

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 15, NUMÉRO 1, OCTOBRE 2010

Redoubler d'efforts contre le sida et pour les droits humains

Les droits de la personne peuvent jouer un rôle crucial dans la réponse mondiale au VIH/sida. Des gens du monde entier continuent d'être exposés à un risque de contracter le VIH, en raison de violations persistantes des droits humains. Dans cet article — basé sur une conférence publique qu'il a présentée lors du 2^e Symposium annuel sur le VIH, le droit et les droits de la personne (« Des données et principes aux politiques et pratiques », du 10 au 12 juin 2010 à Toronto, Canada) — Michel Kazatchkine, directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, explique comment le manque d'appui à des programmes qui protègent et promeuvent les droits humains constitue un échec de la réponse au sida. Il signale que les militants doivent raviver les efforts pour les droits humains, le traitement et la prévention pour tous, y compris les populations les plus marginalisées.

Introduction

Peu de moments dans l'histoire de l'épidémie du sida ont été aussi déterminants que le discours de plénière intitulé « L'assourdissant silence du sida », prononcé

voir page 73



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



AMERICAN BAR ASSOCIATION
Defending Liberty
Pursuing Justice

Cette publication a été
financée en partie par
l'Agence de la santé
publique du Canada.

Sections spéciales :

SIDA 2010

Dans ce numéro de la *Revue*, un supplément présente une sélection d'exposés sur des enjeux juridiques, éthiques et de droits humains, présentés au XVIII^e Congrès international sur le sida à Vienne, en juillet 2010. Voir page 39.



Symposium sur le VIH, le droit et les droits de la personne

Également, un compte-rendu du colloque « Des données et principes aux politiques et pratiques : 2^e Symposium annuel sur le VIH, le droit et les droits de la personne », tenu du 10 au 12 juin 2010 à Toronto. Voir page 71.



Redoubler d'efforts contre le sida et pour les droits humains

de la page 1

par l'honorable Edwin Cameron — juge à la Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud et ardent défenseur d'une riposte au sida fondée sur les droits — lors du Congrès international sur le sida de Durban, Afrique du Sud, en 2000.¹ Juste après une manifestation qui a réuni des milliers de gens dans les rues de Durban, le discours de Cameron a attiré l'attention du monde entier sur l'atrocité morale du fait de ne pas fournir les traitements antirétroviraux salvateurs à la majeure partie du monde en développement, où ils étaient désespérément nécessaires. Dans la suite et au soutien des efforts concertés de plaidoyer d'autres activistes sud-africains, le discours a jeté les bases d'une des plus grandes victoires des droits humains dans la lutte contre le sida : l'expansion mondiale des traitements antirétroviraux.

Edwin a fait appel à la conscience d'un monde qui laissait mourir les pauvres; il a affirmé que l'on ne pouvait laisser les gouvernements, y compris le sien, se dérober à leur responsabilité d'agir. Le discours a cristallisé le sentiment en faveur de la provision de traitements antirétroviraux aux personnes qui en avaient besoin dans les pays en développement, plutôt que seulement dans les pays à revenu élevé où ils étaient déjà disponibles depuis plusieurs années. Le mouvement mondial plus large de la santé et des droits humains, dont fait partie le discours d'Edwin, a provoqué diverses actions, des réductions des prix des médicaments à la création du Fonds mondial de

lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, en passant par l'appel à l'action contre le sida qu'a lancé le secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan.

Au moment de son discours, il y a dix ans, plusieurs étaient sceptiques à l'idée que l'on puisse ou que l'on doive fournir ces traitements aux personnes du monde en développement, et ils avaient développé une longue liste d'arguments contre cette perspective. Ils disaient que cela coûterait trop cher; que les patients ne seraient pas capables d'être fidèles aux régimes thérapeutiques et que cela donnerait lieu au développement d'une résistance virale; que l'infrastructure nécessaire n'était pas présente et ne pouvait être mise en œuvre; et que le fait de fournir ces traitements ne serait pas rentable au regard de son coût. Autrement dit, ce n'était pas faisable et ça ne vaudrait pas la peine.

À terme, toutes ces hypothèses se sont révélées fausses. Dix ans plus tard, cinq millions de personnes, dans des pays à revenu faible et moyen, sont sous traitement antirétroviral. Au moins cinq autres millions de personnes en ont urgemment besoin, mais nous avons marqué d'énormes progrès en comparaison avec la situation d'il y a dix, ou même cinq, ans.

