

VIH/SIDA ET DROIT

VOLUME 9, NUMÉRO 2, AOÛT 2004

Droits humains et VIH/sida dans le cadre de l'Initiative 3 x 5 : de nouvelles orientations s'imposent-elles?

Cette dernière décennie, le succès de l'approche au VIH/sida fondée sur les droits humains fut partiel, affirme Mark Heywood. Dans cet article, l'auteur décrit les défis qui demeurent, dans la mise en oeuvre d'une approche axée sur les droits humains. Il propose une analyse des questions soulevées par De Cock et coll., quant à l'applicabilité de cette approche. Il affirme que le plaidoyer pour les droits humains doit se poursuivre, mais que de nouvelles orientations sont requises. Il propose de nouvelles orientations en matière de : (a) confidentialité et ouverture; (b) test du VIH; et (c) systèmes de santé. L'auteur conclut que la plus grave menace aux droits humains demeure le manque de volonté des gouvernements nationaux de prendre toutes les mesures nécessaires pour développer des services de santé et prévenir les épidémies.

Il y a plus de 15 ans, une première « approche au VIH/sida fondée sur les droits humains » était articulée en tant qu'élément essentiel au succès des stratégies de prévention pour contrôler l'épidémie du VIH/sida.¹ En 1993, le juge Michael Kirby de la Haute Cour d'Australie nommait cela le « paradoxe du sida », expliquant que « l'une des lois les plus efficaces que nous puissions offrir contre la propagation du VIH est la protection des personnes vivant avec le VIH/sida et de leurs proches, contre la discrimination. C'est un paradoxe puisque la communauté générale s'attendrait à des lois qui la protègent contre les personnes vivant avec le VIH. Or, du moins à ce stade de l'épidémie, nous devons aussi protéger les personnes séropositives. »[trad.]² Kirby signalait que ce paradoxe découlait de

voir page 7

Dans ce numéro

Activisme pour la réduction des méfaits	14
Le Canada annonce des fonds additionnels pour la lutte domestique et mondiale contre le sida	21
Thaïlande – Un rapport documente des violations de droits humains chez les utilisateurs de drogue	34
É.-U. – Un juge tranche : les soins médicaux inadéquats aux détenus séropositifs sont une violation de leurs droits	51
Une crainte de persécution ne justifie pas une demande de statut de réfugié	59

Droits humains et VIH/sida dans le cadre de l'Initiative 3 x 5 : de nouvelles orientations s'imposent-elles?

de la page 1

l'absence de vaccin et de remède contre le VIH. Bien que l'on n'ait pas encore découvert de vaccin ni de remède, le paysage scientifique, social et politique entourant le VIH/sida a grandement changé depuis 1993 – tout comme la démographie de l'épidémie. Quelques faits importants, à l'heure actuelle :

- Le noyau de l'épidémie mondiale s'est « établi » mais la propagation du VIH demeure explosive dans les pays du tiers monde, particulièrement en Afrique subsaharienne, et en Europe de l'Est.³
- Les projections émises à la fin des années 1980 quant à l'impact social potentiellement dévastateur du sida ont été corroborées; l'atteinte de plusieurs Objectifs de développement du millénaire est compromise.⁴
- Les médicaments antirétroviraux font leurs preuves depuis presque dix ans et les régimes de traitement ont été simplifiés. Médecins Sans Frontières (MSF) parle de « deux comprimés par jour pour sauver des vies ». Cette notion, couplée à des connaissances quant aux approches de prévention et de traitement du VIH qui fonctionnent, pourrait sauver la vie de personnes qui ont déjà le VIH en plus de permettre des initiatives de prévention radicalement différentes et plus efficaces.
- On observe une indignation morale croissante, à l'effet que le VIH/sida exacerbe les inégalités entre les pays riches et pauvres, et

que le droit à la santé et à la vie ne devrait pas dépendre de la capacité de payer pour obtenir des médicaments et des services de santé.

Ces réalités ont contribué à donner un élan à l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et au Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP), pour le lancement de l'Initiative « 3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 » (« 3 x 5 »), en septembre 2003, soulignant qu'« une mobilisation politique mondiale croissante, sous l'impulsion des personnes vivant avec le VIH/sida, a sensibilisé les communautés et les gouvernements à la nécessité de considérer le traitement antirétroviral comme un droit fondamental ».⁵ La campagne 3 x 5 a besoin de l'appui actif de militants de partout pour les droits humains. Il s'agit essentiellement d'une initiative de santé publique, aux ambitions aussi vastes que l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio; mais qui vise aussi à réduire les inégalités entre les pays riches et pauvres, dans l'accès aux médicaments. La stratégie est toutefois risquée, pour l'OMS et l'ONUSIDA – et donc pour les droits humains. Elle pourrait rehausser les attentes mondiales, mais aussi les anéantir. Divers scénarios sont envisageables pour l'Initiative 3 x 5 :

a) un sombre échec, où l'objectif ne serait que partiellement atteint;

