

VIH/SIDA & Droits Humains en Afrique Australe

ARASA 2009

ARASA

Qui sommes-nous?

Etablie en 2002, l'Alliance du SIDA et des Droits pour l'Afrique australe (ARASA) est un partenariat d'organisations non-gouvernementales (ONGs) qui collaborent pour promouvoir une approche des droits humains au VIH/SIDA en Afrique australe. L'alliance est constituée dans la forme d'une fiducie et toutes les organisations partenaires sont membres de la fiducie. Trois comités pilotages, y compris les membres fiduciaires, agissent comme conseils consultatifs pour les trois domaines du programme ARASA: formation et sensibilisation, alphabétisation régionale de traitement, plaidoyer et lobbying.

Que faisons-nous?

- Plaidoyer et lobbying
- Formation et sensibilisation; et
- Renforcement des capacités pour l'accès au traitement du VIH/SIDA & la tuberculose et la prévention.

Le point central des tous les domaines du programme est la reconnaissance que la protection des droits humains est cruciale pour le succès des réponses au VIH, SIDA et la tuberculose. Le stigma et la discrimination restent des obstacles majeurs pour la réalisation de l'objectif d'accès universel à la prévention du VIH, soin et traitement. La protection des droits humains, pour ceux qui sont vulnérables à l'infection VIH et ceux qui sont déjà infectés, n'est pas seulement un droit mais produit également des résultats positifs de la santé publique contre le VIH. La négation des droits humains comme les droits à la non-discrimination, égalité du genre, information, éducation, santé, vie privée et assistance sociale accélère la vulnérabilité ainsi que l'infection et l'impact de l'épidémie.

La stratégie centrale des opérations d'ARASA est d'utiliser son partenariat pour la création et le renforcement des capacités de la société civile avec une focalisation particulière sur les organisations des personnes qui vivent avec le VIH et SIDA (PLHIV) pour défendre l'approche des droits humains du VIH/SIDA et la tuberculose en Afrique australe.

Vision

Une Afrique australe où les droits humains sont au centre de toutes les réponses au VIH/SIDA et la tuberculose, où les droits PLVIH sont respectés et protégés, et les droits socio-économiques - dont la négation accélère l'épidémie - sont respectés, protégés et réalisés.

Mission

Promouvoir une approche des droits humains au VIH/SIDA et à la tuberculose en Afrique australe à travers la construction des capacités et le plaidoyer.

Pour plus d'information sur l'ARASA veuillez contacter:

Michaela Clayton ou Maggie Amweelo

ARASA, PO Box 97100, Maerua, Windhoek, Namibie

Tél: 264 61 300381 - Fax: 264 61 227675

Courriel: michaela@arasa.org.na / maggie@arasa.org.na

Site-web: www.arasa.info

Remerciements

L'alliance du SIDA et des Droits humains pour l'Afrique australe voudrait remercier spécialement l'Agence suédoise du développement international (SIDA) et *Irish Aid* pour avoir facilité cette version actualisée du rapport sur le VIH/SIDA et les droits humains.

ARASA voudrait également remercier les auteurs et les personnes suivantes pour leurs contributions et commentaires valables dans le développement de ce rapport:

Michaela Clayton, directrice d'ARASA pour sa vision, direction et assistance au projet;

Les partenaires d'ARASA et les ONGs régionales pour permettre aux auteurs de se mettre en question continuelle avec eux pour 'juste une autre question';

Le personnel d'ARASA à Johannesburg, Jacob Segale et Luyanda Ngonyama ainsi que Joël Charbit, un interne engagé au même bureau, qui a abandonné ses vacances d'été afin de distribuer et actualiser les questionnaires.

Mérites

Auteurs

Liesl Gertholtz
Ann Strode

Rédacteurs

Michaela Clayton
Kitty Grant

Concept et montage

Gillian Parenzee

Imprimeurs

ARASA

Le rapport

But

Le rapport constitue un guide au VIH/SIDA et aux droits humains dans la région de l'Afrique australe et voudrait:

- décrire l'ampleur d'usage et mise-en-oeuvre des lignes directrices sélectionnées des lignes directrices internationales sur le VIH/SIDA et les droits humains;
- décrire des bonnes pratiques politiques et humaines en relation avec le VIH et SIDA;
- souligner les défis clés des droits humains aux quels le PLVIH fait face dans la région de la SADC.

Historique

En 2006, le dixième anniversaire du programme conjoint des Nations unies sur le VIH/SIDA (l'ONUSIDA) des lignes directrices sur le VIH/SIDA et les droits humains, ARASA a conduit une recherche pour évaluer l'ampleur de l'application et de la mise-en-oeuvre des lignes directrices internationales dans la région de la SADC. Ce rapport, intitulé le 'Rapport 2006', a examiné la réponse des pays de la SADC au VIH/SIDA dans tous les domaines clés recommandés par les lignes directrices internationales pour déterminer l'existence:

- des structures et partenariats qui soutiennent une réponse multi-sectorielle à l'épidémie;
- d'un cadre légale et politique pour protéger et promouvoir les droits des personnes infectées et affectées par le VIH/SIDA; et
- d'un environnement propice pour les personnes vulnérables au VIH et SIDA.

Ce rapport est une version actualisée du Rapport 2006. Il analyse les développement clés des droits humains dans la région depuis la publication du dernier rapport en avril 2007. Les différences clés entre ceci et le rapport antérieur sont les suivantes:

- Le Rapport 2009 compare le progrès régional pas seulement en fonction des lignes directrices sur le VIH/SIDA et les droits humains, mais également en fonction de la nouvelle loi modèle sur le VIH/SIDA adoptée par le Forum parlementaire de la SADC (FP SADC) en 2008;
- Le Rapport 2009 a une focalisation plus réduite traitant les deux domaines prioritaires de préoccupation pour les pays de la SADC dans les années précédentes, notamment les lois et politiques qui protègent les droits d'égalité et non-discrimination et ceux de la promotion d'accès aux soins de santé.

Exposé du Rapport 2009

Le premier chapitre décrit le contexte du rapport, y compris les statistiques les plus récentes de la prévalence du VIH dans la région. Il explique le contexte des droits humains et le progrès de la protection des droits humains des personnes séropositives. Il contient également une section des lignes directrices internationales sur le VIH/SIDA et les droits humains et la réponse régionale des droits humains.

Le deuxième chapitre donne une évaluation des mesures entreprises pour la création d'un cadre légale protecteur et politique du VIH, le SIDA et les droits humains focalisant les domaines où la

réforme majeure a été faite, notamment des lois anti-discriminatoires et la loi pénale. Il contient également une section sur les mesures d'application. Le chapitre termine avec une discussion des sujets clés des droits humains dans la région.

Le troisième chapitre révisé le progrès réalisé par les états à travers de la création des lois, politiques et programmes pour promouvoir l'accès universel aux soins de santé. Il examine les développements récents à travers l'élaboration des lois spécifiques de la santé publique du VIH, le dépistage régulateur du VIH, fournissant des ARVs et des programmes de prévention de la transmission mère-enfant (PMTCT). Comme aux deuxième chapitre, celui-ci conclue également avec une discussion des sujets clés des droits humains autour l'accès aux soins de santé.

Le dernier chapitre analyse plusieurs conclusions générales sur l'ampleur des reformes législatives, politiques et pratiques réalisées dans les pays de la SADC comme requises par les normes internationales et régionales. Il résume les changements clés réalisés dans les deux dernières années concluant avec un programme de plaidoyer pour les deux prochaines années.

Méthodologie

Le rapport est basé sur l'information obtenue par trois méthodologies différentes:

- Les questionnaires distribués aux ONGs travaillant sur le VIH comme sujet des droits humains dans la région de la SADC ainsi que tous les partenaires d'ARASA dans la région. 111 questionnaires étaient distribués en total (voire tableaux 1 au-dessous). Un questionnaire plus bref et légèrement modifié a été élaboré et soumis aux ministères responsables pour le VIH et SIDA dans chaque pays de la SADC.
- Les entrevues d'informants clés basées sur le même questionnaire faites avec les partenaires d'ARASA au Forum de Partenariat d'ARASA du 18 au 19 novembre 2008. 12 partenaires ont participé aux entrevues.
- Une révision sur pièces de toute la littérature et autre matériel sur le VIH et droits humains dans la SADC a été conduite. L'accès à l'information était assuré par internet, des bulletins spéciaux, publications des ONGs et journaux. Un grand volume d'information était obtenu des rapports 2008 de tous les pays sur la réponse nationale à la Déclaration de l'engagement sur le VIH/SIDA d'UNGASS.

Tableau 1: No des questionnaires envoyés et rendus (SADC)

PAYS	NO DES QUESTIONNAIRES RENDUS / NO DES QUESTIONNAIRES ENVOYES		
	ONGs	Partenaires d'ARASA	Gouvernement
ANGOLA	0/2	0/1	0/1
BOTSWANA	1/6	1/1	0/1
RDC	1/9	1/1	0/1
LESOTHO	0/9	1/1	0/1
MADAGASCAR	0/3	0/1	0/1
MALAWI	0/13	1/2	0/1
MAURICE	0/1	1/1	0/1
MOZAMBIQUE	0/6	1/1	0/1
NAMIBIE	0/5	1/1	0/1
AFRIQUE DU SUD	0/6	1/1	0/1
SWAZILAND	0/6	0/1	0/1
TANZANIE	1/12	1/2	0/1
ZAMBIE	0/18	2/2	0/1
ZIMBABWE	0/15	1/2	0/1S

Points forts et limitations

Le Rapport 2009 a pu obtenir plus d'information détaillée qu'avant dans quelques aspects à cause de trois facteurs:

- Focalisation réduite de la recherche sur les aspects législatifs et politiques clés auxquels les pays de la SADC ont visiblement répondu;
- Disponibilité augmentée d'information sur la loi et politique en Afrique australe à l'Internet et dans les rapports de recherche.
- Entrevues directes avec le personnel des organisations partenaires d'ARASA.

Néanmoins, la recherche était limitée par plusieurs facteurs, y compris les suivants:

- Délais: Les questionnaires étaient envoyés entre juillet et août 2008 quand plusieurs ONGs ont préparé leur participation à la Conférence internationale du SIDA au Mexique. Ceci pourrait être une raison pour le faible taux de réponse.
- Ressources: Le financement disponible pour le projet était limité et ne permettait pas des visites dans les pays pour collecter des documents importants ou de vérifier les informations.
- Barrières linguistiques: Les chercheurs anglophones avaient des difficultés d'obtenir de l'information des pays francophones et lusophones malgré la traduction du questionnaire.

- Réponses faibles des autres ONGs et gouvernements: Les difficultés d'identifier, contacter et obtenir des réponses d'autres ONGs (non-ARASA partenaires) combinées avec les réponses faibles des gouvernements ont limitées la profondeur de la recherche. Les actualisations futures du Manuel devraient focaliser sur l'obtention de cette information de la part des partenaires d'ARASA.

Contenu

1. Historique du VIH/SIDA et des Droits Humains dans la SADC
2. Création d'un environnement protecteur
3. Promotion de l'accès aux soins de santé
4. Conclusion

Chapitre un: Aperçu général du VIH/SIDA dans la SADC

“Aucune maladie dans l’histoire, n’a exigé une mobilisation comparable au niveau politique, financier et en ressources humaines et aucun défi en développement n’a mené dans une telle direction et vers un tel sens de contrôle de la part des communautés et des pays les plus lourdement affectés”¹

“Soyons sans équivoque: une tragédie de proportions sans précédent, se déroule en Afrique. Le SIDA en Afrique aujourd’hui revendique plus de vies que la somme totale de toutes les guerres, toutes les famines, les inondations et les ravages de maladies mortelles comme le paludisme. C’est dévastant pour les familles et les communautés, c’est accablant et écrasant pour les systèmes de santé et ça diminue drastiquement le nombre d’étudiants et d’enseignants dans les écoles ... Le SIDA est clairement un désastre qui supprime tous les gains réalisés dans le développement pendant les dernières dix années et il sabote le futur.”²

1.1 L’épidémie du VIH/SIDA dans la SADC³

L’Afrique subsaharienne continue de porter le fardeau mondial de l’infection du VIH et des décès du SIDA. 67% des gens séropositifs du monde entier, habitent dans l’Afrique subsaharienne et en 2007, 75% de tous les décès associés au SIDA y ont eu lieu. L’Afrique australe est la région la plus frappée: en 2007, 22 million d’hommes, de femmes et d’enfants vivaient avec le virus et 1.9 million étaient nouvellement infectés. Plus d’un tiers de ceux qui vivent avec le VIH habitent dans les pays de la SADC et 38% des décès associés au SIDA ont eu lieu dans ces mêmes pays.

Sept pays de la SADC ont un taux de prévalence national au-dessus de 15%, tels que le Botswana, le Lesotho, la Namibie, l’Afrique du Sud, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe.

Table 2: Taux de prévalence du VIH dans les pays de la SADC

PAYS	ADULTES % 15-49 ans	Nb D’ADULTES. + 15 ans	Nb de FEMMES + 15 ans	ADULTES & Nb d’ENFANTS
ANGOLA	2.1	180 000	110 000	190 000
BOTSWANA	23.9	280 000	170 000	300 000
DRC				
LESOTHO	23.2	260 000	150 000	270 000
MADAGASCAR	0.1	13 000	3 400	14 000
MALAWI	11.9	840 000	490 000	930 000
ILE MAURICE	1.7	13 000	3 800	13 000
MOZAMBIQUE	12.5	1 400 000	810 000	1 500 000

¹ ONUSIDA, 2008 *Mise à jour de l’Epidémie Mondiale du SIDA*, p 13

² Nelson Mandela, 13^{ème} Conférence Internationale sur le SIDA, Durban, 2000.

³ ONUSIDA 2008 *Rapport sur l’Epidémie Mondiale du SIDA*.

NAMIBIE	15.3	180 000	110 000	200 000
AFRIQUE DU SUD	18.1	5 400 000	3 200 000	5 700 000
SWAZILAND	26.1	170 000	100 000	190 000
TANZANIE	6.2	1 300 000	760 000	1 400 000
ZAMBIE	15.2	980 000	560 000	1 100 000
ZIMBABWE	15.3	1 200 000	680 000	1 300 000

Source: ONUSIDA 2008 *Rapport sur l'Epidémie Mondiale du SIDA*

1.1.1 Enfants

Quatre-vingt dix pourcent des enfants qui meurent de maladies associées au SIDA, meurent en Afrique subsaharienne et en 2007, 270 000 enfants en dessous de l'âge de 15 ans sont morts de maladies associées au SIDA. Le nombre d'infections du VIH des enfants, ne semble plus croître dans la région, cela est en rapport avec la stabilisation apparente de l'infection du VIH chez les femmes et la couverture croissante des programmes pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) pour les femmes enceintes qui sont séropositives.

1.1.2 Les femmes

La proportion des femmes infectées et affectées dans la région subsaharienne continue de croître. Presque 60% de tous les gens séropositifs dans la région, sont des femmes. Les jeunes femmes entre l'âge de 15 et 24 ans, ont plus tendance à se faire infecter que leur contrepartie masculine.

1.3 Les Droits de l'Homme au sein de la région de la SADC

Les discussions et les débats sur les droits de l'homme dans la SADC, ont été dominés et assombris pendant la dernière année à cause du renouveau des conflits dans la République Démocratique du Congo (RDC) et à cause du régime brutal de Robert Mugabe au Zimbabwe. En RDC, des milliers de gens ont été tués, beaucoup de femmes ont été violées et attaquées sexuellement et 1.2 million de congolais ont été déplacés dans le Nord et le Sud Kivu. Les atrocités de la répression politique, qui comprennent la torture et les enlèvements des militants des droits de l'homme au Zimbabwe, ont été récemment surpassées par la catastrophe humanitaire, avec une interruption complète du système de santé, et l'insécurité alimentaire parmi la majorité de la population rurale et urbaine et avec plus de 60 000 personnes infectées par le choléra.

Beaucoup d'autres pays, en dépit d'être des démocraties relativement stables, souffrent d'abus des droits de l'homme continuels et profonds, y compris la violence contre les femmes, l'homophobie et les violations des droits des prisonniers et d'autres groupes vulnérables.

Les nombreux problèmes qui sont en compétition dans la SADC, concernant les droits de l'homme, ont créé des opportunités pour réagir contre les abus des droits de l'homme concernant le VIH et ont obscurci les violations qui continuent de bloquer les efforts et empêchent l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien.

1.4 Le VIH/SIDA une question des droits de l'homme

Le droit d'avoir un traitement abordable pour le VIH, a dominé les programmes des militants des droits de l'homme en Afrique australe, pendant plus de dix ans. Un ensemble de mobilisation internationale des organisations des droits de l'homme et de mouvements de base, de règlements stratégiques des litiges et beaucoup de plaidoyer de haut niveau a focalisé l'attention du monde sur les décès associés au VIH qui auraient pu être évités pour les hommes, et les femmes et les enfants dans certains des pays les plus pauvres du monde. La révision de la Directive 6 des Directives Internationales de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA et les Droits de l'Homme en 2002, a indiqué l'acceptation de l'accès au traitement comme étant un droit de l'homme fondamental et a déclenché des actions au niveau local, régional et international pour augmenter l'accès au traitement qui sauve la vie.

A la deuxième réunion de haut niveau des Nations Unies sur le SIDA en 2006, le monde s'est engagé à offrir l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien pour l'année 2010. Dans le rapport d'évaluation de 2008, qui examine les progrès accomplis, les agences des Nations Unies ont indiqué que des progrès substantiels avaient été réalisés, y compris "un accroissement sans précédent de traitement".⁴ En 2007, un million de gens en plus, la majorité vivant dans des pays pauvres, ont pu accéder au traitement. Des progrès avaient aussi été faits dans l'accroissement de l'accès aux programmes de prévention verticale. En 2004, seulement 10% des femmes enceintes dans les pays à revenus bas ou moyens recevaient des médicaments antirétroviraux pour empêcher la transmission verticale du VIH. En 2007, ce chiffre était devenu 33%.

Certains progrès importants ont eu lieu en Afrique australe. Les pays de la SADC ont indiqué une augmentation dans le nombre de gens qui reçoivent des médicaments, avec 9 pays⁵ indiquant une augmentation de 10% ou plus en Décembre 2007.

Un mouvement de plus en plus puissant sur le VIH et les droits de l'homme dans la région, qui a continué à faire pression sur les gouvernements nationaux et sur la SADC pour s'assurer que les droits de l'homme restent une préoccupation principale dans la riposte nationale au VIH/SIDA. Une révision de la législation et des politiques dans tous les quatorze pays de la SADC pendant janvier 2009 a indiqué que tous ces pays avaient une loi ou une politique nationale interdisant la discrimination injuste contre les gens vivant avec le VIH ou le SIDA. Pour aider les pays de la SADC à continuer de développer des cadres législatifs efficaces pour faire face au VIH et au SIDA, le Forum Parlementaire de l'Afrique australe (SADC PF) a produit une loi modèle sur le VIH et le SIDA en 2008. La loi modèle fait la promotion explicite de la législation sur les droits de l'homme et d'une approche qui soit sensible aux femmes concernant la législation associée

⁴ ONUSIDA 2008 *Rapport sur L'épidémie mondiale*, p5.

⁵ Angola, République Démocratique du Congo, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

au VIH, dans le but 'd'assurer que les droits de l'homme de ceux qui sont vulnérables au VIH ou affectés par le VIH, soient respectés, protégés et réalisés au sein de la riposte au SIDA.'⁶

Cependant, il faut rester vigilant contre les érosions actuelles et potentielles qui ont été faites. Lors de recherches faites pour ce rapport, on a demandé aux partenaires d'ARASA d'identifier les problèmes des droits de l'homme les plus importants auxquels ils font face dans la région. Sur les 13 pays qui ont répondu à cette question⁷, le problème le plus significatif mentionné, était l'accès limité aux antirétroviraux (ARV), particulièrement dans les régions rurales. En dépit des progrès faits dans l'augmentation de l'accès au traitement, seulement deux pays⁸ fournissent un traitement à plus de 70% de ceux qui en ont besoin, alors que cinq⁹ n'ont pas encore pu donner l'accès au traitement à un quart des gens qui en avaient besoin.

