

Les droits de la personne à l'époque du traitement comme outil de prévention¹

Le respect et la protection des droits de la personne sont depuis longtemps reconnus comme essentiels à l'efficacité de la riposte au VIH. Depuis les débuts de l'épidémie, la peur, l'ignorance et les préjugés alimentent la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou qui sont soupçonnées d'avoir le VIH ou qui y sont vulnérables. La crainte de subir de la discrimination, en lien avec le VIH/sida, est un élément de forte dissuasion à recourir au test et au traitement. D'où l'importance cruciale des protections des droits humains des personnes vivant avec le VIH (PVIH) et des personnes à risque — non seulement pour la protection de leurs droits, mais aussi pour l'atteinte de l'accès universel au test, au traitement et aux soins.

L'engagement international à réaliser l'accès universel est démontré par l'adoption, en 2001, de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, par les États membres des Nations Unies — qui met de l'avant notamment le but de fournir des soins et traitements ainsi que des services de prévention

à toutes les personnes qui en ont besoin.² L'Initiative 3 x 5 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³ était une incarnation de ce but, qui a été réaffirmé dans les *Déclarations politiques sur le VIH* de 2006⁴ et de 2011,⁵ approuvées à l'unanimité par les États membres. De plus, il est

reconnu dans ces deux déclarations que la lutte contre le VIH/sida est une condition préalable à l'atteinte de plusieurs des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).⁶

Pour compléter ces engagements politiques, des mécanismes de financement comme le Fonds mondial de

lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et le President's Emergency Plan for AIDS Relief états-unien (PEPFAR) ont été créés. Les accomplissements ont été nombreux : depuis cette première entente intervenue en 2011, plus de cinq millions de personnes ont pu recevoir un traitement antirétroviral (TAR), les taux d'hospitalisation et de décès liés au sida ont diminué, et dans plusieurs pays le taux de nouvelles infections a reculé.⁷

En dépit de ces réalisations, il existe encore un écart inacceptable entre le nombre de personnes en traitement et le nombre de personnes qui en ont besoin. D'après les lignes directrices révisées de l'OMS concernant l'amorce du TAR, neuf millions de personnes devraient être en traitement, mais ne le sont pas.⁸ Cependant, dans la situation actuelle de concurrence dans les priorités mondiales, et de crise économique globale, la probabilité de réduire ce nombre est gravement réduite par des indices troublants d'un recul, chez les donateurs, de l'engagement qui est nécessaire à maintenir et à accroître l'élan actuel de la riposte au VIH.⁹

Cette situation est exacerbée par la récente annulation de la ronde 11 de financement, par le Fonds mondial, en raison d'un manque de fonds, et notamment de contributions moins élevées que prévu et de plusieurs promesses trahies par des pays donateurs. Le Fonds mondial met plutôt en place un « mécanisme de financement intérimaire », qui offrira aux pays où des programmes risquent d'être interrompus avant 2013 une possibilité de demander du financement pour les besoins les plus essentiels concernant les trois maladies.

Pour ce qui concerne le VIH, ce financement peut couvrir les médi-

caments pour des personnes qui sont déjà en traitement, mais il ne peut servir à l'initiation d'un traitement chez de nouveaux patients. Cela aura des conséquences particulièrement dévastatrices dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne qui comptent en grande partie sur les fonds reçus de pays donateurs, pour la fourniture de traitements.¹⁰

Alors que les bienfaits du traitement comme outil de prévention sont confirmés, le financement pour la riposte mondiale au VIH est réduit.

Toutefois, le manque de ressources n'est pas le seul obstacle à l'atteinte des buts de l'accès universel. Des taux inacceptables de stigmatisation, de discrimination et de violations de droits de la personne, à l'égard des PVVIH et de populations clés, de même que la criminalisation répandue des populations clés et de la transmission du VIH, constituent souvent des obstacles insurmontables à l'accès aux services de prévention et de traitement. Bien qu'il soit reconnu depuis longtemps que les violations de droits humains ont un impact néfaste sur la santé publique, en particulier dans le contexte du VIH, le financement d'interventions qui travaillent à la promotion d'une riposte au VIH fondée sur les droits, et à la riposte au stigmate et à la discrimina-

tion ainsi qu'aux violations de droits humains de PVVIH et de populations clés, demeure limité.