- b) un succès partiel où l'objectif ne serait pas atteint, mais qui permettrait une expansion significative de l'accès aux traitements ainsi qu'un dynamisme et un espoir qui se poursuivraient au delà de 2005; ou
- c) un succès, où l'objectif serait atteint et le travail se poursuivrait dans le but ultime de l'accès universel aux antirétroviraux pour tous ceux qui en ont besoin.

Enfin, la réussite de l'Initiative 3 x 5 dépendra non seulement de l'atteinte de son objectif, mais aussi de la durabilité de l'accès aux traitements établi, et de preuves d'une amélioration de la qualité de vie et de la longévité des millions de personnes qui vivent avec le VIH/sida dans les pays en développement. Cela nécessitera, dans un court laps de temps, une amélioration tangible et rapide de la qualité et de l'accessibilité des services de soins de santé.

La réussite de l'Initiative 3 x 5 dépendra non seulement de l'atteinte de son objectif, mais aussi de la durabilité de l'accès aux traitements établi.

L'Initiative 3 x 5 et les droits humains

Les militants pour les droits trouveront rassurant que l'Initiative 3 x 5

soit fondée sur la conviction que l'accès aux soins de santé et aux traitements est un droit humain. Cette vision a été proclamée il y a plusieurs années dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Or, plus récemment, la mondialisation et l'épidémie du sida ont forcé les gouvernements nationaux, le système de l'ONU et les militants pour la santé à élaborer une explication plus détaillée des implications et des obligations que le droit à la santé impose aux gouvernements.⁶ Il est également important d'analyser l'impact potentiel de la campagne 3 x 5 sur les questions « traditionnelles » de droits humains et la façon dont les principes de droits humains seront promus pendant l'initiative et au delà. Un nouveau paradoxe du sida pourrait naître : bien que l'Initiative 3 x 5 endosse une approche au VIH/sida qui soit fondée sur les droits, elle pourrait aussi constituer une menace aux droits humains si sa mise en œuvre procédait d'un contournement de principes fondamentaux (comme le consentement éclairé au test du VIH) ou entraînait un affaiblissement de l'autonomie du patient dans les décisions relatives à la divulgation.

Au cours de la dernière décennie, le succès de l'approche au VIH/sida fondée sur les droits humains (initialement articulée par Jonathan Mann; puis détaillée dans les Directives internationales de l'ONU sur le VIH/sida et les droits de la personne, etc.) a été fragmentaire.

On a beaucoup parlé du paradoxe du sida et il semble que l'approche des droits humains soit profondément enracinée dans la réponse mondiale au VIH/sida. L'existence de lois, de politiques et de jurisprudence qui protègent maintenant les droits humains

des personnes vivant avec le VIH/sida ou affectées autrement, abondantes dans plusieurs pays, est assurément un développement positif. En réponse à la libéralisation du commerce, et particulièrement à l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), le plaidoyer pour la santé en tant que droit humain a considérablement influencé la pensée mondiale, la conduite des compagnies pharmaceutiques et, dans certains cas, les pratiques gouvernementales.⁷ Cependant, le degré réel de protection dont bénéficient les membres des communautés affectées dépend généralement soit de l'engagement de leur gouvernement aux droits en question (ce qui est rare), soit de la mesure dans laquelle les organismes militants parviennent à attirer l'attention sur ces droits et à en affirmer la revendication au palier communautaire.

Malheureusement, plusieurs pays continuent de nier que le VIH est une question de droits ou refusent l'intrusion des droits humains dans certains aspects de la prévention du VIH, pour des raisons de religion, de coutumes ou de droit.⁸ Au Zimbabwe, en Namibie et dans plusieurs autres pays de l'Afrique et de l'Asie, la discrimination à l'endroit des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes empêche les stratégies de prévention du VIH de cibler ou de joindre des millions de personnes vulnérables. Dans la plupart des pays en développement, le refus de distribuer des condoms aux détenus fait en sorte qu'un nombre considérable de personnes sont vulnérables au VIH – une vulnérabilité exacerbée par le surpeuplement et la violence sexuelle. De façon similaire, le travail sexuel demeure criminalisé dans la plupart des pays, y

compris ceux qui ont des constitutions progressistes, comme l'Afrique du Sud. Dans tous ces cas, la puissance du paradoxe évoqué par le juge Kirby demeure : le manque de protection et de respect des droits des personnes les plus vulnérables alimente l'épidémie du VIH.

