation Concerning HIV and AIDS and the World of Work* (No. 200). Disponible sur : http://www.ilo.org/aids/lang--en/docName--WCMS_142706/index.htm [Consulté le 7 mars 2012].
- 185 *New Zealand Prostitution Reform Act 2003*, No. 28 (tel qu'au 29 novembre 2010), PRA 27(3): « Une personne, quelle soit dans une maison de prostitution ou ailleurs, ne fournira et ne recevra des services sexuels commerciaux impliquant une pénétration vaginale, orale ou anale par quelque moyen que ce soit sans utilisation d'un prophylactique ». Disponible sur : <http://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0028/latest/DLM197815.html> [Consulté le 8 novembre 2011].
- 186 *Kylie v Commission for Conciliation, Mediation and Arbitration and 2 others, Labour Appeals Court of South Africa*, Case no: CA10/08, 26 May 2010. Disponible sur : <http://www.saflii.org/za/cases/ZALAC/2010/8.html>. [Consulté le 26 March 2012].
- 187 Le Collectif des prostituées de Nouvelle-Zélande a récemment forgé un partenariat avec le gouvernement. Documents soumis par le Collectif des prostituées de Nouvelle-Zélande, Nouvelle-Zélande pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16-17 février 2011.
- 188 Kenya National Commission on Human Rights, (2012), *Realising Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya: A myth or reality?—A Report of the Public Inquiry into Vio-*

- lations of Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya.* Disponible sur : <http://www.knchr.org/Portals/0/Reports/Reproductive%20health%20report.pdf> [Consulté le 15 mai 2012]. Dans ce rapport, la Commission nationale des droits de l'homme du Kenya a également exhorté le gouvernement à dépenaliser les relations entre personnes du même sexe, p. 22.
- 189 *Bangladesh Society for the Enforcement of Human Rights v. Bangladesh*, 2001, 53 D.L.R. 1.
- 190 *Bedford v. Canada (Attorney General)*, 2010 ONCA 0814, Ont. Superior Ct. of Justice (28 septembre 2010); Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2010), *Canadian HIV/AIDS Legal Network Hails Decision of Ontario Court That Supports Rights of Sex Workers*, News Release; Shannon K., (2010), *Ontario Judge Strikes Down Prostitution Laws*, *National Post*, 28 septembre 2010.
- 191 *Canada (Attorney General) v. Bedford*, 2012 ONCA 186. Disponible sur : <http://www.ontariocourts.ca/decisions/2012/2012ONCA0186.htm> [Consulté le 29 mars 2012].
- 192 *Kylie v. Commission for Conciliation Mediation and Arbitration and Others*, (CA10/08) [2010] ZALAC 8; 2010 (4) SA 383 (LAC); 2010 (10) BCLR 1029 (LAC) (26 mai 2010).
- 193 UNAIDS, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*.
- 194 Brents B. Hausbeck K., (2005), *Violence and Legalized Brothel Prostitution in Nevada, Examining Safety, Risk, and Prostitution Policy*, *Journal of Interpersonal Violence*, mars 2005, Vol. 20, No. 3, 270-295. Voir les lois des États-Unis sur la prostitution et les pénalités associées au niveau fédéral et des états en consultant le lien suivant : <http://prostitution.procon.org/view.resource.php?resourceID=000119#3> [Consulté le 7 mars 2012].
- 195 Gibbs C., (2011), *Inside Tauranga's sex industry*, *New Zealand*, cited on PLRI. Disponible sur : <http://www.plri.org/resource/inside-taurangas-sex-industry-new-zealand> [Consulté le 7 mars 2012]. Pour d'autres articles de presse, disponible sur : <http://www.rotorudailypost.co.nz/news/inside-taurangas-sex-industry/1085143/>; BBC News, (2009), *Selling sex legally in New Zealand*. Disponible sur : <http://news.bbc.co.uk/2/hi/7927461.stm> [Consulté le 8 mars 2012]; TV New Zealand, (2012), *Police prostitution operation ends in 14 arrests*, Disponible sur : <http://tvnz.co.nz/national-news/police-prostitution-operation-ends-in-14-arrests-4690677> [Consulté le 8 mars 2012].
- 196 Sukthakar A., *Sex Work, HIV and the Law*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7-9 juillet 2011.
- 197 *Ibid.* Par exemple, le *Contagious Diseases Act* voté en Grande-Bretagne de 1864 impose aux prostituées vivant et travaillant à proximité d'un camp militaire d'être testées pour des maladies vénériennes, et d'être internées de force en hôpital sans pouvoir en sortir pendant toute la durée du traitement au cas où le test aurait déterminé qu'elles sont infectées ou contagieuses. Une disposition semblable, mais encore plus draconiennes, avait fait l'objet d'une proposition de loi présentée au parlement de l'État de Maharashtra, en Inde, à savoir l'obligation pour toutes les prostituées de s'enregistrer, avec test du VIH obligatoire ; toutes celles avérées comme étant séropositives auraient été marquées d'un tatouage permanent. Voir *Maharashtra Protection of Sex Workers Bill*, 1994, trouvé à la Commission nationale des droits de l'homme, Inde, (2000), Report of the National Conference on Human Rights and HIV/AIDS. Disponible sur : http://nhrc.nic.in/Publications/report_hiv-aids.htm [Consulté le 8 mars 2012].
- 198 *Ibid.*; Voir également Gangoli G., (1998), *Prostitution, Legalisation and Decriminalisation: Recent Debates*, *Economic and Political Weekly*, 7 mars 1998.
- 199 UNAIDS, *AIDS Epidemic Update December 2005*. Voir également Basu I, *et al.*, (2004), *HIV Prevention Among Sex Workers in India*, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36:3, 845-852.
- 200 Contribution soumise par ACHIEVE, Philippines pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16-17 février 2011. Voir également Aklilu M. *et al.*, (2001), *Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa*, *AIDS*, 15: 87-96.
- 201 Considérons, par exemple, l'Article 2 de la Déclaration universelle des droits de l'homme : « Chacun peut se prévaloir de tous les droits et de toutes les libertés proclamés dans la présente Déclaration, sans distinction aucune, notamment de race, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune,

- de naissance ou de toute autre situation. » [C'est nous qui soulignons], l'Article 2 de la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples* : « Toute personne a droit à la jouissance des droits et libertés reconnus et garantis dans la présente Charte sans distinction aucune, notamment de race, d'ethnie, de couleur, de sexe, de langue, de religion, d'opinion politique ou de toute autre opinion, d'origine nationale ou sociale, de fortune, de naissance ou de toute autre situation. » [C'est nous qui soulignons] et le Paragraphe 20 du Rapport explicatif accompagnant le Protocole No. 12 à la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui précise que la liste des motifs de non-discrimination dans l'Article 14 de la Convention n'est pas exhaustive et note que la Cour européenne des droits de l'homme a déjà appliqué l'Article 14 dans le domaine de la discrimination pour des motifs qui n'étaient pas explicitement mentionnés dans cette disposition, y compris l'orientation sexuelle.
- 202 Principe 17 (droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint); des informations sur les Principes de Yogyakarta sont disponibles sur : www.yogyakartaprin-ciples.org/index.html [Consulté le 6 mars 2012].
- 203 Beyrer, C., et Baral, SD., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, document de travail pour la Commission mondiale sur le VIH et le droit; Paoli, L. (2012), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*, un rapport de l'ILGA (Association internationale des lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres). Disponible sur : http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2011.pdf [Consulté le 16 mai 2012]; Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 204 Ferchichi, W., (2011), *Law and Homosexuality: Survey and analysis of legislation across the Arab World*, document de travail élaboré pour la Consultation Moyen-Orient et Afrique du Nord de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 27–29 juillet 2011; Voir également Maleche, A., et Day, E., (2011), *Traditional Cultural Practices and HIV: Reconciling Culture and Human Rights*, document de travail pour la Commission mondiale sur le VIH et le droit.
- 205 Beyrer, C., et Baral, SD., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, Document de travail élaboré pour la Commission mondiale sur le VIH et le droit; Voir également le document soumis par Alternative Côte D'Ivoire, pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011, dans lequel un ivoirien décrit son arrestation du fait d'être HSH ; contribution soumise par Abu Nawas, Algérie, pour la Consultation Moyen-Orient et Afrique du Nord, 27–29 juillet 2011; Contribution soumise par l'Arab Foundation for Freedoms and Equality (AFE), Liban, pour la Consultation Moyen-Orient et Afrique du Nord, 27–29 juillet 2011; Contribution soumise par ACHIEVE, Philippines pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; Contribution soumise par la PT Foundation, Malaisie pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 206 Contribution soumise par la PT Foundation, Malaisie pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 207 *Ibid.*
- 208 Ottosson, D., (2009), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*, IGLA, p.48–52.
- 209 UN, (2010), *Uganda: 'Anti-Homosexuality Bill' threatens fight against HIV, UN expert warns*. Disponible sur : <http://www.un.org/apps/news/story.asp?newsID=33552&CR=discrimination&cr> [Consulté le 7 mars 2012]; amfAR, (2009), *Uganda Anti-Homosexuality Bill Threatens Progress Against AIDS*. Disponible sur : www.amfar.org/world/msm/article.aspx?id=8150 [Consulté le 7 mars 2012].
- 210 USAID, (2002), *What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behavior change and national response*. Disponible sur : http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/africa/uganda_report.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 211 Tamale S., (2009), *A Human Rights Impact Assessment of the Anti-Homosexuality Bill*, Dialogue public, novembre 2009, Makerere University. Disponible sur : <http://wthrockmorton.com/wpcontent/uploads/2009/11/>

- Dr_Tamale_s_speech_at_the_public_dialogue_on_.pdf. [Consulté le 7 mars 2012]; Strand, C., (2011), *Kill Bill! Ugandan human rights organisations' attempts to influence the media's coverage of the Anti-Homosexuality Bill*, Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care, Vol. 13, Issue 8.
- 212 WHO, UNICEF, UNAIDS, (2009), *Progress Report 2009: Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20090930_tuapr_2009_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012]; UNAIDS, (2008), *Global Report on the AIDS Epidemic*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 213 Abu-Raddad, L., et al., (2010), *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: time for strategic action*, The World Bank. Disponible sur : http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/06/04/000333038_20100604011533/Rendered/PDF/548890PUB0EPI11C10Dislosed061312010.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 214 Voir, par exemple, UNAIDS, (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic 2010*, Chapter 2 Epidemic Update. Disponible sur : http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Chap2_em.pdf [Consulté le 7 mars 2012]; amFAR Aids Research, (2008), *MSM, HIV, and the Road to Universal Access—How Far Have We Come?* Disponible sur : http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf [Consulté le 7 mars 2012]; Mumtaz, G. et al., (2011), *Are HIV epidemics among men who have sex with men emerging in the Middle East and North Africa?: a systematic review and data synthesis*, PLoS Medicine 8(8): e1000444. Disponible sur : <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000444> [Consulté le 7 mars 2012].
- 215 UNAIDS, (2008), *Global Report on the AIDS Epidemic 2008*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012]; UNAIDS, (2008), *Keeping Score II: A Progress Report towards Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support in the Caribbean*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/20081206_keeping_score_ii_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 216 UNAIDS, (2009), *Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*, Action Framework. Disponible sur http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 217 Hart, G., Elford, J., (2010), *Sexual risk behaviour of men who have sex with men: emerging patterns and new challenges*, Current Opinion in Infectious Diseases 23(1), p. 39–44; Voir également Dowsett, GW., Grierson, JW., and McNally, SP., (2006), *A Review of Knowledge about the Sexual Networks and Behaviours of Men who have Sex with Men in Asia*, Australian Research Centre in Sex, Health and Society La Trobe University, Melbourne, Australie, Monograph Series Number 59; For Latin America, Cáceres, C., et al., *Epidemiology of male same-sex behaviours and associated sexual health indicators in LMIC: 2003–2007 estimates*, Sexually Transmitted Infections 84(1), BMJ Publishing Group, p. i49–i56.
- 218 Beyrer, C., et al., (2011), *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men (MSM)*, The World Bank. Disponible sur : <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387269> [Consulté le 7 mars 2012]; UNAIDS, UNDP, (2009), *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf [Consulté le 24 avril 2012].
- 219 Wilson, P., et al., (2011), *Access to HIV Prevention Services and Attitudes about Emerging Strategies: A Global Survey of Men Who Have Sex with Men (MSM) and their Health Care Providers*, The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF). Disponible sur : <http://www.msmsgf.org/files/msmsgf/Publications/GlobalSurveyReport.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 220 *Secretary-General's video message to Human Rights Council meeting on Violence and Discrimination based on Sexual Orientation or Gender Identity*, Genève, Suisse, 7 mars 2012. Disponible sur : <http://www.un.org/sg/statements/?nid=5900> [Consulté le 24 avril 2012].
- 221 Poteat, T., et al., (2011), *HIV Risk among MSM in Senegal: A Qualitative Rapid Assessment of the Impact of Enforcing Laws That Criminalize Same Sex Practices*, PLoS ONE 6(12):