Établir des cibles pour le traitement contre le VIH

Le monde est passé aux actes, en établissant des cibles ambitieuses, comme celle de fournir des traitements à trois millions de personnes dans le monde en développement

avant 2005, et subséquemment le but de réaliser l'« accès universel » à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien en matière de VIH d'ici la fin de cette année, 2010 — d'abord établi par les pays du G8, puis adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies.

Le Fonds mondial a été créé pour répondre à la crise et pour rendre possible d'agir. Un aspect d'importance est que nous avons pris certains risques, plutôt que de nous limiter à appliquer des idées reçues. De fait, j'irais jusqu'à affirmer que, pour vaincre des pandémies comme celles du sida, de la tuberculose et du paludisme, nous devons être braves et prendre des risques stratégiques — tout en étant vigilants, en surveillant les résultats et en ajustant notre approche et notre action si nécessaire.

Voici quelques exemples. Lorsque les premiers programmes d'échange de seringues ont vu le jour, dans les années 1980, souvent dans l'illégalité ou dans une zone grise de la loi, dans plusieurs pays, nous savions que les taux d'infection par le VIH étaient en train d'exploser, parmi les personnes qui s'injectaient des drogues. Nous savions aussi que ces personnes étaient souvent la cible d'abus de la part d'agents des forces de l'ordre, et même de professionnels de la santé. À l'époque, nous n'avions pas le vaste corpus de preuves scientifiques que nous connaissons aujourd'hui quant à la possibilité, par la fourniture de matériel d'injection stérile, de ralentir considérablement la propagation du VIH sans entraîner

d'augmentation de la consommation de drogue.

Il était pourtant logique de croire que de donner un accès facile à du matériel stérile, et de fournir une éducation efficace sur l'importance d'éviter de partager un instrument utilisé par une autre personne, constituait une stratégie susceptible d'aider des gens à éviter un comportement à risque élevé de transmission du VIH et d'autres virus hématogènes, entre autres préjudices. Nous sommes passés aux actes, en reconnaissant que les personnes qui font usage de drogue peuvent être des agents de changements et qu'elles devraient être traitées avec dignité. Nous avons surveillé les résultats et évalué les programmes minutieusement, et de nos jours nul ne peut contester que des mesures de réduction des méfaits, comme les programmes d'échange de seringues, constituent des services de santé essentiels et sont vitaux à la réalisation du droit humain de tous et toutes à la norme de santé la plus élevée qu'il est possible d'atteindre.

Au Canada, comme dans d'autres pays, il en va de même des sites d'injection supervisée : la science a maintes fois démontré qu'il s'agit d'importants services qui protègent et promeuvent la santé de certaines des personnes les plus marginalisées, et les plus exposées au risque de contracter le VIH et de subir d'autres préjudices.²

De la même façon, et en dépit des nombreuses réserves exprimées, nous avons introduit les traitements antirétroviraux dans les pays en développement, puis nous en avons largement accru l'accès, tout en mesurant les résultats. Si bien qu'aujourd'hui, même dans les pays les plus fragiles et les circonstances les plus difficiles, de nombreux malades sont traités.

L'observance au traitement est élevée et il n'y a pas de signe alarmant de développement de résistance virale, aux traitements. Un grand nombre de données confirme maintenant l'efficacité des traitements, peu importe le contexte. Des vies sont sauvées chaque jour, à une échelle sans précédent — et non seulement à Toronto, mais également à Durban, Dushanbe, Port-au-Prince, à Dar-es-Salaam, ou Vientiane.

Les militants doivent accroître le plaidoyer pour les droits de la personne et l'accès universel aux traitements et à la prévention.

Les progrès que nous réalisons ne représentent pas seulement un formidable succès de la santé publique, mais aussi une victoire majeure des droits de la personne. Entre-temps, les militants doivent persévérer, et accroître le plaidoyer pour les droits de la personne et l'accès universel aux traitements et à la prévention. Malheureusement, aujourd'hui, plutôt qu'un plaidoyer enthousiaste à l'idée de bâtir sur nos succès pour aller plus loin, trop souvent j'entends l'incrédulité et du scepticisme (comme en l'an 2000 lorsque tant de voix nous disaient qu'il était impossible ou déraisonnable que les malades des pays en développement accèdent aux traitements).

Un inquiétant ressac à l'encontre des traitements

Nous l'avons démontré : nous sommes maintenant en mesure de faire accéder au traitement toute personne qui en a besoin. Mais certains prétendent que cela n'est pas viable, que « nous devrions faire moins, pour faire mieux », que le sida est l'objet d'une attention disproportionnée, et que les traitements sont là aujourd'hui simplement parce que les militants de la lutte au VIH/sida ont fait plus de bruit que ceux qui soutiennent d'autres maladies.