Il est paradoxal et triste que la réalité en soit une de décroissance du soutien financier à la riposte au VIH, en général, et plus particulièrement pour des programmes fondés sur les droits de la personne, au moment même où les bienfaits du traitement comme outil de prévention ont été confirmés par l'étude HIV Prevention Trials Network 052 (HPTN 052), dont les résultats ont été publiés en mai 2011. HPTN 052 a comparé les résultats cliniques et les taux de transmission du VIH, principalement dans des couples hétérosexuels où un partenaire est séropositif et l'autre est séronégatif (c.-à-d. des couples sérodiscordants). Les individus séropositifs au compte de cellules CD4 situé entre 350 et 550 ont été répartis au hasard entre deux groupes : amorce immédiate d'un TAR vs attente jusqu'à ce que les critères cliniques ou des lignes directrices concernant des analyses de laboratoires (habituellement un compte de CD4 inférieur à 250) soient satisfaits.

Cette comparaison randomisée entre l'amorce immédiate ou retardée d'un TAR, a été arrêtée quatre années avant la fin prévue, vu la démonstration des bienfaits en proportion écrasante. Plus précisément, HPTN 052 a conduit à observer qu'une amorce immédiate du TAR chez les personnes séropositives ayant un compte de CD4 de 350 à 550 réduisait de 96 % le risque de transmission du VIH au partenaire séronégatif.¹¹

L'importance de ces résultats est illustrée par une modélisation de l'impact d'un nouveau cadre d'investissement stratégique pour la riposte mondiale au VIH, qui est basé sur les preuves actuelles de ce qui fonc-

tionne, en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH — démontrant que l'atteinte des cibles d'accès au traitement conformément aux lignes directrices actuelles permettrait d'éviter 12,2 millions de nouveaux cas d'infection par le VIH et 7,4 millions de décès liés au sida, entre 2011 et 2020.¹²

Préoccupations liées aux droits humains

Le débat initial sur cet enjeu, avant la publication des résultats de HPTN 052, avait été déclenché par la publication dans *The Lancet* d'un modèle mathématique pour le test universel et volontaire du VIH, suivi immédiatement d'un TAR, comme stratégie pour éradiquer la transmission du VIH;¹³ ce débat avait été ponctué d'expressions d'inquiétude de militants quant aux considérations de droits humains qu'impliquerait la mise en application de ce modèle.

Outre des questions soulevées à propos de plusieurs hypothèses qui servent de base au modèle, des inquiétudes ont été exprimées quant à l'omission de prendre en considération, dans la stratégie, les aspects des droits humains et les implications de sa mise en œuvre, compte tenu notamment du fait que tout modèle de test et traitement universels donne lieu à des craintes de coercition et d'autres violations de droits humains individuels. En particulier, on a déploré de la stratégie l'omission de s'occuper des obstacles juridiques, sociaux et économiques au recours au test et au traitement, en particulier pour les femmes et d'autres groupes vulnérables, de même que les diverses violations de droits humains qui alimentent la vulnérabilité au VIH et qui à la base entravent l'accès au test et au traitement.¹⁴

Toute stratégie de traitement comme outil de prévention doit être soumise aux mêmes inquiétudes. Certains militants contestent d'ailleurs la valeur de toute discussion concernant la mise en œuvre de stratégies de traitement comme outil de prévention alors que les gouvernements, en particulier dans le sud global, sont encore incapables d'atteindre les cibles actuelles d'accès universel, et dans un contexte où les coupes financières menacent leur capacité d'amorce du traitement de nouveaux patients qui en ont besoin.¹⁵

L'omission d'articuler les éléments de droits humains en cause dans des interventions de traitement réduirait les bienfaits potentiels du traitement comme outil de prévention.

Par conséquent, pour que la prévention du VIH et le recours au TAR en tant qu'outil de prévention ou de traitement puissent fonctionner, il est crucial que nous réfléchissions aux violations de droits de la personne qui font obstacle à l'accès aux services de test et de traitement, de même qu'aux violations qui rendent des gens plus vulnérables au VIH, à la base; et il nous faut articuler les éléments de droits humains qui sont en cause dans des interventions de traitement et de prévention. L'omission

de voir à ces considérations réduirait les bienfaits potentiels du traitement comme outil de prévention, et ferait en sorte que les cibles de l'accès universel ne seront pas atteintes.