Un autre problème clé, soulevé par les partenaires d'ARASA, est l'existence continuelle de lois et de pratiques discriminatoires dans les pays de la SADC, qui empêchent les efforts dans la riposte au VIH et au SIDA. Environ 46 % des partenaires d'ARASA qui ont répondu au sondage ont mentionné le manque d'accès aux préservatifs dans les prisons comme étant un problème principal. Puisque beaucoup des pays de la SADC ont encore des lois qui criminalisent les relations du même sexe, les prestataires de service ne peuvent pas atteindre la population avec des services de prévention, de traitement, de soins et de soutien. 30% de plus de ceux qui ont répondu, ont indiqué diverses autres formes de discrimination comme étant le problème principal auquel ils font face, ils ont donné des exemples tels que le dépistage du VIH dans le but de discriminer dans le secteur militaire, ainsi que de la discrimination parmi les groupes marginalisés.

La marginalisation des migrants et des gens déplacés a toujours été un problème en Afrique australe, une région où les guerres, les conflits et la pauvreté, ont forcé les gens hors de leurs foyers et de leurs communautés dans divers pays pendant plusieurs années. La vulnérabilité des populations déplacées est devenue plus apparente en 2008 avec le déplacement de plus d'un million de personnes en RDC à cause des conflits, le nombre croissant de Zimbabwéens qui s'échappent de leur pays pour éviter la violence, la faim et le choléra et les vagues de violence xénophobes en Afrique du Sud qui ont forcé environ 100 000 immigrants hors de leurs petites cabanes dans des camps temporaires. En résultat, l'accès aux soins médicaux pour les migrants et pour les populations mobiles, est survenu de nouveau comme un problème clé dans la région.

Ce rapport indique que les comportements néfastes associés au VIH semblent être une préoccupation sérieuse pour les législateurs dans la SADC, et le rapport démontre une tendance continuelle à vouloir régler ces problèmes de façon qui sape les droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH. Bien que la législation modèle du Forum Parlementaire de la

⁶ Section 1 (b) de la loi modèle du SADC PF sur le VIH/SIDA.

⁷ Pas d'information reçue de l'Angola.

⁸ Botswana et Namibie.

⁹ République Démocratique du Congo, Madagascar, Ile Maurice, Mozambique, Zimbabwe.

SADC ne contient pas de disposition qui criminalisent la transmission du VIH, des lois modèles récemment élaborées par les législateurs de l’Afrique de l’Ouest qui contiennent des dispositions assez globales sur la criminalisation, auraient pu influencer certains législateurs dans la région de la SADC.

Des préoccupations croissantes concernant l’ampleur des décès du SIDA, l’acceptation lente des services de dépistage et de conseils, l’enrôlement tardif de beaucoup de personnes séropositives dans les programmes de traitement ainsi que le besoin urgent d’accroître l’accès au traitement, tout cela continue de donner lieu à des demandes de re-évaluation des modèles de dépistage. Bien que le modèle prédominant du dépistage du VIH dans la région, soit encore le dépistage volontaire et les conseils, presque tous les gouvernements de la SADC ont introduit un certain type d’offre routinière pour le dépistage des femmes enceintes. En addition, une nouvelle législation concernant le VIH, promulguée par la Tanzanie, la RDC et le Mozambique, n’affirme pas sans équivoque le droit à la confidentialité concernant le statut sérologique et les lois sont particulièrement ambivalentes sur le fait de la notification.

Comme les statistiques l’ont démontré ci-dessus dans ce chapitre, les femmes dans la région de la SADC sont les plus affectées par l’épidémie. Plus de 40% des pays participant dans le sondage pour ce rapport, considèrent le viol et la violence familiale comme des problèmes significatifs. Bien que certains progrès aient été faits dans l’élaboration d’une législation pour protéger les femmes de la violence, plusieurs pays n’ont pas élaboré de réponses juridiques adéquates concernant la violence contre les femmes. Même si des lois existent, la mise en œuvre est inadéquate et les services ne sont pas disponibles pour soutenir les survivantes de la violence contre les femmes. Par exemple, bien que neuf pays de la SADC offrent maintenant la Prophylaxie Post Exposition (PPE) aux survivantes d’attaques sexuelles, le rapport des ONG indique que les femmes n’ont pas accès à ces services dans la période prescrite de 72 heures. En dépit du fait que plus de femmes que d’hommes peuvent accéder au traitement dans la région, il est très inquiétant que seulement 12% des femmes enceintes qui sont incorporées dans les programmes de PTME, soient évaluées et aient accès aux antirétroviraux pour leur propre santé.¹⁰

Tableau 3: Problèmes clés des droits de l’homme, identifiés par les partenaires d’ARASA dans le sondage de 2008¹¹

PAYS	TB	DISCRIMINATION	PROTECTION JURIDIQUE LIMITÉE POUR LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES	PRÉSERVATIFS DANS LES PRISONS	DÉPISTAGE DES SOLDATS	ACCÈS AUX ARV	LOI PÉNALE & VIH
Botswana	X	X					

¹⁰ OMS, *Vers l’Accès Universel. Augmentation graduelle des Interventions Prioritaires sur le VIH/SIDA dans les Secteur de la Santé. Rapport des Activités 2008*, p 94

¹¹ D’autres problèmes identifiés par les partenaires d’ARASA comprennent les lois discriminatoires sur l’héritage, le manque d’accès aux ARV pour les prisonniers, des services de conseils faibles, le manque de représentation juridique pour les PVVIH et des lois limitées qui n’empêchent pas les hommes de violer leurs femmes.

DRC			X				
Lesotho		X			X	X	
Madagascar							
Malawi				X	X	X	X
Ile Maurice		X					
Mozambique			X	X		X	
Namibie				X	X	X	X
Afrique du Sud	X			X		X	
Swaziland							
Tanzanie		X		X		X	
Zambie							
Zimbabwe				X		X	

1.5 Les Directives Internationales sur le VIH/SIDA et les Droits de l'Homme

Les Directives Internationales sont les seules directives à l'échelon international qui décrivent en détails, les responsabilités des gouvernements concernant la création d'une riposte qui soit fondée sur les droits de l'homme, envers le VIH/SIDA. Les Directives sont composées de douze points qui donnent une orientation et chaque point décrit une réponse législative appropriée ainsi que d'autres réponses qui sont nécessaires pour avoir une riposte efficace dans la santé publique à cette épidémie.

Les points clés établis dans les directives sont les suivants:

- Des indications sur comment améliorer la capacité du gouvernement de coordonner une riposte multisectorielle au VIH/SIDA - par exemple, en établissant un Conseil National du SIDA qui soit inclusif et participatif;
- Des indications sur comment reformer la loi pour promouvoir une riposte fondée sur les droits pour l'épidémie du VIH – par exemple, élaborer une législation équitable pour protéger les PVVIH de la discrimination injuste;
- Des indications sur les réformes juridiques pour soutenir les interventions dans la santé publique- par exemple, introduire des lois qui soutiennent les programmes de traitement, en permettant l'importation des médicaments; et
- Des indications sur la création d'un environnement de soutien pour les groupes vulnérables au VIH, ou qui sont affectés par le VIH – par exemple, la réforme des lois dans le but de décriminaliser l'homosexualité.

En 2002, la Directive 6 des Directives Internationales, a été révisée. La nouvelle version indique clairement que les gouvernements ont le devoir d'élaborer un cadre juridique et politique qui facilite l'accès au traitement antirétroviral par les services de la santé publique.

1.6 Les ripostes de la SADC au VIH/SIDA

La Communauté de Développement de l'Afrique Australe (SADC) comprend 15 pays: Angola, Botswana, République Démocratique du Congo, Lesotho, Madagascar, Malawi, Ile Maurice, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Seychelles, Tanzanie, Zambie, Zimbabwe.¹² Tous les pays de la SADC sont membres de l'Union Africaine.

L'Organisation de l'Unité Africaine (OAU) et l'Union Africaine (UA), ont toutes les deux émises certaines déclarations et directives sur le VIH et les droits de l'homme. Elles comprennent:

- La Déclaration de Grand Baie (1999), qui souligne l'importance de considérer les questions de droits de l'homme en Afrique;
- La Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses associées ainsi que le Cadre d'Action d'Abuja pour la lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et autres maladies infectieuses associées (2001); et
- La Commission Africaine sur les droits de l'homme et des peuples et la Résolution sur le VIH/SIDA (2001) qui concerne l'impact du VIH sur les droits de l'homme des africains.

La SADC a préparé un certain nombre de protocoles et de codes pendant les dernières années, tels que:

- Le Code sur le VIH/SIDA & l'Emploi (1997), dont le but est de consolider les codes nationaux sur l'emploi et les questions de VIH/SIDA et de sensibiliser les employeurs à ces questions;
- Le Protocole sur la Santé de la SADC (1999), qui se focalise spécifiquement sur le VIH, le SIDA et les IST, vise à promouvoir la prévention et la gestion des politiques qui affecteront une riposte intersectorielle à cette épidémie;
- La Déclaration de la SADC sur le VIH/SIDA (Juillet 2003), qui démontre un engagement à riposter à l'épidémie par des interventions multisectorielles. Le Cadre Stratégique mis à jour de la SADC sur le VIH/SIDA et le Programme d'Action (2003 – 2007) qui a aussi été adopté récemment;
- La Déclaration sur le VIH/SIDA (2003) émise par le Conseil des Ministres de la SADC à Maseru, qui encourage des stratégies multisectorielles pour répondre au VIH/SIDA; et
- Le Protocole sur le Genre et le Développement (2008), qui engage les états à accroître l'accès à la prévention, au traitement et au soutien pour les femmes infectées et affectées par le VIH. Ce protocole demande explicitement aux états de rendre disponible la Prophylaxie Post-Exposition (PEP) aux femmes qui ont subi une attaque sexuelle.

Ces documents sont importants car ils établissent un cadre de principes des droits de l'homme auquel les pays devraient répondre. Le Code de la SADC sur le VIH/SIDA & l'Emploi a été un des documents sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme qui a eu le plus d'influence dans la région, qui a mené à des changements importants au niveau législatif et politique au sein des pays de la SADC. Il s'agit encore de voir si la loi modèle du Forum Parlementaire de la SADC sur le VIH et le SIDA aura un impact similaire, dans les années à venir.

¹² <http://www.sadc/int>, accessed 11 March 2008.

Chapitre deux: Créer un environnement protecteur

2.1 Introduction

Le développement d'un cadre protecteur et juridique, fondé sur les principes des droits de l'homme, exige un engagement en vue de s'assurer que:

- Les lois et les politiques protègent les gens infectés et affectés par le VIH et la discrimination;
- Les lois et les politiques protègent les gens vulnérables, pour réduire leurs risques d'infection du VIH et pour s'assurer qu'ils ne soient pas injustement ciblés dans la riposte au VIH et au SIDA ; et
- Les lois et les politiques établissent des normes afin d'avoir une conduite et des sanctions appropriées si ces normes ne sont pas respectées.

Pour faire face à cet engagement, les états doivent vérifier et revoir la législation et les politiques existantes afin de s'assurer qu'elles soient en conformité avec les principes des droits de l'homme et qu'elles réalisent les objectifs de la santé publique et gèrent efficacement l'épidémie. Ce chapitre du Rapport, révise les progrès qui ont été faits par les gouvernements dans la région de la SADC envers ses deux objectifs jumelés. Il se concentre sur trois domaines clés dans lesquels le plus de réformes juridiques et politiques ont eu lieu, c'est à dire:

- Les lois anti-discrimination;
- Les lois pénales; et
- Les mesures d'application des ces lois.

2.2 Les Directives Internationales sur le VIH/SIDA et les Droits de l'Homme

Le Rapport se focalise sur les trois directives concernant le développement d'un cadre juridique et politique, qui protège les gens infectés et affectés par le VIH/SIDA, et bloque les réponses inappropriées à cette épidémie. Les trois directives pertinentes sont:

DIRECTIVE 4: LES LOIS PÉNALES ET LES SYSTÈMES CORRECTIONNELS

Les états devraient revoir et reformer les lois pénales et les systèmes correctionnels pour s'assurer qu'ils soient en conformité avec les obligations internationales des droits de l'homme et ne soient pas mal utilisés dans le contexte du VIH/SIDA ou ne soient pas ciblés vers les groupes vulnérables.

DIRECTIVE 5: LOIS ANTI-DISCRIMINATION ET DE PROTECTION

Les états devraient promulguer et renforcer les lois anti-discrimination et autres lois de protection qui protègent les groupes vulnérables, les gens vivant avec le VIH/SIDA et les gens qui sont handicapés par la discrimination dans le secteur privé et public, qui assureront la vie privée et la confidentialité ainsi que l'éthique dans la recherche impliquant des êtres humains, qui mettent l'accent sur l'éducation et la conciliation et qui offrent des remèdes administratifs civils rapides et efficaces.

DIRECTIVE 11: LES MECANISMES DE SUIVI ET D'APPLICATION

Les états devraient s'assurer que le suivi et l'application de mécanismes qui garantissent la protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH, fassent participer les personnes vivant avec le VIH/SIDA ainsi que leurs familles et leurs communautés.

2.3 Progrès dans la mise en oeuvre

Dans les 14 pays de la SADC, qui ont participé au sondage, certaines étapes ont été entreprises envers l'élaboration d'un cadre juridique et politique pour répondre au VIH et au SIDA.

2.3.1 Les Lois modèles sur le VIH/SIDA et les Réformes politiques dans les pays de la SADC

Les normes internationales et régionales

Les Directives Internationales sur le VIH/SIDA et les Droits de l'Homme ne spécifient pas une loi particulière, ni un modèle de réforme politique. Elles se focalisent plutôt sur les étapes qui doivent être entreprises dans certains domaines de la loi, afin de s'assurer que les droits des personnes infectées et affectées par le VIH, soient protégés.

En 2008 le Forum Parlementaire de la SADC (SADC PF) a adopté une loi modèle sur le VIH/SIDA. Cette loi propose que les pays de la SADC adoptent un Décret exhaustif sur le VIH et le SIDA visant à :

- Fournir un cadre législatif pour la révision et la réforme de la législation associée au VIH et s'assurer qu'il soit en conformité avec les normes internationales des droits de l'homme;
- Promouvoir la prévention efficace, le traitement, les soins et les stratégies de recherche en rapport avec le VIH et le SIDA
- S'assurer que les droits de l'homme des Personnes Vivant avec le VIH ou le SIDA (PVVIH) soient protégés; et
- Stimuler l'adoption de mesures spéciales pour protéger les groupes vulnérables ou marginalisés, affectés par le VIH.

Discussion et résultats

Un rapport en janvier 2009 provenant des quatorze pays¹³ de la SADC a indiqué que tous ces pays avaient entrepris certaines réformes juridiques et politiques concernant le VIH et les droits de l'homme. Plus de 40% des pays avaient élaboré une législation dédiée au VIH. 35% d'entre eux avaient réformé les nouvelles lois ou des lois existantes, en insérant des références au "VIH", au "statut séropositif" ou au "statut de santé". Cependant seulement trois pays avaient établi les principes des droits de l'homme dans les politiques nationales. Aucun des pays de la SADC n'avait utilisé la législation sur les handicapés pour protéger les PVVIH.

¹³ Les Seychelles n'ont pas été révisés.

Tableau 4: Lois modèles et réformes politiques

LEGISLATION DÉDIÉE AU VIH	DANS LES LOIS EXISTANTES	POLITIQUES SUR LE VIH QUI PROTÈGE LES DROITS DE L'HOMME	LOIS SUR L'INVALIDITÉ, UTILISÉES POUR PROTÉGER LES PVVIH
Angola	Botswana	Malawi	
RDC	Lesotho	Swaziland	
Madagascar	Namibie	Zambie	
Ile Maurice	Afrique du Sud		
Mozambique	Zimbabwe		
Tanzanie			

Lois dédiées au VIH et au SIDA: Lorsque les pays ont élaboré une législation dédiée au VIH et au SIDA, cette loi généralement concerne divers points, représentant une riposte multisectorielle au VIH. Cette approche doit être soutenue pour différentes raisons:

- Elle reconnaît que le VIH n'est pas seulement une question de santé;
- Elle rend les lois sur le VIH et le SIDA facilement accessibles, même pour les gens qui ne sont pas du domaine juridique;
- Ça pourrait être un moyen rapide de reformer les lois, car ça ne demande pas d'amendement ou de développement de toute une gamme de statuts différents; et
- C'est conforme à la loi modèle du SADC PF, qui incorpore toute une gamme de dispositions associées au VIH (en partant des dispositions pour les services de santé et en allant jusqu'aux droits des participants dans la recherche) en une seule loi.

Exemples de lois multisectorielles sur le VIH et SIDA dans la santé publique

L'Angola a promulgué la Loi sur le VIH et le SIDA, No. 8/04 qui concerne:

- Les responsabilités de l'état;
- La coordination de la riposte au VIH/SIDA;
- Les droits et les devoirs des PVVIH, y compris les droits des prisonniers et de la main d'oeuvre, le droit à la confidentialité et à la protection de la transmission du VIH;
- L'information, L'éducation et la recherche sur le VIH; et
- La prévention, le contrôle et le traitement du VIH

Au Mozambique, un Acte sur la Défense des Droits et la Lutte contre l'Opprobre et la Discrimination des Personnes Vivant avec le VIH et le SIDA (2008) englobe:

- Les droits;
- Les enfants vivant avec les VIH et le SIDA;
- La confidentialité;
- Les toxicomanes;
- La discrimination et l'abus;
- L'éducation;
- Le dépistage du VIH;
- La recherche;
- L'emploi;
- Les comportements néfastes associés au VIH (la transmission volontaire du VIH); et
- Les infractions et les pénalités.

En Tanzanie, l'Acte sur le VIH et le SIDA (La prévention et le Contrôle) Acte No. 28 de 2008 fait la

promotion de:

L'éducation publique;

- Le dépistage et les services de conseils;
- La confidentialité;
- La santé et les services de soutien;
- L'opprobre et la discrimination;
- Les droits et les obligations des PVVIH;
- L'établissement d'un Comité de Recherche;
- Le suivi et l'évaluation; et
- Les infractions et les pénalités.

Il y a des désavantages à élaborer une législation sur le VIH et le SIDA, particulièrement dans les cas où la législation est motivée par le Ministère de la Santé:

- Lorsque le processus ne fait pas participer de manière significative d'autres intervenants et que la loi ne régleme pas d'autres problèmes qui n'appartiennent pas au domaine de la santé, la réponse multisectorielle au VIH et au SIDA peut être sapée. Il se peut qu'il y ait de la résistance des autres ministères qui considèrent que certaines obligations leur ont été imposées par une législation que leur département n'a pas élaborée.
- Adopter une législation dédiée au VIH fondée sur une loi modèle sans considération pour le contexte local ou les besoins locaux, pourrait avoir pour résultat l'application inappropriée de ces lois.
- Si les lois sur le VIH ne concernent pas toutes une variété d'éléments ou les causes sous-jacentes à la propagation rapide du VIH (telle que l'inégalité entre les sexes), ceci pourrait mener à des lacunes dans la riposte nationale.

En Angola, la loi sur le VIH et le SIDA, No. 8/04 ne traite pas des droits des enfants, de la sécurité sociale ni des mesures pour protéger les femmes.

Pareillement l'Acte de l'île Maurice sur le VIH et SIDA et les mesures de prévention (2006) est limité par le fait qu'il concerne seulement le du dépistage du VIH, la confidentialité, la transmission du VIH, et les programmes sur l'échange des seringues et des aiguilles.

L'intégration du VIH dans d'autres lois: Certains pays de la SADC ont adopté une approche graduelle pour créer un cadre juridique et des politiques de protection. Ce système a pour avantage de souvent résulter en une vraie riposte multisectorielle contre cette épidémie, et toute une gamme de ministères gouvernementaux doivent prendre la responsabilité de légiférer pour répondre au VIH et SIDA. La réforme juridique n'est alors pas dirigée par le Ministère de la Santé, ni considérée comme étant sa seule responsabilité. Ça aide aussi à s'assurer que les lois et les politiques traitent des questions socio-économiques au sens large concernant le VIH et le SIDA. Cependant, cette approche peut résulter en une limite de la réforme juridique. Par exemple dans deux pays de la SADC¹⁴ qui ont adopté cette approche, le seul domaine juridique qui a été réformé est celui de la loi pénale.