Certaines personnes parlent d'une « hypothèque à long terme pour les traitements », que les donateurs devront payer plus tard... une expression péjorative et déplacée! Car ce que nous faisons en fait, c'est sauver des vies, c'est redonner l'espoir à des millions de gens. Cette vague à contre-sens, ce *backlash* contre les traitements, ainsi pour moi, est une attaque directe contre les droits de la personne à laquelle il nous faut résister. Plutôt que nous trouver à nouveau contraints de ne plus accepter des personnes qui se présentent dans les centres de traitement, ou de les inscrire sur une liste d'attente.³ Comme cela survient dorénavant. Il nous faut, sans relâche, continuer à accroître l'accès aux traitements.

Je suis bien conscient, de ce que les pays donateurs traversent une période de difficultés économiques. Ce que l'on ignore peut-être trop souvent, c'est que les pays pauvres sont encore plus durement frappés, et que ainsi, en temps de crise, leurs besoins sont plus grands et plus urgents. Ne laissons pas cette crise économique élargir de nouveau le fossé entre les riches et les pauvres. Il nous faut agir

maintenant, sinon le risque est que nous reculions et perdions sur les progrès que nous avons accomplis depuis le discours du juge Cameron à Durban, et depuis que le Fonds mondial a été créé il y a 8 ans et qu'il est devenu le plus puissant véhicule, à l'échelle mondiale, pour réduire les iniquités de santé — donc une importante voie pour la réalisation des droits humains.

Un récent rapport de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international a examiné l'impact de la récession économique mondiale sur la pauvreté et le développement humain dans des pays en développement.⁴ Il a conclu que les progrès réalisés avant la crise économique, en matière de réduction de la pauvreté, ralentiront probablement — en particulier dans les pays africains à faible revenu.

Aucun ménage n'est à l'abri des répercussions de la crise, dans les pays en développement. D'ici la fin de 2010, la crise aura poussé 64 millions de personnes dans l'extrême pauvreté. Même les familles au-dessus du seuil de pauvreté vivent des contraintes difficiles comme en témoignent l'achat d'aliments au moindre coût et la moindre fréquence de visites aux médecins.

Les institutions financières et la communauté internationale ont rapidement répondu à la crise, en versant des sommes considérables sans précédent au secteur financier. Il est urgent maintenant de prendre les efforts vers tous les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), partout dans le monde. L'un de ces objectifs est d'enrayer la propagation du VIH d'ici 2015 et d'avoir commencé à inverser à cette date la croissance l'épidémie. L'année 2010 est décisive. Cette année, le monde

fera des choix qui détermineront l'avenir de la lutte contre le sida — et plus généralement la réussite ou l'échec, des OMD en santé.

Les résultats de diverses rencontres importantes en 2010 — comme celles du G8 et du G20 à Toronto, le congrès international sur le sida, à Vienne, la Conférence des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine, à Kampala, le Sommet sur les objectifs du Millénaire pour le développement, au siège de Nations Unies, et la conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial, détermineront si nous serons en mesure de poursuivre l'expansion des programmes et, fin de compte, de gagner la bataille — ou si notre engagement risquera de vaciller, laissant s'effriter les progrès et permettant au sida, à la tuberculose et au paludisme de regagner du terrain.

Agir pour la santé des mères et des enfants

Il y a quatre principaux éléments prioritaires et défis pour les mois et les années à venir.

Une première priorité : agir pour la santé des mères et des enfants. Le Canada a fait pression sur le Groupe des 8 pour en faire un point de mire général. Plusieurs autres rencontres se sont concentrées sur la santé des mères et enfants, notamment le congrès *Women Deliver*, tenu à Washington en juin 2010.

On vient d'ailleurs de d'annoncer des constats réjouissants. Des études publiées dans *The Lancet* ont conclu à des progrès considérables en matière de santé maternelle⁵ et de santé infantile,⁶ accomplis au cours des récentes décennies. Le Fonds mondial y a contribué de manières déterminantes, entre autres en protégeant

des millions d'enfants et de mamans contre le paludisme, en prévenant la transmission périnatale du VIH, et en procurant aux femmes des traitements pour le VIH et pour la tuberculose.⁷

Le Fonds mondial s'est par ailleurs doté d'une stratégie progressiste pour l'égalité des sexes. Celle-ci nous mène à soutenir une gamme d'interventions structurelles pour l'amélioration du statut de la femme, la participation accrue des femmes aux décisions, et la protection des femmes contre la violence sexiste.

Les initiatives pour la santé maternelle et infantile doivent inclure des efforts pour promouvoir les droits des femmes.