Depuis le début de l'épidémie, la stigmatisation et la discrimination au motif de la séropositivité au VIH, avérée ou soupçonnée, souvent catalysées par la peur, l'ignorance et les préjugés, sont répandues et envahissantes. Elles prennent diverses formes et se manifestent dans divers secteurs de la société. Elles incluent la violence physique et verbale à l'endroit des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont affectées par lui; le refus d'embaucher des PVVIH et de leur fournir des soins de santé et des services sociaux.¹⁶

Dans une étude réalisée en 2009, en Namibie et au Swaziland, des répondants des deux pays ont identifié les établissements de soins de santé comme étant les lieux où ils rencontraient le plus souvent la stigmatisation et la discrimination.¹⁷ Le phénomène touche fréquemment des personnes qui sont déjà aux prises avec l'inégalité, les préjugés et la marginalisation, le manque de pouvoir, la pauvreté et des comportements criminalisés.¹⁸ La stigmatisation, la discrimination et d'autres violations de droits de la personne sont encore fréquentes dans le quotidien des PVVIH. Cela n'a pas seulement des répercussions sur les droits humains fondamentaux et la dignité des personnes touchées, mais crée aussi des obstacles à l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en lien avec le VIH.

Les personnes dont la capacité de faire valoir leurs droits humains fondamentaux est faible ont un risque plus élevé d'exposition au VIH.¹⁹ En Afrique australe, où les femmes sont

encore en situation d'inégalité perpétuée par les lois et les pratiques, et où les taux de violence et d'agressions sexuelles à leur égard sont élevés, des données démontrent que les femmes, en particulier celles qui sont jeunes, ont plus de risque que les hommes de contracter le VIH.²⁰

La capacité des PVVIH et des populations clés de revendiquer leurs droits humains — plus particulièrement leur droit à la santé et à des services de prévention et de traitement — est compromise par la stigmatisation et la discrimination leur venant de la famille, de la communauté, de l'employeur, d'agents d'exécution de la loi, de professionnels de la santé, de même que des cadres juridiques et des politiques qui échouent à protéger leurs droits humains, voire qui y portent atteinte activement, et qui criminalisent certains de leurs comportements.

Répercussions des lois spécifiques au VIH

En Afrique, la réaction au VIH et au sida a inclus une prolifération de lois spécifiques au VIH dont les effets sont à double tranchant. Afin de répondre à la stigmatisation et à la discrimination fondées sur l'état sérologique réel ou perçu, ces lois incluent des dispositions anti-discrimination. Toutefois, elles prévoient souvent le test obligatoire du VIH pour les membres de populations clés (p. ex., les travailleuses et travailleurs sexuels), les femmes enceintes ou les personnes qui souhaitent se marier. De plus, certaines exigent le dévoilement de la séropositivité à d'autres personnes, comme les époux ou les partenaires sexuels.

Le test obligatoire du VIH et le dévoilement forcé portent non seulement atteinte à des droits humains

fondamentaux, comme ceux à la vie privée, à la liberté et à la sécurité de la personne, mais ils ont aussi des implications plus vastes en termes de santé publique, dans la riposte au VIH. Ils ciblent des populations clés à risque accru d'exposition au VIH, accroissent leur stigmatisation et découragent le recours aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH.

Plusieurs lois criminalisent aussi l'exposition au VIH et sa transmission — et dans certains cas leurs dispositions sont suffisamment générales pour criminaliser la transmission *in utero* du VIH de la mère au bébé, même lorsque la mère n'a pas accès à des services de prévention de la transmission périnatale. Les données sur l'efficacité de la criminalisation pour réduire la propagation du VIH sont limitées; des données suggèrent plutôt qu'elle renforce la perception que les PVVIH sont de potentiels « criminels » contre lesquels la société doit être protégée, qu'elle accroît la stigmatisation et la peur, et qu'elle décourage le recours aux soins pour le VIH.²¹

Outre les lois spécifiques au VIH qui découragent l'accès au test et au traitement, la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne ont des lois qui criminalisent des populations clés comme les travailleuses et travailleurs sexuels, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) et les utilisateurs de drogue par injection (UDI). Ces lois rendent plus difficile de joindre ces groupes pour leur fournir des services liés au VIH. La législation reflète et exacerbe la stigmatisation sociétale de ces individus et les expose à la discrimination, à la violence, au harcèlement et aux abus, notamment de la part des forces policières.