- e28760. Disponible sur : <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0028760> [Consulté le 7 mars 2012].
- 222 Considérons l'*Anti Homosexuality Bill*, une proposition de loi de l'Ouganda qui voulait imposer des poursuites à toute personne n'ayant pas signalé aux autorités une personne dont elle connaissait l'homosexualité: BBC News, (2011), *Uganda anti-gay bill 'shelved by parliament'*. Disponible sur : <http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-13392723> [Consulté le 7 mars 2012]; Voir également Human Rights Watch, (2004), *Hated to death: homophobia, violence and Jamaica's HIV/AIDS epidemic*, 2004, Vol. 16 (6), p. 14. Disponible sur : <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/jamaica1104.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 223 Johnson, A., (2007), *Off the Map: How HIV/AIDS Programming is Failing Same-sex Practicing People in Africa*, IGL-HRC, pp. 57–58; Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, United Nations Development Programme (UNDP) and Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM), p. 9; Arreola, S., et al., (2010), *In Our Own Words: Preferences, Values, and Perspectives on HIV Prevention and Treatment: A Civil Society Consultation with MSM & Transgender People*, Global Forum on MSM and HIV (MSMGF) and WHO, p. 10.
- 224 Beyrer, C., et Baral, SD., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, Document de travail pour la Commission mondiale sur le VIH et le droit.
- 225 Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, United Nations Development Programme (UNDP) and Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM), p. 4; Tejada, V., et Tristán, E., (2008), *Shadow Report for the Human Rights Committee submitted in conjunction with Panamá's (Third Periodic) Report*, Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá, IGL-HRC, p. 6; UNAIDS, IPU, and UNDP, (2007), *Taking action against HIV and AIDS: A handbook for parliamentarians*, p. 171–173.
- 226 Beyrer, C., et Baral, SD., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, Document de travail pour la Commission mondiale sur le VIH et le droit; Voir également le document soumis par Djamil pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011 et le document soumis par APUVIMEH pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011.
- 227 *Hong Kong (Sec'y for Justice) v. Yau Yuk Lung and Lee Kam Chuen*, 10 HKCFAR 335, H.K. Ct. of Final Appeal, 17 juillet 2007.
- 228 *Leung v. Hong Kong (Sec'y for Justice)*, 4 HKLRD 211, H.K. Ct. of Appeal, 20 septembre 2006.
- 229 *Nadan and McCoskar v. State*, HAA0085 & 86 OF 2005, Fiji High Ct., 26 août 2005.
- 230 *Romer v. Evans*, 116 S.Ct. 1620, (1996).
- 231 *Lawrence v. Texas*, 123 S.Ct. 2472, (2003).
- 232 Document soumis par Yahia Zaidi, Abu Nawas, Algérie pour la Consultation MENA, 27–29 juillet 2011.
- 233 Ministère de la Santé Publique, (2012), *Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST (2012–2016)*, Tunisie, p. 31. Disponible sur : <http://www.ccm-tunisie.rns.tn/oportinite/contrat/document4.pdf> [Consulté le 24 avril 2012].
- 234 The Jakarta Post, (2008), *Islam 'recognizes Homosexuality'*, 28 mars 2008. Disponible sur : <http://www.thejakartapost.com/news/2008/03/27/islam-039recognizes-homosexuality039.html> [Consulté le 24 avril 2012]. Voir également d Prof. Dr. Siti Musdah Mulia, (2009), *Understanding LGBT issues in Islam—Promoting the appreciation of human dignity*, 2nd CSBR Sexuality Institute – 11–18 septembre 2009, Istanbul. Disponible sur : <http://www.bekhsos.com/web/wp-content/uploads/2009/09/Homosexuality-and-Islam.pdf> [Consulté le 24 avril 2012]. Pour d'autres vues d'intellectuels musulmans sur l'homosexualité, consulter Samar Habib, (2009), *Islam and Homosexuality (in two volumes)*. Santa Barbara, Denver, Oxford: Praeger.
- 235 *Ibid*. Voir également UN, (2010), *Universal decriminalisation of homosexuality a human rights imperative – Ban*. Disponible sur : <http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=37026> [Consulté le 7 mars 2012].
- 236 Commission on AIDS in Asia, (2008), *Redefining AIDS in Asia: Crafting an Effective Response*, New Delhi, Oxford University Press, p. 203.
- 237 Grover, A., (2010), , *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest*

- attainable standard of physical and mental health, 14e séance du Conseil des droits de l'homme de l'ONU, promotion et protection de tous les droits de l'homme, des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, y compris le droit au développement, UN Doc. A/HRC/14/20.
- 238 Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, and UNAIDS, (2006), *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, Consolidated Version. Disponible sur : http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012]
- 239 Ottosson, D., (2009), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws prohibiting same sex activity between consenting adults*, IGLA, p.50–52. *Toonen v. Australia*, (1994), Communication No. 488/1992, U.N. Doc CCPR/C/50/D/488/1992. Disponible sur : http://www.human-rights.gov.au/education/hr_explained/case_studies.html [Consulté le 7 mars 2012].
- 240 *Belize Criminal Code* Chapter 101, Revised Edition 2000. Disponible sur : <http://www.belizelaw.org/lawadmin/PDF%20files/cap101.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 241 Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*. UNDP/APCOM.
- 242 Aids Free World, (2011), *Q&A: AIDS-Free World's challenge of Jamaica's Anti-Gay Law*. Disponible sur : <http://www.aidsfreeworld.org/Our-Issues/Homophobia/Q-and-A-AIDS-Free-Worlds-Challenge-of-Jamaica-Anti-Gay-Law.aspx> [Consulté le 7 mars 2012].
- 243 Hillary Rodham Clinton, U.S. Secretary of State, (2011), *Remarks in Recognition of International Human Rights Day*. Available at <http://www.state.gov/secretary/rm/2011/12/178368.htm>. [Consulté le 7 mars 2012].
- 244 Global Rights, et al., (2010), *Violations of the Rights of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons in Mexico: A Shadow Report*. Disponible sur : http://www.globallrights.org/site/DocServer/LGBT_ICCPR_Shadow_Report_Mexico.pdf?docID=11184 [Consulté le 7 mars 2012]; Human Rights Watch, (2012), *Sweden: Letter to the Prime Minister regarding Transgender Law*. Disponible sur : <http://www.hrw.org/news/2012/01/14/sweden-letter-prime-minister-regarding-transgender-law> [Consulté le 7 mars 2012].
- 245 Par exemple, l'Australie, la Nouvelle-Zélande et l'Inde. Disponible sur : <http://thenewcivilrightsmovement.com/transgender-dont-try-to-board-a-plane-in-canada/politics/2012/02/02/33945> [Consulté le 7 mars 2012]. Dans certains pays, le changement de sexe sur les documents officiels est autorisé par la loi, mais celle-ci n'est pas mise en application. Par exemple, au Pakistan, un tribunal a ordonné l'émission de cartes d'identité appropriées soient délivrées à des personnes transgenres, mais cette décision n'a pas été mise en oeuvre. Disponible sur : <http://www.hrw.org/news/2012/01/14/sweden-letter-prime-minister-regarding-transgender-law> [Consulté le 7 mars 2012].
- 246 Contribution soumise par Aung Min Thein Purple Sky Network, sous-région du Grand Mekong, en Asie du Sud-Est pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 247 Section 153 (1) (xlvii), Summary Jurisdiction (Offences) Act, Chapter 8:02.
- 248 Art. 198, Kuwaiti Penal Code, No. 16 of 1960, found in Human Rights Watch, (2012), *They Hunt Us Down for Fun*, p. 4.
- 249 *Ibid.*
- 250 Contribution soumise par Valentina Riascos Sanchez, Santamaría Fundación, Colombia pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011.
- 251 Contribution soumise par Society Against Sexual Orientation Discrimination (SASOD), Guyana pour le Dialogue régional Caraïbes, 12–13 avril 2011.
- 252 Paoli, L. (2012), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*, un rapport de l'ILGA (Association internationale des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres). Disponible sur : http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consulté le 16 mai 2012]; Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, United Nations Development Programme (UNDP) and Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM).
- 253 Voir, par exemple, les contributions soumises par Red Initiative, Trinidad et Tobago et par l'Université de l'Ontario, Int. Technology, Canada pour le Dialogue régional Caraïbes, 12–13 avril 2011; Contribution soumise par la

- PT Foundation, Malaysia, Pacific Islands AIDS Foundation, Fiji, Ravudi, Fidji et Space, Inde pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; Contributions soumises par la Santamaria Fundacion, Columbia, Redlactrans, Argentina, Asociation Penamena de Personas TRANS, Panama and OTRAVS, Guatemala pour le Dialogue régional Amérique latine, 26-27 juin 2011; la contribution soumise par DynamiX, Afrique du Sud pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; et par Brendan Michael Connor, Streetwise and Safe pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011.
- 254 Contribution soumise par Taysa Fernandes, Ángel Azul, Honduras pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011.
- 255 UNDP, (2011), *Towards Universal access Examples of Municipal HIV Programming for Men who have sex with Men and Transgender People in Six Asian Cities*. Disponible sur : <http://www.snap-undp.org/elibrary/Publication.aspx?id=535> [Consulté le 7 mars 2012]; Voir également la contribution soumise par Sangama, Inde et SPACE, Inde, pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 256 WHO, UNICEF, and UNAIDS, (2009), *Progress Report 2009: Towards Universal Access: Scaling Up Priority HIV/AIDS Interventions in the Health Sector*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/Report/2009/20090930_tuapr_2009_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012]; UNAIDS, (2008), *Global Report on the AIDS Epidemic*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 257 Voir, par exemple, le contribution soumise par Transgender Sex Workers Cape Town, Afrique du Sud pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; Pour un exemple d'une expérience similaire en Asie, voir le contribution soumise par Ravudi, Fidji pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 6-17 février 2011.
- 258 Haas, A.P. et al., (2011), *Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and Recommendations*, *Journal of Homosexuality*, 58(1), 10–51; American Foundation for Suicide Prevention, (2011), *Preventing Suicidal Behavior in LGBT Individuals*, Public Policy Issue Brief.
- 259 L'expression « minorités sexuelles » désigne des personnes qui s'identifient le plus souvent en fonction de leurs préférences sexuelles, et les communautés de ceux qui recherchent des plaisirs similaires. L'expression « minorités de genre » désigne des personnes qui éprouvent plus de confort à vivre des rôles sociaux ou avoir des apparences qui ne sont pas conformes à ceux conventionnellement assignés à leur corps biologique. Ces personnes ne peuvent en fait s'identifier ni comme homme ni comme femme.
- 260 L'Argentine approuve la législation portant sur les droits des transgenres, et accorde aux interventions chirurgicales visant au changement de sexe le statut de droit légal. Disponible sur : <http://ilga.org/ilga/en/article/nx0WWQ81Ot> [Consulté le 15 mai 2012]; Paoli, L. (2012), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*, un rapport de l'ILGA (Association internationale des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres). Disponible sur : http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consulté le 16 mai 2012].
- 261 *Law No 18.620, 2009. Derecho a la Identidad de Genero y al Cambio de Nombre y Sexo en Documentos Identificatorios*, 2009, D.O 17 Nov/009 – No 27858. Disponible sur : <http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/TextoLey.asp?Ley=18620&Anchor> [Consulté le 10 avril 2012]. Voir également AWID, (2009), *Uruguay Approves Sex Change Bill*. Disponible sur : <http://www.awid.org/Library/Uruguay-approves-sex-change-bill> [Consulté le 10 avril 2012].
- 262 Godwin J., (2010), *Legal Environment, Human Rights and HIV Responses Among Men Who Have Sex With Men and Transgender People in Asia and the Pacific, An Agenda for Action*, UNDP, APCOM, Bangkok, Thaïlande. Voir également le site officiel du Bureau indien des passeports sur <http://www.passportindia.gov.in/AppOnlineProject/online/chanParticular#>. [Consulté le 26 avril 2012]. Deshpande, S., (2005), *Passport Office Takes Note of Sex Change*, *The Times of India*, Mumbai. Disponible sur : http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2005-11-10/mumbai/27860904_1_passport-office-new-passport-change-operation. [Consulté le 26 avril 2012]
- 263 *Law no 7/2011, 15 mars 2011, Cria o procedimento de mudanca de sexo e de nome proprio no registro civil*