Nul ne conteste qu'il faille faire plus encore et que cela soit possible. Toutefois, on ne sait pas si toutes les affirmations seront suivies d'actions vigoureuses. Il faudrait pour cela des *ajouts* considérables, en ressources pour la santé des mères et enfants — et non une redistribution de ressources prélevées d'autres domaines de la santé et du développement qui sont déjà sous-financés. Il faudrait de plus une approche globale, incluant le financement du planning familial et des services sécuritaires d'avortement, plutôt qu'une approche qui néglige ou qui exclut ces

éléments majeurs de la santé et des droits génésiques et sexuels.

La lutte contre le VIH a révélé au monde entier comment la subordination des femmes et le refus politisé de leur fournir une information complète et toute la gamme de services de santé génésique ont des effets qui nuisent directement à leur santé et à leurs droits. Les initiatives pour la santé maternelle et infantile doivent s'assortir de réels efforts pour promouvoir les droits des femmes, y compris les droits sexuels et génésiques.

Le Fonds mondial est prêt et engagé à poursuivre son rôle de premier plan pour la santé des mères et des enfants. Il pourrait, en présence de ressources additionnelles, accepter d'autres responsabilités — par exemple celle d'un nouveau mécanisme, spécialisé en santé maternelle et infantile.

Une deuxième priorité, qui est aussi un défi : mettre fin à la fausse dichotomie entre traitement et prévention du VIH. La mise à l'échelle doit se poursuivre pour l'un et l'autre. Dans mon allocution prononcée au Congrès international sur le sida de Mexico, en 2008, je soulignais le progrès de l'accès aux traitements, qui depuis s'est d'ailleurs poursuivi et j'en suis heureux. À l'époque, trois millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde en développement étaient sous traitement. Deux ans plus tard, nous avons atteint les cinq millions. Si les ressources adéquates sont mobilisées, nous pourrions continuer d'élargir l'accès aux traitements et arriver à les fournir à tous ceux et celles qui en ont besoin.

J'ai aussi déclaré à Mexico qu'en dépit de la prédilection accordée lors de ce Congrès à la nécessité d'élargir

considérablement les efforts de prévention, nous avons enfin « surmonté le débat stérile et néfaste entre prévention et traitement » [trad.].

Une approche intégrée à la prévention et aux traitements en matière de VIH

Malheureusement, il semble que mon appréciation était prématurée. C'est un domaine où nous avons carrément régressé. De fait, d'aucuns ont affirmé récemment que le Fonds mondial et d'autres bailleurs de fonds investissent trop lourdement dans le traitement du VIH, au détriment de sa prévention. Ils ont tort. Au Fonds mondial, nous appuyons des programmes, développés dans les pays, qui suivent une approche équilibrée et intégrée, alliant prévention et traitement du VIH ainsi que les éléments plus généraux d'une prise en charge complète.

Des personnes vivant avec le VIH/sida et des communautés affectées sont encore trop souvent confrontées à des violations de leurs droits.

En outre, de solides arguments de santé publique militent en faveur des investissements dans l'accès aux traitements. Nous ne parviendrons pas à endiguer la propagation du VIH

sans élargir à la fois la portée de la prévention et l'accès aux traitements. Nous savons qu'en l'absence de possibilité de traitement, les gens sont moins susceptibles d'aller passer le test du VIH. Nous avons en mains des preuves du rôle majeur du traitement antirétroviral dans la réduction de la transmission du VIH.⁸ Nous *devons* nous extirper de cet inutile et faux débat, et voir à l'expansion de l'accès des deux volets, prévention et traitement. La soi-disant dichotomie entre les deux est fautive, et sert trop souvent à justifier un plafonnement ou une réduction des engagements financiers dans la riposte mondiale au sida.

La troisième priorité est d'agir de manière résolue, contre le VIH et pour les droits humains. Aux quatre coins du monde, des personnes vivant avec le VIH/sida et des communautés affectées par le sida sont encore trop souvent confrontées à des violations de leurs droits — en dépit de ce que nous savons : la protection des droits humains est centrale à une réponse efficace contre le VIH/sida. Aux premières années, des individus comme Jonathan Mann ont expliqué avec aplomb que les interventions de santé publique ne peuvent être efficaces que si les personnes affectées sont habilitées et informées, et qu'elles participent aux décisions qui touchent leur santé.⁹ Mann a travaillé sans relâche pour attirer l'attention du monde sur la notion élémentaire qu'une meilleure santé n'est pas possible sans les droits humains fondamentaux, et que ces droits ne signifient rien sans une santé adéquate.