L'un des domaines où l'approche des droits humains a eu peu d'effets tangibles (au delà de l'apport d'une analyse) concerne la vulnérabilité des femmes pauvres au VIH/sida, dans les pays en développement, et l'incapacité ou la réticence des États à s'attaquer aux violations de l'égalité, de l'autonomie et de l'intégrité corporelle des femmes. En 2004, un rapport régional du Groupe de travail (du Secrétaire général des Nations Unies) sur les femmes, les filles et le VIH/sida en Afrique australe a conclu : « Le Groupe de travail est porté à croire que le problème [de la vulnérabilité des femmes] est si vaste qu'il provoque cette paralysie des rapports entre les sexes, ou alors il est si accepté qu'il n'attire pas suffisamment d'attention des gouvernements, des donateurs et des communautés. » [trad.]⁹ La reconnaissance tardive de cette crise des droits humains a mené à la création de la Coalition mondiale sur les femmes et le sida, au début de 2004.

Les droits des enfants et les obligations à leur égard sont un domaine où l'approche des droits humains risque de ne pas être fructueuse dans l'avenir. Il s'agit d'une priorité montante en matière de droits humains, puisque des millions d'enfants perdent maintenant leurs parents et leur relative sécurité à cause du sida.¹⁰ Pour ce qui est des femmes et des enfants, l'obstacle n'est pas la discrimination à l'endroit des groupes affectés ou marginalisés, mais plutôt l'intransigeance des sociétés à modifi-

er les relations entre les sexes. Le paradoxe serait alors que, malgré un refus de renverser le statu quo en habitant les femmes, celui-ci s'effondrera éventuellement, avec l'érosion du tissu social qui dépend du travail invisible des femmes.

Sans ressources à l'appui, plusieurs droits humains auront beau être universellement reconnus, ils demeureront non réalisés.

De façon générale, ces 15 dernières années, nous avons appris les leçons suivantes :

- sans ressources à l'appui, plusieurs droits humains auront beau être universellement reconnus, ils demeureront non réalisés;¹¹
- les droits humains sont plus susceptibles d'avoir un impact sur les politiques ou les pratiques nationales lorsqu'ils sont appuyés par des mouvements sociaux comme la Treatment Action Campaign (TAC), en Afrique du Sud, qui les intègre à leur programme et les transforme en revendications; et
- des actions audacieuses et urgentes pour revendiquer des progrès vers la réalisation des droits à la dignité, à la vie et à la plus haute norme atteignable de santé physique et mentale doivent soutenir toutes les stratégies mondiales de santé publique, à l'instar de l'Initiative 3 x 5. Le plaidoyer pour le droit aux traitements anti-VIH doit être synchronisé avec

celui visant à enrayer les inégalités flagrantes entre les revenus et les dépenses en santé, qui sont décrites une fois de plus dans le Rapport de 2003 sur la santé dans le monde.¹²

En période post-traitement de la pandémie du VIH/sida, le plaidoyer en faveur des droits humains doit se poursuivre. L'essence du paradoxe initial subsiste. Il est vital de surveiller les droits des personnes qui sont vulnérables à la discrimination et à la marginalisation dans l'accès à la santé et à d'autres ressources. Les efforts locaux pour éduquer les individus à propos de leurs droits et pour redresser les violations doivent continuer. Toutefois, à la lumière des succès et échecs des 15 dernières années, de nouvelles orientations s'imposent.

Définir de nouvelles approches à l'articulation des droits humains

Il y a toujours eu des détracteurs de l'approche du VIH/sida fondée sur les droits humains, mais ce sont habituellement des individus ou des gouvernements qui s'opposent *a priori* aux droits. Or, en 2002-2003, un ensemble plus théorisé de questions liées à l'applicabilité d'une approche au VIH/sida fondée sur les droits humains, en Afrique, a été présenté par De Cock et coll. dans deux articles publiés dans *The Lancet*.¹³

Le point de départ des auteurs est louable. Ils expliquent : « Nos approches philosophiques et techniques à la prévention du VIH/sida doivent interrompre la transmission du virus, atténuer l'impact clinique et social de l'épidémie, réduire le stigmatiser et la vulnérabilité, et promouvoir les droits et le bien-être des personnes séropositives et séronégatives. »[trad.] Malheureusement, dans leurs efforts

pour dénoncer l'« exceptionnalisme du sida », De Cock et coll. dressent un portrait erroné de l'Afrique et de l'approche du VIH fondée sur les droits humains. Ils ne tiennent pas compte des facteurs réels qui découragent le test de sérodiagnostic et différencient le VIH des autres maladies infectieuses. J'identifie ci-dessous certaines failles de leur argumentation, dont un élément central concerne le fait que ce qu'ils qualifient de sensibilisation élevée au VIH en Afrique (une allégation qui contredit leur propre appel à la reconnaissance de « l'hétérogénéité géographique et épidémiologique de la pandémie »),¹⁴ atténuerait le besoin de counselling pré-test complet.