- e procede a decima setima alteracao ao Codigo do Registo Civil*. Disponible sur : <http://dre.pt/pdf1s-dip/2011/03/05200/0145001451.pdf> [Consulté le 25 avril 2012]. Voir également TGEU, (2011), *Portugal Adopts Trans Law, 8 days for Legal Gender Recognition*. Disponible sur : http://www.tgeu.org/PR_Portuese_Trans_Law [Consulté le 10 avril 2012].
- 264 National Centre for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, (2009), *National Transgender Discrimination Survey*, found in Beyrer, C., et al., (2011), *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men (MSM)*, The World Bank. Disponible sur : <http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387269> [Consulté le 7 mars 2012].
- 265 *Ibid.*
- 266 Bruce-Jones, E., et Itaborahy, LP, (2011), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalizing the same sex sexual acts between consenting adults*, un rapport de l'ILGA (Association internationale des lesbiennes, gays, bisexuels et transgenres). Disponible sur : http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2011.pdf [Consulté le 8 mars 2012]; Voir également Godwin, J., (2010) *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, UNDP, Bangkok, Thaïlande.
- 267 Beyrer C. et al., (2011), *Expanding the Space: Inclusion of Most-at-Risk Populations in HIV Prevention, Treatment, and Care Services*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, Volume 57, 96–99.
- 268 Bruce-Jones, E., et Itaborahy, LP, (2011), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalizing the same sex sexual acts between consenting adults*, ILGA. Disponible sur : http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2011.pdf [Consulté le 8 mars 2012]. Voir également Bruce-Jones, E., and Itaborahy, LP, (2011), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalizing the same sex sexual acts between consenting adults*, ILGA. Disponible sur : http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2011.pdf [Consulté le 8 mars 2012].
- 269 *Sunil Babu Pant and others v. Nepal Government and others* [2008] 2 NJA L.J. 261–286; National Judicial Academy (NJA), Népal, 2010, *The landmark decisions of the Supreme court, Nepal on Gender Justice*. Disponible sur : http://www.njanepal.org.np/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&task=download&id=64%3Athe-landmark-decisions-of-the-supreme-court-nepal-on-gender-justice&Itemid=159 [Consulté le 28 mars 2012]; Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An Agenda for action*, UNDP. Disponible sur : http://regionalcentrebangkok.undp.or.th/practices/hivaids/documents/874_UNDP_final.pdf [Consulté le 28 mars 2012]; UNDP, *Nepal census recognizes third gender for the first time*. Disponible sur : http://www.beta.undp.org/undp/en/home/ourwork/hivaids/successstories/Nepal_third_gender_census_recognition.html [Consulté le 28 mars 2012].
- 270 Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An Agenda for action*, UNDP. Disponible sur : http://regionalcentrebangkok.undp.or.th/practices/hivaids/documents/874_UNDP_final.pdf [Consulté le 28 mars 2012]; Katyal, Sonia, (2010), *The Dissident Citizen*, UCLA Law Review, Vol. 57, p. 1415, 2010; Fordham Law Legal Studies Research Paper No. 1547148. Disponible sur SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1547148> [Consulté le 24 avril 2012]; Redding, Jeff, (2011), *From 'She-Males' to 'Unix': Transgender Rights in Pakistan and the Criminal Law Origins of a Constitutional Case*. Disponible sur SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1905070> [Consulté le 24 avril 2012].
- 271 UNOCD, *Prison Settings*. Disponible sur : <http://www.unodc.org/southernafrica/en/hiv/prison-settings.html> [Consulté le 6 mars 2012].
- 272 ICPS, *Entire world - Prison Population Rates per 100,000 of the national population*. Disponible sur : http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_stats.php?area=all&category=wb_poprate [Consulté le 6 mars 2012].
- 273 Goyer, KC., (2003), *HIV/AIDS in Prison, Problems, Policies and Potential*, Institute for Security Studies Monographs, p. 103.
- 274 International HIV/AIDS Alliance and Commonwealth HIV and AIDS Action Group, (2010), *Enabling legal environments for effective HIV responses: A leadership challenge for the Commonwealth*. Disponible sur : <http://>

- www.hivpolicy.org/Library/HPP001810.pdf [Consulté le: 6 mars 2012].
- 275 *Ibid.*
- 276 *Ibid.*
- 277 Lines, R., (2008), *The right to health of prisoners in international law*, International Journal of Prisoner Health 4(1), p. 6.; Goyer, KC., 2003, supra. À titre d'exemple, voir également les nombreux cas qui ont reconnu l'impact des conditions carcérales sur le risque de VIH encouru par les prisonniers, dont *S v. Magida*, Case No. 515/2004. Disponible sur : <http://www.saflii.org/za/cases/ZASCA/2005/68.html> [Consulté le 6 mars 2012]; et *EN and Others v Government of the Republic of South Africa*, Case No. 4576/2006. Disponible sur : <http://www.beatit.co.za/media/PDFs/EN%20and%20Others%20v%20Government%20of%20the%20RSA.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 278 *Ibid.* Dans l'affaire EN et autres, le tribunal a fait référence à la vulnérabilité particulière des prisonniers au VIH. Le juge a fourni deux exemples précis qui expliquent pourquoi les prisonniers sont plus vulnérables au VIH : tout d'abord, ils sont à la merci du personnel des prisons qui a pour mandat de les transporter ou de faciliter leur accès à des cliniques VIH ; et deuxièmement, les prisonniers ne reçoivent pas tous les services qui pourraient être fournis à d'autres personnes de la communauté, par exemple, des consultations à domicile.
- 279 Johnson, R. and Raphael, S., (2006), *The Effects of Male Incarceration Dynamics on AIDS Infection Rates among African American Women and Men*, Working Paper 22, National Poverty Center, University of Michigan. Disponible sur : http://www.npc.umich.edu/publications/working-paper06/paper22/working_paper06-22.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 280 Csete, J., (2010), *Consequences of Injustice: Pre-trial Detention and Health*, International Journal of Prisoner Health 6(2), p. 47–58; Jürgens, R., and Tomasini-Joshi, T., (2010), *Editorial*, International Journal of Prisoner Health 6(2), p. 45–46; Jürgens, R., and Betteridge, G., (2005), *Prisoners who inject drugs: Public health and human rights imperatives*, Health and Human Rights 8(2), p.54.
- 281 Basic Principles for the Treatment of Prisoners, (1990), U.N. G.A. Res. 45/111, annex, 45 U.N. GAOR Supp. (No. 49A) at 200, U.N. Doc A/45/49.
- 282 Article 10, *Convention internationale sur les droits civils et politiques*. Disponible sur : <http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm> [Consulté le 24 avril 2012].
- 283 Ce « principe d'équivalence » jouit d'un large consensus parmi les institutions et instruments internationaux en matière de santé et de droits de l'homme. Voir, par exemple, Basic Principles for the Treatment of Prisoners (1990), supra; World Health Organization, (1993), *Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons*; UN Office on Drugs and Crime, World Health Organization and UNAIDS, (2006), *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*; Conseil de l'Europe, Comité des ministres, Recommandation du Comité des ministres aux États membres sur la question des Règles pénitentiaires européennes (adopté au 11 janvier 2006).
- 284 En ce qui concerne l'Article 3, voir par exemple la Convention européenne des droits de l'homme, Akandji, JF., (2007), *Positive Obligations under the European Convention on Human Rights*, Human Rights Handbook Nr. 7, Conseil de l'Europe. Disponible sur : <http://echr.coe.int/NR/rdonlyres/1B521F61-A636-43F5-AD56-5F26D46A4F55/0/DG2ENHRHAND072007.pdf> [Consulté le 6 mars 2012]; Lines, R., (2007), *Injecting Reason: Prison Syringe Exchange and Article 3 of the European Convention on Human Rights*. Disponible sur : <http://www.humanrightsanddrugs.org/wp-content/uploads/2009/09/Injecting-Reason-R-Lines.pdf> [Consulté le 8 mars 2012]; Elliott, R., (2011), *Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers*, Open Society Foundations. Disponible sur : http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/treatment-or-torture-20110624/treatment-or-torture-20110624.pdf [Consulté le 8 mars 2012].
- 285 Contribution soumise par Thai AIDS Action Group, Thaïlande pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 286 Human Rights Watch, (2006), *HIV/AIDS in Prisons*, New York, ÉTATS-UNIS; Voir également UNODC, UNAIDS (2008), *Women and HIV in Prison Settings*, Genève, Suisse; UNODC, UNAIDS, (2007), *HIV and Prisons in Sub-Saharan Africa, Genève, Suisse and Eurasian Harm Reduction Network*, Disponible sur : <http://www.harm-reduction.org/>

- prisons/advocacy-and-policy.html [Consulté le 6 mars 2012]. Ces sources notent que l'incarcération a fréquemment pour résultat l'interruption de traitement pour le VIH, la tuberculose et la dépendance de drogues. De façon générale, consulter, Lines, R., (2008), *The Right to Health of Prisoners in International Human Rights Law*, International Journal of Prisoner Health 4(1), p. 3–53.
- 287 AIDS and Rights Alliance of Southern Africa, (2009), *HIV/AIDS and Human Rights in Southern Africa*. Disponible sur : http://www.safaid.net/files/ARASA_Human_rights_report_2009.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 288 *Ibid.*
- 289 Jurgens, R., Lines, R. and Cook, C., (2010), *Out of sight, out of mind? Harm reduction in prisons and other places of detention*, in Cook, C., (2010), *Global State of Harm Reduction: Key issues for broadening the response*, International Harm Reduction Association.
- 290 WHO/Europe, (2005), *Status Paper on Prisons, Drugs, and Harm Reduction*, Disponible sur : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 291 Martin, V. et al., (1998), *Predictive Factors of HIV infection in Injection Drug Users Upon Incarceration*, European Journal of Epidemiology 14(4), p. 327–331.
- 292 Jürgens, R., Ball, A., Verster, A., (2009), *Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison*, The Lancet infectious diseases 9(1). Disponible sur : <http://www.who.int/hiv/topics/idu/InterventionsReduceHIVIDUinPrisons.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 293 Harm Reduction International, (2010), *Global State of Harm Reduction*. Disponible sur : <http://www.ihra.net/international-response> [Consulté le 6 mars 2012].
- 294 Jürgens, R., Ball, A., Verster, A., (2009), *Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison*, The Lancet infectious diseases 9(1). Disponible sur : <http://www.who.int/hiv/topics/idu/InterventionsReduceHIVIDUinPrisons.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 295 Ministre de la Justice de la République de Moldavie au cours du Dialogue régional Europe de l'Est et Asie centrale, 18-19 mai 2011.
- 296 *Strykiwsky v. Mills et Canada*, Court File No. T-389-00 (2000).
- 297 IOM, (2010), *World Migration Report 2010, The Future of Migration: Building Capacities for Change*, IOM, Genève, Suisse; UN DESA, (2010), *World Population Policies 2009*, UN DESA, New York; UN DESA, (2009) *Trends in total migrant stock: 2008 revision*, UN DESA, New York; UNDP, (2009), *Human Development Report 2009, Overcoming barriers: Human mobility and development*, UNDP.
- 298 UNAIDS, IOM, ILO, (2008), *HIV and International Labour Migration: Policy Brief*, Genève, Suisse.
- 299 *Ibid.* Voir également Centre for Disease Control and Prevention, (2010), *Estimated lifetime risk for Diagnosis of HIV Infection amongst Hispanics/Latinos—37 states and Porto Rico*, 15 octobre 2010, 59(40): 1297–1301; UNDP, (2004), *Migration and HIV: Vulnerability Assessment among Foreign Migrants in South Korea*, UNDP Report, Corée du Sud. Voir également par exemple, le document soumis par Palitha Vijayabandara, Sri Lanka, pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011 qui explique : « Bien que les travailleurs soient de par leur statut vulnérables, le fait d'être une femme ou d'appartenir à une minorité sexuelle augmente cette vulnérabilité ».
- 300 Centre for Disease Control and Prevention, (2010), *Estimated lifetime risk for Diagnosis of HIV Infection amongst Hispanics/Latinos—37 states and Porto Rico*, 15 octobre 2010, 59(40): 1297–1301; Voir, par exemple, une étude sud-africaine consacrée à des femmes vivant à Carltonville, qui montre que les taux d'infection au VIH étaient de 46,0 % pour les migrantes et de 37,1 % pour les non migrantes, Zuma, K., Gouws, E., Williams, B. and Lurie, M., (2003) *Risk factors for HIV-infection among women in Carltonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases*, International Journal of STD and AIDS, Vol 14, 814–817. De même, une étude effectuée en République Dominicaine a montré que les femmes migrantes ont un profil de risque semblable à celui des travailleurs du sexe, Brewer T., et al., (1998) *Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations*, AIDS, Vol. 12, 879–1887.
- 301 UNAIDS, IOM, ILO, (2008), *HIV and International Labour Migration: Policy Brief*, Genève, Suisse; Zuma, K., Gouws, E., Williams, B. and Lurie, M., (2003), *Risk factors for HIV-infection among women in Carltonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases*, International Journal of STD and AIDS, Vol. 14, 814–817. Brewer T., et al., (1998) *Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations*, AIDS, Vol. 12, 879–1887. Selon les auteurs de l'étude de Carltonville, les femmes migrantes entretiennent