Les populations clés sont réticentes à recourir aux services existants en matière de VIH, par crainte de victimisation et de discrimination. Cela accroît leur vulnérabilité au VIH. Des lois pénales interdisant les rapports sexuels entre hommes créent des obstacles additionnels à la distribution de condoms dans les prisons, ce qui expose les détenus à un risque accru de VIH. Par conséquent, des cadres juridiques habilitants devraient être créés afin de protéger les droits de toutes les populations et d'appuyer leur accès à des services de santé liés au VIH.²²

Le test obligatoire du VIH accroît la stigmatisation et décourage le recours aux services de prévention et de traitement.

Les travailleuses et travailleurs sexuels sont souvent marginalisés et confrontés à de multiples obstacles à l'accès aux services sociaux et de santé dont ils ont besoin, que ce soit le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS), le test du VIH et le counselling sur mesure, la prophylaxie post-exposition en cas de viol, l'accès à des condoms masculins et féminins, le TAR, le soutien en santé mentale, ou le traitement de la toxicomanie. L'attitude négative et les préjugés de travailleurs de la santé à l'égard de ces personnes

limitent encore plus leur accès aux services, et les éloignent des services de traitement et de soutien. Au Malawi, des organismes non gouvernementaux (ONG) de défense des droits humains ont entamé des recours contre les forces policières, après que 14 travailleuses sexuelles aient été arrêtées et forcées de subir un test du VIH, et que les résultats de leurs tests aient été dévoilés dans les médias.²³

Dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, les politiques sur les drogues demeurent axées sur la réduction de l'approvisionnement et la criminalisation des utilisateurs, même si les UDI ont un risque élevé d'infection par le VIH. Depuis 2008, peu de pays ont intégré des interventions de réduction des méfaits dans leur riposte au VIH. La République de Maurice est le seul pays où existent des programmes d'échange de seringues (PÉS). La thérapie de substitution aux opiacés (TSO) est également disponible dans ce pays et, dans une moindre mesure, en Afrique du Sud, au Sénégal et au Kenya.²⁴

La République de Maurice est certes un modèle dans la région, en termes de PÉS et de TSO, mais elle n'a pas encore amendé ses lois sur les drogues qui criminalisent la possession d'instruments pour l'injection de drogue — ce qui entrave le fonctionnement adéquat des PÉS, vu la présence de policiers à proximité des sites d'échange de seringues, limitant le recours à ces services de prévention cruciaux.²⁵

Le problème va au-delà des lois dont l'effet dissuade de passer le test du VIH et, par le fait même empêche d'amorcer un traitement. Des campagnes de test de masse, précurseurs possibles des stratégies de traitement comme outil de prévention, peuvent

aussi être problématiques. Au Lesotho, la campagne « Connaissez votre état sérologique » offrait le test du VIH à toutes les personnes de plus de 12 ans. Volontaire et confidentiel, le test était effectué à domicile par des conseillers communautaires formés. Une étude du modèle a révélé des lacunes dans la formation des conseillers et, par conséquent, dans leur capacité de fournir un counselling pré-test adéquat et de respecter le consentement éclairé et la confidentialité.²⁶

La valeur ajoutée du TAR accroît la nécessité de trouver des approches efficaces pour renforcer la protection des droits humains.

Des préoccupations similaires ont été exprimées à l'égard d'une campagne de test de masse en Afrique du Sud, en 2011. La Treatment Action Campaign (TAC), organisme national de plaidoyer en matière de VIH, a reçu des rapports anecdotiques de test forcé dans les provinces du KwaZulu-Natal et d'Eastern Cape.²⁷

Pour atteindre les cibles de l'accès universel et réaliser la promesse du traitement comme outil de prévention, il faudra une plus grande attention et des investissements supplémentaires dans des programmes qui placent les droits humains au cœur de la riposte au VIH et qui favorisent l'établissement et le ren-

forcement d'un cadre juridique, social et de politiques habilitant, où tous ont accès à des services de prévention et de traitement, sans discrimination. Ce n'est pas une question de droits humains ou de santé publique. Bien que certaines considérations de droits humains (comme le risque que le consentement et la confidentialité soient compromis, dans le cadre de campagnes de test de masse) soient particulièrement pertinentes aux stratégies de traitement comme outil de prévention, les enjeux demeurent essentiellement les mêmes.