Des violations de droits humains sont encore perpétrées même si les gouvernements — tous les États membres des Nations Unies — se

sont engagés, notamment dans la *Déclaration politique sur le VIH/sida* adoptée en 2006 par l'Assemblée générale des Nations Unies, à « intensifier les efforts visant à ... ce que [les personnes vivant avec le VIH/sida et les membres des groupes vulnérables] jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux ».¹⁰

Des progrès se sont manifestés dans certains domaines, ces récentes années. Notamment, les États-Unis et plus récemment la Chine ont aboli ou sont en voie d'abolir les restrictions sur l'entrée en leur territoire de personnes vivant avec le VIH/sida; ces restrictions étaient d'ailleurs injustifiées. Nous devrions célébrer ces développements.

Dans d'autres sphères des droits humains, cependant, nous n'avons fait que peu de progrès voire aucun. Cela doit changer. Plusieurs exemples me viennent à l'esprit; permettez-moi d'en aborder quelques-uns. En mai 2010, j'étais au Malawi ainsi que le directeur exécutif de l'ONUSIDA, Michel Sidibé, quelques jours après la condamnation de 14 ans de prison avec travaux forcés, de deux hommes déclarés coupables de « pratiques indécentes entre hommes » et de « crimes contre la nature ». Nous avons discuté de l'affaire avec le président Bingu wa Mutharika, qui a déclaré que cela déclenchait un débat au Malawi en ce qui a trait aux ramifications sanitaires, sociales, culturelles et de droits humains, des lois qui criminalisent l'homosexualité. Le président a accordé le pardon présidentiel au couple emprisonné. C'est une très bonne nouvelle, évidemment, et nous nous en réjouissons.

Dans plusieurs autres pays africains, toutefois, les hommes gais et

les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont de plus en plus souvent ciblés par des campagnes de haine et sont arrêtés, détenus et condamnés, simplement pour des rapports sexuels avec un autre homme — voire seulement sur la base de soupçons à leur égard. Cela est non seulement inacceptable en vertu du droit international des droits de la personne, c'est contre-productif du point de vue de la santé publique. Cela pousse ces hommes dans la clandestinité et les écarte des services dont ils ont besoin. Les tendances que nous observons sont fort inquiétantes et j'exhorte les législateurs à modifier les codes criminels désuets qui contiennent encore aujourd'hui des interdictions de l'activité sexuelle entre personnes de même sexe.

Violations des droits humains de personnes qui font usage de drogues illégales

Les personnes qui font usage de drogues illégales sont encore aux prises elles aussi avec des violations répandues de leurs droits humains. Elles se voient refuser des services de réduction des méfaits; elles ont un accès piètre et inéquitable aux thérapies antirétrovirales; elles subissent des abus et parfois de la torture de la part d'agents de l'application de la loi; et elles sont souvent incarcérées pour de longues périodes, simplement pour avoir utilisé ou possédé des drogues.¹¹

Ces mesures abusives sont observées dans toutes les régions du monde. Elles sont répugnantes, en soi, et nous devons les combattre pour cette seule raison déjà. Mais encore, elles aggravent la vulnérabilité de person-

nes devant le VIH et elles ont des effets néfastes sur la réalisation de programmes de lutte contre le VIH.

Il nous reste encore beaucoup à faire pour contrer ces abus. Une des priorités est de cesser de gaspiller des ressources en investissant dans la soi-disant « guerre à la drogue » qui a fini par s'avérer une guerre contre des gens et des communautés, comme le démontrent tant de rapports et d'études. Au lieu de ce gaspillage, on devrait investir les ressources de manière à fournir à toute personne qui en a besoin les interventions fondées sur des preuves et sur les droits de la personne, qui préviennent l'usage problématique de drogue, traitent la toxicomanie et assurent des services de réduction des méfaits aux personnes qui font usage de drogue.

En deux années écoulées depuis le plus récent Congrès international sur le sida, plusieurs rapports ont attiré l'attention sur le fait que, dans plusieurs pays, des personnes qui font usage de drogue sont mises en détention, sans procédure juste, dans des centres de détention obligatoire pour toxicomanes. Dans ces centres, ils sont soumis à ce que certains appellent un « traitement » et une « réhabilitation ». Dans les faits il s'agit de coercition, de travaux forcés et de violations des droits humains, y compris des cas de torture.¹² Dans plusieurs de ces centres, les services fournis sont de piètre qualité et ne respectent ni les droits humains ni les données. Les taux de rechute sont bien sûr très élevés.¹³

Des octrois du Fonds mondial servent à financer certains services dans quelques centres de ce genre. Nous avons procédé à une analyse de notre portfolio de subventions, qui a démontré que nos octrois soutiennent

une gamme de services de prévention et de traitement du VIH ainsi que des programmes de formation pour la prestation de tels services, dans certains centres. Même la prestation de tels services dans ces centres, où de graves violations de droits humains ont cours, comporte des dilemmes sur le plan éthique.