- draient de multiples relations sexuelles pour des raisons économiques, avec pour effet d'augmenter leur risque d'infection au VIH. Voir également, UNDP, (2008), *HIV Vulnerabilities Faces by Women Migrants: From Asia to the Arab States, From Silence, Stigma and Shame to Safe Mobility with Dignity, Equity and Justice*, UNDP.
- 302 UNAIDS, IOM, ILO, (2008), *HIV and International Labour Migration: Policy Brief*, Genève, Suisse.
- 303 Communication personnelle du Commissaire Jon Ungphakorn, 22 novembre 2011 sur la situation en Thaïlande, et voir, par exemple, Human Rights Watch, (2007), *Chronic Indifference: HIV/AIDS Services for Immigrants detained by the United States*, Vol. 10, New York, États-Unis, qui décrit le manque d'accès à un traitement VIH pour les personnes détenues dans les centres d'immigration des États-Unis.
- 304 *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (1966); *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDESC) (1966); *la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (1979); *Convention sur les droits de l'enfant* (1989) et son Protocole facultatif (2000); *Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes* (2000). Le PISEC, en son Article 12, reflète le droit humain au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, auquel il est fait référence ici sous l'expression « droit à la santé ». Voir également la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail (1998); UNESCO, (1960), *Convention concernant la lutte contre la discrimination dans le domaine de l'enseignement*. L'Article 1 explique que le terme discrimination « comprend toute distinction, exclusion, limitation ou préférence qui, fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la condition économique ou la naissance, a pour objet ou pour effet de détruire ou d'altérer l'égalité de traitement en matière d'enseignement ».
- 305 L'Article 12 (1) du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (1966): « Quiconque se trouve légalement sur le territoire d'un État a le droit d'y circuler librement et d'y choisir librement sa résidence ». Voir également l'Article 13 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme*, 10 décembre 1948.
- 306 Voir également les principes et normes définis dans les instruments pertinents élaborés dans le cadre de l'OIT, en particulier la Convention concernant les travailleurs migrants, No. 97, adoptée en 1949 et la Convention sur les migrations dans des conditions abusives et sur la promotion de l'égalité de chances et de traitement des travailleurs migrants, No 143, adoptée en 1975.
- 307 *Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille*, 45e séance de l'Assemblée générale le 18 décembre 1990, A/RES/45/158.
- 308 Voir, par exemple, la communication personnelle du Commissaire Jon Ungphakorn, *supra*. Voir également document soumis par Space Allies, Japon, Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011, qui explique comment des personnes qui n'ont pas la nationalité japonaise et n'ont pas de résidence fixe sont exclues du système national de santé.
- 309 Au cours du Dialogue régional Afrique, il a été rapporté que les ARV ne sont fournis qu'à des prisonniers qui sont des citoyens du Botswana, Rapport du Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011, Pretoria, Afrique du Sud.
- 310 Medical Justice, (2011), *Detained and Denied, The Clinical Care of Immigration Detainees Living with HIV*, disponible sur <http://www.medicaljustice.org.uk/images/stories/reports/d%26d.pdf>. [Consulté le 3 avril 2012]. National Aids Trust, (2011), *Failures of HIV Treatment in Immigration Removal Centres are Inexcusable*, mars 2011. Disponible sur : <http://www.nat.org.uk/News-and-Media/Press-Releases/2011/March/Medical%20Justice.aspx>. [Consulté le 3 avril 2012]. Document d'expert soumis par le *African Health Policy Network* pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 311 National Aids Trust, (2012), *NAT comments on the Government's commitment to give free HIV treatment in England to all those who need it*, Communiqués de presse, février 2012. Disponible sur : <http://www.nat.org.uk/News-and-Media/Press-Releases/2012/February/Charging%20amendment.aspx> [Consulté le 29 mars 2012]; Migrants' Rights Network, (2012), *HIV treatment to be free for undocumented migrants and non-UK citizens*, 5 mars 2012. Disponible sur : <http://www.migrantsrights.org.uk/news/2012/hiv-treatment-be-free-undocumented-migrants-and-non-uk-citizens> [Consulté le 29 mars 2012].

- 312 UNAIDS (2011), *HIV-related restrictions on entry, stay and residence*, UNAIDS Human Rights and Law Team, juin 2011, <http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments/eliminatingtravelrestrictions/> [Consulté le 10 Janvier 2012]. En novembre 2011, 47 pays, territoires ou zones maintiennent toujours des restrictions discriminatoires à l'entrée, au séjour ou à la résidence de personnes vivant avec le VIH : Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 313 *Ibid.* Voir également le document soumis par European AIDS Treatment Group and Deutsche AIDS-Hilfe pour le Dialogue régional Europe de l'Est et Asie centrale, 18–19 mai 2011.
- 314 Contribution soumise par David Haerry et Peter Wiesner, Global Database on HIV-specific Entry and Residence Restrictions, Allemagne pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011.
- 315 *Ibid.* UNAIDS, (2009), *The Impact of HIV-related Restrictions on Entry, Stay and Residence: Personal Narratives*, UNAIDS, Genève, Suisse; UNAIDS, (2008), *Report of the international task team on HIV-related travel restrictions, Findings and Recommendations*, UNAIDS, Genève, Suisse.
- 316 See <http://hivtravel.org/Default.aspx?pagelid=150>. Voir également UNAIDS Press Release (2010), *UNAIDS salutes country leadership to eliminate HIV-related restrictions on entry, stay and residence*. Disponible sur : <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2010/july/20100720prtravelrestrictions/>. [Consulté le 3 avril 2012]; UNAIDS Press Statement, (2011), *Armenia Lifts Travel Ban for People Living with HIV*. Disponible sur : <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/july/20110715psarmenia/>. [Consulté le 3 avril 2012]; UNAIDS Press Statement, (2011), *Fiji Lifts Travel Ban for People Living with HIV*. Disponible sur : <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/august/20110826cfiji/>. [Consulté le 3 avril 2012]; UNAIDS Press Statement, (2010), *UN Secretary-General applauds the removal of entry restrictions based on HIV status by United States of America and Republic of Korea*. Disponible sur : http://data.unaids.org/pub/PressStatement/2010/20100104_ps_travelrestrictions_en.pdf [Consulté le 3 avril 2012]; Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 317 UNAIDS, WHO and UNICEF, (2011), *Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access—Progress Report 2011*. Disponible sur : http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 318 UNAIDS, UNIFEM and UNFPA, (2004), *Woman and HIV: Confronting the Crisis*. Disponible sur : http://www.unfpa.org/hiv/women/docs/women_aids.pdf [Consulté le 8 mars 2012]. Voir également contribution soumise par Meena Sen, SANGRAM, Inde pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 319 *Ibid.*
- 320 Quarraisha A-K., et al., (2010), *HIV and Maternal Mortality: Turning the Tide*, *Lancet* 375 (2010) : 1948–1949. Disponible sur : [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60747-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60747-7/fulltext) [Consulté le 6 mars 2012].
- 321 Hogan, M.C., et al., (2010), *Maternal Mortality for 181 Countries, 1980–2008: a Systematic Analysis of Progress Towards the Millennium Development Goal 5*, *Lancet*. Disponible sur : http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100402_ihmearticle.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 322 Basu, A. et Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011; Contribution soumise par le National Youth Council of Malawi, Malawi pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; Assemblée générale des Nations-Unies, (2005), *Special Rapporteur on Violence Against Women: Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women, Intersections of Violence Against Women and HIV/AIDS, E/*

- CN.4/2005/72. Disponible sur : <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/102/11/PDF/G0510211.pdf?OpenElement> [Consulté le 6 mars 2012].
- 323 Ngwena C., (2011), *Sexual Health and Human Rights in the African Region*, ICHRP. Disponible sur : http://www.ichrp.org/files/papers/185/140_Ngwena_Africa_2011.pdf#search=%27Sexual%20rights%20in%20africa%20%27. [Consulté le 10 avril 2012]. Voir également Assemblée générale des Nations-Unies, (2006), *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary General, A/61/122/Add. 1*. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/refworld/docid/484e58702.html> [Consulté le 6 mars 2012].
- 324 *Ibid.*
- 325 Contribution soumise par l'American Society for Muslim Advancement, États-Unis pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011.
- 326 Contribution soumise par Nontobeko Prudence Brenda Dlamini, International Community of Women Living With HIV (ICW-Southern Africa), Swaziland pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 327 Basu, A. et Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; UNAIDS (2010) Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Disponible sur : http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm [Consulté le 6 mars 2012].
- 328 Sivakumaran, S., (2007), *Sexual Violence Against Men in Armed Conflict*, The European Journal of International Law, 18:2. Disponible sur : <http://ejil.oxfordjournals.org/content/18/2/253.full.pdf+html> [Consulté le 10 avril 2012]; Africa Faith and Justice Network, (2011), *Male Rape in Armed Conflict Widespread and Underreported*. Disponible sur : <http://afjn.org/focus-campaigns/promote-peace-d-r-congo/30-commentary/986-male-rape-in-armed-conflict-underreported-.html> [Consulté le 6 mars 2012].
- 329 Frasca, T., (2005), *AIDS in Latin America*, Palgrave/Macmillan.
- 330 Assemblée générale des Nations-Unies, (2009), *Intensification of Efforts to Eliminate All Forms of Violence Against Women*, Resolution 63/155, 30 janvier 2009.
- 331 Basu, A. et Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; Cusack, S., (2010), *Advancing Sexual Health and Human Rights in the Western Pacific*, International Council on Human Rights Policy. Disponible sur : http://www.ichrp.org/files/papers/179/140_Simone_Cusack_Western_Pacific_2010.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 332 WHO, (2005), *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Response*. Disponible sur : http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/ [Consulté le 6 mars 2012].
- 333 Assemblée générale des Nations-Unies, (2005), *Special Rapporteur on Violence Against Women: Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women, Intersections of Violence Against Women and HIV/AIDS*, E/CN.4/2005/72. Disponible sur : <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/102/11/PDF/G0510211.pdf?OpenElement> [Consulté le 6 mars 2012]. ECOSOC, (2006), Special Rapporteur on Violence Against Women, *Its Causes and Consequences: Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women*, E/CN.4/2006/61. Disponible sur : <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G06/103/50/PDF/G0610350.pdf?OpenElement> [Consulté le 6 mars 2012]; Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, (1992), *General Recommendation No. 19: Violence Against Women Eleventh Session*, A/47/38. Disponible sur : <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm> [Consulté le 6 mars 2012]; Assemblée générale des Nations-Unies, (2010), *Report of the Special Rapporteur on torture, and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, A/HRC/13/39/Add.5. Disponible sur : http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/13session/A.HRC.13.39.Add.5_en.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 334 La loi zimbabwéenne, *Criminal Law (Codification and Reform) Act No. 23, 2004*, définit le viol comme suit : « lorsqu'une personne de sexe masculin entreprend en

pleine connaissance de cause une relation sexuelle ou une relation sexuelle anale avec une personne du sexe féminin, et au moment du dit rapport sexuel, a) la personne de sexe féminin n'a pas consenti à ce rapport ; et la personne de sexe masculin sait que cette dernière n'a pas donné son consentement, et est conscient du fait qu'il y ait réellement un risque ou une possibilité que cette dernière n'ait pas donné son consentement ».