¹⁴ Botswana et Lesotho.

L’Afrique du Sud est le meilleur exemple des pays de la SADC qui démontre comment la stratégie a résulté en réforme de différentes lois par les Ministères de la Justice et du Développement Constitutionnel, du Développement Social, de la Santé et de l’Emploi.

En Afrique du Sud, le Département du Développement Social a récemment intégré les clauses concernant le VIH dans la réforme de la législation sur les soins des enfants. Le nouvel Acte sur les Enfants¹⁵ a des dispositions spécifiques aux VIH, et des dispositions concernant le “statut de santé” des enfants. La Section 13 indique que chaque enfant (une personne en dessous de l’âge de 18 ans) a le droit à une vie privée concernant son “statut de santé”. L’Acte concerne aussi les droits de l’enfant à la confidentialité concernant son statut sérologique. La Section 133 déclare que personne ne peut révéler le fait que l’enfant soit séropositif sans obtenir son consentement, sauf dans certaines circonstances définies.

Utiliser les lois sur l’invalidité: Aucun des pays participant dans le sondage n’a utilisé la législation sur l’invalidité comme moyen pour protéger les PVVIH. Dans beaucoup de pays développés, tels que les USA et le Canada, les tribunaux ont accepté le fait que le VIH soit un handicap¹⁶ en conséquence les personnes séropositives sont protégées par la législation sur l’invalidité. Cependant, même en Afrique du Sud où la Constitution protège les personnes handicapées contre la discrimination¹⁷ injuste, le Tribunal Constitutionnel a évité de prendre une décision concernant le fait que le VIH est un handicap dans *Hoffmann v SAA*.¹⁸ Ce n’est pas clair pour quelles raisons les pays de la SADC n’ont pas adopté cette approche mais plusieurs raisons ont été suggérées:

- La tendance générale dans la région de la SADC, est d’adopter une législation dédiée au VIH;
- Il se peut qu’il y ait un manque général de législation sur l’invalidité dans la région, ce qui rend les lois de protection, dédiées au VIH plus appropriées; et
- Les législateurs peuvent aussi vouloir éviter de désigner le VIH comme étant un handicap.

Dans *Hoffmann v SAA* le Plaignant a indiqué qu’on l’avait discriminé injustement en se basant sur son handicap, et que « South African Airways » avait refusé de l’employer comme steward uniquement à cause de son statut séropositif. Le tribunal a décidé que la discrimination n’était pas juste. Cependant, le tribunal n’a pas indiqué si la discrimination était injuste à cause de son handicap ou à cause de son statut séropositif.¹⁹

Dans la législation de l’île Maurice, L’Acte sur les mesures de prévention du VIH et du SIDA (2006) exclut expressément le VIH de la gamme des termes sur les handicaps:
“Toute personne qui est séropositive ou qui a le SIDA ne sera pas considérée comme étant handicapée ou ayant une invalidité à cause de la promulgation de cet Acte”²⁰

¹⁵ Acte No. 38 de 2005. Il faut noter que cet Acte n’a pas encore été complètement opérationnalisé.

¹⁶ *Bragdon v Abbott* (1998) 524 US 624 et *Quebec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) v Montreal (City)* 2000 SCC 27.

¹⁷ Section 9, Acte de Constitution de la République de l’Afrique du Sud (1996).

¹⁸ CCT 17/00

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Section 3, Acte sur les Mesures de prévention du VIH et du SIDA (2006).

Les politiques nationales et les plans sur le VIH et le SIDA: Au Malawi, en Namibie, au Swaziland et en Zambie, les principes des droits de l'homme sont établis dans les politiques nationales plutôt que dans les lois (bien qu'un projet de loi ait été préparé au Malawi, que le parlement espère accepter en 2009). Tous les pays de la SADC qui ont participé au sondage²¹ ont élaboré des plans nationaux pour riposter à l'épidémie du VIH. Presque 80% d'entre eux comprennent des références aux droits de l'homme dans leurs plans nationaux. Seulement deux pays²² ne font pas du tout référence aux droits de l'homme dans leurs plans.

Tableau 5: Existence d'un plan national qui reconnaît les droits de l'homme

PAYS	PLAN NATIONAL	MENTIONNE LES DROITS DE L'HOMME
Angola	Plan Stratégique National sur le VIH/SIDA 2007 – 2010	Aucune référence
Botswana	Cadre Stratégique National pour le VIH/SIDA 2003 – 2009	Oui. Se focalise spécifiquement sur l'amélioration de l'environnement juridique et éthique
RDC	Cadre Stratégique National pour le VIH/SIDA 1999 – 2008	Oui.
Lesotho	Plan Stratégique National sur le VIH/SIDA 2006 – 2011	Oui.
Madagascar	Pas d'information	Pas d'information
Malawi	Cadre d'Action 2005 – 2009	Oui. Les droits de l'homme sont un des principes directeurs
Ile Maurice	Cadre Stratégique National 2007 – 2011	Oui. On y souligne la lutte contre l'opprobre et la discrimination
Mozambique	Plan Stratégique National (PEN II) 2005 – 2009	Oui. On y fait référence à la protection des PVVIH
Namibie	Plan à Moyen Terme III	Oui. On se concentre sur la réduction de l'opprobre et de la discrimination
Afrique du Sud	Plan Stratégique National 2007 – 2011	Oui. Les droits de l'homme et l'accès à la justice, sont en priorité dans le plan
Swaziland	Plan Stratégique National 2006 – 2008	Pas de référence mais des références aux droits de l'homme dans d'autres politiques
Tanzanie	Cadre National Multisectoriel sur le VIH/SIDA 2008 – 2010	Oui. Se focalise sur la plus part des populations en risque
Zambie	Cadre Stratégique National sur le VIH/SIDA 2006 – 2010	Oui.
Zimbabwe	Zimbabwe Plan Stratégique National sur le VIH/SIDA 2006 – 2010	Oui. Se focalise sur les groupes vulnérables spécifiques, les femmes, les enfants et les personnes qui travaillent dans l'industrie du sexe

²¹ Il n'y a pas d'information de Madagascar.

²² Angola et Swaziland.

L'inclusion des droits de l'homme dans les politiques nationales et les plans nationaux, semble être une approche inadéquate, car ces plans et politiques ne créent pas d'obligations juridiques, ni n'indiquent une réparation si les droits de l'homme sont abusés. Il est bon de voir que le Mozambique et la Tanzanie sont passés d'une politique à un cadre juridique dans les deux dernières années.

Au Botswana, il n'y a pas de législation qui interdise le dépistage du VIH avant l'emploi, bien que le Code de Pratique National sur le VIH/SIDA et l'Emploi décourage ce dépistage du VIH des employés avant l'emploi.²³ Il y a le cas de *Botswana Building Society* (BBS) où on avait demandé à un membre du personnel qui avait été employé comme gardien assistant de la sécurité, de prendre un test de dépistage du VIH. Après que les résultats du test se soient révélés séropositifs, il a été licencié. Avec la lettre de licenciement, se trouvait une copie des résultats du test de dépistage.²⁴ La Cour d'Appel a décidé que le dépistage avant l'emploi, n'était pas contre la loi au Botswana car la Politique Nationale n'avait « jamais été converti en loi et n'avait pas de statut d'autorité ».²⁵

Cependant, dans un cas plus récent, le Tribunal Industriel a décidé qu'un employeur avait agi injustement en licenciant un employé qui avait volontairement révélé son statut séropositif. L'employé avait reçu 6 mois de salaire en compensation. Il s'agit maintenant de voir si la Cour d'Appel va confirmer la décision et si pour des procès dans l'avenir, elle offrira la même protection aux demandeurs d'emploi, en l'absence de lois spécifiques qui interdisent le dépistage avant l'emploi.²⁶

Conclusions

- La réforme juridique est nécessaire afin de répondre à l'épidémie de façon appropriée.
- L'adoption d'une législation de la santé publique sur le VIH et le SIDA, semble être une stratégie efficace et rapide en vue d'assurer une grande variété de mesures de protection des PVVIH.
- Intégrer des dispositions concernant le VIH dans toute une gamme de lois diverses, est aussi une stratégie juridique efficace, qui reflète un engagement au niveau multisectoriel, mais qui garantit le processus de réforme juridique.
- Si les droits de l'homme ne sont pas consacrés par la loi, ils ne peuvent fournir qu'une protection limitée (ou pas du tout).

Recommandations:

- Plaidoyer pour que tous les pays de la SADC, élaborent des programmes de réforme juridique, fondés sur les résultats d'une audite de vérification qui examine:
 - Les lois pertinentes existantes;
 - La nature de leur application;
 - L'impact des lois sur la réponse nationale au VIH et au SIDA (en particulier, l'accès et l'assimilation des services dédiés au VIH et dédiés aux femmes, les PVVIH et les populations en risque); et
 - Le besoin de reformer la loi.

²³ *Op cit* note 45.

²⁴ www.bonela.org, accédé le 1 octobre 2006.

²⁵ BONELA Article de Presse, 10 février 2004. www.bonela.org, accédé le 9 novembre 2006.

²⁶ BONELA Article de Presse, 8 août 2008. www.bonela.org, accédé 11 Mars 2009.

- Plaidoyer pour que le Swaziland, la Zambie, le Botswana et le Lesotho élaborent une législation sur le VIH et le SIDA, qui fasse participer tous les secteurs clés et qui traite de toutes sortes de questions.

Tableau 6: Comparer les résultats de 2006 et de 2009

Conclusions	Le rapport de 2006 indiquait que des progrès ont été faits car certaines lois et politiques qui concernent le VIH et le SIDA, ont été créées.	Le rapport de 2009 reconnaît qu'il y a eu des réformes juridiques concernant le VIH dans tous les quatorze pays de la SADC, qui ont participé au sondage. Quatre pays de plus ont adopté des lois de la santé publique dédiées au VIH/SIDA depuis le dernier rapport ²⁷ et ces lois concernent toute une gamme de questions diverses. ²⁸
Recommandations: VIH/SIDA et la loi	Le rapport de 2006 recommandait que les pays de la SADC adoptent un modèle intégré de réforme juridique.	Ce rapport recommande la continuation des réformes juridiques dans les pays de la SADC en se basant sur des audits juridiques. Il ne recommande pas un modèle particulier de réforme juridique.
Recommandations: Législation sur l'invalidité	Le rapport de 2006 recommandait des recherches pour savoir pourquoi la législation sur l'invalidité n'avait pas été utilisée comme modèle pour la réforme de la loi dans la SADC.	Etant donné que la législation sur l'invalidité n'est clairement pas un modèle de réforme juridique préféré dans la SADC, cette question a été mise de côté.

2.3.2 La Réforme des lois pénales

Les normes internationales et régionales

La Directive 4 demande aux états de réviser et de reformer les lois pénales pour s'assurer qu'elles ne soient utilisées de manière inappropriée dans le contexte du VIH/SIDA et qu'elles ne ciblent pas les groupes vulnérables.

Il est bon de noter que la version finale de la loi modèle de la SADC, ne contienne pas de dispositions qui criminalisent la transmission du VIH, à cause d'un fort lobbying qui a été fait par ARASA et par d'autres organisations non gouvernementales (ONG) dans la région.

Discussion des résultats:

²⁷ Les pays sont la RDC, l'Ile Maurice, le Mozambique et la Tanzanie.

²⁸ Voir, par exemple, la législation au Mozambique et en Tanzanie.

Lors d'une révision de la législation des quatorze pays de la SADC en janvier 2009, on a vu que des réformes juridiques additionnelles dans le domaine de la loi pénale, avaient eu lieu. Plus de 40% des pays de la SADC ont maintenant une législation spéciale concernant une nouvelle infraction sur les comportements néfastes associés au VIH. Six pays ont introduit une législation demandant aux tribunaux d'imposer des condamnations plus dures pour les violeurs séropositifs²⁹ et deux pays ont introduit une législation demandant le dépistage du VIH de toutes les personnes ayant commis des attaques sexuelles.³⁰ La législation dans quatre autres pays a donné aux tribunaux l'autorité d'exiger le dépistage du VIH dans certaines circonstances.³¹

Tableau 7: Utilisation de la loi pénale dans la riposte au VIH dans les pays de la SADC

PAYS	INFRACTION PAS SPECIFIQUE AU VIH	INFRACTION SPÉCIFIQUE AU VIH	CONDAMNATION PLUS DURE POUR LES COUPABLES SEROPOSITIFS	DEPISTAGE DU VIH OBLIGATOIRE POUR CEUX QUI ONT COMMIS DES INFRACTIONS SEXUELLES
Angola		X	Pas d'information	Un juge peut ordonner le dépistage
Botswana	X		X	X
RDC		X	X	
Lesotho	X		X	X
Madagascar		X	Pas d'information	
Malawi	X	Loi proposée au parlement		
Ile Maurice	X			
Mozambique		X		Un juge peut ordonner le dépistage
Namibie	X	Demandes pour une nouvelle législation	X	
Afrique du Sud	X	Demandes pour une nouvelle législation	X	Un juge peut ordonner le dépistage
Swaziland	X			
Tanzanie		X		Un juge peut ordonner le dépistage
Zambie	X	Demandes pour une nouvelle législation	Pas d'information	Pas d'information
Zimbabwe		X	X	

Une infraction spécifique au VIH: Depuis le dernier rapport, une nouvelle législation criminalisant la transmission délibérée du VIH, a été introduite en RDC, au Mozambique et en

²⁹ Aucune information n'a été obtenue pour l'Angola, Madagascar et la Zambie.

³⁰ Aucune information n'a été obtenue sur le dépistage du VIH pour le système de la justice pénale en Zambie.

³¹ Ces pays sont l'Angola, le Mozambique et l'Afrique du Sud.

Tanzanie. Il y a aussi eu de fortes demandes pour l'introduction d'une législation en vue de criminaliser le VIH au Malawi, en Namibie, en Afrique du Sud et en Zambie.

Les raisons derrière cette réponse choisie, ne sont pas claires, car:

- Tous les pays de la SADC ont des lois existantes dans le droit coutumier ou le code pénal, qui pourraient être utilisées pour poursuivre en justice les personnes qui infectent délibérément les autres par le VIH;
- La loi modèle du SADC PF ne mentionne pas d'infraction criminelle; et
- Durant les 12 derniers mois, il y a eu une augmentation dans le plaidoyer afin d'obtenir une réponse fondée sur les droits de l'homme, concernant les comportements néfastes associés au VIH, qui n'utilise pas la loi pénale. Des initiatives, telles que '*les 10 raisons pour lesquelles la criminalisation de l'exposition au VIH ou sa transmission, est mauvaise pour l'ordre public*' par ARASA et l'Initiative de « Open Society » qui utilise des arguments forts dans le domaine de la santé publique et des droits de l'homme, dans l'objectif de démontrer la futilité d'une réponse de la loi pénale au VIH.³²

10 Raisons pour lesquelles la criminalisation de l'exposition au VIH ou sa transmission, est mauvaise pour l'ordre public

1. Appliquer la loi pénale à l'exposition au VIH ou à sa transmission, ne fait rien pour réduire la propagation du VIH.
2. Appliquer la loi pénale à des comportements qui risquent l'infection, peut actuellement saper les efforts de prévention du VIH, en dissuadant les gens de vouloir se faire tester pour le virus.
3. Appliquer la loi pénale à la transmission du VIH, encourage la peur et l'opprobre.
4. Appliquer la loi pénale à la transmission du VIH, au lieu de rendre justice aux femmes, les met encore plus en danger et les opprime plus.
5. Les lois qui criminalisent l'exposition au VIH et sa transmission sont rédigées de manière trop générales et punissent souvent des comportements qui ne sont pas répréhensibles.
6. Peu importe comment elles sont rédigées, les lois criminalisant l'exposition au VIH et sa transmission, sont souvent appliquées injustement, sélectivement et inefficacement.
7. Il y a de meilleurs moyens de punir un comportement qui est vraiment répréhensible.
8. Les lois criminalisant l'exposition au VIH et sa transmission, éludent les vrais défis à relever dans la prévention du VIH.
9. Au lieu d'introduire des lois criminalisant l'exposition au VIH et sa transmission, les législateurs doivent reformer les lois qui entravent la prévention du VIH et son traitement.
10. Les réponses au VIH devraient être fondées sur les droits de l'homme, y compris les droits sexuels.

Le Rapport de 2006 indique qu'il est possible que les législatures aient créé des infractions spécifiques au VIH, dans le but de confirmer ou de clarifier la position juridique existante (comme dans le cas du Mozambique, où les nouvelles lois ont créé une défense qui rétrécit l'envergure de la responsabilité juridique), ou en résultat de la pression au niveau politique.

³²http://health.osf.lt/downloads/news/001_10%20Reasons_Criminalization_draft%20for%20discussion.doc, accédé le 28 janvier 2009.

L'Article 52 de l'Acte sur la Défense des Droits de l'Homme et la Lute contre la Stigmatisation et la Discrimination des Personnes Vivant avec le VIH et SIDA (2008) au Mozambique, indique:

“(i) Toute personne qui, connaissant son statut sérologique, transmet le VIH à une autre personne, sera punie par une peine de prison de plus de deux ans et jusqu'à huit ans.

(2) La transmission n'est pas volontaire lorsque la personne séropositive n'a pas transgressé les soins de précaution ou qu'il n'y a pas eu de risque significatif d'infection.”

Il y a un certain nombre d'exemples de rédactions médiocres des nouvelles infractions élaborées par les pays de la SADC. Dans la plupart des cas, le fait que la terminologie soit vague et que l'ampleur des dispositions soit générale, viole les droits fondamentaux des PVVIH. Dans trois pays de la SADC, la loi pénale est tellement rédigée au sens large qu'elle comprend toute une variété d'actions négligentes.

En Angola, dans la loi No 8/04 la transmission internationale du VIH est un crime qui est punissable selon la section 353 du Code Pénal. De plus, une personne qui par négligence, manque d'attention ou manque de respect des règles, et infecte une autre personne, peut aussi être punie, selon la section 368 du Code Pénal.

Dans l'Article 53 de l'Acte sur la Défense des Droits et de la Lutte contre l'Opprobre et la Discrimination des Personnes Vivant avec le VIH et le SIDA (2008) du Mozambique, il est indiqué:

“Toute personne qui fait partie du personnel soignant ou non, et qui transmet volontairement le VIH à un groupe de personnes, par n'importe quels moyens autre que la transmission sexuelle, sera punie par huit à douze ans de prison”

Dispositions pour la condamnation des personnes qui ont commis des infractions sexuelles en étant séropositives: Divers pays de la SADC ont maintenant des dispositions pour le minimum de condamnation de ceux qui ont commis des infractions sexuelles en étant séropositifs.

Tableau 8: Le statut séropositifs est un facteur aggravant dans la condamnation de ceux qui ont commis des infractions sexuelles

PAYS	CONDAMNATION (NE CONNAISSAIT PAS SON STATUT SEROLOGIQUE)	CONDAMNATION (CONNAISSAIT SON STATUT SEROLOGIQUE)
Botswana	15 ans	Prison à vie avec punition corporelle
RDC	Sans objet	Prison à vie
Lesotho	10 ans (première infraction) Prison à vie (infractions répétées)	Peine de mort
Namibie	Sans objet	15 ans pour la première infraction, 45 ans pour des infractions répétées
Afrique du Sud	Sans objet	Prison à vie
Zimbabwe	Sans objet	20 ans

En Afrique du Sud, dans le cas de *Nyalungu v Etat*, l'accusé, pendant l'interrogatoire contradictoire a admis qu'il connaissait son statut séropositif au moment de l'infraction sexuelle. Le tribunal a alors utilisé les lois sur le VIH et l'a condamné à la prison à vie³³.