Tous les centres de détention obligatoire pour la toxicomanie devraient être fermés, et remplacés par des établissements de traitement de la toxicomanie qui sont efficaces et qui respectent les normes de l'éthique et des droits humains. Néanmoins, tant et aussi longtemps qu'il existe de tels centres coercitifs, je considère que les détenus qui s'y trouvent devraient au moins avoir accès à des mesures efficaces pour la prévention et le traitement du VIH, fournis d'une manière qui respecte l'éthique, leurs droits et leur dignité.

Les droits humains des femmes et des filles

Un autre domaine où les progrès se font attendre, et où des conséquences désastreuses s'observent, notamment en termes d'aggravation de l'épidémie du VIH, est le domaine des droits des femmes et des filles. Dans de trop nombreux pays, les femmes et les filles sont encore l'objet de violence, on leur refuse encore des services de santé sexuelle et génésique, on refuse de reconnaître ou d'appliquer leurs droits à la propriété et à l'héritage, et elles n'ont pas accès à des moyens élémentaires qui leur serviraient à se protéger de l'infection par le VIH.

En Namibie, plusieurs développements positifs ont eu lieu, ces dernières années, dans la riposte au VIH/sida. Néanmoins, récemment, des groupes de plaidoyer ont documenté des douzaines de cas de

femmes séropositives qui ont été soumises à des interventions de stérilisation forcée, dans des maternités publiques. Un octroi du Fonds mondial incluait du soutien pour l'expansion du counselling et du test pour le VIH ainsi qu'en matière de transmission périnatale, dans toutes les maternités publiques de la Namibie. J'accorde un grand sérieux à cette affaire; nous examinons actuellement ses ramifications.

Des cas comme ceux-ci sont pertinents à ce que Joanne Csete, professeure à l'École de santé publique Mailman de l'Université Columbia, à New York, a décrit comme « le cœur du dilemme du Fonds mondial en matière de droits humains : épouser les principes des droits humains tout en demeurant engagé à ce que les réponses au VIH soient dirigées par les pays ».

L'insuffisance du soutien pour des programmes de protection des droits de la personne est un des points lacunaires dans la réponse au VIH/sida.

De fait, le Fonds mondial est fortement engagé à ces deux éléments : des programmes fondés sur les droits de la personne, d'une part, et le principe, d'autre part, que les réponses doivent être dirigées par les pays, leur appartenir plutôt que d'être imposées par les bailleurs de fonds. Des

experts techniques indépendants examinent donc toutes les propositions et prennent des décisions de manière autonome du Fonds mondial.

Sans conteste, ce double engagement de notre part, aux droits humains et à l'autonomie des pays dans leurs initiatives, pose parfois des défis; en particulier lorsque des pays échouent à mettre en œuvre des politiques et programmes fondés sur les droits humains, ou lorsqu'ils ont des politiques qui y portent atteinte. Une chose est sûre : nous ne soutenons pas d'interventions qui ne sont pas fondées sur des données probantes ou qui portent atteinte aux droits humains.

L'insuffisance du soutien pour des programmes de protection et de promotion des droits de la personne est un des points lacunaires dans la réponse au VIH/sida. Les programmes fondés sur les droits placent en plein centre les besoins des femmes, et des populations les plus marginalisées, et non seulement répondent à leurs besoins les plus immédiats en matière de santé mais aussi reconnaissent, par exemple, que la provision d'assistance juridique à une personne qui s'injecte des drogues peut être aussi importante que la provision d'une seringue ou d'un condom.

Le Fonds mondial encourage activement des programmes fondés sur les droits, notamment par sa stratégie sur l'égalité des sexes et celle sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Pareillement, nous avons adopté récemment une initiative pour accroître l'accès à la prévention et aux traitements, pour les personnes qui s'injectent des drogues, y compris en prison ou en centre de détention avant le procès, et nous espérons qu'elle contribuera à accroître consi-

dérablement l'accès à des services pour ces personnes.

L'analyse récente des demandes soumises au Fonds mondial démontre que les pays sont encore relativement peu nombreux à intégrer dans leurs propositions des programmes sur les droits de la personne — qu'il s'agisse de campagnes à long terme contre la stigmatisation et la discrimination, de programmes pour contrer la violence à l'égard des femmes, ou de services juridiques et programmes pour la réforme du droit. Cela change lentement, et nous avons hâte de travailler avec nos partenaires pour stimuler d'autres progrès sur ce front.