- 335 La Tanzanie et le Botswana n'ont pas établi que le viol conjugal est illégal: Legal Assistance Centre [Namibia] (LAC), (2006), *Rape in Namibia: An Assessment of the Operation of the Combating of Rape Act 8 2000*. (Voir une autre section ci-dessous sur le viol conjugal).
- 336 UN Women, (2011), *Progress of the World's Women 2011-2012: In pursuit of Justice*. Disponible sur : <http://progress.unwomen.org/2011/07/laws-on-violence-against-women> [Consulté le 6 mars 2012].
- 337 *Ibid.* Assemblée générale des Nations-Unies, (2006), *In-depth study on all forms of violence against Women, A/61/122/Add.1*. Disponible sur : http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/61/122/Add.1 [Consulté le 24 avril 2012]
- 338 UN Secretary-General Database on Violence Against Women, (2009), *Antigua: Section 4 of the Sexual Offenses Act 1995 (No.9 of 1995)*. Disponible sur : <http://webapps01.un.org/vawdatabase/searchDetail.action?measureId=28469&baseHref=country&baseHrefId=136> [Consulté le 7 mars 2012]; UN Secretary-General Database on Violence Against Women, (2009), *Bahamas: Section 15 of the Sexual Offenses and Domestic Violence Act (1991)*. Disponible sur : <http://webapps01.un.org/vawdatabase/searchDetail.action?measureId=28489> [Consulté le 6 mars 2012].
- 339 Contribution soumise par Rup Narayan, Forum for Women, Law and Development, Népal pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; Maria Eugenia Calvin Perez, Observatorio de Equidad de Genero en Salud (OEGS), Chili, pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011; Kassoum Ibrahim, Association des Jeunes Juristes du Niger, Niger; Odikpo Josephine Uzoya Anthonia, Center for Rights and Development, Nigeria; Sanger et Keehn; Cheung pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; UNAIDS and UNCHR, (2006), *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights Consolidated Version*. Disponible sur : http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf [Consulté le 6 mars 2012]; Basu, A. et Me-non, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; Human Rights Watch, (2011), *He Loves You, He Beats You: Family Violence in Turkey and Access to Protection for a discussion of the failures of implementing domestic violence laws*. Disponible sur : <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/turkey0511webwcover.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 340 Contribution soumise par l'Observatorio de Equidad de Genero en Salud (OEGS), Chili pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011.
- 341 The Global Commission on Women and AIDS and WHO, (2004), *Sexual Violence in Conflict Settings and the Risk of HIV*. Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/un aids/2004/a85593.pdf> [Consulté le 25 octobre 2011].
- 342 Commission des droits de l'homme des Nations Unies, (2004), *The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*, Resolution 2004/27, 16 avril 2004. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/refworld/topic,4565c2252f,4565c25f3e3,45377c40c,0,,RESOLUTION,html> [Consulté le 29 mars 2012].
- 343 UNAIDS, UNIFEM and UNFPA, (2004), *Woman and HIV: Confronting the Crisis*. Disponible sur : http://www.unfpa.org/hiv/women/docs/women_aids.pdf [Consulté le 8 mars 2012]; Commission des droits de l'homme des Nations Unies, (2005), *Elimination of Violence Against Women*, Resolution 2005/41, para. 9. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/refworld/docid/45377c59c.html> [Consulté le 29 mars 2012]; UNAIDS and Global Coalition on Women and AIDS, (2004), *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections*, Information Bulletin Series, 1–9. Disponible sur : <http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf> [Consulté le 29 mars 2012].
- 344 Lewis, I., Maruia, B., et al., (2008), *Report on the links between Violence against Women and the Transmission of HIV in 4PNG provinces*, University of Canberra, Australie et National AIDS Council, Papouasie Nouvelle-Guinée.

- 345 WHO, (2002), *World Report on Violence and Health*. Disponible sur : http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ Consulté le 6 mars 2012].
- 346 Selon le FNUAP, près de 50 % de toutes les agressions sexuelles dans le monde ont pour victimes des filles de 15 ans ou moins : Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *State of World Population 2005—The Promise of Equality: Gender Equity, Reproductive Health and the Millenium Development Goals*, chapter 7. Disponible sur : www.unfpa.org/swp/2005/english/ch7/index.htm [Consulté le 6 mars 2012].
- 347 Human Rights Watch, (2004), *Deadly Delay*. Disponible sur : <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/southafrica0304.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 348 Contribution soumise par Syed Mohsin Raza, Friends for Progress, Pakistan pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 349 Contribution soumise par la Tanzanie pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 350 Les services de santé de la reproduction particulièrement importants dans le cadre du VIH comprennent l'accès à la contraception, les soins prénataux, l'assistance qualifiée à la naissance et les soins postnataux ; la prévention et le traitement approprié de la sous-fertilité et de l'infertilité ; l'avortement légal et sans risque ; la gestion des complications résultant d'un avortement à risque ; et la prévention et le traitement des affections de l'appareil génital et des infections sexuellement transmissibles ; et la gestion des complications et urgences obstétrique et néonatales, y compris l'approvisionnement en sang non contaminé.
- 351 UNICEF, (2010), Preventing Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV. Disponible sur : http://www.unicef.org/esaro/5482_pmtct.html [Consulté le 7 mars 2012].
- 352 Contributions d'experts soumis par le Centre for Population, Research and Reproductive Health, 2011. Voir également Ibrahim Naiya Sada, Fatima L. Adamu and Ali Ahmad, (2005), *Promoting women's rights through Sharia in Northern Nigeria*, British Council. Disponible sur : http://www.ungei.org/resources/files/dfid_promoting_womens_rights.pdf; *DIVORCE—The Dissolution of a Marriage in Muslim Personal Laws in Nigeria*, Baobab legal Literacy Leaflet No.2. Disponible sur : <http://www.nigerianlawguru.com/articles/family%20law/DIVORCE%20-%20THE%20DISSOLUTION%20OF%20A%20MARRIAGE%20IN%20MUSLIM%20PERSONAL%20LAWS%20IN%20NIGERIA.pdf> [Consulté le 11 avril 2012]; Dr. Peter Ruus, (2001), *The reintroduction of Islamic criminal law in northern Nigeria a study conducted on behalf of the European Commission*. Disponible sur : http://rezaei.typepad.com/hassan_rezaei/files/islamic-criminal-law-nigeria_en.pdf [Consulté le 11 avril 2012]. Ibrahim Na'ya Sada, (2006), *The Making of the Zamfara and Kano State Sharia Penal Codes*. Disponible sur : http://www.sharia-in-africa.net/media/publications/sharia-implementation-in-northern-nigeria/vol_4_3_chapter_4_part_II.pdf [Consulté le 24 avril 2012].
- 353 Guttmacher Institute, (2011), *Estimating Unintended Pregnancies Averted from Couple-Years of Protection (CYP)*. Disponible sur : <http://www.guttmacher.org/pubs/2011/01/24/Guttmacher-CYP-Memo.pdf>. [Consulté le 6 mars 2012]; Ahmed, S. and Hill, K., (2011), *Maternal Mortality Estimation at the Subnational Level: a Model-based Method with an Application to Bangladesh*, WHO Bulletin. Disponible sur : http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862011000100008&script=sci_arttext [Consulté le 7 mars 2012]; Collumbien, M., Gerresu, M., and Cleland, J., (2004), *Non Use and Use of Ineffective Methods of Contraception*; Ezzati, M., Lopez, A., Rogers, A., Murray, C. eds., (2004), *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors*, Genève: World Health Organization, 1255–320; Singh, S. et al., (2009), *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*, New York: Guttmacher Institute et Fonds des Nations Unies pour la population. Disponible sur : <http://www.guttmacher.org/presentations/Adding-It-Up.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 354 « Le temps a passé et nous n'arrêtons pas d'essayer ; je ne pouvais pas concevoir... J'ai finalement décidé de retourner chez mon médecin pour obtenir une aide médicale. Vous auriez dû voir son visage après que je lui ai raconté mon histoire. Il m'a simplement demandé, « Pourquoi voulez-vous avoir encore un enfant alors que vous avez failli mourir lors de votre dernier accouchement, et que de plus, vous avez été stérilisée au moment

- de la naissance de votre fille » : Contributions soumises par Nontobeko Prudence Brenda Dlamini, ICW, Swaziland, pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; Magalia pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; Elena Bilokon, NGO Kredo, Kazakhstan, pour le Dialogue régional Europe de l'Est & Asie centrale, 18–19 mai 2011; Maria Eugenia Calvin Perez, Observatorio de Equidad de Genero en Salud (OEGS), Chili pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011; Charles Kwadwo Oppong, NAP+, Ghana; Kassoum Ibrahim, Association des Jeunes Juristes du Niger, Niger; Shadie Wenafonu Marysha, UCOP+, RD Congo; Priti Patel, Southern African Litigation Centre, Afrique du Sud pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; Brook Kelly, US Positive Women's Network, États-Unis pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011; Basu, A. et Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011. Voir également Human Rights Watch, A Test of Inequality, (2004), *Discrimination against Women Living with HIV in the Dominican Republic*, HRW, Vol. 16. Disponible sur : <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/dr0704.pdf> [Consulté le 24 avril 2012]
- 355 Open Society Foundations, (2011), *Against her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide*. Disponible sur : http://www.soros.org/initiatives/health/focus/law/articles_publications/publications/against-her-will-20111004/against-her-will-20111003.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 356 Contribution soumise par Grace Maingi-Kimani, Federation of Women Lawyers, Kenya pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 357 Contribution soumise par Maliyere Gabriel, Réseau centrafricain des Personnes Vivant Avec le VIH/SIDA, République Centrafricaine, pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 358 The African Union Commission, (2006), *The Maputo Plan for Action, 2007–2010*. Disponible sur : http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 359 UNAIDS. (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic*. Disponible sur : http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm [Consulté le 7 mars 2012].
- 360 Assemblée générale des Nations-Unies, (1966), *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (ICCPR), 16 décembre 1966, 999 U.N.T.S. 171, articles 2(1) and 3. Assemblée générale des Nations-Unies, *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (CEDAW), 1979.
- 361 Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, (2003), *Protocole relatif à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples sur le droit des femmes en Afrique*. Disponible sur : http://www.achpr.org/english/_info/women_en.html [Consulté le 7 mars 2012].
- 362 *Ibid.*
- 363 Contribution soumise par Noorjehan Safia Niaz, Bharatiya Muslim, Inde pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; Judith Kateule, Zambia; Odikpo Josephine Uzoya Anthonia, Center for Rights and Development, Nigeria; Sylvia Chirawu, Women and Law In Southern Africa Research and Education Trust, Zimbabwe; Allan Maleche, KELIN, Kenya; Priti Patel, Southern African Litigation Centre, Afrique du Sud; Annmarie Mavensjina Nkelame, Tanzanie, pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; Ahmed, A., (2011), '*Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV*'. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; Maleche, A. et Day, E., (2011), '*Traditional Cultural Practices and HIV: Reconciling Culture and Human Rights*'. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011. Voir également WHO, (2009), *Women and Health, Today's Evidence, Tomorrow's Agenda*, WHO, Genève. Sa Z., Larsen U., (2008), *Gender Inequality Increases Women's Risk of HIV Infection in Moshi, Tanzania*, Journal of Biosocial Science, 40: 505-525.
- 364 Contribution soumise par Noorjehan Safia Niaz, Bharatiya Muslim, Inde, pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; Ngwenya, C., (2010), *Sexual Health and Human Rights in the African Region*; cité dans Basu, A. et Menon, R., (2011), *Violence Against Women*,