Un fait préoccupant cependant, c'est la tendance qu'on certains pays à appliquer des condamnations plus dures, même si la personne qui a commis l'infraction ne connaissait pas son statut séropositif, et aussi l'introduction d'une norme dans la loi civile concernant la preuve de la connaissance du statut séropositif dans un procès criminel. Cela est problématique car la charge de la preuve dans la loi civile est "une prépondérance de probabilités" alors que la loi pénale contient la norme plus précise de "hors de tout doute raisonnable". La norme de la loi civile veut dire que le procureur n'a simplement qu'à démontrer que la probabilité que l'accusé connaissait son statut séropositif, était plus grande que le contraire.

Dans l'Acte (1998) du Code Pénal du Botswana (Amendement), il est indiqué dans la section 142(4)(b) que: "On doit prouver que la prépondérance des probabilités que cette personne connaissait son statut séropositif".

Au Botswana, il y a eu un certain nombre de cas pour lesquels les tribunaux ont trouvé que les dispositions sur les condamnations pour le VIH étaient constitutionnelles, mais ont essayé de clarifier les obligations spécifiques de l'état, qui doit prouver que la personne qui a commis l'infraction était séropositive au moment de l'infraction. Les tribunaux ont refusé de simplement accepter les résultats du test VIH indiquant que la personne qui a commis l'infraction, était séropositive au moment de la conviction.

Dans le cas de *Qam Nqubi v l'Etat*³⁴, le tribunal a décidé que le statut séropositif de l'accusé ne pouvait pas être considéré comme facteur aggravant. Il n'y avait pas de preuve que la personne ayant commis l'infraction était séropositive au moment où le viol avait été commis et cela était une pré-condition pour une peine de 15 ans d'emprisonnement.

Dans le cas de *Makuto v l'Etat*³⁵ le tribunal a décidé que les pénalités améliorées pour les personnes séropositives ayant commis des infractions sexuelles, ne pouvaient être constitutionnelles que si elles exigeaient que l'état démontre que la personne ayant commis l'infraction était séropositive au moment du viol; néanmoins, le tribunal a décidé que cette personne n'avait pas à connaître son statut séropositif pour que la disposition rentre en vigueur.³⁶

Le dépistage du VIH pour les personnes ayant commis des infractions sexuelles: Le Botswana et le Lesotho ont introduit une législation demandant qu'une personne condamnée pour une infraction sexuelle soit testée pour le virus. Au Botswana, le dépistage se fait après la conviction³⁷ alors qu'au Lesotho, l'Acte sur les Infractions Sexuelles, exige qu'une personne accusée d'infraction sexuelle, prenne un test VIH dans la semaine après avoir été accusée. Les résultats du test sont alors révélés à l'accusé et au plaignant(e) et sont révisés par le tribunal

³³ 2005 JOL 13254 (T).

³⁴ Cour d'Appel 49/2000.

³⁵ [2000] 2 BLR 130 (CA).

³⁶ *Ibid* at para's 18 – 19.

³⁷ Section 142 du Code Pénal (Amendement) Acte No. 5 de 1998.

lors de la conviction de l'accusé, afin de déterminer la peine de prison.³⁸ Dans les deux pays, les personnes condamnées obtiennent des peines plus sérieuses même si elles ne connaissent pas leur statut sérologique au moment de l'infraction.

Cette approche semble être inappropriée puisque les résultats du test VIH ne peuvent pas établir:

- Si l'accusé connaissait son statut séropositif au moment de l'infraction; ou
- Si l'accusé avait l'intention d'exposer le (la) plaignant(e) au virus, ou de l'infecter par le virus.

Ce qui veut dire qu'en général les personnes ayant commis des infractions sexuelles reçoivent des peines de prisons plus lourdes, simplement parce qu'elles sont séropositives.

En Angola, au Mozambique, en Afrique du Sud et en Tanzanie, il n'y a pas de dépistage général de toutes les personnes qui ont commis des infractions sexuelles. Cependant, le juge peut, dans certaines circonstances, ordonner qu'une personne qui ait commis une infraction sexuelle, soit testée pour le VIH. Cette approche est plus raisonnable, car elle permet à un tribunal de considérer tous les faits qui lui sont présentés et d'ordonner un test obligatoire dans les circonstances appropriées. En Afrique du Sud, l'Acte sur les Infractions Sexuelles, limite de façon stricte dans quels cas un tribunal peut ordonner un test de dépistage dans l'objectif de révéler les résultats à l'accusé et à la victime. Une demande de dépistage ne peut être faite que s'il est possible que la victime ait été exposé(e) au VIH et pas plus de 90 jours après la date de l'infraction présumée. Cependant, en Angola, au Mozambique et en Tanzanie la législation n'indique pas en détails les circonstances dans lesquelles un tribunal est compétent pour ordonner un test VIH des personnes accusées, ce qui fait que cette disposition est vulnérable à l'abus.

En Angola, la loi 8/04 interdit le dépistage obligatoire du VIH, mais le permet dans les procédures criminelles, si cela est autorisé par une autorité judiciaire compétente.

L'Article 40 de l'Acte du Mozambique sur la Défense des Droits et la Lutte contre la Stigmatisation et la Discrimination des Personnes Vivant avec le VIH et le SIDA (2008) indique:

“(2) Selon les circonstances du cas, le juge ou le procureur peut, *ex officio*, ordonner que la personne qui a commis le crime, soit testée après l'exposition pour obtenir un diagnostic de l'infection du VIH”.

En Afrique du Sud, l'Amendement à l'Acte de la Loi Pénale (Infractions Sexuelles et autres infractions associées) dans la section 33, indique:

“(1)(a) Dans les 60 jours après avoir commis une infraction sexuelle, toute victime ou toute autre personne intéressée de la part de la victime, peut demander à un magistrat, selon la forme prescrite, un ordre exigeant que—

- (i) l'accusé présumé soit testé pour le VIH et que les résultats soient révélés à la victime ou à toute personne intéressée, quelque soit le cas, et révélés à l'accusé présumé; ou
- (ii) les résultats du tests VIH en respect de l'accusé présumé, obtenus par demande d'un officier de la police, comme cela est indiqué dans la section 37, seront révélés à la victime ou à toute personne intéressée, quelque soit le cas.”

³⁸ Section 30, Acte No. 3 de 2003.

La Section 37 de l'Acte décrit l'objectif de ce dépistage obligatoire comme étant:

“Les résultats d'un test VIH ne peuvent seulement être utilisés que dans les circonstances suivantes:

(a) Pour informer une victime ou une personne intéressée si l'accusé présumé dans le cas en question est infecté par le VIH en vue de—

(i) pouvoir prendre des décisions informées; ou

(ii) utiliser les résultats comme preuve dans le procès civil résultant de l'infraction sexuelle en question; ou

(b) pour permettre à un policier chargé de l'enquête de recueillir des informations en vue de les utiliser comme preuve dans un procès criminel.”

En Tanzanie l'Acte No. 28 de 2008 sur le VIH et le SIDA (Prévention et Contrôle) indique dans la section 15(4)(a) qu'un tribunal peut ordonner le dépistage du VIH d'une personne.

Conclusions

- En dépit des recommandations dans les Directives Internationales sur le VIH/SIDA et les Droits de l'Homme, les pays continuent d'élaborer toute une gamme de dispositions pénales pour répondre au VIH et au SIDA. Presque 50% des pays de la SADC ont introduit une législation qui stipule des infractions spécifiques concernant la transmission délibérée du VIH et qui condamne à des peines de prison plus strictes les personnes qui ont commis des infractions sexuelles en étant séropositives au moment de l'infraction, et le test de dépistage du VIH est performé sur ces personnes.
- Beaucoup de ces lois pénales sont médiocrement ébauchées et rédigées au sens large, réduisant les normes de la preuve et élargissant les possibilités de la responsabilité d'une manière qui n'est pas acceptable au niveau juridique.
- Il semble qu'au Botswana, les tribunaux aient choisi de restreindre l'envergure des dispositions dans la loi pénale, lorsque cela est approprié. Cependant la cour a décidé que le dépistage du VIH pour les personnes ayant commis une infraction sexuelle, est constitutionnel.

Recommandations

- Plaidoyer pour un usage de lois dans la santé publique qui répondent aux comportements délibérément néfaste associés au VIH, plutôt que dans la loi pénale.
- Dans les pays où de nouvelles lois pénales ont récemment été promulguées, plaidoyer pour leur abrogation.
- Alternativement, plaidoyer pour des mesures qui assurent l'usage approprié de ces lois. Ainsi plaidoyer pour l'élaboration de directives dans le domaine de la traduction en justice qui appliquent l'usage de la loi pénale au VIH de façon appropriée et qui évite l'usage sélectif des lois pénales contre les groupes marginalisés.
- Plaidoyer pour l'abrogation des lois qui exigent que toutes les personnes ayant commis des infractions sexuelles, soient testées pour le VIH. Plaidoyer pour obtenir plus de réformes juridiques et que le dépistage ne puisse avoir lieu qu'avec un ordre de la cour, de façon à protéger les droits de toutes les parties et à faciliter l'accès à la PPE ou à d'autres décisions

significatives dans le domaine de la santé pour la personne ayant survécu une attaque sexuelle.

- Entreprendre des recherches concernant l'usage des lois pénales existantes sur le VIH et SIDA dans la SADC, afin de déterminer l'intention des législateurs lors de la création des diverses lois, l'ampleur avec laquelle ces lois sont utilisées, l'application des lois dans la pratique, est-ce que ces lois accomplissent en fait les objectifs escomptés et quels sont les comportements au niveau judiciaire envers ces lois.

Tableau 9: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

<p>Conclusions</p>	<p>Le Rapport de 2006 indiquait que beaucoup de pays de la SADC avaient élaborés des mesures dans la loi pénales pour faire face au VIH et au SIDA.</p>	<p>Le Rapport de 2009 reconnaît qu'il y a une tendance continue à élaborer des mesures législatives pour riposter au VIH, qui utilisent les lois au sens large. Trois pays de plus ont maintenant des infractions spécifiques au VIH, deux pays de plus exigent qu'une personne ayant commis une infraction sexuelle soit testée et la RDC a aussi introduit des peines de prison plus lourdes pour les accusés d'attaques sexuelles qui sont séropositifs.</p>
<p>Recommandations: Décourager la loi pénale</p>	<p>Le Rapport de 2006 recommandait du plaider pour décourager les mesures dans la loi pénale (contrairement à la loi de la santé publique) qui concernent les comportements néfastes associés au VIH et le dépistage du VIH obligatoire inapproprié pour les accusés d'attaques sexuelles.</p>	<p>Le Rapport de 2009 reconnaît le besoin de continuer de plaider. Cependant, étant donné la tendance continue à utiliser la loi pénale et le fait que la plupart des lois soient récentes, il recommande de plaider pour l'abrogation de ces lois et alternativement pour l'adoption de directives concernant l'usage approprié de ces lois. Quant aux lois sur le dépistage du VIH, il recommande des réformes législatives pour assurer que le dépistage soit autorisé par un juge dans un but légitime tel que permettre l'accès à la PPE pour les survivant(e)s d'attaques sexuelles. Finalement, il recommande des recherches sur le fondement, l'usage et l'efficacité de ces lois, pour informer les</p>

		campagnes de plaidoyer dans l'avenir.
Recommandations: Elaborer des directives pour la traduction en justice	Le Rapport de 2006 recommandait l'élaboration de directives dans la traduction en justice pour assurer l'usage approprié de lois exigeant le dépistage du VIH pour les personnes accusées d'attaques sexuelles.	Le Rapport de 2009 confirme cette recommandation, étant donné la tendance continue à adopter des nouvelles lois pénales pour répondre au VIH.

2.3.3 Réforme des mesures anti-discrimination

Les normes internationales et régionales

La Directive 5 demande aux états de promulguer ou de renforcer les lois anti-discrimination pour protéger les personnes infectées et affectées par le VIH. Dans la discussion sur la mise en oeuvre dans la Directive 5, il est recommandé que les gouvernements fassent cela en élaborant et en révisant les lois générales sur l'anti-discrimination pour couvrir les PVVIH.³⁹

Au sein de la SADC, la Déclaration d'Abuja sur le VIH/SIDA (2001) engage les nations africaines à agir en priorité pour lutter contre le VIH, SIDA, la tuberculose et d'autres infections associées. Elle met les droits de l'homme en priorité, et reconnaît que "l'opprobre, le silence, le refus et la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/SIDA augmentent l'impact de l'épidémie"⁴⁰

La loi modèle du SADC PF indique dans la section 17(2) que toute discrimination directe et indirecte contre les personnes vivant avec ou étant affectées par le VIH, en se basant sur un statut séropositif perçu ou actuel, soit interdite.

Discussion des résultats

Une révision de la législation et des politiques dans les quatorze pays de la SADC lors de janvier 2009⁴¹ indique que tous les pays ont, soit une loi, soit une politique nationale interdisant la discrimination contre les PVVIH.

Dans 50 % de ces pays la protection se trouve au sein de la loi. Six pays de la SADC ont une législation spécifique au VIH et à l'anti-discrimination, et un pays protège les PVVIH de la discrimination par une législation d'ordre générale sur l'égalité. Les autres 50 % des pays de la SADC protègent les PVVIH de la discrimination par des dispositions dans leurs politiques nationales plutôt que dans la loi.

Tableau 10: Lois sur l'égalité interdisant la discrimination injuste fondée sur le statut séropositif

³⁹ ONUSIDA *VIH/SIDA et les Droits de l'Homme: Directives Internationales* (1996). www.unaids, accédé 2 février 2009.

⁴⁰ www.un.org, accédé 7 septembre 2006.

⁴¹ Angola, Botswana, RDC, Madagascar, Malawi, Ile Maurice, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

LOI SPECIFIQUE AU VIH	LOI GENERALE SUR L'ÉGALITÉ	POLITIQUE SEULEMENT
Angola	Afrique du Sud	Botswana
RDC		Lesotho
Madagascar		Malawi
Ile Maurice		Namibie
Mozambique		Swaziland
Tanzanie		Zambie
		Zimbabwe

Dans le domaine du VIH/SIDA et de l'emploi, les pays de la SADC ont adopté toute une gamme de lois et de politiques pour gérer le VIH/SIDA et les droits de l'homme sur le lieu de travail. Quatorze pays de la SADC ont entrepris certaines étapes pour protéger les droits des employés séropositifs et tous ces pays sauf un, ont entrepris ces étapes par la promulgation de lois. C'est seulement au Malawi qu'il n'y a pas de loi – il y a un code de bonne pratique sur le VIH et le SIDA dans l'environnement de travail.

Tableau 11: Meilleures pratiques concernant les lois et les codes de l'emploi

PAYS	LOI / CODE REGISSANT LE VIH, SIDA ET L'EMPLOI
Angola	La loi sur le VIH et SIDA (2004) interdit la discrimination injuste sur le lieu de travail. C'est le devoir des employeurs d'éduquer et de former les travailleurs sur le VIH/SIDA. Si l'employeur ne respecte pas ces dispositions il est passible d'une amende, 50% de cette amende seront payés au Programme National pour la lutte contre le SIDA. Plus de détails sont indiqués dans l'Ordre No. 43/03 (juillet 2003), la Réglementation sur le VIH/SIDA dans l'Emploi et la Formation Professionnelle.
Botswana	L'Acte du Service Public (2008) (pas encore en opération) interdit la discrimination injuste fondée sur le statut de santé. La Section 7(e) indique que les états "dans la prise de décisions concernant l'emploi, ou autres questions affectant la gestion des ressources humaines, chaque département de nomination et chaque responsable en charge de la supervision...ne discriminera aucun employé(e) sur la base de son sexe, sa race, sa tribu, son lieu d'origine, sa nationalité, son origine sociale, sa couleur, son opinion politique, son statut marital, <i>son statut de santé</i> , son invalidité, une grossesse ou pour toute autre raison..." Ceci n'est applicable que pour les fonctionnaires des services publics. La Gestion de la Direction des Services Publics a aussi publié le Code de Déontologie des Services Publics, concernant le VIH/SIDA et le Lieu de Travail (2001). Ce Code: <ul style="list-style-type: none"> • indique les droits et les responsabilités des employeurs et des employés • rend la gestion responsable de créer un environnement non discriminatoire Le Code de Pratique National du Botswana sur le VIH/SIDA et l'Emploi établit les normes pour une riposte appropriée au VIH au sein du lieu de travail. Ce code décourage le dépistage du VIH avant l'emploi.
RDC	L'Article 20 de la Loi 08/011 sur le VIH/SIDA interdit toute discrimination ou stigmatisation sur le lieu de travail ou durant les formations professionnelles contre une personne à cause de son statut ou statut présumé, ou celui d'un membre de sa famille ou de son époux(e). L'Article 21 indique que le statut actuel ou présumé d'une personne ou de son époux(se) ou d'un membre de sa famille n'est pas une raison acceptable pour refuser un emploi ou un avancement dans la carrière professionnelles ni des avantages sociaux. Ce n'est aussi pas une raison acceptable pour terminer un contrat d'emploi. Le dépistage obligatoire du VIH est interdit avant l'emploi ou lors

	d'un examen médical routinier pour le travail selon les termes de l'Article 22. De plus, l'Article 26 indique que l'employeur ou les autres personnes ayant accès au registre médical de l'employé doivent garder le statut confidentiel.
Lesotho	<p>Le Service Public a une politique sur le VIH/SIDA pour le lieu de travail. Elle interdit la discrimination injuste et obligatoire du dépistage du VIH.</p> <p>L'Acte No. 5 de 2006 du Code de la Main d'Oeuvre (Amendement), interdit le dépistage du VIH avant l'emploi et les tests VIH pendant l'emploi, il assure la confidentialité et la non révélation et interdit la discrimination dans l'emploi. Le Code de la Main d'œuvre s'applique seulement aux employeurs du secteur privé et aux paraétatiques et ne s'applique pas aux fonctionnaires de l'état</p>
Madagascar	La loi No.2005-040 interdit la discrimination injuste sur le lieu de travail (Titre III, Chapitre IV, article 44-55). L'Article 44 indique que la discrimination contre une personne vivant avec le VIH est interdite sur le lieu de travail et l'Article 45 stipule que l'employeur est responsable de s'assurer que des mesures soient prises contre l'exposition occupationnelle sur le lieu de travail. Les employés prospectifs ne seront pas soumis à des tests VIH obligatoires selon l'Article 47 et le statut séropositif n'est pas une raison pour refuser l'emploi à quelqu'un selon l'Article 46.
Malawi	Le Code de Déontologie sur le VIH/SIDA et le lieu de travail, représente un guide pour les employeurs, les syndicats et les employés.
Ile Maurice	L'Acte sur les Mesures de Prévention du VIH (2006) interdit le dépistage avant l'emploi comme condition à l'emploi. Les tests ne peuvent pas non plus être faits comme pré-condition pour des cours de formation sur le lieu de travail ou pour la promotion.
Mozambique	<p>La loi No.5/2002 protège les employés contre la discrimination sur le lieu de travail. Elle ne mentionne pas spécifiquement le VIH mais elle est assez globale pour couvrir le VIH.</p> <p>L'Acte sur la Défense des Droits et la Lutte contre l'Opprobre et la Discrimination des Personnes Vivant avec le VIH et le SIDA (2008) indique dans l'Article 41 que "Un travailleur ou un demandeur d'emploi vivant avec le VIH ou SIDA est protégé contre toute sorte de discrimination, selon l'Acte sur la Main d'Oeuvre". L'Article 42 établit les droits suivants pour les travailleurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Non-discrimination dans le travail, la formation, la promotion et les droits à la progression de la carrière • Opportunités égales • Des congés pour recevoir des soins médicaux selon la législation existante sur l'emploi
Namibie	<p>Le Code National sur le VIH/SIDA et l'Emploi (2000) a été promulgué selon les termes de la section 112 de l'Acte sur la Main d'Oeuvre. Le Code interdit le dépistage du VIH avant l'emploi, les tests et la discrimination injuste.</p> <p>Dans le nouvel Acte sur la Main d'Oeuvre, promulgué en 2008, le VIH est sur la liste avec une interdiction spécifique de discrimination concernant l'accès au travail ou la continuation de l'emploi.</p>
Afrique du Sud	<p>La discrimination injuste envers un employé ou un demandeur d'emploi à cause de son "statut séropositif" est interdite par la section 6 de l'Acte sur l'Egalité Professionnelle (1998). Le dépistage du VIH sans l'autorisation du Tribunal du Travail est interdit par la section 7 de cet Acte.</p> <p>Un Code de Déontologie concernant les aspects clés du VIH/SIDA et l'Emploi est en annexe de cet Acte. Il vise à orienter vers un environnement non discriminatoire et à gérer l'impact du VIH et SIDA sur le lieu de travail.</p>

Swaziland	La section 29 de l'Acte sur l'Emploi (1980) indique que les employeurs ne doivent pas discriminer dans les contrats d'emploi. Le VIH n'est pas mentionné mais il pourrait faire partie du "statut social".
Tanzanie	L'Acte sur le VIH et SIDA (Prévention et Contrôle) (2008) indique dans la section 9 que chaque employeur établira et coordonnera un programme sur le lieu de travail. La Section 15(1) indique qu'une personne ne sera pas forcée de prendre un test de dépistage du VIH. La Section 30(c) indique qu'il ne sera refusé à personne l'opportunité d'emploi à cause de son statut séropositif.
Zambie	L'Acte sur l'Emploi Cap 268 et l'Acte sur les Relations Industrielles Cap 269 protègent les travailleurs contre les pratiques discriminatoires. Ils ne sont pas spécifiques au VIH.
Zimbabwe	L'Acte sur les Relations du Travail, Partie II, protège les employés contre la discrimination. Bien que cet Acte ne mentionne pas le VIH, les réglementations émises par cet Acte (Instrument statutaire 202 de 1998) interdisent la discrimination fondée sur le VIH ou SIDA sur le lieu de travail.