Il faut lancer un nouvel appel, fort et unifié, pour les droits humains et pour des programmes continus et ambitieux en matière de traitement et de prévention — aujourd'hui plus que jamais!

Nécessité d'une ambitieuse reconstitution du Fonds mondial

Une quatrième priorité, un quatrième défi, est la nécessité d'une solide et ambitieuse reconstitution des ressources du Fonds mondial. Sans cela, nous ne serons pas capables d'aller de l'avant de manière résolue, au rythme voulu et nécessaire, dans aucun des trois domaines prioritaires que je viens de vous décrire. Depuis sa création, le Fonds mondial est devenu le principal contributeur multilatéral au progrès vers la réalisation des OMD qui touchent à la santé.

Aujourd'hui, le Fonds mondial représente environ deux tiers des fonds internationaux disponibles pour la lutte contre le paludisme et contre la tuberculose, et environ un cinquième des fonds disponibles dans la lutte contre le sida. Il a approuvé des programmes à hauteur de 19 milliards \$

US dans plus de 140 pays du monde en développement. Nous finançons le traitement antirétroviral de plus de 50 % des personnes qui ont accès au traitement en Afrique; et en Asie, cette proportion atteint les 75 %. Nous sommes en outre la principale source multilatérale de financement de la réduction des risques, et d'autres mesures préventives, en particulier la prévention de sa transmission de mère à enfant.

Le Canada pourrait faire une différence considérable dans la santé maternelle et infantile.

Les résultats générés par le Fonds mondial et ses partenaires sont extraordinaires. Les programmes que nous soutenons ont déjà permis de sauver plus de 5 millions de vies, depuis six ans. Chaque jour, nous estimons que 3 600 vies supplémentaires sont sauvées et des milliers de nouveaux cas d'infection sont évités.

En mars 2010, lors de la première conférence de notre cycle de reconstitution des fonds pour 2011-2013, nous avons présenté trois scénarios de financement, avec respectivement 13, 17 et 20 milliards \$ US, pour les trois prochaines années.

Avec 13 milliards \$ US, nous serions capables de continuer de financer les programmes fructueux que les pays ont mis en œuvre, mais nous ne pourrions pas poursuivre

l'expansion de programmes au même rythme que depuis quelques années. Les efforts pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme connaîtraient un ralentissement.

En revanche, si nous avions les ressources suffisantes pour permettre aux pays de continuer l'expansion rapide de programmes, nous nous rapprocherions des OMD liés à la santé, nous les atteindrions peut-être et nous pourrions même en dépasser. D'ici à 2015, nous pourrions :

- éradiquer le paludisme en tant que problème de santé publique, dans la plupart des pays où il est endémique;
- prévenir des millions de nouveaux cas d'infection par le VIH;
- réduire radicalement le nombre de décès dus au sida;
- pratiquement éliminer la transmission périnatale du VIH;
- réduire considérablement la mortalité infantile et rehausser la santé maternelle;
- réduire considérablement la prévalence et la mortalité liées à la tuberculose; et
- poursuivre le renforcement des systèmes de santé.

Les décisions finales sur les sommes qu'investira chaque pays, y compris le Canada, en ressources pour le Fonds mondial pour la période 2011-2013, seront annoncées lors de notre réunion de reconstitution, à New York, en octobre 2010.

Le Canada a un très grand rôle à jouer, dans chacune des priorités que j'ai décrites. Voici un exemple.

J'accueille très favorablement l'initiative pour la santé maternelle et infantile que propose le Canada. En tant qu'hôte des sommets du G8 et du G20 de 2010, le Canada pour-

rait faire une différence considérable dans la santé maternelle et infantile, si son initiative donne lieu à une action courageuse, exhaustive, coordonnée et bien financée, en incluant nécessairement les aspects sexuels et génésiques de la santé et des droits des femmes.

En ce qui a trait à l'accès aux traitements, le Canada peut faire une contribution majeure, en plus de sa contribution financière au Fonds mondial, en faisant en sorte que le Régime canadien d'accès aux médicaments (RCAM) — supposé permettre l'émission de licences obligatoires pour des produits pharmaceutiques brevetés au Canada, dans le but limité d'en exporter des versions génériques à moindre prix, à des pays importateurs admissibles — puisse porter fruit. Ceci faciliterait l'accès de pays en développement, à des médicaments comme les combinaisons à dose fixe et les formulations pédiatriques d'antirétroviraux. L'Organisation mondiale de la santé et le Fonds mondial l'ont reconnu, les antirétroviraux en combinaison à dose fixe — c'est-à-dire plusieurs médicaments en un seul comprimé — sont indispensables à la réalisation de l'accès universel aux traitements pour le VIH, tout autant qu'il est crucial d'utiliser les ressources de la manière la plus efficace possible en fournissant les médicaments nécessaires au plus bas prix possible.