- HIV/AIDS Vulnerability and the Law*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.
- 365 Toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales. Ces interventions sont très largement pratiquées en Afrique, dans certains pays d'Asie et du Moyen-Orient et dans la péninsule arabique, en Australie et en Amérique latine.
- 366 Une pratique traditionnelle dans laquelle une femme, lorsqu'elle devient veuve, est « héritée » par le frère de son mari. Historiquement, ces pratiques avaient pour objectif de pourvoir aux besoins d'une veuve et de ses enfants, mais les pratiques récentes tendent à forcer la femme à avoir des relations sexuelles avec celui qui l'a héritée. Plusieurs pays africains, le Kenya, le Zimbabwe, le Malawi, la Zambie, la Namibie et l'Ouganda, ont fait état de cette pratique.
- 367 Un acte sexuel par un parent du mari qui, selon la croyance, va purifier la femme en introduisant du sperme dans le corps de cette dernière. Cette pratique est couramment pratiquée chez les veuves après la mort de leur mari. Elle a été documentée dans de nombreux pays africains : le Kenya, le Malawi, la Zambie et le Botswana.
- 368 Contribution soumise par Bocci et Khan pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011; Basu, A. et Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011; Ahmed, A., (2011), *Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7-9 juillet 2011; Maleche, A. et Day, E., (2011), *Traditional Cultural Practices and HIV: Reconciling Culture and Human Rights*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7-9 juillet 2011; New York Times, (2005), *AIDS Now Compels Africa to Challenge Widows' 'Cleansing'*. Disponible sur : <http://www.nytimes.com/2005/05/11/international/africa/11malawi.html?pagewanted=print> [Consulté le 16 juin 2011]; Loosli, B.C., (2004), *Traditional Practices and HIV Prevention in Sub-Saharan Africa*. Disponible sur : http://www.gfmer.ch/GFMER_members/pdf/Traditional_HIV_Loosli.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 369 « Il y a une fille dans une des communautés du district de Mzimba qu'on a marié de force, et son nom n'a pas été révélé. Elle a abandonné l'école bien qu'elle avait bon espoir que cette dernière allait lui permettre de changer son avenir une fois qu'elle aurait terminé son éducation. Après deux ans, elle a découvert qu'elle était séropositive et est certaine que c'est son mari qui lui a transmis le VIH. Cette fille vit aujourd'hui une vie misérable, dans la crainte et sans aucun espoir, car elle a peur de mourir bientôt, comme prévu », James Wilson Phiri, Malawi pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; UNAIDS, UNIFEM et UNFPA, (2004), *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. Disponible sur : <http://www.unfpa.org/hiv/women/> [Consulté le 7 mars 2012]; cité dans Basu, A. et Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.
- 370 *Combating of Rape Act 8 2000*, s. 3, et la loi zimbabwéenne, *Criminal Law (Codification and Reform) Act*, No. 23 2004, s. 68(a).
- 371 Ahmed, A., (2011), *Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011; Africa Renewal, (2008), *Women Struggle to Secure Land Rights*. Disponible sur : <http://www.un.org/en/africarenewal/vol22no1/221-women-struggle-to-secure-land-rights.html> [Consulté le 7 mars 2012].
- 372 UNDP, (2007), *Women's Property Rights as an AIDS Response: Emerging Efforts in South Asia*. Disponible sur : <http://www.beta.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/hiv-aids/womens-property-rights-as-an-aids-response-emerging-efforts-in-south-asia/214.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].

- 373 Voir, par exemple, l'affaire *Ndossi v Ndossi* en Tanzanie, dans laquelle une veuve a été désignée comme l'administrateur de l'héritage de son mari malgré l'opposition du beau-frère de ce dernier, ainsi que l'affaire *Owagage v Mudhma* en Ouganda, dans laquelle la haute Cour de l'Ouganda a jugé qu'un testament donnant propriété à la femme du défunt était valide malgré la détention de la propriété en fiducie par les hommes du clan. Ces cas sont discutés dans Ahmed, A., 2011. '*Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV*'. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.
- 374 Immigration and Refugee Board of Canada, (2007), *Zimbabwe: Recent domestic violence legislation and its implementation*. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/refworld/docid/469cd6941e.html> [Consulté le 6 mars 2012].
- 375 Contribution soumise par Rup Narayan, Forum for Women, Law and Development, Népal pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; Judith Kateule, Zambie; Odikpo Josephine Uzoya Anthonia, Center for Rights and Development, Nigéria; Sylvia Chirawu, Women and Law In Southern Africa Research and Education Trust, Zimbabwe; Allan Maleche, KELIN, Kenya; Annmarie Mavenjina Nkelame, Tanzanie pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 376 Contribution soumise par KELIN, Kenya, pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 377 Deacon, H. and Stephney, I., (2007), *HIV/AIDS, Stigma and Children: A Literature Review*, Human Sciences Research Council, Pretoria, Afrique du Sud.
- 378 Définition de l'enfant (Article 1 de la Convention sur les droits de l'enfant des Nations Unies) : Au sens de la convention, un enfant est un être humain âgé de moins de dix-huit ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt, en vertu de la législation qui lui est applicable. Le Comité des droits de l'enfant, l'entité de surveillance de cette convention, a encouragé les États à revoir l'âge de la majorité si ce dernier est inférieur à 18 ans, et à accroître le niveau de protection pour tous les enfants de moins de 18 ans. Disponible sur : <http://www2.ohchr.org/english/law/crc.htm> [Consulté le 29 décembre 2011]; lorsque la jeunesse se définit en termes d'âge, l'âge de la majorité varie. Par exemple, la définition officielle que donnent les Nations Unies de la jeunesse comprend toutes les personnes dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans, tandis que l'UNESCO définit les jeunes comme étant des personnes dont l'âge est compris entre 10 et 1900 (UNESCO 2004). L'Unicef identifie « les adolescents » (10 à 18 ans) tandis que la convention des Nations Unies pour la protection de l'enfant considère comme « enfant » toute personne jusqu'à 18 ans. Par conséquent, quelqu'un dont l'âge est compris entre 15 et 18 ans peut être considéré comme un « jeune », un « enfant » ou comme faisant partie de la jeunesse ; UNICEF, (2012), *Towards an AIDS Free Generation*. Disponible sur : http://www.unicef.org/about/execboard/files/Towards_and_AIDS_Free_Generation_18JAN2012.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 379 Secrétaire général des Nations Unies, (2011), *Uniting for Universal Access*, Report of the Secretary General, disponible sur http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110331_SG_report_en.pdf [Consulté le 4 avril 2012]; The Stephen Lewis Foundation, (2012), *Children and HIV AIDS*, Fact Sheet, Disponible sur : http://www.stephenlewisfoundation.org/assets/files/Materials%20-%20General/SLF_HIV-AIDS_factsheet_children.pdf. [Consulté le 4 avril 2012].
- WHO, UNICEF, UNAIDS, (2011), *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress towards Universal Access*, Progress Report 2011.
- 380 UNICEF, (2011), *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*. Disponible sur : http://www.who.int/hiv/pub/oic_report_en.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 381 UNICEF, (2008), *Global Perspectives on Consolidated Children's Statutes*. Disponible sur : http://www.unicef.org/policyanalysis/files/postscript_Childrens_Codes_formatted_final.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 382 Akhtur, S., (1996), *Do Girls Have a Higher School Drop-out Rate than Boys? A Hazard Rate Analysis of Evidence from a Third World City*, Urban Studies, Vol 33(1); Lloyd, C.B., Mensch, B.S., et Clark, W.H., (2000), *The Effects of Primary School Quality on School Dropout among Kenyan Girls and Boys*, Comparative Education Review, Vol. 44(2).
- 383 *Ibid.* Hunter, S., (1998), *Rethinking Development Paradigms in the Context of Extremely High Mortality in Sub-Saharan Africa*, UNICEF; Contribution soumise par Jean Claude

- Niyongabo, Burundi pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; National Association of PLHA, Népal, Meera Raghavendra, WINS, Inde pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011; Edstrom, J. & Kahn, N., (2009), *Protection and Care for Children Faced with HIV and AIDS in East Asia and the Pacific: Issues, priorities and responses in the region*, UNICEF et IDS. Disponible sur : <http://www.jlica.org/userfiles/file/Protection%20and%20Care%20book.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 384 Adato, M. et Bassett, L., (2009), *Social Protection to Support Vulnerable Children and Families: the Potential of Cash transfers to Protect Education, Health and Nutrition*, AIDS Care, 51.
- 385 World Bank, (2010), *A Cash Transfer Programme Reduces HIV Infection amongst Adolescent Girls*. Disponible sur : <http://siteresources.worldbank.org/DEC/Resources/HIVExeSummary%28Malawi%29.pdf> [Consulté le 7 mars 2012].
- 386 Contribution soumise par AIDS Action Committee of Massachusetts, Inc. pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011.
- 387 UNICEF, (2010), *Blame and Banishment, The Underground HIV Epidemic Affecting Children in Eastern Europe and Central Asia*. Disponible sur : http://www.unicef.org/serbia/UNICEF_Blame_and_Banishment%283%29.pdf [Consulté le 4 avril 2012].
- 388 Article 14 du code pénal paraguayen (*Loi 1136/97 portant sur les adoptions*) et l'article 17 (*Loi 1/92 modifiant le Code pénal*); Contribution soumise par María José Rivas Vera, SOMOSGAY, Paraguay pour le Dialogue régional Amérique latine, 26–27 juin 2011.
- 389 Contribution soumise par Gidnist Legal Aid NGO, Kiev, Ukraine pour le Dialogue régional Europe de l'Est et Asie central, 18–19 mai 2011.
- 390 McPherson, D., (2006), *Property Grabbing and Africa's Orphaned Generation: A Legal Analysis of the Implications of the HIV/AIDS Pandemic for Inheritance by Orphaned Children in Uganda, Kenya, Zambia and Malawi*, HIV/AIDS in Africa Project Paper, Université de Toronto. Disponible sur : http://74.125.95.132/search?q=cache:GDpSwNCYE6UJ:www.law.utoronto.ca/visitors_content.asp%3FitemPath%3D5/12/0/0/0%26contentId%3D1199+%22McPherson%22+%22Property+Grabbing+*+Africa%22&hl=en&ct=clnk&cd=1&gl=us [Consulté le 7 mars 2012]; cité dans Strode, A. et Grant, K., (2011), *Children and HIV*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; Contribution soumise par Wilfred Masebo, Malawi pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 391 UNICEF, (2006), *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children Affected by AIDS*. Disponible sur : http://www.unicef.org/publications/files/Africas_Orphaned_and_Vulnerable_Generations_Children_Affected_by_AIDS.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 392 Contribution soumise par Our Hope Foundation, Crimée, Ukraine pour le Dialogue régional Europe de l'Est et Asie centrale, 18–19 mai 2011.
- 393 Ely, A., (2008), *Looking after HIV: Considering the needs of HIV positive looked after children*, National Children's Bureau. Disponible sur : http://www.ncb.org.uk/media/442281/hiv_looking_after_hiv.pdf [Consulté le 7 mars 2012].
- 394 La loi américaine, *American with Disabilities Act (ADA) 1990*, interdit la discrimination sur la base d'un handicap. Le règlement relatif à la non discrimination est défini sous le Titre II, qui s'applique aux agences publiques d'adoption, comme suit : « Aucun individu qualifié ayant un handicap ne peut être exclu, à cause de ce handicap, de participer à des services, programmes, où activités d'un organisme public, ou se voir refuser les bénéfices de ces services, ou être sujet à la discrimination par un tel organisme ». Dans le Titre III, le règlement qui s'applique aux agences privées d'adoption (considérées comme des établissements publics par l'ADA) se définit comme suit : « Aucun individu ne sera sujet à discrimination sur la base d'un handicap dans la pleine et égalitaire jouissance des biens, services, équipements, privilèges, avantages, ou tout autre prestation effectuée par un établissement public par toute personne qui en est propriétaire, locataire (ou le met en location) ou gérant ». La loi *American with Disabilities Act* est disponible sur : <http://www.ada.gov/> [Consulté le 7 mars 2012].
- 395 Human Rights Watch, (2001), *In The Shadow Of Death: HIV/AIDS and Children's Rights in Kenya*. Disponible sur : <http://www.unhcr.org/refworld/publisher,HRW,,KEN,3bd0239c3,0.html> [Consulté le 6 mars 2012]; cited in, McPherson, D., 2005. *Property Grabbing and*