L'emphase sur le counselling lié au diagnostic du VIH est unique, parmi les maladies infectieuses, et mérite une discussion. La sensibilisation au VIH/sida est maintenant élevée, en Afrique, et l'on manque de preuves à l'effet qu'un counselling pré-test plus étoffé serait nécessaire pour le VIH, comparativement aux autres infections.[trad.]

Sur cette base, De Cock et coll. se disent favorables au « test de routine » qui, à leur avis, « ne devrait pas nécessiter un consentement spécifique ni un counselling pré-test ».[trad.]¹⁵ Cependant, cet argument ne tient pas compte du fait que la sensibilisation n'équivaut pas à la connaissance et à la compréhension. Un degré élevé de sensibilisation au VIH/sida s'accompagne souvent d'un degré élevé d'incompréhension, de mythe et de déni. Une forte sensibilisation ne mène pas en soi à des comportements propices à la santé – et le facteur de dissuasion n'est pas l'approche de droits humains. Il est important de saisir que le counselling pré-test est à la fois une intervention de santé publique visant le transfert de connaissances sur le

VIH au patient et une obligation éthique et de droits humains qui incite le professionnel de la santé à respecter l'autonomie du patient.

Par exemple, en Afrique du Sud, où sont déployées des campagnes de prévention du VIH parmi les plus vastes et les plus coûteuses du continent, on dispose maintenant de preuves que ces efforts peuvent rehausser la sensibilisation à l'existence du VIH, mais pas aux risques individuels. Une récente étude menée par la Reproductive Health Research Unit (RHRU) de l'University of the Witwatersrand a révélé que 85% des quelque 12 000 jeunes interviewés étaient sensibilisés au VIH/sida.

En revanche,

67% des jeunes sexuellement actifs continuent de considérer qu'ils courent un faible risque de contracter le VIH. Des jeunes qui ont affirmé ne pas avoir utilisé de condom avec leur plus récent partenaire sexuel, 54% se considèrent à faible risque de contracter le VIH... Malgré la prévalence élevée du VIH parmi les jeunes (10,2%), la vaste majorité de ceux qui sont séropositifs l'ignorent – 67% ont rapporté ne jamais avoir subi de test.[trad.]¹⁶

Les constats de la RHRU portent à se demander pourquoi les populations considérées vulnérables n'ont pas recours au test du VIH – ce qui nous ramène aux droits humains et au stigmatiser! Cela met en relief l'importance du counselling, plutôt que l'inverse.

De Cock et coll. créent une dichotomie artificielle et non justifiée entre les droits humains, la justice sociale et la santé publique.

De Cock et coll. créent aussi une dichotomie artificielle et non justifiée entre les droits humains, la justice sociale et la santé publique. Ils soutiennent avoir découvert un nouveau paradoxe du sida, alléguant que les militants pour les droits humains exercent une force dissuasive à subir le test du VIH en insistant sur l'autonomie par le consentement éclairé, puis ils concluent que « l'échec à prévenir la transmission du VIH constitue une violation des droits humains qui entrave le développement humain et social de l'Afrique. »[trad.]¹⁷

Contrairement aux allégations de ces auteurs, les droits humains englobent et revendiquent à la fois la justice sociale et la santé publique. Le problème est que la gouvernance mauvaise ou corrompue de gouvernements riches et pauvres n'accorde priorité ni à la justice sociale, ni à la santé publique, dans plusieurs pays en développement. Cela est manifeste, le principal facteur décourageant les comportements propices à la santé est le manque d'accès aux soins de santé (y compris les services de counselling et de test volontaires) et aux médicaments prophylactiques ou curatifs.¹⁸ Tel que l'a reconnu l'OMS, la mobilisation communautaire visant le VIH/sida est nécessaire pour réclamer la provision de services de counselling et de test volontaires ainsi que d'autres services liés au VIH et pour créer une demande dans la communauté. En réalité, même si De Cock ne le croirait pas, les principes de la confidentialité et du consentement éclairé sont encore largement ignorés dans le domaine de la santé en Afrique – et, par conséquent, ne peuvent pas poser un si grand obstacle qu'il le prétend.