L'ordre du jour commun à tous est le recours précoce et efficace au counselling et au test du VIH, et l'accès précoce, opportun et efficace au traitement du VIH dans le cadre d'efforts élargis pour réaliser l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien en matière de VIH. Cela ne sera possible que si les préoccupations de droits humains sont prises en compte sérieusement dans les ripostes nationales et internationales au VIH, ce qui nécessite notamment un financement et un ensemble de programmes pour réduire la discrimination et d'autres violations de droits humains et accroître l'accès à la justice, dans les ripostes nationales au VIH.

Les craintes des personnes désabilitées et encore réticentes à passer un test du VIH ou à amorcer un traitement doivent être abordées, en investissant dans des systèmes de santé respectueux et dans la protection contre les effets sociaux et juridiques néfastes du dévoilement de la séropositivité. De fait, la valeur ajoutée du TAR accroît la nécessité de trouver des approches efficaces pour renforcer la fourniture de services liés au VIH et la protection des droits humains.

Des interventions programmatiques pour créer et renforcer un cadre juridique, social et de politiques habilitant, où les droits humains des PVVIH et des populations clés sont protégés et où l'accès et le recours aux services de prévention et de traitement du VIH sont améliorés, doivent être financés et mis en œuvre. Ces interventions ont une approche à la fois « descendante » et « ascendante » : d'une part, elles travaillent aux échelons supérieurs en répondant aux lois qui font obstacle à la prévention et aux traitements, et impliquent une collaboration des forces policières; et d'autre part, elles agissent à la base, dans les communautés, en renforçant la capacité d'accès à la justice et d'affirmation des droits, en cas de violation.

Habilitation communautaire

L'habilitation et la mobilisation communautaires, pour aider les individus à connaître et à affirmer leurs droits, sont cruciales à cet effort. Des campagnes « Connaissez vos droits et les lois » sont essentielles à habilitier les personnes affectées par le VIH, sur les plans de l'égalité des sexes, de la non-discrimination au motif de la séropositivité au VIH et du statut social, de l'élimination de la violence à l'endroit des femmes, de la protection des droits de l'enfant, et de l'accès à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien en matière de VIH. Les PVVIH et les membres de groupes vulnérables et marginalisés ont besoin de services d'aide juridique, de techniciens juridiques communautaires, de résolution de conflits (y compris avec des leaders traditionnels) et de recours stratégique aux tribunaux pour faire valoir leurs droits en cas de déni ou de violation.

Des interventions visant l'habilitation communautaire sont particulièrement importantes. Des percées cruciales ont été réalisées, dans des pays où les PVVIH et des organismes juridiques et de défense des droits humains liés au VIH se sont mobilisés autour de campagnes « Connaissez vos droits et les lois » et ont entrepris un plaidoyer juridique, y compris un recours stratégique aux tribunaux. Sur le plan individuel, une telle mobilisation engendre une habilitation qui aide à mieux négocier le sécurisexe, à éviter la violence, à passer un test du VIH, à recevoir du counselling et à dévoiler sa séropositivité, et à comprendre et respecter son régime de traitement. C'est particulièrement le cas si la mobilisation et l'accroissement de la capacité incluent une formation des fournisseurs de services clés (p. ex., professionnels de la santé) sur les droits et les lois concernant la non-discrimination, le consentement éclairé et la confidentialité, et une sensibilisation des policiers aux droits des PVVIH et des membres de populations clés.