- Africa's Orphaned Generation: A Legal Analysis of the Implications of the HIV/AIDS Pandemic for Inheritance by Orphaned Children in Uganda, Kenya, Zambia and Malawi*, HIV/AIDS in Africa Project Paper, Université de Toronto. Disponible sur : http://74.125.95.132/search?q=cache:GDpSwNCYE6UJ:www.law.utoronto.ca/visitors_content.asp%3FitemPath%3D5/12/0/0/0%26contentId%3D1199+%22McPherson%22+%22Property+Grabbing+*+Africa%22&hl=en&ct=clnk&cd=1&gl=us [Consulté le 7 mars 2012]; Contribution soumise par Wilfed Masebo, Malawi pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011; National Association of PLHA, Népal; Meera Raghavendra, WINS, Inde; Fr. Jeyaseelan Y., MMSSS, Inde pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 396 Contribution soumise par Annmarie Mavensjina Nkelame, Tanzania Women Lawyers Association (TAWLA), Tanzanie pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 397 Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, General Comment No. 3, (2003), *HIV/AIDS and the rights of the Child*, CRC/GC/2003/3, 17 mars 2003.
- 398 Shanta Bloemen, (2011), *Teen Centres provide a Refuge for Adolescents Living with HIV in Botswana*, Newline. Disponible sur : http://www.unicef.org/infobycountry/botswana_58032.html [Consulté le 4 avril 2012].
- 399 Contribution soumise par Nthabiseng A. Phaladze, Université du Botswana, Botswana pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 400 Flicker, Sarah *et al.*, (2005), *Falling Through the Cracks of the Big Cities: Who is Meeting the Needs of HIV-positive Youth?* Canadian Journal of Public Health 96:4: 308–12.
- 401 Contribution soumise par Emily Hamblin, National Children's Bureau pour le Dialogue des pays à haut revenu, 16–17 septembre 2011.
- 402 Jackson, S., et Hafemeister, T.I., (2001), *Impact of Parental Consent and Notification Policies on the Decisions of Adolescents to be Tested for HIV*, Journal of Adolescent Health, Vol 29; Contribution soumise par Nthabiseng A. Phaladze, Université de Botswana, Botswana pour le Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011: Ce document décrit les difficultés rencontrées par les adolescents lorsqu'ils tentent d'avoir accès au dépistage du VIH au Botswana. Bien que la politique nationale en matière de dépistage de routine du VIH au Botswana permet aux enfants de donner leur accord au dépistage VIH de façon indépendante à l'âge de 16 ans, cette disposition n'est pas reconnue dans la loi, et par conséquent, de nombreux services exigent des enfants un consentement parental pour le dépistage VIH.
- 403 Jackson, S., et Hafemeister, T.I., (2001), *Impact of Parental Consent and Notification Policies on the Decisions of Adolescents to be Tested for HIV*, Journal of Adolescent Health, Vol .29; Meehan TM., Hansen, H., Klein, WC., (1997), *The Impact of Parental Consent on the HIV testing of Minors*, The American Journal of Public Health, 87(8), août 1997.
- 404 Strode, A., et Slack, C., (2009), *Sex, lies and disclosures: Researchers and the reporting of underage sex*, Southern African Journal of HIV Medicine, Vol 2.
- 405 Mail and Guardian Online, (2011), *Criminalising Sex is not the Answer*. Disponible sur : <http://mg.co.za/article/2011-09-26-criminalising-sex-is-not-the-answer/> [Consulté le 8 octobre 2011]; Han, J. and Bennish, M.L., (2009), *Condom Access in South African Schools: Law, Policy, and Practice*, PLoS Medicine, 6(1): e1000006.
- 406 Kirkby, D., Laris, B.A., et Roller, L.A., (2007), *Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviour of Young People Throughout the World*, Journal of Adolescent Health, Vol 40; UNESCO, (2009), *International Technical Guidance on Sexuality Education, Volume I: The rationale for sexuality education*. Disponible sur : <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf> [Consulté le 21 décembre 2011].
- 407 Contribution soumise par le Network of Asia Pacific Youth pour le Dialogue régional Asie-Pacifique, 16–17 février 2011.
- 408 Assemblée générale des Nations-Unies, (2003), *Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*, Point 6(d), General Comment No. 4. Disponible sur : [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.4.En?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.4.En?OpenDocument) [Consulté le 29 novembre 2011].
- 409 Ely, A., (2008), *Looking After HIV: Considering the Needs of HIV Positive Looked After Children*. Disponible sur : <http://www.ncb.org.uk/hivn/resources.aspx> [Consulté le 7 mars 2012].
- 410 PEPFAR, Plan, UNICEF and World Vision, (2007), *Civil Registration and Children in the Context of HIV and AIDS*

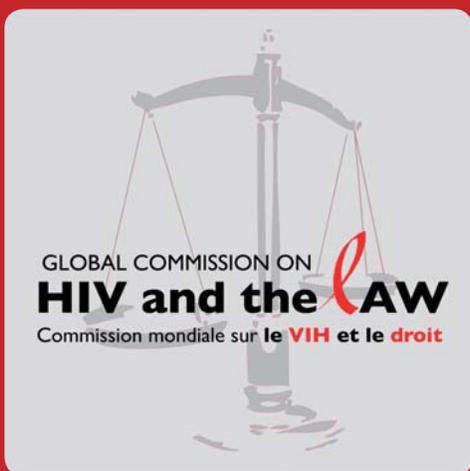
- in Africa. Disponible sur : [http://www.unicef.org/aids/files/0707-IATT-ToR-civil_registration-HIV-AIDS_Final\(1\).doc](http://www.unicef.org/aids/files/0707-IATT-ToR-civil_registration-HIV-AIDS_Final(1).doc) [Consulté le 7 mars 2012].
- 411 El Said, M., et Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7-9 juillet 2011.
- 412 UNAIDS, WHO and UNICEF, (2011), *Progress report 2011: Global HIV/AIDS response*. Disponible sur : http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/index.html [Consulté le: 6 mars 2012]; Assemblée générale des Nations Unies, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consulté le 1 mai 2012].
- 413 Reis, R., Vieira, M., et Chaves, G., *Access to Medicines and Intellectual Property in Brazil : A Civil Society Experience*, found in Reis, R., Terto, V., and Pimenta, MC., (2009), *Intellectual Property Rights and Access to ARV Medicines: Civil Society Resistance in the Global South*, Rio de Janeiro Brazilian Interdisciplinary AIDS Association, p. 12–54; Teixeira, P., Vitória, MAA., et Barcarolo, J., *The Brazilian experience in providing universal access to antiretroviral therapy*, trouvé dans Moatti, JP., et al., (2003), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges*, Paris, France: Agence Nationale de Recherches sur le Sida, Paris, p.69–88; Ministry of Health of Brazil and UNAIDS, (2001), *AIDS: the Brazilian Experience / SIDA: la experiencia Brasileña*; Ministry of Health Brazil, (2001), *National AIDS Drug Policy*. Disponible sur : http://bvmsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/126national_drug_policy.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 414 *Cruz Bermudez et al. v. Ministerio de Sanidad et Asistencia Social*, (1999), Corte Suprema de Justicia, Republica de Venezuela, Expediente Numero: 15.789, Sentencia Numero 196.
- 415 *Minister of Health and Others v. Treatment Action Campaign and Others*, SA 721 (CC) (2002). Disponible sur : <http://41.208.61.234/uhtbin/cgiisirs/20120306222629/SIRSI/0/520/J-CCT8-02A> [Consulté le 6 mars 2012].
- 416 UNAIDS, (2011), *Key Global Findings: AIDS at 30: Nations at the crossroad*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/restore/AIDS30_KEY_FINDINGS_en.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 417 Voir l'article du Hindu newspaper du 23 février 2001 intitulé *Cipla Stirs Pharma World with its AIDS Cocktail*. Disponible sur : <http://www.hindu.com/2001/02/23/stories/0623000f.htm>.
- 418 Le financement par les bailleurs de fonds d'activités liées au VIH a chuté de près de 1 milliard de USD en 2010 See Kates, J., et al, (2010), *Financing the Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from the G8, European Commission and Other Donor Governments in 2009*, UNAIDS and The Kaiser Family Foundation. Disponible sur : <http://www.kff.org/hivaids/upload/7347-06.pdf> [Consulté le: 6 mars 2012]; Global Fund Observer 167, (2011), *Board Cancels Round 11 and Introduces Tough New Rules for Grant Renewals*. Disponible sur : <http://www.aidspace.org/index.php?issue=167&article=1> [Consulté le: 6 mars 2012].
- 419 Global Fund Observer 167, (2011), *Board Cancels Round 11 and Introduces Tough New Rules for Grant Renewals*. Disponible sur : <http://www.aidspace.org/index.php?issue=167&article=1> [Consulté le: 6 mars 2012].
- 420 The Kaiser Family Foundation, (2012), *President Obama Releases FY13 Budget Proposal With Overall Decrease For GHI*. Disponible sur : <http://globalhealth.kff.org/Daily-Reports/2012/February/14/GH-021412-FY13-Budget-Proposal.aspx?p=1> [Consulté le: 8 mars 2012].
- 421 *Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the area of Economic, Social and Cultural Rights*, (2011). Disponible sur : http://oppenheimer.mcgill.ca/IMG/pdf/Maastricht_20ETO_20Principles_20-_20FINAL.pdf [Consulté le: 6 mars 2012]; Assemblée générale des Nations Unies, (2011), *Déclaration politique sur le VIH/sida: Intensifying Our Efforts to Eliminate AIDS, A/RES/65/277*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_un_a-res-65-277_en.pdf [Consulté le: 6 mars 2012].
- 422 Baker, B. et Avafia, T., (2010), *Laws and Practices that Facilitate or Impede HIV-related Treatment Access*. Document de travail élaboré pour la première réunion de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, octobre 2010; Baker, B. et Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access*. Document de travail

- élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.
- 423 Report of UK Commission on Intellectual Property Rights (CIPR), *Integrating Intellectual Property rights and Development Policy* (2002). Disponible sur : http://www.iprcommission.org/papers/pdfs/final_report/CIPRfullfinal.pdf [Consulté le 24 avril 2012].
- 424 Baker, B. et Avafia, T., (2010), *Laws and Practices that Facilitate or Impede HIV-related Treatment Access*. Document de travail élaboré pour la première réunion de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, octobre 2010; Baker, B. and Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.
- 425 La Croix, S. et Liu, M. (2009) *The Effect of GDP Growth on Pharmaceutical Patent Protection, 1945-2005*, Brussels Economic Review, Vol. 52 N° (3/4) Autumn/Winter 2009. Disponible sur : <https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/80767/1/ARTICLE%20LACROIX-LIU%20pdf2.pdf> [Consulté le 8 mars 2012].
- 426 Baker, B. et Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011.
- 427 T'Hoën, E., (2009), *The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly Power*, AMB Diemen Publishers.
- 428 Poku, N., Whiteside, A., Sandkjaer, B., (2007), *AIDS and governance*, Ashgate Publishing Limited, England, p. 207.
- 429 Waning, B., Dietrichsen, E., et Moon, S., (2010), *A lifetime to Treatment: The Role of Indian Generic Manufacturers in Supplying Antiretroviral Medicines to Developing Countries*, Journal of the International AIDS Society 13:35. Disponible sur : <http://www.jiasociety.org/content/13/1/35> [Consulté le 6 mars 2012].
- 430 Baker, B. et Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011.
- 431 Les membres PMA de l'OMC sont obligés de se conformer aux accords ADPIC au plus tard en juillet 2013. Cependant ils pourront retarder la mise en application du traité pour les produits pharmaceutiques jusqu'en janvier 2016. Voir Conseil des ADPIC de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), (2005), *Extension of the Transition Period Under Article 66.1 for Least-Developed Country Members*, WTO Doc. IP/C/40. Disponible sur : http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/ldc_e.htm [Consulté le 6 mars 2012].
- 432 MSF, *Untangling the Web of antiretroviral price reductions*. Disponible sur : <http://msf-utw.tumblr.com/post/7755591372/14th-edition-of-untangling-the-web-launches-at> [Consulté le 6 mars 2012].
- 433 Pour l'Équateur, voir Ycaza Mantilla, A., (2011), *Propiedad Intelectual i Salud Pública: La Experiencia Ecuatoriana*, Présentation à la Réunion régionale sur l'accès et la gestion des médicaments et autres produits essentiels pour le traitement du VIH/sida, Saint-Domingue, République Dominicaine, 9–11 novembre 2011; pour la Thaïlande, voir Mohara et al., (2012), *The impact of the Introduction of Government Use Licenses on the Drug Expenditure of seven medicines in Thailand*, Value in Health Journal 15 (2012). Disponible sur : <http://www.ispor.org/consortiums/asia/VIH/3rdIssue/Impact-of-the-Introduction-of-Government-Use-Licenses.pdf>; pour le Brésil, voir El Said, M. et Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy*; Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; pour l'Indonésie et la Malaisie, voir Khor, M., (2009), *Patents, Compulsory Licenses and Access to Medicines: Some Recent Experiences*, Third World Network. Disponible sur : <http://www.twinside.org.sg/title2/IPR/pdf/ipr10.pdf> [Consulté le 8 mars 2012].
- 434 Pour l'Inde, voir l'arrêté relatif à la licence obligatoire du Contrôleur des brevets de l'Inde qui a établi le tarif de 8880 INR par mois de traitement. Voir la demande de licence obligatoire No. 1 de 2011. Disponible sur : http://www.ipindia.nic.in/ipoNew/compulsory_Li