Néanmoins, dans leur second article publié dans *The Lancet*, De Cock et ses collègues parviennent, par les mauvais moyens, à formuler un

ensemble de recommandations qui devraient être prises au sérieux. Ces recommandations sont énumérées sous l'en-tête « Messages pour une approche fondée sur l'état sérologique pour la prévention et les soins du VIH en Afrique ».¹⁹ Essentiellement, les auteurs recommandent à chacun de connaître son état sérologique, de le divulguer à ses partenaires sexuels et de demander des soins médicaux en cas de séropositivité.

L'approche de De Cock est trop stéréotypée et dépouillée de contexte. Par exemple, compte tenu de l'inégalité des rapports entre les sexes ainsi que de la violence sexuelle dans un pays comme l'Afrique du Sud, plusieurs femmes ne pourront suivre sa recommandation de divulgation ou de connaissance de l'état sérologique du partenaire sexuel. Ironiquement, le succès d'une « approche fondée sur l'état sérologique » dépendrait donc d'une synergie établie avec l'approche des droits humains. Bien que l'on puisse appuyer les « nouveaux » messages proposés par De Cock et la nécessité de les intégrer activement à une nouvelle génération de messages sur la prévention et le traitement du VIH/sida, il est important de demeurer conscient des problèmes de droits humains qu'ils comportent. Des suggestions à cet effet sont présentées ci-dessous.

Confidentialité et ouverture

En plus du droit à la confidentialité, nous devrions insister sur le droit de choisir, en ce qui a trait à l'ouverture, et sur l'obligation des États de veiller activement à ce que les individus puissent exercer ce droit sans peur. Cela exigerait que les États fassent activement campagne contre la discrimination et introduisent des lois qui interdisent et pénalisent des pratiques comme le test du VIH pré-embauche.

Les messages publics devraient promouvoir l'ouverture et la divulgation et souligner que « l'on ne devrait pas être pénalisé pour son ouverture », plutôt que de dire que « l'on n'a pas besoin ou l'on ne devrait pas être ouvert, par crainte de châtement ». Ceci n'est pas un plaidoyer pour la divulgation non volontaire, mais plutôt une suggestion pour encourager l'ouverture tout en garantissant les droits individuels à l'autonomie et à la confidentialité.²⁰

Test du VIH

Par le passé, les militants pour les droits humains ont insisté sur la reconnaissance du droit de ne pas subir un test du VIH, en raison du stigmatisation, de la discrimination et de l'absence de traitement. Ce droit demeure, mais nous devrions aussi faire valoir le droit d'accéder au test du VIH et de connaître son état sérologique. La situation a suffisamment changé pour affirmer que le test du VIH devrait être disponible et offert à plus grande échelle et de manière systématique. Tel qu'indiqué dans le document *Guidance Note on Scaling up HIV Testing*, publié par le Groupe consultatif mondial de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits humains,²¹ l'ONUSIDA et l'OMS ne devraient pas rejeter systématiquement le test de routine, mais insister plutôt pour que l'offre routinière du test du VIH s'accompagne d'un accès au counselling pré-test et au traitement, lorsque indiqué sur le plan clinique. Il est important de reconnaître que ceci diffère de la proposition de De Cock. Ce dernier défend une « politique systématique de test à moins qu'un individu y exprime spécifiquement son refus »²² et un « accent sur le counselling post-test pour les patients trouvés séropositifs ».[trad.]²³ Vu que le problème du

counselling est systémique et structurel, enraciné dans un refus gouvernemental d'investir dans cet aspect des soins pour le VIH, la formule prônée par De Cock est dangereuse. Il est probable qu'elle fasse en sorte qu'un grand nombre de personnes subissent le test du VIH sans même entendre parler de counselling pré- et post-test.²⁴ En conséquence, dans le cadre de l'effort 3 x 5, il faudra insister constamment sur (a) l'autonomie absolue et continue des patients; (b) la confidentialité; (c) la non-discrimination; et (d) le test en tant que portail vers l'accès au traitement, lorsque indiqué sur le plan clinique.

Toutefois, certains risques doivent être admis et assumés. Le risque, pour les droits humains, que comporte la non-expansion du test du VIH (opportunités manquées de prévention et de traitement du VIH) doit être comparé au risque d'une expansion imparfaite. Les facteurs clés de l'offre routinière et de l'incitation au test du VIH, comme ceux décrits dans la *Guidance Note*, ne seront pas tous en place d'ici 2006. Par conséquent, l'ONUSIDA et l'OMS devraient collaborer activement avec les gouvernements qui sont engagés à une expansion éthique du test volontaire, et inciter des instances comme le FMSTP à verser des fonds à cette fin. Là où les gouvernements sont peu engagés, des organismes de la société civile devraient être appuyés dans la revendication d'un plus grand investissement direct dans le counselling, et d'une éducation publique sur le VIH qui soit améliorée et plus visible, afin d'accroître le degré de connaissance et de compréhension publiques du test du VIH. Une amélioration du degré de connaissance du public à propos du VIH rehausserait la qualité du counselling (et favoriserait des décisions éclairées) en libérant les conseillers

de la tâche de fournir de l'information, de soulever des questions, etc., qui devrait déjà faire partie du domaine public.