Les lois anti-discrimination spécifiques au VIH: Comme mentionné ci-dessus la protection juridique contre la discrimination injuste existe en Angola, en RDC, à Madagascar, à l'Île Maurice, au Mozambique, en Afrique du Sud et en Tanzanie. Dans tous les pays mentionnés, sauf pour l'Afrique du Sud, ces dispositions sont contenues dans une législation dédiée au VIH.

Bonnes pratiques: Lois Anti-Discrimination

L'Angola a adopté la Loi sur le VIH et SIDA, qui indique expressément que les PVVIH ont le droit d'être protégés contre la discrimination. Cette loi protège aussi expressément les soldats du dépistage du VIH avant l'emploi⁴²

En RDC, l'Article 10 de la Loi sur le VIH/SIDA 08/11 protège les PVVIH de l'opprobre dans les systèmes de santé du secteur public et privé.

A l'Île Maurice, l'Acte sur les Mesures de Prévention du VIH et SIDA (2006) contient un certain nombre de dispositions interdisant les tests discriminatoires. La Section 6 indique:

"Personne ne poussera ou ne forcera une autre personne à prendre un test de dépistage du VIH comme condition d'emploi ou pour la continuation de l'emploi".

L'Afrique du Sud a adopté l'Acte sur la Promotion de l'Égalité et la Prévention de la Discrimination injuste (2000). Cet Acte interdit la discrimination injuste.⁴³ La Section 1 de l'Acte définit la discrimination injuste comme étant un fardeau imposé sur quelqu'un ou la négation de certaines opportunités pour quelqu'un. Par exemple, l'Acte indique que c'est de la discrimination injuste d'empêcher les femmes d'hériter d'une propriété car cela leur impose un fardeau économique et social. Bien que l'Acte ne mentionne pas "le statut VIH" comme étant une des raisons pour lesquelles on ne doit pas discriminer quelqu'un, ces dispositions sont assez globales pour inclure ce type de discrimination.

Bien que l'adoption d'une loi anti-discrimination spécifique au VIH est un signe de grand progrès, diverses limites à cette approche ont été notées:

- Les ONG ont indiqué que bien qu'il y ait certains signes de diminution dans la discrimination, c'est toujours un grand problème pour les PVVIH. Par exemple, il a été déclaré qu'au Lesotho, la discrimination est devenue plus insidieuse – lorsque les

⁴² Article 5, *op cit* note 21.

⁴³ Section 6, Acte No. 4 de 2000.

employeurs réalisent qu'un employé est séropositif, il trouve un moyen de discriminer contre lui.⁴⁴

- Des lois anti-discrimination, dédiées au VIH ont tendance à se focaliser sur la discrimination fondée sur le statut séropositif ou le statut présumé séropositif. Ce qui signifie que ces lois souvent ne reconnaissent pas que les gens vulnérables au VIH, peuvent être marginalisés pour d'autres raisons (par exemple, pour être dans une relation du même sexe). Sans lois sur l'égalité plus globales, les PVVIH vont continuer à faire face à la discrimination.
- Beaucoup de lois ne sont pas suffisamment globales dans leur domaine (par exemple, les lois du travail qui protègent les demandeurs d'emploi du dépistage du VIH avant l'emploi, ne sont pas applicables sans le secteur militaire) ou sont limitées par des clauses 'de rétraction'.

L'Acte de l'Île Maurice sur les Mesures de Prévention (2006) est un exemple de législation qui n'est pas entièrement protectrice. Il n'interdit pas spécialement la discrimination injuste fondée sur le statut séropositif de la personne. Cependant, il indique que c'est une offense de traiter une autre personne "sans équité, injustement, ou moins favorablement"⁴⁵ ou de traiter cette personne avec "haine, ridicule ou mépris" car on présume qu'elle est infectée par le virus VIH. Ceci interdit indirectement l'usage discriminatoire du statut séropositif contre les PVVIH. Cette section est limitée par une clause 'de rétraction' dans la section 6(2) qui indique que ce qui est mentionné ci-dessus n'empêchera pas le dépistage du VIH comme nécessite préalable pour les demandes d'immigration, de nationalité, de défense ou de sécurité publique.

Certains des points contentieux non résolus, de discrimination continue dans la région, comprennent le dépistage continu et l'exclusion des soldats séropositifs du secteur militaire, la discrimination et la marginalisation de personnes dans des relations du même sexe, ainsi que le manque de droits juridiques et le niveau bas de statut social pour les femmes dans la loi.

Protection constitutionnelle: Dans les pays qui n'ont pas de mesures anti-discrimination exhaustives associées au VIH, les parties plaidantes doivent dépendre de la constitution pour la protection. Bien qu'aucune des constitutions dans la région de la SADC ne fasse référence expressément au VIH, il est dit que dans la plupart des cas, la clause sur l'égalité est assez globale pour interdire la discrimination associée au VIH.

Au Botswana, dans le cas de *Attorney Général v Dow*⁴⁶ des principes généraux ont été établis concernant les raisons de discrimination non indiquées sur une liste dans la constitution du Botswana:

"Je ne pense pas que les rédacteurs de la Constitution avaient l'intention de déclarer en 1966 que tous les groupes potentiellement vulnérables ou toutes les classes qui seraient en tout temps affectés par un traitement discriminatoire, sont identifiés et mentionnés dans la définition de la section 15(3). Je ne pense pas qu'ils avaient l'intention de déclarer que les catégories mentionnées dans cette définition étaient clôturées pour toujours. Par la nature des choses, des gens qui essayaient de prévoir pour l'avenir, auraient contemplé qu'avec le passage du temps, non seulement les groupes ou les classes pour lesquels ils avaient exprimé leurs préoccupations au moment où la Constitution avait été écrite, avaient

⁴⁴ Communication personnelle, "Alfred Thotolo, Adventist Development and Relief" Agence, Lesotho, 19 novembre 2008.

⁴⁵ Section 18(3).

⁴⁶ [1992] BLR 119.

besoin de protection mais que d'autres groupes en auraient aussi besoin dans l'avenir. Les catégories peuvent croître ou changer. A cet égard, les classes ou les groupes indiqués dans la définition ne sont, à mon avis, qu'un exemple de ce que ceux qui ont rédigé la Constitution pensaient valoir la peine de mentionner comme des groupes qui ont le potentiel d'être discriminés"⁴⁷.

En se basant sur ce passage, le tribunal dans le cas de *Makuta v l'état* a décidé qu'un handicap physique tel que le VIH, serait protégé par la clause d'égalité.⁴⁸

Politique Anti-Discrimination associée au VIH: Le Botswana, le Lesotho, le Malawi, la Namibie, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe ont des interdictions claires sur la discrimination injuste contre les PVVIH, exprimées dans leurs politiques.

La politique nationale du Swaziland indique:
" Le statut séropositif d'une personne ne sera pas utilisé comme raison pour refuser l'accès aux services, y compris l'éducation, le système de santé ou l'emploi"⁴⁹.
Elle ne fait pas référence à des mécanismes d'application.

Loi sur l'emploi associée au VIH: Il y a maintenant des lois de protection dans l'emploi dans les pays de la SADC sauf au Malawi. Cependant, au Botswana la loi ne s'applique qu'aux fonctionnaires et au Swaziland et en Zambie, la loi n'est pas spécifique au VIH, bien qu'on dise que cette loi soit suffisamment globale pour protéger les travailleurs séropositifs. Il reste une préoccupation importante c'est l'exclusion du secteur militaire de ces protections dans tous les pays sauf l'Angola.

Au Botswana, BONELA a utilisé une gamme de stratégies de plaidoyer pour faire pression sur le gouvernement pour l'élaboration d'une loi sur l'emploi associée au VIH. En 2007 ils ont organisé une pétition de 13000 signatures, elle a été transmise au Ministre du Travail et des Affaires Intérieures.⁵⁰

Conclusions

- Des progrès significatifs ont été faits pour assurer une protection juridique aux PVVIH au sein de la SADC, 50% des pays ont des lois spécifiques interdisant spécialement la discrimination fondée sur le VIH et le SIDA.
- Dans les pays où la protection juridique existe, ceci a été fait généralement par les dispositions dans une loi dédiée au VIH. Cependant, les lois spécifiques au VIH et à l'anti-discrimination sont parfois limitées dans leur envergure et leur portée.
- Tous les pays ont entrepris des étapes pour protéger les droits des employés séropositifs ou sidéens par la législation, par des politiques ou des codes.
- En dépit de l'existence de lois spécifiques au VIH, la discrimination contre les PVVIH continue. Par exemple, la discrimination contre les soldats séropositifs, continue d'être un problème dans certains pays.

⁴⁷ *Ibid.*

⁴⁸ *Op cit* note 28 aU para. 6

⁴⁹ Gouvernement du Swaziland, Politique Nationale Multisectorielle sur le VIH et SIDA (2006).

⁵⁰ BONELA *Rapport annuel*, 2007. www.bonela.org/publication/annual_reports.html , accédé le 2 février 2009.

- En plus, sans lois plus globales pour protéger les droits des groupes vulnérables et marginalisés, la vulnérabilité au VIH continuera.

Recommandations

- Plaidoyer pour une législation anti-discrimination spécifique au VIH dans les 7 autres pays de la SADC.
- Plaidoyer pour le développement de protection et d'égalité au sens large pour toutes les personnes vulnérables au VIH et au SIDA, fondée sur des raisons multiples comme la race, le genre, le sexe, la grossesse, le statut marital, le handicap, l'orientation sexuelle, la religion, la culture, la langue et la naissance. Cette réforme juridique pourrait être intégrée dans la nouvelle législation sur le VIH, ou alternativement pourrait être élaborée comme une législation générale séparée sur l'égalité et la non discrimination.
- Plaidoyer pour que tous les pays de la SADC adoptent une législation sur l'emploi qui protège les employés, y compris les forces armées, du dépistage du VIH avant l'emploi et de la discrimination.

Tableau 12: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

Conclusions	Le Rapport de 2006 indiquait qu'il y avait très peu de pays qui avaient introduit une législation spécifique interdisant la discrimination associée au VIH et que la plupart des pays avaient simplement traité ce problème par des documents politiques, bien que cette approche n'ait pas été efficace. Sur le lieu de travail cependant, beaucoup de progrès ont été réalisés et cela a aidé à réduire la discrimination.	Le Rapport de 2009 reconnaît qu'il y a une augmentation de lois anti-discrimination pour protéger les PVVIH au Botswana, en RDC, au Lesotho, à l'Ile Maurice, au Mozambique et en Tanzanie.
Recommandations: Lois spécifiques au VIH et à l'Anti-Discrimination	Le Rapport de 2006 recommandait de plaidoyer pour des lois spécifiques au VIH et à l'anti-discrimination dans tous les pays de la SADC.	Le Rapport de 2009 reconnaît le besoin de plaidoyer continuellement pour des lois spécifiques au VIH et à l'anti-discrimination qui protègent les droits des PVVIH, ainsi que pour des lois plus globales avec des dispositions sur l'anti-discrimination.
Recommandations: Lois sur l'Emploi spécifiques au VIH	Le Rapport de 2006 recommandait le développement de lois sur l'emploi protégeant les employés séropositifs de la discrimination et interdisant le dépistage du VIH avant l'emploi.	Le Rapport de 2006 confirme le besoin de plaidoyer continuellement pour des lois sur l'emploi spécifiques au VIH qui couvrent tous les secteurs au Swaziland, en Zambie et au Botswana.

2.3.4 Mécanismes d'application

Normes internationales et régionales

La Directive 11 concerne le suivi et les mécanismes d'application. Elle indique que les états devraient assurer des mécanismes d'application et de suivi pour garantir la protection des droits de l'homme associés au VIH y compris ceux des personnes séropositives ou sidéennes, de leurs familles et de leurs communautés.

La loi modèle du SADC PF recommande deux options pour l'application. D'abord, les pays peuvent établir un tribunal pour le VIH, composé de trois avocats, deux médecins et deux personnes séropositives ou sidéennes. Ce tribunal traitera toutes les disputes provenant de l'acte pertinent au VIH/SIDA. Alternativement les pays peuvent accorder la juridiction à n'importe quel tribunal de première instance.

Discussion des résultats

Depuis janvier 2009, des 6 pays de la SADC⁵¹ qui ont adopté une législation spécifique au VIH, seulement un a adopté un processus de résolution des litiges dédié au VIH. Cependant les six pays ont donné aux tribunaux le pouvoir d'imposer des amendes et cinq pays ont inclus amendes et emprisonnement comme punition possible pour avoir violé les droits des PVVIH.

Tableau 13: Mécanismes d'application des lois sur le VIH

PAYS	AMENDES	EMPRISONNEMENT
Angola	X	
RDC	X	X
Madagascar	X	X
Ile Maurice	X	X
Mozambique	X	X
Tanzanie	X	X

Mécanismes de résolution des litiges: Dans cinq pays ayant participé au sondage, la juridiction a été accordée aux tribunaux ordinaires pour juger les contraventions à la législation. L'avantage de cette approche est que les PVVIH ne sont pas stigmatisés par la création d'un mécanisme séparé de résolution des litiges pour eux. Cependant, cela demande que le système judiciaire soit informé des questions associées au VIH, tel que le besoin de procès *à huis clos*, ou l'usage des initiales du/de la plaignant(e) seulement pour protéger la confidentialité des PVVIH.

Le chapitre VII de la Loi de Madagascar 2005-040 concernant la Lutte contre le VIH/SIDA et la Protection des Droits des Personnes Vivant avec le VIH (2005) indique que des amendes seront données dans le cas de discrimination contre une personne séropositive,⁵² dans les cas de révélation illégale du statut d'un patient séropositif⁵³ ainsi que pour la publication de publicités trompeuses concernant des médicaments, des soins, un traitement et des médicaments de prévention du VIH.⁵⁴

⁵¹ Ces pays sont Angola, la RDC, Madagascar, l'île Maurice, Mozambique et la Tanzanie.

⁵² Article 64.

⁵³ Article 65

⁵⁴ Article 66

En Tanzanie, un processus spécial de résolution des litiges associés au VIH, a été créé. Selon les termes de la section 51 de l'Acte No. 28 de 2008 sur le VIH et SIDA (Prévention et Contrôle) toute plainte sur la contravention de cet acte peut être déposée par écrit chez le:

- Secrétaire du village;
- Au commissariat de police;
- Chez le propriétaire, gestionnaire ou personne en charge du centre de santé; ou
- Chez l'employeur.

L'avantage de cette approche est que l'accès à la justice est élargi car toutes les personnes qui ont reçu le pouvoir de gérer les disputes sont facilement accessibles. En plus, en théorie, avoir un mécanisme de résolution des disputes, spécifique au VIH qui soit séparé, signifie que ceux qui en font partie ont des compétences spécialisées pour gérer les plaintes associées au VIH et SIDA. Cependant, en Tanzanie, la loi ne spécifie pas que les personnes qui ont le pouvoir de gérer les plaintes selon les termes de l'Acte, doivent avoir des compétences spécifiques au VIH, elle n'indique pas non plus comment elles doivent gérer les plaintes associées au VIH. Il est nécessaire de plaider plus afin de s'assurer que des réglementations soient émises pour régler les disputes associées au VIH.

Création d'infractions: Les pays avec une législation dédiée au VIH ont tous des infractions associées au VIH pour les personnes qui ne respectent pas l'Acte. Ceci crée des mécanismes rapides d'application pour les PVVIH et assure qu'ils n'ont pas besoin d'utiliser la loi civile (qui peut être coûteuse et lente) pour appliquer leurs droits.

L'Acte de l'île Maurice sur le VIH et SIDA (2006) indique que toute personne qui contrevient les sections 4(1), 6(1), 7(1), 13(2) (3) ou (4) ou 14(2) a commis une infraction et lors de la condamnation, elle recevra une amende ne dépassant pas 50 000 roupies et une peine de prison pour une période ne dépassant pas 12 mois.⁵⁵ Une personne qui ne se débarrasse pas d'aiguilles intraveineuses utilisées, commet aussi une infraction et peut recevoir une amende ne dépassant pas 100 000 roupies et une peine de prison ne dépassant pas 5 ans.⁵⁶ L'Acte indique aussi que c'est une infraction de traiter une autre personne "sans équité, injustement ou moins favorablement" ou de la traiter avec de la « haine, du ridicule ou du mépris" car on pense qu'elle est peut-être ou qu'elle est vraiment infectée par le VIH.⁵⁷

Conclusions

- Lorsque les pays de la SADC ont adopté des lois spécifiques au VIH, ils ont aussi créé des infractions lorsque ces lois ne sont pas respectées.
- Dans la plupart des cas, ces infractions sont réglées par des mécanismes ordinaires d'application de la loi, qui sont utilisés pour résoudre tous les autres litiges juridiques – c'est-à-dire les tribunaux.

⁵⁵ Section 18(1).

⁵⁶ Section 18(2).

⁵⁷ Section 18(3).

Recommandations

- Plaidoyer pour que tous les pays de la SADC élaborent des lois sur le VIH et des infractions correspondantes, idéalement sous la forme d'une législation spécifique au VIH.
- Plaidoyer pour que les mécanismes existants d'application (ex. les tribunaux) puissent entendre les disputes associées au VIH et plaidoyer pour que des cours de formations sur les droits de l'homme et le VIH, soient offerts pour le système judiciaire et les représentants de la loi, en vue d'augmenter la capacité d'entendre les litiges associés au VIH et d'appliquer les lois associées au VIH.
- Alternativement, plaidoyer pour l'établissement de mécanismes associés au VIH avec des politiques et des processus clairs et du personnel compétent.
- Plaidoyer pour l'établissement de services juridiques pour les PVVIH et les membres des groupes vulnérables et marginalisés sous forme d'assistance judiciaire, de règlement stratégique des conflits et de résolution des disputes au niveau communautaire.
- Organiser des campagnes « Connaissez vos droits » qui habilite ceux qui sont affectés par le VIH à connaître leurs droits dans le contexte de l'épidémie et à savoir comment faire appliquer leurs droits.