Les stratégies de traitement comme outil de prévention soulèvent des considérations spécifiques aux droits humains, notamment l'érosion possible des droits à l'autonomie et à la vie privée, vu l'expansion du test et l'administration du traitement comme moyen de prévention dans l'« intérêt public ». En réponse à ces préoccupations, il est recommandé que la mise en œuvre de ces stratégies soit guidée par les principes suivants :

- Les lignes directrices concernant le moment optimal d'amorce du TAR doivent être basées sur le meilleur intérêt du patient. Des PVVIH ne devraient pas être tenues d'amorcer un traitement

dans le but principal de prévenir la transmission du VIH. Le but principal du traitement est de traiter. Un patient ne devrait pas être contraint de risquer le développement hâtif d'une résistance à des antirétroviraux ou à subir des effets secondaires de médicaments, sauf si des preuves claires démontrent qu'un traitement antirétroviral précoce peut lui être bénéfique en prolongeant sa vie et en améliorant sa qualité de vie.

- En contexte de ressources limitées, les décisions concernant l'administration du TAR devraient être basées sur la nécessité de traiter d'abord les patients les plus malades, et non sur des occasions perçues de prévenir de nouvelles infections. La meilleure approche est que tous les patients dont l'état correspond aux critères thérapeutiques en vigueur aient un accès adéquat au TAR et à d'autres services de santé.
- Le recours à un TAR est un choix personnel. Chaque patient a le droit de décider de ne pas se faire traiter.
- La disponibilité de combinaisons de traitements de deuxième et de troisième ligne est essentielle à l'utilisation à long terme du TAR. Cela est particulièrement important, dans la mesure où l'on considère que le traitement précoce optimise à la fois les bienfaits thérapeutiques et préventifs du TAR.²⁸

Conclusion

Un cadre juridique, social et de politiques habilitant, où les droits des PVVIH et des populations clés sont protégés et respectés, est toujours crucial à la réalisation de l'accès universel aux traitements et aux mesures

de prévention du VIH. Le potentiel du traitement comme outil de prévention ne change pas (et ne devrait pas changer) le fait que chaque personne, quels que soient son état sérologique au VIH, son orientation sexuelle et ses autres caractéristiques, a le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Pour que cela devienne réalité, ses droits à la dignité, à l'autonomie, à la vie privée, à l'information et à la non-discrimination doivent être respectés, protégés et réalisés.

La perspective qu'une couverture étendue du TAR puisse réduire la transmission du VIH dans une population donnée met en relief la nécessité d'une vaste expansion du test du VIH, en tant qu'étape vers le traitement. Néanmoins, si les protections des droits humains ne sont pas un élément central et adéquatement financé des stratégies de test, l'expansion rapide du test du VIH risque d'occasionner d'importantes violations des droits à la vie privée, à l'autonomie et à l'information, sans diagnostic ou aiguillage adéquat à des soins pour les personnes séropositives. Cela ne fera qu'éloigner les gens des services de dépistage et de prévention que la stratégie cherche à rendre accessibles.

Fait paradoxal, le financement est en stagnation, voire en recul, au moment même où la science, la médecine et les programmes offrent les moyens susceptibles de vaincre le VIH.²⁹ Cette situation menace à la fois la riposte au VIH et ses impératifs de droits humains, et pourrait imposer à des pays un choix entre des programmes biomédicaux et des programmes pour créer des cadres juridiques et sociaux qui contribuent à protéger les droits humains des personnes vivant avec le VIH et des

personnes vulnérables, alors que ces deux types de programmes sont cruciaux. Par conséquent, il est essentiel que des programmes visant à développer de tels cadres habilitants, pour protéger les droits humains des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH, soient financés et mis en œuvre.

— *Michaela Clayton, Lynette Mabote et Felicita Hikuam*

Michaela Clayton (michaela@arasa.org.na), Lynette Mabote (lynette@arasa.info) et Felicita Hikuam (felicitahikuam@arasa.org.na) sont de l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa, de Windhoek, Namibie.

¹ Les auteures remercient David Barr pour ses conseils au cours de la rédaction de cet article.

² *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Assemblée générale des Nations Unies, S-26/2, 27 juin 2001.

³ Organisation mondiale de la santé, *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 – Comment y parvenir*, 2003.

⁴ *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Assemblée générale des Nations Unies, A/60/736, mars 2006.

⁵ *Déclaration politique sur le VIH/sida*, Assemblée générale des Nations Unies, 65/277, juin 2011.