Nous devrions faire valoir le droit à des services de santé adéquatement financés, gérés et planifiés, ainsi que les obligations positives des gouvernements à cet égard.

Systemes de santé

Enfin, comme partie intégrante du droit au traitement – qui est maintenant reconnu par écrit –, nous devrions faire valoir le droit à des services de santé adéquatement financés, gérés et planifiés, ainsi que les obligations positives des gouvernements à cet égard. En 2000-2001, dans six pays du Sud de l'Afrique, la médiane des dépenses liées au VIH/sida était de 1\$ US par habitant. Elle variait de 29,67\$ US au Botswana à 0,41\$ US au Lesotho. La disparité des dépenses par habitant en matière de VIH/sida, au sein d'une même région, est un travesti du droit à la santé. Elle reflète une malheureuse réalité : le degré d'accès aux soins pour le VIH est devenu tributaire de fantaisies de gouvernements, des frontières coloniales qui séparent les groupes nationaux et des décisions de donateurs qui accordent leur faveur à un pays plutôt qu'à l'autre.²⁵

Droit à une gouvernance imputable et obligation des États de prévenir les épidémies

Le cœur du débat sur le point de mire et l'impact futur du plaidoyer pour les

droits humains et la santé publique est la gouvernance. La leçon que l'on aurait dû tirer de la dernière décennie est la suivante : à presque tous les paliers, le VIH/sida est l'expression d'une crise de politique et de gouvernance imputable et démocratique, à travers le monde.

À l'échelle internationale, la réponse adéquate au VIH/sida est menacée par l'impact mondial – en termes d'allocation des ressources – de la préséance accordée à la « lutte au terrorisme » par les États-Unis, le Royaume-Uni et d'autres pays industrialisés, au détriment des besoins humains mondiaux. En 2001, la Commission macroéconomie et santé de l'OMS a formulé d'importantes recommandations visant à donner « aux populations pauvres du monde accès à des services de santé essentiels, notamment à quelques interventions spécifiques », comme pour le VIH/sida. Elle a estimé que « les interventions essentielles [...] contre les maladies infectieuses et les carences nutritionnelles devraient en principe permettre de sauver d'ici 2010 environ 8 millions de vies *par an*. »²⁶ Malgré cela, il n'existe pas encore de plan sérieux et coordonné pour surveiller et renverser l'affaiblissement des services de santé dans les pays en développement. On observe plutôt une attitude de pusillanimité de la part des gouvernements : leurs violations de droits socio-économiques et leur échec à protéger et à promouvoir la santé ont coûté la santé, la dignité et la vie à des millions de personnes.

Au palier national, la réponse adéquate au VIH/sida est menacée par des gouvernements comme ceux de la Chine et de l'Afrique du Sud qui, pour des raisons politiques, ont évité pendant des années de prendre l'épidémie du VIH/sida au sérieux. La

critique explicite de ces gouvernements, fondée sur des preuves objectives et démontrables de manquements à leurs obligations, a été laissée à des activistes locaux qui, lorsqu'ils expriment de telles critiques, risquent souvent la persécution. Là où la société civile est faible, ou supprimée, comme dans plusieurs pays de l'Afrique et de l'Asie, les gouvernements continuent de violer impunément le droit à la santé (et plusieurs autres). Un puissant incitatif, pour que les militants des droits humains portent une attention rigoureuse aux responsabilités des gouvernements nationaux, réside dans le fait que les décisions et priorités nationales affecteront à la fois les ordres du jour et les priorités des paliers gouvernementaux supérieurs (régionaux, internationaux et mondiaux) et inférieurs (provinciaux et/ou municipaux). Le VIH/sida n'est pas encore un enjeu significatif à l'ordre du jour des réunions internationales de gouvernements, comme le G8, le G77, l'Union africaine ou l'Association of South East Asian Nations (ASEAN) – contrairement à l'ordre du jour des organismes multilatéraux des Nations Unies. Cela s'explique par le fait qu'à l'exception d'événements spéciaux, comme la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) consacrée au VIH/sida (2001), les gouvernements nationaux n'ont pas encore agi en ce sens. Par ailleurs, le problème du VIH/sida n'est pas encore adéquatement assumé ou admis par plusieurs gouvernements des régions les plus frappées du monde.