- cense_12032012.pdf [Consulté le 30 mars 2012]; pour l'Équateur, voir Ycaza Mantilla, A., (2011), *Propiedad Intelectual i Salud Pública: La Experiencia Ecuatoriana*, présentation à la Réunion régionale sur l'accès et la gestion des médicaments et autres produits essentiels pour le traitement du VIH/sida, Saint-Domingue, République Dominicaine, 9–11 novembre 2011; pour la Thaïlande, voir Mohara et al., (2012), *The impact of the Introduction of Government Use Licenses on the Drug Expenditure of seven medicines in Thailand*, Value in Health Journal 15 (2012). Disponible sur : <http://www.ispor.org/consortiums/asia/ViH/3rdIssue/Impact-of-the-Introduction-of-Government-Use-Licenses.pdf>; pour le Brésil, voir El Said, M. et Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011; pour l'Indonésie et la Malaisie, voir Khor, M., (2009), *Patents, Compulsory Licenses and Access to Medicines: Some Recent Experiences*, Third World Network. Disponible sur : <http://www.twinside.org.sg/title2/IPR/pdf/ipr10.pdf> [Consulté le 8 mars 2012].
- 435 UNDP, (2010), *Good Practice Guide: Improving Access to Treatment by Utilizing Public Health Flexibilities in the WTO TRIPS Agreement*. Disponible sur : http://content.undp.org/go/cms-service/stream/asset/?asset_id=3259443 [Consulté le 6 mars 2012].
- 436 *The Doha Declaration on the Trips Agreement and Public Health*, World Trade Organization, adoptée le 14 novembre 2001. Disponible sur : <http://www.worldtradelaw.net/doha/tripshealth.pdf> [Consulté le 6 mars 2012]; Decision of the General Council of 30 août 2003, *Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health*, WT/L/540. Disponible sur : http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implem_para6_e.htm [Consulté le 6 mars 2012].
- 437 South Centre, (2011), *Policy Brief: The Doha Declaration on TRIPS and Public Health Ten Years Later: The State of Implementation*. Disponible sur : http://www.south-centre.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1639%3Athe-doha-declaration-on-trips-and-public-health-ten-years-later-the-state-of-implementation&Itemid=1&lang=en [Consulté le 6 mars 2012];
- UNAIDS, WHO and UNDP, (2011), *Policy Brief: Using TRIPS Flexibilities to Improve Access to HIV Treatment*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2049_PolicyBrief_TRIPS_en.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 438 UNDP, (2010), *Good Practice Guide: Improving Access to Treatment by Utilizing Public Health Flexibilities in the WTO TRIPS Agreement*. Disponible sur : http://content.undp.org/go/cms-service/stream/asset/?asset_id=3259443 [Consulté le 6 mars 2012].
- 439 UNAIDS, WHO and UNDP, (2011), *Policy Brief: Using TRIPS Flexibilities to Improve Access to HIV Treatment*. Disponible sur : http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2049_PolicyBrief_TRIPS_en.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 440 Mohara, A., et al., (2012), *Impact of the Introduction of Government Use Licenses on the Drug Expenditure on Seven Medicines in Thailand*, Value in Health 15(1), pp. S95–S99. Disponible sur : <http://www.ispor.org/consortiums/asia/ViH/3rdIssue/Impact-of-the-Introduction-of-Government-Use-Licenses.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 441 Chaudhuri, S., Park, C., et Gopakumar, KM., (2010), *Five Years into the Product Patent Regime: India's Response*, UNDP New York. Disponible sur : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17761en/s17761en.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 442 Baker, B. et Avafia, T., (2010), *Laws and Practices that Facilitate or Impede HIV-related Treatment Access*. Document de travail élaboré pour la première réunion de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, octobre 2010
- 443 *Ibid.*
- 444 Harris, D., (2011), *TRIPS after fifteen years: success or failure, as measured by compulsory licensing*, Journal of Intellectual Property Law 18, p. 387.
- 445 *Medicines and Related Substances Control Amendment Act 90 of 1997*.
- 446 *Décret-loi 13155* (10 mai 2000).
- 447 Médecins Sans Frontières, (2012), *As Novartis challenges India's patent law, MSF warns access to medicines is under threat*. Disponible sur : <http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=1870> [Consulté le 6 mars 2012].

- 448 Mara, K., (2010), *TRIPS Council Discusses Efficacy Of ACTA, Public Health Amendment*, Intellectual Property Watch. Disponible sur : <http://www.ip-watch.org/weblog/2010/10/29/trips-council-discusses-efficacy-of-acta-public-health-amendment/> [Consulté le 6 mars 2012]. Voir aussi Joint Statement by NGOs on TRIPS and Public Health, (2005), *WTO Members Should Reject Bad Deal on Medicines*, Disponible sur : www.cptech.org/ip/wto/p6/ngos12032005.html [Consulté le 6 mars 2012].
- 449 Council for Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, (2010), *Annual Review of the Decision on the Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, Report to the General Council, WTO. Disponible sur : http://192.91.247.23/english/tratop_e/trips_e/ta_docs_e/3_ipc57_e.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 450 Council Regulation No. 1383/2003.
- 451 Dans sa demande de participation aux consultations au titre du système de règlement des différends de l'OMC, l'Inde a déclaré que les mesures de l'Union européenne n'étaient pas en cohérence avec plusieurs dispositions du GATT de 1994 et de l'accord ADPIC, y compris « les articles 41 et 42 de l'accord ADPIC parce que les mesures dont il est question, entre autres, créent des obstacles au commerce légitime, permettent des abus des droits conférés au titulaire d'un brevet, sont injustes et inéquitables, inutilement compliquées et lourdes et créent des retards injustifiés ». Demande de participation aux consultations de l'Inde, « Union européenne et un État membre – saisie de médicaments génériques en transit WT/DS408/7 3 Juin 2010. Disponible sur : http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2011/january/tradoc_147470.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 452 Les négociations ont été initialement proposées par les États-Unis et le Japon en 2006. L'Australie, le Canada, le Japon, la Corée, le Maroc, la Nouvelle-Zélande, Singapour, et les États-Unis ont signé l'Accord en octobre 2011.
- 453 Le paragraphe 17 du communiqué des chefs d'État du G8 de 2008 sur l'économie mondiale (Sommet de Hokkaido Tokyo 2008) demande, sous le titre « Protection des droits de la propriété intellectuelle (DPI), une accélération des négociations pour l'établissement d'un nouveau cadre juridique international, l'ACTA, et fixe la fin des négociations à la fin de 2008.
- 454 Voir les déclarations de l'Inde et de la Chine sur les négociations de l'ACTA et leur impact sur l'accès aux médicaments au Conseil des ADPIC de l'OMC le 8 juin 2010. Ces déclarations ont été avalisées par plusieurs pays en développement, y compris le Pérou, Cuba, la Bolivie, l'Équateur, l'Afrique du Sud et l'Égypte parmi d'autres.
- 455 Oxfam, (2011), *Eye on the Ball—Medicine Regulation—not IP enforcement—can best deliver quality medicines*. Disponible sur : <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/eye-on-the-ball-medicine-regulation-020211-en.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 456 El Said, M., et Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7-9 juillet 2011.
- 457 Voir, par exemple, National Forum of People Living with HIV/AIDS Networks in Uganda, at the Dialogue régional Afrique, 3–4 août 2011.
- 458 UNDP Discussion Paper, (2012), *Anti-counterfeit Laws and Public Health: What to Look Out For*.
- 459 République du Kenya, à la Haute cour du Kenya à Nairobi, *Petition no. 409 of 2009*. Disponible sur : <http://www.ip-watch.org/weblog/wp-content/uploads/2012/04/Kenya-Judgment-Petition-No-409-of-2009.pdf> [Consulté le 24 avril 2012]. La référence à l'analyse du Kenya Legal Ethical Issues Network on HIV & AIDS (KELIN) est disponible sur : <http://kelinkkenya.org/2012/04/judgment-on-generic-medicines-kenya%E2%80%99s-first-victory-on-the-right-to-health/> [Consulté le 24 avril 2012].
- 460 Voir, par exemple, Oxfam, (2007), *All costs and No Benefits: How TRIPS-Plus Rules in the US-Jordan FTA Affect Access to Medicines*. Disponible sur : <http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/all%20costs,%20no%20benefits.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 461 Hollis, A., (2011), *The Canada-European Union Comprehensive Economic and Trade Agreement—An Economic Impact Assessment of Proposed Pharmaceutical Intellectual Property Provisions*, Canadian Generic Pharmaceutical Association (CGPA). Disponible sur : http://www.canadiangenerics.ca/en/news/docs/02.07.1CETA_EconomicImpactAssessment-FinalEnglish.pdf [Consulté le 6 mars 2012].

- 462 G-Finder, (2011), *Neglected Disease Research and Development: Is the Global Financial Crisis Changing R&D* (2011). Disponible sur http://www.policycures.org/downloads/g-finder_2010.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 463 Outterson, K., (2005), *Pharmaceutical Arbitrage: Balancing Access and Innovation in International Prescription Drug Markets*, Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics 5(1), p. 193–291.
- 464 Correa, C., (2007), *Guidelines for the Examination of Pharmaceutical Patents: Developing a Public Health Perspective*, ICTSD, WHO, UNCTAD and UNDP. Disponible sur : http://www.iprsonline.org/resources/docs/Correa_Patentability%20Guidelines.pdf [Consulté le 6 mars 2012].
- 465 National Institute for Health Care Management, (2002), *Changing Patterns of Pharmaceutical Innovation*, NIHCM Washington D.C., p.3. Disponible sur : <http://www.nihcm.org/pdf/innovations.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 466 WHO, (2006), *Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights: Report of the Commission on Intellectual Property Right, Innovation, and Public Health*, p.22. Disponible sur : <http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/ENPublicHealthReport.pdf> [Consulté le 6 mars 2012].
- 467 El Said, M., et Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy*. Document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, juillet 2011; Voir également, 't Hoen, E., et al., (2011) *Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all*, Journal of the International AIDS Society 14. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3078828/> [Consulté le 6 mars 2012].
- 468 Alabaster, A., (2012), *Gates, pharma and other partners commit to accelerated R&D to find new treatments for NTDs*, Sabin Vaccine Institute. Disponible sur : <http://www.sabin.org/blog/gates-pharma-and-other-partners-commit-accelerated-rd-find-new-treatments-ntds> [Consulté le 6 mars 2012].
- 469 WHO, (2012), *Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*. Disponible sur : http://www.who.int/phi/CEWG_Report_5_April_2012.pdf [Consulté le 24 avril 2012]; South Centre, (2012), *Rethinking The R&D Model for Pharmaceutical Products: A Binding Global Convention*, Policy Brief 8. Disponible sur : http://www.southcentre.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2141&Itemid=182&lang=en [Consulté le 24 avril 2012].
- 470 WHO, (2012), *Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*. Disponible sur : http://www.who.int/phi/CEWG_Report_5_April_2012.pdf [Consulté le 24 avril 2012].
- 471 So, A. et Oh, C., (2011), *Approaches to Intellectual Property and Innovation That Meet the Public Health Challenge of AIDS*, document de travail élaboré pour la troisième réunion du Groupe de consultation technique de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, 7–9 juillet 2011.
- 472 Schwartlaender, B., et al., (2011), *Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS*, The Lancet 377 (9782), pp. 2031–2041.
- 473 UNAIDS Reference Group on Law and Human Rights, (2011), *The Global Fund and the Crisis of HIV Funding—A Severe Setback for HIV and Human Rights: Statement and Recommendations*, p. 1.



Pour plus d'information, contactez : info@hivlawcommission.org
ou consultez : www.hivlawcommission.org

Suivez la Commission sur Facebook :
www.facebook.com/HIVLawCommission et
sur Twitter: www.twitter.com/HIVLawCom

Secrétariat, Commission Mondiale sur le HIV et le Droit

PNUD, Groupe VIH/sida, Bureau des Politiques de Développement
304 East 45th Street, New York, NY 10017
Tél: (+1 212) 906 6590 Fax: (+1 212) 906 5023