⁶ *Nations Unies, Déclaration du Millénaire*, Assemblée générale des Nations Unies, A/RES/55/2, septembre 2000.

⁷ ONUSIDA, *Outlook*, 2010 (www.unaids.org/outlook/).

⁸ Médecins Sans Frontières, *No Time to Quit: HIV/AIDS Treatment Gap Widening in Africa*, mai 2010.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Médecins Sans Frontières, *Reversing HIV/AIDS? How Advances Are Being Held Back by Funding Shortages*, décembre 2011.

¹¹ HIV Prevention Trials Network, « Initiation of Antiretroviral Treatment Protects Uninfected Sexual Partners from HIV Infection (HPTN Study 052) » (communiqué), Washington, 12 mai 2011.

¹² B. Schwartlander et coll., « Towards an Improved Investment Approach for an Effective Response to HIV/AIDS », *The Lancet* 377 (2011) : 2031–2041.

¹³ R. Granich et coll., « Universal Voluntary Testing with Immediate Antiretroviral Therapy as a Strategy for Elimination of HIV Transmission: A Mathematical Model », *The Lancet* 373 (2009) : 48–57. À l'aide de données d'Afrique du Sud, ce modèle a exploré l'impact de l'hypothèse d'administrer le test du VIH à toutes les personnes de 15 ans et plus et d'amorcer immédiatement un TAR pour toutes les personnes trouvées séropositives (le concept « chercher et traiter »); on a conclu que cette stratégie pourrait réduire l'incidence du VIH et le taux de mortalité à moins d'un cas par 1 000 personnes d'ici 2016, ou 10 ans après la mise en œuvre complète de la stratégie, et réduire la prévalence du VIH à moins de 1 % en 50 années.

¹⁴ Open Society Foundations, Global Civil Society Forum on Antiretroviral Therapy for Prevention meeting report, octobre 2009 (www.soros.org/initiatives/health/focus/law/news/hiv-prevention-20091015).

¹⁵ D. Barr et coll., « Articulating a Rights-Based Approach to HIV Treatment and Prevention Interventions », *Current HIV Research* 9 (2011) : 396–404.

¹⁶ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2010*; AIDS & Rights Alliance for Southern Africa, *HIV/AIDS and Human Rights in Southern Africa*, 2009.

¹⁷ Human Rights Count!, *Documentation of HIV-Related Human Rights Violations in Swaziland and Namibia*, 2010.

¹⁸ ONUSIDA, *supra*, note 16.

¹⁹ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006 et 2010*.

²⁰ ONUSIDA, *supra*, note 16.

²¹ S. Burris et coll., « The criminalisation of HIV: time for an unambiguous rejection of the use of criminal law to regulate the sexual behaviour of those with and at risk of HIV », *Social Science Research Network*, 2008.

²² Une étude sur le VIH parmi les HRSH d'Afrique australe, au Botswana, au Malawi et en Namibie, a révélé que 17,6 % des participants au Malawi, 18,3 % en Namibie et 20,5 % au Botswana craignaient de demander des services de santé en raison de leur orientation sexuelle. Voir S. Baral et coll., « HIV Prevalence, Risks for HIV Infection, and Human Rights among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Malawi, Namibia and Botswana », *PLoS ONE* 4(3) (2009).

²³ M. Richter et coll., « Sex work and the 2010 FIFA World Cup: time for public health imperatives to prevail », *Globalization and Health* 6 (2010).

²⁴ International Harm Reduction Association, *The Global State of Harm Reduction*, 2010.

²⁵ Communication personnelle avec Nicolas Ritter, directeur, Prévention information lutte contre le sida (PILS), République de Maurice.

²⁶ Human Rights Watch, *A Testing Challenge: The Experience of Lesotho's Universal HIV Counselling and Testing Campaign*, 2008.

²⁷ « South Africa: National HIV testing campaign disappoints », *IRIN PlusNews*, 7 septembre 2010.

²⁸ D. Barr et coll., *supra*, note 15.

²⁹ Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits de l'homme, « Le Fonds mondial et la crise financière de la lutte au VIH : un grave recul en matière de VIH et de droits de la personne : Déclaration et recommandations ». Janvier 2012. Accessible via <http://unaidspcbngo.org/>.