Au palier de la gouvernance locale et municipale, dans presque tous les pays où la prévalence du VIH est élevée, on ne dispose pas encore de services élémentaires dans les communautés, les écoles, les municipali-

tés, les prisons, etc., qui tiendraient compte de l'épidémie du VIH. L'absence de tels services demeure l'un des plus importants facteurs dissuasifs pour le test du VIH, la divulgation, la prévention et le traitement.

Conclusion

J'espère que cet article aura su défendre la pertinence continue du « paradoxe du sida ». L'envers du paradoxe est que l'échec à protéger les droits des individus les plus marginalisés et vulnérables au VIH accroît la vulnérabilité de la population entière – à l'infection à VIH et à ses conséquences sociales. Le cas des détenus l'illustre bien. La majorité des détenus sont jeunes et appartiennent à des populations très vulnérables au VIH. Ils apportent des taux élevés de VIH en prison. Dans un milieu dépourvu d'accès à l'information, de condoms et de sécurité personnelle, le VIH devient une menace pour l'ensemble de la population carcérale. Le taux de roulement est élevé, en prison; plusieurs détenus retournent dans leur communauté – ce qui fait à nouveau du VIH une menace pour les personnes dont le risque « normal » est faible.²⁷ Par conséquent, l'échec à protéger les droits humains crée un cercle vicieux d'infection à VIH. On pourrait conclure à des tendances similaires parmi les travailleurs sexuels et les hommes gais.

J'espère aussi que cet article aura démontré comment, malgré l'évolution du paradigme des droits humains en notes explicatives, directives et meilleures pratiques, les violations persistent. Des organismes comme le Réseau juridique canadien VIH/sida et l'AIDS Law Project ont beaucoup investi dans la défense des droits humains aux paliers national et mondial. Mais ils ne peuvent créer une *culture* des droits, ni débloquer les

investissements en santé qui sont nécessaires à la lutte contre l'épidémie dans les pays en développement.

L'échec continu des gouvernements à reconnaître la crise mondiale de santé est de mauvais augure pour les droits humains en général et l'Initiative 3 x 5 en particulier. Cela a déjà été signalé par Stephen Lewis, envoyé spécial de l'ONU pour le VIH/sida en Afrique. En mars 2004, M. Lewis a convoqué une conférence de presse à l'ONU pour « sonner l'alarme » à propos du manque d'appui à l'Initiative 3 x 5. Il a expliqué que l'OMS « a besoin de 200 millions \$, en 2004 et 2005, pour implanter l'Initiative 3 x 5. Jusqu'ici – et nous en sommes au troisième mois de l'année 2004 – les gouvernements donateurs ont refusé de verser cette somme. » [trad.] L'échec à investir dans la campagne 3 x 5 est une violation des droits humains dont sont coupables les gouvernements qui ont perdu leur vision ou leur intérêt dans l'atteinte de la plus haute norme possible de santé physique et mentale pour la majorité des citoyens du monde.

On peut donc soutenir qu'est venu le temps d'une approche au VIH/sida fondée sur les droits humains qui soit plus bruyante, mais inclusive, et qui réaffirme le paradoxe initial. Il est désormais primordial d'insister davantage sur les obligations de droits humains des gouvernements nationaux quant à la provision de soins de santé. L'Initiative 3 x 5 a beau être un projet mondial; elle ne se réalisera qu'à travers des plans nationaux et régionaux fructueux en matière de santé et de traitement du VIH. Par conséquent, la plus grande menace à l'Initiative 3 x 5 – et donc aux droits humains – demeure le manque de volonté des gouverne-

ments de respecter leurs obligations envers leur population en adoptant des mesures urgentes pour ériger des services sociaux et de santé et fournir des traitements.

– Mark J. Heywood

Mark Heywood est directeur de l'AIDS Law Project, au Centre for Applied Legal Studies de l'University of the Witwatersrand, à Johannesburg. On peut le joindre à heywoodm@law.wits.ac.za. Cet article a initialement été présenté sous la forme d'un document de fond à la troisième réunion du Groupe consultatif mondial de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits humains, en janvier 2004. Il a été révisé et étoffé. L'auteur remercie les membres du Groupe consultatif pour leurs précieux commentaires.

¹ La première consultation internationale sur le VIH/sida et les droits humains s'est tenue en 1989; la deuxième en 1996; et la troisième en 2002. Les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne ont été publiées en 1998.

² M. Kirby, « AIDS and the Law », *South African Journal on Human Rights*, volume 9, 1993 : 1.