En 2004, le Canada a fait preuve de leadership sur la scène internationale en adoptant le RCAM. Or ce régime n'est arrivé qu'à livrer un médicament, en vertu d'une seule licence, à un seul pays, le Rwanda — certainement pas ce à quoi le Canada voulait se limiter en mettant en avant cette initiative pour laquelle il a été chaudement félicité. En réponse au

besoin continu d'avoir des sources durables de médicaments à prix abordables, le RCAM peut et devrait être réformé afin de tenir promesse.

Comme nous l'a enseigné Jonathan Mann, la lutte contre le sida est une lutte pour les droits humains; et la lutte pour les droits humains est un élément essentiel de la lutte contre le VIH/sida. Les efforts des militants pour la santé et les droits humains change le cours de l'histoire et apporte l'espoir à des gens aux quatre coins du monde.

Ensemble, nous devons continuer, et poursuivre ce combat.

— Michel Kazatchkine

Le Dr Michel Kazatchkine est directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

¹ E. Cameron. « L'assourdissant silence du sida », *Revue VIH/sida et droit*, 5(4) (2000) : 86-93 (accessible via www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=239).

² Voir, par exemple, E. Wood et coll., « Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility », *Journal de l'Association médicale canadienne* 175(11), 2006 : 1399-1404; A. M. Bayoumi et G. S. Zaric, « The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility », *Journal de l'Association médicale canadienne* 179(11), 2008 : 1143-1151.

³ Médecins sans Frontières, « No time to quit: HIV/AIDS treatment gap widening in Africa », mai 2010, accessible à www.msf.org/source/countries/afrique/southafrica/2010/no_time_to_quit/HIV_Report_No_Time_To_Quit.pdf; communiqué en français sur le sujet : www.msf.ca/fr/actualites-media/nouvelles/2010/05/hiv-aids-donor-retreat-widens-treatment-gap-in-africa/.

⁴ The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, *Global Monitoring Report 2010: The MDGs after the Crisis*, 2010. Accessible à <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTGLOBALMONITOR/EXTGLOMONREP2010/0,,contentMDK:22519784~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:6911226,00.html>.

⁵ M. Hogan et coll., « Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 », *The Lancet* 355(9726) : 1609-1623. Accessible à [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60518-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60518-1/abstract).

⁶ J. Knoll Rajaratnam, « Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4 », *The Lancet*, prépublication Internet, 24 mai 2010. Accessible à [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60703-9/fulltext#](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60703-9/fulltext#).

⁷ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, « Investments in the health of women and children: Global Fund support of millennium development goals 4 and 5 », 2010. Accessible à www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Investment%20in%20Health%20of%20Women%20and%20Children_GF%20Support%20to%20MDG%204%20and%205.pdf.

⁸ D. Donnell et coll., « Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis », *The Lancet*, prépublication Internet, 27 mai 2010. Accessible à [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60705-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60705-2/abstract).

⁹ Voir, par exemple, J. Mann et coll. (éds.), *Health and human rights: a reader*, Londres, Routledge, 1999.

¹⁰ Assemblée générale des Nations Unies, *Déclaration politique sur le VIH/sida*, 60^e session, 2 juin 2006.

¹¹ R. Jürgens et coll., « People who use drugs, HIV, and human rights », *The Lancet*, sous presse.

¹² Voir, par exemple, R. Pearshouse, « Des patients, pas des criminels? Examen du système thaïlandais de traitement forcé de la toxicomanie », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 14(1), 2009 : 12-19; Organisation mondiale de la santé, région du Pacifique occidental, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles*, Manille, 2009; Open Society Institute, *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs"*, 2009; D. Wolfe, « Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: Access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union », *International Journal of Drug Policy* 18(4), 2007 : 246-254; Su J., « Analysis of 272 cases swallowing foreign body in compulsory detoxification », *Chinese Journal of Drug Dependence* 13(3), 2004 : 221-223; Human Rights Watch, « Skin on the Cable: The Illegal Arrest, Arbitrary Detention and Torture of People Who Use Drugs in Cambodia », New York, 2010; Human Rights Watch, *An Unbreakable Cycle: Drug Dependency Treatment, Mandatory Confinement, and HIV/AIDS in China's Guangxi Province*, 2008; Human Rights Watch, *Where Darkness Knows No Limits: Incarceration, Ill-Treatment and Forced Labor as Drug Rehabilitation in China*, 2010.

¹³ Ibid.