Tableau 14: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

<p>Conclusions</p>	<p>Le Rapport de 2006 n'avait pas pu indiqué d'informations concernant les applications des lois à l'égard des disputes associées au VIH.</p>	<p>Le Rapport de 2009 reconnaît qu'il y a une augmentation des infractions associées au VIH et de mécanismes d'application, à cause d'un accroissement de la législation sur le VIH. Un seul pays de la SADC cependant a créé un mécanisme de résolution des litiges associés au VIH.</p>
<p>Recommandations: Plaidoyer pour la création d'infractions associées au VIH.</p>		<p>Le Rapport de 2009 recommande du plaidoyer pour que les pays élaborent des lois sur le VIH et des infractions correspondantes.</p>
<p>Recommandations: Mécanismes de Résolution des litiges</p>		<p>Le Rapport de 2009 recommande l'usage de mécanismes existants d'application de la loi pour gérer les disputes associées au VIH, mais reconnaît que cela demandera des représentants de la loi qui soient qualifiés dans le domaine du VIH, du SIDA et de la législation. En conséquence, il recommande des cours de formation pour le secteur judiciaire et les représentants de la loi. Lorsque des mécanismes d'application de la loi spécifiques au VIH</p>

		sont créés, le rapport recommande l'élaboration de politiques claires, de processus et de compétences. Il recommande aussi de fournir des services judiciaires pour les PVVIH, et des campagnes "Connaissez vos droits".
--	--	--

2.4 Problèmes actuels concernant les Droits de l'Homme

Le Rapport indique que dans un certain nombre de pays, le cadre juridique n'est pas protecteur ou alors il contient des lacunes. Il y a des problèmes de droits de l'homme très sérieux dans la région, ils sont indiqués plus en détails ci-dessous.

2.4.1 Le Dépistage du VIH et la Discrimination dans le Secteur militaire

Les normes internationales et régionales

La Directive 5 des Directives Internationales, indique, dans le commentaire d'introduction, que la législation anti-discrimination devrait interdire le dépistage du VIH obligatoire des groupes vulnérables tels que ceux du secteur militaire.

Le Conseil de Sécurité des Nations Unies a unanimement adopté la Résolution 1308 qui demande que les états développent des plans à long terme pour l'éducation et la prévention du le VIH/SIDA, le dépistage volontaire et les conseils, et pour un traitement approprié du personnel en uniforme.⁵⁸ Cette résolution doit être lue de consort avec la Politique sur le Dépistage du VIH pour les Forces du Maintien de Paix⁵⁹, qui soutient fortement une politique de Dépistage Volontaire et de Services de Conseils, et qui déclare que:

"Les Nations Unies n'exige pas que les gens soient testés pour le VIH à aucun moment concernant le déploiement des troupes de maintien de paix."⁶⁰

Discussion des résultats

En janvier 2009 une révision de la législation, des politiques et des pratiques dans dix pays de la SADC⁶¹, a indiqué que ces principes ne sont pas suivis en pratique. Dans presque 90% des pays qui ont participé au sondage, le dépistage du VIH avait lieu dans le secteur militaire et dans quatre de ces pays cette pratique était légale car les soldats étaient exclus des lois de protection dans le secteur de l'emploi.

⁵⁸ *ONUSIDA "On the Front Line", 2005.*

⁵⁹ Emis par le Bureau de Soutien aux Missions, le Département des Opérations de Maintien de Paix, janvier 2004.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ Angola, Botswana, RDC, Lesotho, Ile Maurice, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Zambie et Zimbabwe.

Tableau 15: Dépistage du VIH au sein du secteur militaire

PAYS	AUCUNE INTERDICTION DU DEPISTAGE DU VIH	INTERDICTION DU DEPISTAGE DU VIH	SECTEUR MILITAIRE EXCLU DE L'INTERDICTION	LES MILITAIRES SONT TESTÉS POUR LE VIH EN PRATIQUE
Angola		X		
Botswana	X			X
RDC		X		X
Lesotho		X	X	X
Madagascar		X		Pas d'information disponible
Malawi	X			Pas d'information disponible
Ile Maurice		X		X
Mozambique		X		X
Namibie		X	X	X
Afrique du Sud		X	X	X
Swaziland	X			Pas d'information disponible
Tanzanie		X		Pas d'information disponible
Zambie	X			X
Zimbabwe		X	X	X

Le Rapport de 2006 indique deux justifications primaires qui sont déclarées pour la continuation du dépistage du VIH dans le secteur militaire:

- Le secteur militaire doit exclure les personnes séropositives pour s'assurer que la capacité de réponse aux menaces de la sécurité, ne soit pas compromise; et
- Les soldats séropositifs n'ont pas l'aptitude physique requise.

Au niveau international, cependant, on accepte que le dépistage du VIH avant l'emploi ne réduit pas en pratique l'impact du VIH sur le lieu de travail – c'est impact est mieux réduit en gérant le VIH et SIDA dans l'environnement de travail.⁶² Par exemple, en dépit de l'approche exclusive pour gérer le VIH au sein du secteur militaire en Zambie, ce secteur continue de perdre un grand nombre de personnel à cause de maladies associées au SIDA.⁶³ De plus, le dépistage du VIH n'est pas un bon indicateur de l'aptitude physique.⁶⁴

Le règlement des litiges concernant la discrimination associée au VIH dans le secteur militaire:

⁶² Commission de l'Afrique du Sud sur la Réforme Juridique *Deuxième Rapport intérimaire sur les Aspects de la Loi concernant le SIDA: Dépistage du VIH avant l'emploi* 1998.

⁶³ Réseaux intégrés régionaux d'informations des Nations Unies "Donnez aux forces de maintien de paix des antirétroviraux », *exhorte une nouvelle étude*, 4 Octobre 2006.

www.allafrica.com/stories/printable/200610040567.html

⁶⁴ *Haindongo Nghipohamba Nanditume v Ministère de la Défense*, Cas no. LC 24/98 (Namibie).

Dans le cas de *Haindongo Nghipohamba Nanditume v Ministère de la Défense*,⁶⁵ la Force de la Défense de la Namibie a déclaré que selon la section 65(2) de l'Acte sur la Défense⁶⁶, ils étaient obligés de soumettre toutes les recrues à un examen médical. Cependant, le tribunal a décidé que le dépistage du VIH par lui-même ne pouvait pas établir si une recrue était en bon état physique. Le dépistage du VIH pouvait seulement aider dans l'évaluation de l'aptitude physique que si c'était accompagné par un compte CD4 des cellules et un test de la charge virale. Dans ce cas spécifique, le médecin avait certifié que Nanditume était en bon état de santé pour accomplir ses devoirs dans le secteur militaire en dépit de son statut séropositif. Etant donné la situation, le tribunal a décidé que les actions de la Force de Défense de la Namibie constituaient une discrimination injuste car Nanditume avait été exclu de la Force de Défense en se basant seulement sur son statut séropositif.

Dans un certain nombre de cas, des stratégies de règlement des litiges n'ont pas résulté en changements dans les politiques de dépistage du VIH. Par exemple, en Namibie, dans le cas de *Haindongo Nghipohamba Nanditume v Ministère de la Défense*⁶⁷ le Tribunal du Travail a décidé qu'on avait injustement discriminé Nanditume en se basant sur son statut séropositif.⁶⁸ Cependant, peu de temps après que le jugement ait décidé en faveur du plaignant, la législature a introduit un Amendement au Projet de Loi sur l'Emploi, la section 107 de l'Acte sur l'Emploi indiquant que cela n'était pas applicable au secteur militaire. Cela signifiait en fait qu'aucun règlement de litige ne serait possible dans le secteur militaire, car les soldats ne sont plus protégés par l'Acte sur l'Emploi.

En Afrique du Sud le Projet de Loi sur le SIDA (ALP), dans *l'Union des Forces de Sécurité de l'Afrique du Sud et Autres v Chirurgien Général et Autres*,⁶⁹ a obtenu un ordre du Tribunal de Grande Instance de Pretoria indiquant que la politique sur le VIH de la Force Nationale de Défense de l'Afrique du Sud (SANDF) constituait une discrimination inconstitutionnelle contre les recrues séropositives et les membres de la SANDF. Selon le termes de cet ordre, la SANDF devait immédiatement employer un des demandeurs individuel, devait immédiatement reconsidérer un autre demandeur qui voulait être déployer à l'étranger et/ou être promu, et devait élaborer une nouvelle politique de classification dans le secteur de la santé dans les 6 mois. En Décembre 2008 ALP a déclaré que bien que la SANDF avait élaboré une nouvelle ébauche politique, elle n'avait pas re-employé un demandeur. De plus, ALP avait la preuve que la SANDF continuait avec sa politique inconstitutionnelle de dépistage du VIH.⁷⁰

Conclusions

- Le dépistage du VIH et la discrimination dans le secteur militaire continue d'être une pratique très répandue au sein de la région de la SADC et les lois anti-discrimination souvent ne protègent pas les forces armées.

⁶⁵ *Ibid.*

⁶⁶ Acte No. 44 de 1957.

⁶⁷ LC 24/98.

⁶⁸ Mchombu C, *VIH/SIDA et les Droits de l'Homme en Namibie*, Centre d'Etudes sur le SIDA et Centre des Droits de l'Homme, Université de Pretoria, Tshwane, Afrique du Sud, 2004.

⁶⁹ Numéro de Cas 18683/07.

⁷⁰ www.alp.org.za [Accédé: 6 février 2009].

- Un règlement des litiges réussit, ne résulte pas toujours en un changement des politiques discriminatoires au sein des forces armées.

Recommandations

- Intensifier le plaidoyer contre le dépistage du VIH dans le secteur militaire, sauf dans le contexte des conseils et du dépistage volontaire et
- Plaidoyer pour des lois qui protègent les employés du dépistage discriminatoire du VIH et que cela soit applicable aussi au secteur militaire.

Tableau 16: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

Conclusions	Le Rapport de 2006 indiquait l'usage répandu du dépistage du VIH et de la discrimination contre les soldats séropositifs au sein de la SADC. Il indiquait aussi que beaucoup de lois anti-discrimination excluent le secteur militaire de leurs applications.	Le Rapport de 2009 reconnaît que cela est un problème continu, et les résultats sont similaires à celui de 2006. De façon significative, le Tribunal de Grande Instance de l'Afrique du Sud a pris une décision contre un tel dépistage pendant cette période.
Recommandations: Plaidoyer pour la non-discrimination dans le secteur militaire	Le Rapport de 2006 recommandait de plaidoyer pour obtenir une protection juridique pour les soldats séropositifs	Le Rapport de 2009 reconnaît que le règlement des litiges seul ne résulte pas nécessairement en changements dans les politiques discriminatoires et renforce les demandes de plaidoyer pour obtenir une protection juridique contre la discrimination des soldats et des recrues séropositives dans le secteur militaire. Il suggère de plaidoyer pour élargir les lois anti-discrimination pour qu'elles incorporent le secteur militaire.

2.4.2 Criminalisation des relations du même sexe

Les normes internationales et régionales

La Directive 5 des Directives Internationales, indique dans le commentaire sur la directive, que des lois devraient être promulguées pour réduire les violations des droits de l'homme contre les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes.

Discussion des résultats

Lors de la révision de la législation dans 14 pays de la SADC, on a vu que presque deux tiers des pays avaient des lois qui criminalisent le sexe entre hommes. Les cinq autres pays avaient des lois qui protégeaient les hommes qui avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes de la discrimination injuste ou des lois qui restaient silencieuses sur cette question.

Tableau 17: Criminalisation des relations sexuelles entre hommes dans les pays de la SADC

PAYS	CE N'EST PAS UNE INFRACTION	C'EST UNE INFRACTION SELON LA LOI COUTUMIÈRE	C'EST UNE INFRACTION DU CODE PÉNAL
Angola			X
Botswana			X
RDC			X
Lesotho	X		
Madagascar	X		
Malawi			X
Ile Maurice	X		
Mozambique			X
Namibie		X	
Afrique du Sud	X		
Swaziland	X		
Zambie			X
Tanzanie			X
Zimbabwe			X

Un certain nombre de conséquences négatives découlent de la criminalisation des relations du même sexe:

- Les prestataires de services indiquent que c'est extrêmement difficile de fournir ouvertement des services pour les personnes dans des relations du même sexe.
- Les messages médiatiques du gouvernement sur le VIH et SIDA ignorent les questions de relations du même sexe.
- Dans la plupart des pays qui ont participé au sondage, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes sont persécutés publiquement.
- Dans un certain nombre de pays, les dirigeants politiques ont suggéré que les relations du même sexe, ne font pas partie de la culture africaine, de ce fait les personnes dans des relations du même sexe sont devenues un groupe invisible dans la société.
- La criminalisation des rapports sexuels entre hommes, permet aux gouvernements de refuser les préservatifs aux prisonniers en se basant sur le fait que ces actes sexuels sont illégaux.

Conclusions

- Les gens qui vivent dans des relations du même sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, sont un groupe extrêmement vulnérable dans la SADC.
- Cette vulnérabilité est renforcée par la criminalisation continuelle des relations du même sexe.
- La criminalisation des rapports sexuels entre les hommes continue d'agir comme barrière dans les programmes de prévention du VIH (ex. la distribution des préservatifs) dans les prisons.

Recommandations

- Plaidoyer pour la décriminalisation des lois interdisant les relations du même sexe.
- Plaidoyer pour la prestation de services de santé sur le VIH et SIDA qui soient acceptables et accessibles aux personnes qui ont des relations du même sexe.
- Plaidoyer pour la distribution des préservatifs dans les prisons.
- Plaidoyer pour de la recherche sociale sur les relations du même sexe dans les sociétés africaines.

Tableau 18: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

Conclusions	Le Rapport de 2006 indiquait que la plupart des pays avaient des lois qui criminalisaient les rapports sexuels entre les hommes et que cette négativité avait un impact sur la distribution des préservatifs dans les prisons.	Le Rapport de 2009 reconnaît que c'est une inquiétude continuelle, car la criminalisation des relations du même sexe a un impact sur l'accès au système de santé et mène à la discrimination dans la SADC.
Recommandations: Plaidoyer pour la décriminalisation	Le Rapport de 2006 recommandait de plaidoyer pour décriminaliser les rapports sexuels entre hommes.	Le Rapport de 2009 recommande aussi la décriminalisation de toutes les lois sur les relations du même sexe ayant un impact sur l'accès au système de santé. Il recommande que des démarches soient entreprises pour que les gens dans les relations du même sexe puissent accéder à tous les secteurs.

2.4.3 La protection juridique inadéquate pour les femmes en rapport avec la violence contre les femmes

Les normes internationales et régionales

La Directive 5 des Directives Internationales indique, dans le commentaire d'introduction à la directive, que les lois coutumières qui affectent le statut et le traitement de divers groupes dans la société, devraient être révisées. Elle recommande aussi que des lois devraient être introduites pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH, y compris la révision du mariage, de la propriété, de l'emploi et les opportunités économiques qui discriminent contre les femmes. Les lois devraient protéger expressément les femmes contre la violence sexuelle.

Discussion des résultats

Dans une révision faite en janvier 2009 des lois protégeant les femmes contre la violence dans onze pays de la SADC,⁷¹ des recherches ont démontré qu'environ deux tiers des pays de la SADC ont une législation qui protège les femmes contre la violence – plus de 64% des pays ont de nouvelles lois sur le viol, ou des lois sur la violence dans les foyers, ou les deux. 2 autres pays sont en train de réviser les lois existantes et d'introduire des réformes.

Tableau 19: L'ampleur avec laquelle les lois protègent les femmes des abus dans la SADC

PAYS	RÉFORMES DES LOIS
Angola	Pas d'information
Botswana	L'Acte sur la Violence dans les Familles (mais il n'empêche pas le viol marital)
RDC	Loi qui criminalise la violence sexuelle contre les femmes
Lesotho	L'Acte sur les Infractions sexuelles ordonne des soins médicaux gratuits pour les survivants de viols. L'Acte sur l'Égalité des Personnes Mariées assure l'égalité entre l'homme et la femme.
Madagascar	Un document de politique nationale sur la santé génésique pour lutter contre l'abus des femmes, y compris la violence sexuelle et la violence dans les familles contre les femmes.
Malawi	Réforme de loi proposée dans l'Acte sur les Testaments et l'Héritage.
Iles Maurice	L'Acte sur la Discrimination
Mozambique	Pas d'information
Namibie	L'Acte sur la lutte contre le Viol L'Acte sur la violence dans la famille et l'Acte sur l'Égalité des Personnes Mariées
Afrique du Sud	L'Acte sur le Choix d'Interruption de la Grossesse L'Acte sur la Violence Familiale L'Acte sur l'Égalité dans l'Emploi L'Acte sur la Promotion de l'Égalité et la Prévention de la Discrimination injuste L'Acte sur l'Amendement de la Loi Pénale, les Infractions Sexuelles, et Questions Associées
Swaziland	Loi sur les Infractions Sexuelles et la Violence Familiale
Tanzanie	Pas d'information
Zambie	Code Pénal interdisant le viol marital
Zimbabwe	L'Acte sur l'Interruption de la grossesse Projet de Loi sur la Violence Familiale

⁷¹ Aucune information obtenue sur la position de l'Angola, du Mozambique et de la Tanzanie.

Cependant, les recherches ont indiqué qu'en dépit d'un cadre législatif qui protège les femmes de plus en plus, les femmes sont quand même grandement vulnérables à la violence familiale. Les raisons pour cela peuvent inclure:

- Les nouvelles lois ne sont pas encore complètement appliquées ou mises en vigueur;
- Les services offerts par l'Etat manquent de ressources en personnel pour pouvoir mettre en œuvre les services nécessaires;
- La législation peut ne pas être exhaustive;
- La législation peut ne pas résulter en changements dans la position socio-économique des femmes, et en changements dans les attitudes sociétales envers les femmes;
- Des systèmes duels juridiques qui reconnaissent des lois et des pratiques culturelles discriminatoires, continuent d'exister; et
- Le niveau de connaissance des droits juridiques est bas.⁷²

Selon un Envoyé Spécial des Nations Unies qui a examiné la Violence Contre les Femmes, en RDC en juillet 2007:

“La violence sexuelle a des caractéristiques bien définies dans le conflit armé au Congo. Des niveaux extrêmes de violence sexuelle, perpétrés par les groupes armés non étatiques, par les forces de sécurité étatiques et par les civils persistent dans les régions du Congo de l'Est, qui sont en conflit. Cependant, la violence sexuelle n'est pas restreinte dans les zones de conflit armé; elle fait des ravages dans tout le pays”

“La normalisation et la banalisation des viols associés à la guerre, à l'inégalité et à l'oppression sont endurés par les femmes en publique et en privé. La crise des viols associés à la guerre, en conséquence, ne peut pas être considérée séparément de la discrimination et de la violence auxquelles les femmes font face en temps de « paix ». La guerre a encore plus réduit le statut des femmes, elles sont devenues de simples objets qui peuvent être violés, torturés et mutilés. Si on ne change pas fondamentalement les relations entre les genres et que l'on n'appuie pas l'habilitation des femmes, de grands niveaux de viols persisteront, même si la stabilité, l'application de la loi et un contrôle démocratique sur les forces armées et les civils, sont établis.”⁷³

Conclusions

- Il y a une législation dans un certain nombre de pays de la SADC qui protège les femmes contre la violence
- Cependant, les ONG dans la région, continuent de déclarer un grand niveau de violence contre les femmes.

Recommandations

- Faire des recherches sur l'usage des lois existantes en rapport avec la violence contre les femmes dans la SADC, en vue de déterminer comment les lois échouent.
- Plaidoyer pour avoir des services et des ressources adéquates qui accompagnent les nouvelles réformes législatives.
- Plaidoyer pour des lois qui encouragent l'égalité des genres.

⁷² Communication personnelle, Martha Olotu et Cartas Kapela, Les Enfants et l'Education dans la Société, Tanzanie, 18 Novembre 2008.

⁷³ <http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/7session/A.HRC.7.6.Add.4.doc> [Accédé: 10 février 009].

- Plaidoyer pour une révision des lois coutumières et autres lois qui discriminent contre les femmes.
- Mettre en place des programmes pour habiliter les femmes, pour qu'elles connaissent et puissent appliquer leurs droits et pour réagir contre les normes néfastes et inégales sur le genre.