³ Il ne faut toutefois pas négliger l'existence d'épidémies dans la plupart des pays industrialisés et le danger que représentent les taux croissants de VIH dans des pays comme les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et le Canada.

⁴ Voir le rapport de la Commission macroéconomie et santé, OMS, 2001

⁵ OMS et ONUSIDA, *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 : Comment y parvenir – La stratégie de l'OMS*, p. 5.

⁶ Le droit d'accès aux traitements, en tant que partie intégrante du droit aux soins de santé, est maintenant appuyé par un éventail d'observations générales, de résolutions, de rapports spéciaux et de déclarations de l'ONU. On tente de préciser sa signification et les obligations qui en découlent pour les États, dans : ONUSIDA et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales, Directive 6 révisée*, 2002.

⁷ B. Loff et M. Heywood, « Patents on Drugs: Manufacturing Scarcity or Advancing Health? », *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 30(4), hiver 2002 : 621-631.

⁸ Cela est évident dans les compromis sur le langage qui ont été faits lors des négociations pour la Déclaration d'engagement de l'UNGASS.

⁹ Voir aussi Human Rights Watch, *Policy Paralysis, A Call for Action on HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa*, 2003.

¹⁰ *Africa's Orphaned Generations*, UNICEF, novembre 2003.

¹¹ Le Lesotho, par exemple, est doté d'un plan modèle de lutte contre le VIH/sida, mais il n'est pas mis en œuvre, faute de ressources, etc.

¹² Accessible à www.who.int/whr/2003/fr/index.html.

¹³ K. De Cock, E. Marum, D. Mbori-Ngacha, « Shadow on the Continent: public health and HIV/AIDS in the 21st century », *The Lancet*, 2002, 360 : 67-72; K. De Cock, D. Mbori-Ngacha, E. Marum, « A Serostatus-based approach to HIV/AIDS prevention and care in Africa », *The Lancet*, 2003, 362 : 1847-1849.

¹⁴ De Cock, « Shadow on the Continent », *ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *HIV and Sexual Behaviour Among Young South Africans, A National Survey of 15-24 year olds*, 2004, p. 56-57.

¹⁷ De Cock, « Shadow on the Continent », *supra*, note 12.

¹⁸ Le degré d'expansion du test du VIH envisagé par l'Initiative 3 x 5, et le besoin de créer ou d'améliorer 20 000 points de services de counselling et de test volontaires, témoignent de la pénurie actuelle de tels services sur le terrain.

¹⁹ De Cock et coll., « A Serostatus Based approach », *supra*, note 12.

²⁰ Fait anecdotique, d'après mon expérience dans le Sud de l'Afrique, le droit à la confidentialité a été traduit en pratique par plusieurs infirmières et conseillers en un découragement de la divulgation et une insistance sur le droit de garder le secret sur son état. Cela est dû à l'échec des gouvernements de fournir une formation adéquate aux professionnels de la santé, particulièrement en matière d'éthique et de droits humains. De Cock critique les organismes professionnels pour leur échec à respecter les droits des patients à un sérodiagnostic exact et à une réaction au diagnostic. Or cette critique ne tient pas compte du fait que, jusqu'à récemment, plusieurs médecins étaient confrontés à un dilemme, devant leur incapacité de réagir à un diagnostic au moyen de traitements adéquats.

²¹ Bien que ce document ne soit pas encore disponible sur Internet, d'autres renseignements à propos du Groupe consultatif sont accessibles à www.unaids.org/en/in+focus/hiv_aids_human_rights/reference+group.asp.

²² De Cock, « Shadow on the Continent », *supra*, note 12.

²³ De Cock et coll., « A Serostatus Based approach », *supra*, note 12.

²⁴ Depuis le 1^{er} janvier 2004, un forme néfaste du test de routine a été adoptée dans le cadre d'une politique au Botswana, qui est « devenu le premier pays africain à mettre en œuvre le test de routine avec option de refus, au palier national, en commençant par les établissements de santé » (*AIDS Analysis Africa*, 14 (4), 2003-04). Dans la lignée des arguments de De Cock, cette politique a été justifiée par le faible recours aux services de counselling et de test volontaires et par l'idée que « les droits publics ont préséance sur les droits humains ».

²⁵ Voir *A Comparative Analysis of the Financing of HIV/AIDS Programmes in Botswana, Lesotho, Mozambique, South Africa, Swaziland and Zimbabwe*, HSRC Publishers, octobre 2003.

²⁶ *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique*, rapport de la Commission macroéconomie et santé, 2001 p. 20.

²⁷ Mémoire présenté par l'AIDS Law Project à la Commission Jali, 2004; accessible via www.alp.org.za.