Tableau 20: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

Conclusions	Le Rapport de 2006 indiquait que les lois coutumières qui placent les femmes en risque de l'infection VIH, continuent d'être un des obstacles les plus sérieux en rapport à l'égalité des genres dans la SADC. De plus, on avait noté un manque protection judiciaire pour les femmes concernant la violence contre les femmes.	Le Rapport de 2009 reconnaît qu'il y a un nombre croissant des pays de la SADC qui ont introduit des lois protectrices pour les femmes concernant la violence contre les femmes. Cependant, la violence contre les femmes continue d'être une inquiétude majeure.
Recommandations: Plaidoyer pour une réforme juridique	Le Rapport de 2006 recommandait de plaidoyer pour une réforme juridique des lois coutumières qui discriminent contre les femmes, ainsi que pour la création de lois qui protègent les femmes contre la violence.	Le Rapport de 2009 reconnaît le besoin continu de plaidoyer sur les lois coutumières. Il reconnaît aussi le besoin d'un plaidoyer plus ample pour obtenir l'égalité des genres, en vue d'avoir un impact sur la violence contre les femmes.
Recommandations: Problèmes de mise en œuvre		Le Rapport de 2009 reconnaît aussi qu'en dépit d'un cadre législatif de protection concernant la violence contre les femmes, cette violence continue. Il recommande de faire des recherches sur l'usage et les limites des lois existantes ainsi que sur les ressources pour appuyer la mise en œuvre des lois et des programmes en vue d'accroître chez les femmes la connaissance de leurs droits.

Chapitre 3: Promouvoir l'accès au système de santé

3.1 Introduction

La prévention, le traitement, les soins et le soutien, se renforcent mutuellement et doivent être intégrés pour constituer une riposte exhaustive au VIH.

- Le traitement, les soins et le soutien comprennent les antirétroviraux (ARV) et d'autres médicaments, les diagnostics et les technologies associées pour les soins du VIH et pour les infections opportunistes, la bonne nutrition, le soutien social, spirituel et psychologique ainsi que les soins dans les foyers, dans les communautés et dans les familles.
- La prévention englobe les préservatifs, les lubrifiants, le matériel stérile d'injection, les ARV afin d'empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME) ainsi que l'exposition occupationnelle et non occupationnelle au VIH.
- En se fondant sur les principes des droits de l'homme, les états doivent progressivement réaliser l'accès universel à ces produits, ces services et ces informations.

Dans ce chapitre, on révisé les progrès faits par les états de la SADC pour respecter leurs obligations de créer des lois, des politiques et des programmes qui promeuvent l'accès universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, comme cela est indiqué dans les Directives Internationales sur le VIH/SIDA et les Droits de l'Homme.

3.2 Les Directives Internationales sur le VIH/SIDA et les Droits de l'Homme

Les Directives 3 et 6 réglementent le développement et l'application des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

DIRECTIVE 3: LÉGISLATION SUR LA SANTÉ PUBLIQUE

Les états devraient réviser et réformer la législation sur la Santé Publique afin de s'assurer de pouvoir répondre adéquatement aux problèmes de santé publique, soulevés par le VIH/SIDA, et de s'assurer que les dispositions applicables aux maladies transmises de manière fortuite, ne soient pas appliquées de façon inappropriées au VIH/SIDA et qu'elles soient en conformité avec les obligations internationales des droits de l'homme.

DIRECTIVE 6: RÉGLEMENTATION DES PRODUITS, DES SERVICES ET DES INFORMATIONS

Les états devraient promulguer une législation qui indique la réglementation des produits, des services et des informations associées au VIH, en vue d'assurer une disponibilité répandue des mesures de prévention et des services de qualité, des informations adéquates sur la prévention et les soins du VIH, des médicaments sûrs et à des prix abordables.

Les états doivent prendre les mesures nécessaires afin d'assurer que toutes les personnes, sur une base égale et durable, puissent avoir accès à des produits et des services de qualité et à des informations sur la prévention, le traitement, les soins et le soutien pour le VIH y compris les antirétroviraux et d'autres médicaments sûrs et

efficaces, des diagnostics et d'autres technologies associées pour la prévention, les soins thérapeutiques, palliatifs du VIH/SIDA et les infections opportunistes et conditions associées.

Les états devraient entreprendre ces mesures au niveau nationale et international, en faisant particulièrement attention aux groupes et aux personnes vulnérables.

Le Préambule dans la loi modèle du Forum Parlementaire de la Communauté de Développement de l'Afrique Australe (SADC PF) sur le VIH et SIDA promeut une approche juridique fondée sur les droits qui est sensible au genre. Un des objectifs de la loi modèle est de promouvoir la mise en œuvre de programme de prévention, de traitement, de soins ainsi que des stratégies de recherche.

Dans ce chapitre du Rapport, on se focalise sur quatre aspects clés de la prévention, du traitement, des soins et du soutien:

- Est-ce que les états ont réformé les lois de la santé publique d'une manière qui soit consistante avec les droits de l'homme, en se focalisant particulièrement sur le dépistage du VIH et les lois sur la confidentialité ?
- Est-ce que les états ont promulgués des plans nationaux qui comprennent les droits de l'homme ?
- Est-ce que des progrès ont été faits pour assurer l'accès universel au traitement ? et
- Est-ce que des progrès ont été faits dans la généralisation des programmes de PTME ?

3.3 Les progrès dans la mise en oeuvre

3.3.1 Réforme des lois de la Santé Publique

3.3.1.1 Les lois de la Santé Publique associées au VIH

Les normes internationales et régionales

La Directive 3 demande que les états élaborent une législation sur la santé publique qui réponde au VIH et SIDA et qui soit consistante avec les droits de l'homme.

La Loi Modèle du SADC PF demande que les états introduisent une législation pour adresser les problèmes de la santé publique suivants: les services d'éducation et d'informations, la PTME, la prévention du VIH, la surveillance épidémiologique, les conseils et le dépistage du VIH, les

droits des PVVIH, le traitement, les soins et le soutien, ainsi que la recherche et les essais cliniques.

Discussion des résultats

Sur les quatorze pays de la SADC qui ont participé au sondage en janvier 2009, 50% ont introduit une législation de la santé publique spécifique au VIH. De plus 42.8 % avaient une législation de la santé publique existante qui était suffisamment globale pour être utilisée dans le contexte du VIH et SIDA.

Tableau 21: Usage de la législation de la santé publique pour répondre au VIH dans les pays de la SADC

LOIS DE LA SANTÉ PUBLIQUE SPÉCIFIQUES AU VIH	LOIS GÉNÉRALES DE LA SANTÉ PUBLIQUE
Angola	Botswana
RDC	Lesotho
Madagascar	Malawi
Ile Maurice	Swaziland
Mozambique	Zambie
Afrique du Sud	Zimbabwe
Tanzanie	Namibie

Législation de la santé publique fondée sur les lois: Depuis le Rapport de 2006, la RDC, l’Ile Maurice, le Mozambique et la Tanzanie ont adopté une nouvelle législation dans la santé publique, qui prétend être fondée sur les principes des droits de l’homme. Cependant, toutes ces législations, à un certain degré, contiennent des dispositions qui sont problématiques et qui violent potentiellement les principes des droits de l’homme. Les efforts de plaidoyer des ONG pour supprimer ce genre de dispositions semblent néanmoins avoir eu un certain succès – par exemple, à l’Ile Maurice certains des éléments coercitifs du projet de loi d’origine ont été supprimés (tels que les dispositions concernant la criminalisation et les programmes d’échange d’aiguilles intraveineuses).

Bonne pratique: Lois sur la santé publique

La Loi de l’Angola sur le VIH et SIDA, Article 1 indique que l’objectif de la loi est de :

“(a) Garantir la protection et la promotion intégrale de la santé pour tous les gens ...

(b) Etablir les droits et les devoirs des personnes infectées par le VIH ou malades du SIDA”.

L’Acte du Mozambique sur la Défense des Droits et la Lute contre l’Opprobre et la Discrimination des Personnes Vivant avec le VIH et SIDA (2008), l’objectif de l’Article 1, est de:

“.... établir les droits et les devoirs d’une personne vivant avec le VIH et SIDA, et aussi d’assurer la promotion des mesures nécessaires pour la prévention, la protection et le traitement de ces personnes.”

L’Acte No 28 sur le VIH et SIDA (la Prévention et le Contrôle) de 2008 de la Tanzanie indique dans son préambule que l’acte doit fournir des éléments pour “la prévention, le traitement, les soins et le soutien ainsi que le contrôle du VIH et SIDA”.

Législation obsolète de la santé publique: Dans 8 des pays de la SADC⁷⁴ la législation de la santé publique est obsolète et ne fournit aucune protection aux PVVIH. Au Botswana, Lesotho et Malawi, des projets d'actes sur la santé publique ont été préparés ou sont en train d'être élaborés. Cependant, ce qui est préoccupant, c'est le fait qu'au Botswana, les ONG pertinentes ont été spécifiquement exclues du processus.

Au Lesotho, l'Ordre de la Santé Publique de 1970 est utilisé en priorité par les inspecteurs de la santé au niveau municipal. C'est ordre définie "maladie contagieuse" comme étant "toute maladie qui peut être transmise directement ou indirectement par toute personne qui en souffre à toute autre personne".

Au Botswana, l'Acte sur la Santé Publique remonte à 1971⁷⁵.

En Afrique du Sud, il y a encore des réglementations qui font que le VIH est une maladie contagieuse et qui spécifient un nombre de mesures coercitives qui doivent être entreprises contre les PVVIH, telles que l'isolement et la détention. Bien que ces réglementations n'aient pas encore été utilisées contre les PVVIH, elles existent encore⁷⁶.

Loi de la Santé Publique et Comportement néfaste associé au VIH: Ce rapport indique que le comportement néfaste associé au VIH semble être un problème majeure pour les législateurs de la SADC et beaucoup de pays ont répondu par des mesures dans la loi pénale pour y faire face.

En Angola, à Madagascar, au Mozambique et en Tanzanie, il y a des dispositions dans la loi de la santé publique pour faire face au comportement néfaste associé au VIH. Par exemple, dans la législation en Angola, il est indiqué que les PVVIH ont le devoir de:

- Pratiquer la sexualité de façon responsable;
- Adopter des habitudes qui limitent la possibilité d'infecter les autres;
- Utiliser des préservatifs; et
- Révéler leur statut séropositif à leurs partenaires sexuels⁷⁷

L'usage de lois dans la santé publique plutôt que dans la loi pénale pour réagir contre les comportements néfastes associés au VIH, doit être appuyé.

Cependant, les dispositions de la santé publique pour faire face à des comportements néfastes associés au VIH, doivent essayer de créer un équilibre entre la santé publique et les droits de l'homme. Dans certains cas, les efforts pour décrire les obligations des PVVIH sont rédigés au sens large et cela sape les efforts faits pour encourager la révélation. Par exemple en Tanzanie,

⁷⁴ Ces pays sont: le Botswana, le Lesotho, le Malawi, la Namibie, l'Afrique du Sud, le Swaziland, la Zambie et le Zimbabwe.

⁷⁵ Communication personnelle avec Oratile Moseki, BONELA, 18 Novembre 2008.

⁷⁶ En Afrique du Sud, les Réglementations en rapport avec les Maladies Infectieuses et la Notification des Conditions Médicales, GNR 2438 de 1987, publiées par le Journal Officiel du Gouvernement No. 11014 du 30 Octobre 1987 indique des étapes coercitives qui doivent être entreprises contre les PVVIH.

⁷⁷ Article 14, La Loi et le Virus de l'Immunodéficience Humaine et le Syndrome de l'Immunodéficience Acquise, Loi No. 8/04.

l'Acte sur le VIH et SIDA (Prévention et Contrôle) (2008) indique que si une personne réalise qu'elle est séropositive, elle doit « immédiatement » informer son partenaire sexuel de ce fait et l'alerter du risque d'infection⁷⁸. Ce type d'approche obligatoire, ne reconnaît pas la complexité d'avoir à révéler son statut séropositif et ne reconnaît pas les processus par lesquels il faut passer pour en arriver à un stage d'acceptation et de révélation. De plus, cette approche ne reconnaît pas les implications de la révélation fondée sur le genre, car dans beaucoup de cas, ce sont les femmes qui sont informées de leur statut séropositif par les programmes de PTME et qui ont à faire face à la violence au moment de la révélation de leur statut.

Conclusions

- La moitié des pays de la SADC ont adopté une législation de la santé publique associée au VIH et toutes ces lois sauf une, comprennent de façon explicite une certaine protection des droits des PVVIH. Ceci démontre une nouvelle tendance envers l'élaboration de lois qui concernent directement le VIH et SIDA.
- Dans une grande partie de cette législation, cependant, il y a des dispositions qui sapent les droits de l'homme des PVVIH et qui peuvent encourager des pratiques qui violent leurs droits.
- Dans les pays où la réforme juridique n'a pas eu lieu, la législation existante de la santé publique semble être inadéquate pour riposter aux questions de VIH et SIDA.
- Des lois récentes de la santé publique contiennent aussi des principes qui mettent l'accent sur les responsabilités des PVVIH en vue d'empêcher les comportements néfastes associés au VIH, plaçant ainsi la responsabilité de la prévention sur les PVVIH plutôt que sur le fait que tout le monde doit assumer la responsabilité de se protéger.

Recommandations

- Plaidoyer pour une réforme continue de la législation en vue d'élaborer des lois de la santé publique spécifiques au VIH qui protègent adéquatement les PVVIH dans tous les pays de la SADC.
- Lorsque des lois contiennent des dispositions néfastes qui ont déjà été adoptées, plaidoyer pour que la suppression de ces dispositions soit entreprise. Plaidoyer pour des stratégies qui comprennent le règlement des litiges, avec une éducation publique appropriée pour élever le niveau de prise de conscience de l'impact de ces dispositions, dans le domaine de la santé publique et sur les droits des personnes individuelles.
- Continuer d'encourager l'usage des lois de la santé publique (contrairement à la loi pénale) pour réagir aux comportements néfastes associés au VIH.

Tableau 22: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

Conclusions	Le Rapport de 2006 indiquait que les pays de la SADC avaient commencé à élaborer des lois spécifiques au VIH dans la santé publique. Beaucoup de nouvelles lois sont fondées sur les principes des droits de l'homme, bien	Le Rapport de 2009 reconnaît qu'il y a eu des progrès dans le développement d'une législation de la santé publique spécifique au VIH ostensiblement fondée sur les
--------------------	--	--

⁷⁸ Section 21(1).

	que souvent des dispositions soient incluses pour traiter les comportements néfastes associés au VIH.	droits de l'homme au sein de la région. Ceci a résulté en de nouvelles lois adoptées par le RDC, l'Ile Maurice, le Mozambique et la Tanzanie. Cependant, en dépit de leurs efforts pour promouvoir les droits de l'homme, la plupart de ces lois contiennent encore des dispositions qui les sapent. Le plaidoyer devrait se focaliser sur la réforme juridique pour supprimer les dispositions néfastes. Des processus de réforme ont été établis au Botswana, au Lesotho et au Malawi. Le plaidoyer devrait se focaliser sur le fait que ces lois ne doivent pas contenir de dispositions qui sapent les droits de l'homme.
Recommandations: Plaidoyer pour des réformes juridiques	Le Rapport de 2006 recommandait de plaidoyer pour l'élaboration de lois qui promeuvent une riposte au VIH et SIDA fondée sur les droits et l'usage de la loi de la santé publique (contrairement à la loi pénale) pour traiter le comportement néfaste associé au VIH.	Le Rapport de 2009 reconnaît le besoin continu d'abroger les lois obsolètes et de plaidoyer pour des lois spécifiques au VIH dans les pays où cela est nécessaire.

3.3.1.2 Dépistage du VIH

Les normes internationales et régionales

La Directive 3 demande aux états de s'assurer que la législation dans la santé publique soit en conformité avec les droits de l'homme. Le commentaire sur la directive fait référence spécialement au dépistage du VIH et recommande que ce dépistage ne devrait avoir lieu qu'avec le consentement 'spécifiquement informé' des personnes individuelles testées. Les exceptions au dépistage volontaire ne devraient être permises qu'avec l'autorisation judiciaire.⁷⁹ Les directives aussi reconnaissent le côté sérieux de ce dépistage et recommandent qu'il soit accompagné de services de conseils avant et après le test.

La loi modèle du SADC PF sur le VIH, soutient ces recommandations, elle déclare que le dépistage du VIH devrait être volontaire, anonyme et confidentiel.

⁷⁹ ONUSIDA *Directives Internationales sur le VIH/SIDA et les Droits de l'Homme* 2006 Version consolidée. http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf accédé le 29 janvier 2009.

Les directives et la législation modèle du SADC PF, recommandent la réglementation du dépistage du VIH. La loi modèle recommande spécifiquement que tous les services qui offrent des soins pour le VIH, soient enregistrés avec les départements pertinents. Au niveau international et régional ainsi que local, il y a un consensus concernant le besoin urgent d'augmenter graduellement l'accès au dépistage du VIH mais la question de comment faire cela, a toujours été le sujet de débats échauffés. Le traitement est de plus en plus disponible dans les environnements où il y a une contrainte de ressources, des responsables du secteur médical et de la santé publique ont avancé que l'échelle de l'épidémie dans les régions de haute prévalence, telles que l'Afrique australe et occidentale ont besoin d'une riposte plus agressive, dans laquelle certaines protections des droits de l'homme, devraient être mises en suspens ou devraient être restreintes pour le bénéfice de la majorité des gens. Ces responsables ont opposé une approche fondée 'sur les droits', ils soutiennent plutôt une approche de la 'santé publique'. Cependant, une bonne santé publique et des bonnes pratiques des droits de l'homme, généralement vont main dans la main: Le droit de prendre une décision fondée sur un consentement informé, est non seulement protégé par une loi des droits de l'homme, mais aussi c'est crucial d'une perspective de la santé publique, car ça permet aux gens d'agir de façon informée lorsqu'ils ont les résultats du test; la confidentialité est un autre aspect, le droit à la santé et le droit à la vie privée, sont aussi cruciaux pour maintenir la confiance du public dans le système de santé⁸⁰.

L'augmentation graduelle du dépistage du VIH s'est avérée être un défi à relevé pour beaucoup de pays de la SADC, il faut donc continuer à être vigilant et veiller à ce que les protections des droits de l'homme, ne soient pas perdues, ou saper dans les efforts faits pour en accroître l'accès.

⁸⁰ ARASA & Human Rights Watch, *Un Défi à relever "A Testing Challenge". L'Expérience du Lesotho « La Campagne sur les Conseils et le Dépistage Universel »*, disponible à <http://www.hrw.org/en/node/75974/section/1>, accédé on 20 mars 2009

Discussion des résultats

Dans une révision de janvier 2009, de la situation dans les 14 pays de la SADC, tous les pays ayant participé au sondage, avaient réglementé les services de dépistage du VIH. Plus de 50% avait fait cela par la législation et les six autres pays avaient fait cela par des politiques sur le VIH.

Tableau 23: Existence de politiques de dépistage dans la SADC

PAYS	LOI SUR LE DÉPISTAGE DU VIH	POLITIQUE DE DÉPISTAGE DU VIH	CAS DE DÉPISTAGE DU VIH
Angola	X*		
Botswana		Les Directives nationales sur le dépistage du VIH sont encore en souffrance	X
RDC	X		
Lesotho		X	
Madagascar	X		
Malawi		X	
Ile Maurice	X		
Mozambique	X		
Namibie		X	X
Afrique du Sud	X	X	X
Tanzanie	X		
Zambie		X	
Zimbabwe		X	

Dans le cas de l'Afrique du Sud, il n'y a pas de politiques ni de lois spéciales pour réglementer le dépistage du VIH, mais l'Acte sur la Santé (2003) contient des dispositions qui réglementent toutes les procédures médicales.

La révision a démontré aussi que plus de 85 % des pays de la SADC, avaient des lois et des politiques qui encourageaient le consentement informé avant le dépistage du VIH. Quatre pays avaient en fait adopté des lois contenant des dispositions spécifiques sur le dépistage du VIH, après la période suivant le dernier rapport.⁸¹

Tableau 24: Existence de politiques de conseils et dépistage volontaire dans les pays de la SADC

PAYS	PROTECTION CONSTITUTIONNELLE POUR LA VIE PRIVÉE ET LA LIBERTÉ	LOI / POLITIQUE ENCOURAGEANT LES CONSEILS ET LE DÉPISTAGE VOLONTAIRE	CAS JURIDIQUE SOUTENANT LES CONSEILS ET LE DÉPISTAGE VOLONTAIRE
Angola		X	
Botswana	X		X
RDC	X	X	
Lesotho	X	X	
Madagascar	X ⁸²	X	
Malawi	X	X	

⁸¹ RDC, Ile Maurice, Mozambique et Tanzanie.

⁸² Selon l'Article 13 de la constitution de Madagascar, aucune recherche ne peut avoir lieu sauf avec un ordre de la cour. Ce n'est pas vraiment clair si cette section s'applique à une personne ou à une propriété.

Ile Maurice	X	X	
Mozambique	X	X	
Namibie	X	x	
Afrique du Sud	X	X	X
Swaziland	X		
Tanzanie	X	X	
Zambie	X	X	
Zimbabwe	X	X	

Exceptions aux conseils et au dépistage volontaire: En dépit des lois et des politiques qui encouragent les conseils et le dépistage volontaire du VIH, il y a une tendance apparente dans la région à mettre en œuvre des programmes de conseils et de dépistage, initiés par les prestataires de services. Ceci est en conformité avec les directives de l’OMS/ONUSIDA sur les Conseils et le Dépistage du VIH initiés par le Prestataire de Services (2007),⁸³ qui indiquent que dans les épidémies généralisées du VIH, les conseils et le dépistage devraient être recommandés à tous les patients se présentant dans un centre médical, que le patient ait ou non des symptômes du VIH, et quelque soit la raison pour laquelle le patient se présente à la clinique.

Au moins cinq pays de la SADC⁸⁴ utilisent actuellement le modèle de dépistage du VIH initié par le prestataire de services avec le choix de refuser pour les femmes enceintes. Par exemple, les Directives Nationales du Zimbabwe sur les Conseils et le Dépistage Volontaire, encouragent aussi le dépistage initié par les prestataires de services avec le choix de refuser, comme faisant partie de la stratégie générale pour augmenter l’accès au traitement pour les femmes enceintes, le Swaziland fait la même chose.

Le dépistage du VIH initié par le prestataire de services avec le choix de refuser, est aussi offert dans d’autres services de santé, qui ne sont pas associés à la grossesse, comme c’est le cas au Botswana. Le dépistage du VIH initié par le prestataire de services avec le choix de refuser est actuellement utilisé dans tous les services de santé au Botswana. Bien que le dépistage du VIH initié par le prestataire de services avec le choix de refuser, soit fondé sur le consentement informé en théorie, on questionne si en fait les patients peuvent donner un consentement informé puisqu’il n’y a pas de conseils avant le test. Dans beaucoup d’endroits les conseils avant le test ne sont pas donnés du tout, sont donnés par petits morceaux dans une session d’informations avant le test, ou sont donnés dans une session d’informations de groupe. En plus des inquiétudes concernant le manque potentiel de consentement informé, ce type de dépistage avec choix de refuser, pose aussi le problème de tests coercitifs, car certains patients peuvent se sentir incapable de refuser un test VIH, même s’ils ne désirent pas être testés. Beaucoup d’entre eux ne sont pas au courant qu’ils ont le choix de refuser le test.

Le Lesotho a adopté un autre modèle de dépistage, qui est aussi préoccupant à l’égard du consentement informé, de la confidentialité et de la protection d’autres droits de l’homme. La

⁸³ http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595568_eng.pdf, accédé le 24 mars 2009.

⁸⁴ Botswana, Lesotho, Ile Maurice, Mozambique, Swaziland.

campagne : « Connaissez votre statut », vise à offrir un test de dépistage du VIH à tous les gens âgés de plus de 12 ans. Le dépistage est supposé être volontaire et confidentiel, et il est supposé être offert par des conseillers formés qui travaillent dans les communautés. Le gouvernement du Lesotho s’est engagé à augmenter simultanément l’accès au traitement, aux soins et au soutien. En dépit des engagements déclarés envers les principes des droits de l’homme, ARASA et “Human Rights Watch” ont récemment documenté des défauts dans le modèle et dans le processus de dépistage, ces défauts peuvent saper la protection des droits de l’homme qui ont été incorporés dans la campagne. Une préoccupation particulière était le manque de formation des conseillers communautaires et en conséquences, leur capacité de pouvoir donner des conseils adéquates avant le test et de s’assurer que le test soit conduit avec un consentement informé. Le rapport⁸⁵ a aussi documenté les problèmes concernant la confidentialité et le manque de liens clairs entre le dépistage et le traitement.

Beaucoup de pays de la SADC admettent aussi des exceptions qui permettent certaines formes de dépistages involontaires. Par exemple, plus de 50% des pays permettent le dépistage du VIH sans consentement pour les dons de sang, de tissus et d’organes. Cela est considéré être la méthode appropriée de tester le sang et les tissus. Cependant, ce qui est très inquiétant, c’est qu’un nombre similaire de pays permettent le dépistage obligatoire au sein du système judiciaire pénal⁸⁶ et quatre pays⁸⁷ permettent au personnel soignant d’utiliser parfois leur propre discrétion et de décider s’il est nécessaire de tester les patients involontairement.

Tableau 25: Exceptions au consentement informé, requis dans les pays de la SADC

PAYS	TESTS SANGUINS & AUTRES DONS	TESTS FAITS À LA DISCRETION DU PERSONNEL SOIGNANT	TESTS FAITS DANS LES PROCÉDURES PÉNALES	AUTRES
Angola	X	X	X (Le juge peut ordonner un test)	
Botswana*			X	
RDC*				
Lesotho*			X	
Madagascar	X			
Malawi		X		
Ile Maurice*	X			X
Mozambique	X	X	X (Le juge peut ordonner un test)	
Namibie	X			
Afrique du Sud°	X		X (Le juge peut ordonner un test)	X
Swaziland	X			
Tanzanie	X	X	X (Le juge peut	X

⁸⁵ *Un Défi à relever “A Testing Challenge”. L’Expérience du Lesotho La Campagne sur les Conseils et le Dépistage Universel*, disponible à <http://www.hrw.org/en/node/75974/section/1> accédé le 20 mars 2009

⁸⁶ Pour plus d’informations sur comment le statut séropositif influence les condamnations, voir Section 2.3.2 ci-dessus.

⁸⁷ Angola, Malawi, Mozambique et Tanzanie

			ordonner un test)	
Zambie*			Pas d'information	
Zimbabwe	X		X	

* Pas d'information obtenue de ces pays.

^oL'Afrique du Sud n'a pas de directives nationales de dépistage mais l'Acte sur la Santé régleme les dispositions de tous les services médicaux.

L'Acte de la Tanzanie encourage le dépistage volontaire et contient une définition du consentement informé, qui est: "l'accord volontaire d'une personne à prendre ou à se soumettre à une procédure, cet accord est fondé sur les informations complètes, que cet accord soit écrit, exprimé verbalement ou indirectement exprimé."⁸⁸

La Section 15(3) déclare que personne ne peut être forcée de prendre un test de dépistage du VIH, alors que la section 15(7) déclare que c'est une infraction pour le personnel soignant de forcer quelqu'un de se faire tester pour le VIH, ou de tester quelqu'un sans qu'il soit au courant. L'acte encourage aussi l'augmentation graduelle des Conseils et du Dépistage Volontaire, en obligeant les services médicaux à offrir le dépistage volontaire du VIH et les conseils à toutes les femmes enceintes et à leurs partenaires et à tous les gens qui viennent au centre médical.

Le dépistage sans consentement peut cependant être fait pour ceux qui ont commis des infractions sexuelles, lorsque c'est ordonné par un ordre de la cour, et aussi pour un donneur d'organe.

L'Acte du Mozambique interdit aussi le dépistage du VIH pour les diagnostiques qui sont faits sans consentement informés.⁸⁹ L'Acte, cependant, spécifie aussi que le dépistage qui est fait parce que "le patient souffre d'une condition clinique qui demande qu'un tel test soit fait exclusivement pour le traitement et les soins du patient", ce test peut être fait à la "considération du médecin"⁹⁰. La section suggère que les docteurs ont la discrétion de prendre un test VIH sans consentement, si, selon leurs opinions, c'est pour le bénéfice du patient.

Bonne pratique: L'Acte National sur la Santé de l'Afrique du Sud

L'Acte déclare que les services de santé ne peuvent pas être offerts à un patient sans obtenir son consentement informé. L'Acte a des dispositions pour les circonstances dans lesquelles le consentement peut être obtenu d'un tiers, mais elles sont limitées. Un membre du personnel soignant ne peut pas administrer un service médical sans consentement, car le fait de ne pas respecter cela peut mener à des risques sérieux dans la santé publique ou pour la santé ou la vie du patient. L'Acte oblige le personnel soignant à entreprendre "toutes les démarches raisonnables" pour obtenir le consentement avant d'administrer un service médical.

Conclusions

- La plupart des pays de la SADC ont élaboré des lois et/ou des politiques pour réglementer le dépistage du VIH selon lesquelles la plus grande partie des dépistages devraient être faits avec un consentement informé et volontairement.
- Cependant, dans l'effort de rendre le dépistage du VIH plus accessible à l'échelon universel, plusieurs pays dans la région mettent l'accent sur l'augmentation graduelle du dépistage, potentiellement aux dépens de la protection des droits de l'homme. D'un côté c'est désirable que plus de gens aient accès au VIH aux services de dépistage du VIH, il y a un risque réel que les exigences de consentement informé, puissent être compromises.
- De plus, certaines lois et politiques de dépistage du VIH sont ambiguës et semblent permettre un dépistage non consensuel du VIH dans certaines circonstances.

⁸⁸ Section 3

⁸⁹ Article 25(1)(a)

⁹⁰ Ibid.

- ARASA et « Human Rights Watch » ont documenté un manque de liens entre le dépistage du VIH et le traitement au Lesotho. L'augmentation graduelle du dépistage du VIH doit être accompagnée par une augmentation graduelle simultanée du traitement et il doit y avoir des liens appropriés entre le dépistage et le traitement.
- La majorité des pays de la SADC pour lesquelles des informations sont disponibles, font des tests de dépistage du VIH sans consentement sur les produits sanguins, les organes et les tissus. Cette forme de tests est appropriée et le fait de ne pas obtenir de consentement, ne transgresse pas les droits de l'homme.

Recommandations

- Continuer de plaider pour des réglementations juridiques sur le dépistage du VIH avec un consentement informé et des conseils avant et après le test.
- Si le dépistage initié par le prestataire de services est utilisé, plaider pour qu'il y ait des mesures afin de limiter les abus des droits de l'homme, telles que le fait de fournir des informations sur le droit de refuser ainsi que des services de conseils adéquates avant le test pour s'assurer d'obtenir un consentement informé.
- Plaider pour que le personnel soignant soit formé de façon adéquate, ainsi que tous ceux qui donnent des conseils avant le test de dépistage et pour tous les autres services associés au dépistage du VIH. S'assurer qu'il y ait des cours de formation sur le consentement informé, la confidentialité et les autres protections des droits de l'homme.
- Plaider pour s'assurer que ceux qui travaillent dans le dépistage du VIH, soient adéquatement soutenus et supervisés et que des mécanismes efficaces soient mis en place pour assurer la qualité des services et pour identifier les plaintes et les problèmes.
- Faire le suivi de la mise en œuvre du dépistage routinier avec le choix de refuser afin de s'assurer que les droits de ceux qui sont testés, ne soient pas violés. Il faut faire particulièrement attention au dépistage des femmes enceintes (elles peuvent être vulnérables au dépistage coercitif) et faire attention à leur droit de ne pas se faire tester sans consentement informé.
- Faire le suivi de la mise en œuvre de tous les dépistages du VIH pour s'assurer que ce service soit fourni d'une façon conforme aux protections des droits de l'homme, accessible aux groupes vulnérables (tels que les femmes, les enfants, les populations migrantes, les gens qui sont dans des relations du même sexe) et faciliter l'accès au traitement, aux soins et au soutien.
- Plaider pour l'établissement de mécanismes accessibles en vue de corriger les choses lorsque le dépistage a été fait sans consentement informé ou sans respect pour la confidentialité.

Tableau 26: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

Conclusions	Le Rapport de 2006 indiquait que le dépistage du VIH sans consentement informé continue d'être un problème dans la région, en dépit de la	Le Rapport de 2009 reconnaît qu'il y a eu des progrès dans l'élaboration de lois et de politiques de protection pour
--------------------	---	--

	<p>protection constitutionnelle du droit à la vie privée et du droit à la liberté d'une personne.</p>	<p>le dépistage du VIH, qui encouragent les conseils et le dépistage volontaire. La Tanzanie, le Mozambique et la RDC ont adopté des lois, le Lesotho a élaboré un projet de loi sur le VIH, et le Botswana a élaboré des directives nationales sur le dépistage du VIH. Le Rapport de 2009 indique l'usage continuel des modèles de dépistage routinier avec le choix de refuser dans les programmes de PTME et tous les autres programmes de dépistage dans la région et ce rapport mentionne les inquiétudes concernant les transgressions potentielles des droits de l'homme sous forme de dépistage du VIH. Le Rapport indique aussi l'introduction de la communauté universelle basée sur le modèle de dépistage au niveau communautaire du Lesotho et indique aussi les défauts dans la mise en oeuvre de ce modèle, ces défauts peuvent saper les droits de l'homme et de la santé publique.</p>
<p>Recommandations: Plaidoyer pour des réformes juridiques</p>	<p>Le Rapport de 2006 recommandait du plaidoyer pour que des lois soient élaborées pour éliminer la discrimination associée au dépistage du VIH, ainsi que pour un règlement des litiges qui soit fondée sur la constitution.</p>	<p>Le Rapport de 2009 reconnaît le besoin continuel de plaidoyer pour promouvoir le dépistage du VIH seulement avec le consentement informé. En particulier, les efforts de plaidoyer devraient encourager le Lesotho et le Botswana à finaliser leurs projets de lois et leurs politiques concernant le consentement informé.</p>
<p>Recommandations: Faire le suivi de la mise en oeuvre</p>		<p>En vue de la tendance à utiliser le dépistage routinier initié par le prestataire de services et l'introduction de programmes de dépistages universels, le Rapport de 2009 recommande le besoin pour les ONG de faire le suivi de la mise en oeuvre</p>

		appropriée des politiques. Le dépistage du VIH devrait être accessible à tous, y compris aux groupes vulnérables, et devrait être mis en œuvre de manière à protéger les droits et promouvoir un continuum de soins.
--	--	--

3.3.1.3 Confidentialité

Les normes internationales et régionales

Le commentaire de la Directive 3 des Directives Internationales recommande que les états s'assurent que des règles strictes régissent la confidentialité du statut séropositif d'un patient et spécifient les cas pour lesquels le personnel soignant peut informer les partenaires sexuels du statut séropositif d'un patient.

La loi modèle du SADC PF encourage de façon similaire la confidentialité des résultats du dépistage et du statut séropositif. Elle indique que les résultats du dépistage VIH sont confidentiels et devraient être directement communiqués à la personne concernée. La loi modèle encourage la révélation aux parties sexuelles et définit de façon exhaustive les circonstances dans lesquelles un tiers, y compris un partenaire sexuel, peut être informé. Les personnes qui donnent le traitement, les soins et le soutien, peuvent notifier un tiers si:

- Le tiers est en risque direct de la transmission du VIH;
- La personne séropositive n'a pas informé le tiers du risque, après avoir reçu des conseils appropriés; et
- La personne qui doit donner la notification, informe la personne séropositive de son intention de notifier un tiers, et s'assure aussi que la personne séropositive ne sera pas mise en position de risque de violence en résultat de cette révélation⁹¹.

Les personnes qui donnent le traitement, les soins et le soutien, peuvent aussi selon la loi modèle, notifier les partenaires sexuels si une personne séropositive est morte, ou n'est plus consciente et ne va pas regagner sa conscience ou ne peut regagner sa capacité de pouvoir consentir et qu'il y a un risque significatif de transmission du VIH.

Dans tous les cas, la partie qui doit notifier a l'obligation de fournir des soins de suivi pour la personne séropositive et pour les tiers.

Discussion des résultats

Le nombre de pays de la SADC qui protègent maintenant de façon explicite le droit à la confidentialité a augmenté depuis 2006, avec la RDC, la Tanzanie et le Mozambique, promulguant une législation qui au moins protège partiellement la confidentialité. Une révision

⁹¹ Les limitations de la révélation à un tiers parti indiquées dans la législation modèle de la SADC sont fondées sur celles qui sont continues dans les Directives Internationales.

de janvier 2009 a démontré qu'environ 60% des pays de la SADC avaient un droit constitutionnel à la vie privée⁹² et que bien plus de 80% des pays qui ont participé au sondage, avaient une loi ou une politique sur le VIH et la vie privée.

Tableau 27: Les lois et les politiques sur confidentialité et les révélations des pays de la SADC

PAYS	LA CONSTITUTION PROTÈGE LA VIE PRIVÉE	LOI / POLITIQUE SUR LA CONFIDENTIALITÉ	POLITIQUE DE NOTIFICATION DU PARTENAIRE	RAPPORTS DE RÉVÉLATIONS ILLÉGALES
Angola	Non	X	Encourage la révélation volontaire, mais permet la révélation sans consentement pour protéger la vie d'un parti	
Botswana	X	X	La politique de confidentialité partagée avec ceux qui ont besoin de savoir	
RDC	X	X	Encourage la révélation volontaire mais peut révéler sans consentement	X
Lesotho*	X			
Madagascar		X	Encourage la révélation volontaire mais peut révéler sans consentement s'il y a des "raisons impératives et justifiables associées à la santé du patient ou la santé de la communauté"	
Malawi	X	X	Révélation bénéfique permise pour les partenaires sexuels après les conseils	
Ile Maurice	Non	X	X	X
Mozambique	X	X	Peut révéler aux partenaires sexuels sans consentement	
Namibie	X	X	On encourage la révélation volontaire. Le personnel soignant peut informer un partenaire sexuel dans des situations bien définies en conformité avec les Directives Internationales	
Afrique du Sud	X	X	On encourage la révélation aux partenaires sexuels après les conseils	
Swaziland	Non	X	On encourage la révélation aux partenaires sexuels après les conseils	
Tanzanie	X	X	X	
Zambie	Non			
Zimbabwe	Non	X	On encourage la révélation	

⁹² Pas d'information n'a été obtenue sur Madagascar.

			volontaire	
--	--	--	------------	--

^oPas d'information disponible

Dans le rapport de 2006, plus de la moitié des pays de la SADC qui ont participé au sondage considéraient la révélation du statut séropositif sans consentement par le personnel soignant comme étant un problème. Cependant, lors de la recherche pour ce Rapport, seulement deux pays ont identifié cela comme étant une préoccupation. D'un côté cela suggère que le droit à la confidentialité a été renforcé, cependant le besoin de rester vigilant, particulièrement parce que les dispositions dans les lois de certains pays de la SADC concernant la révélation, sont globales.

L'Article 27 de la législation du Mozambique indique que:

“ Un médecin qui prend un test de dépistage sérologique, ou toute autre personne membre du personnel soignant qui est au courant de ce test, ne peut révéler le résultat à une autre personne à part la personne testée ou son époux/se, ou ses parents ou les personnes en charge de son éducation, dans le cas d'un mineur.”

L'acte ne spécifie pas les circonstances dans lesquelles la révélation à un époux/se peut se faire, et il ne semble pas qu'il y ait l'exigence explicite d'avoir à demander la permission de la personne qui a été testée.

La législation de la Tanzanie a une disposition similaire (section 16 (2)(b)) qui permet la révélation à un époux/se ou à un partenaire sexuel sans consentement.

Conclusions

- Il y a une augmentation du nombre de pays qui élaborent et adoptent des lois et des politiques qui protègent le droit à la confidentialité.
- Cependant, la protection du droit à la confidentialité est faible dans un certain nombre de lois spécifiques au VIH.
- Un nombre de nouvelles lois rendent obligatoire la révélation du statut séropositif, en créant une infraction criminelle dans le cas de non révélation du statut (même si des démarches ont été entreprises pour protéger les partenaires sexuels).

Recommandations

- Plaidoyer pour des lois et des politiques en conformité avec les Directives Internationales sur le VIH et les Droits de l'Homme et la loi modèle du SADC PF, qui protègent explicitement le droit à la confidentialité, qui limitent les circonstances de révélation sans consentement, qui spécifient clairement les circonstances dans lesquelles la révélation est légale (avec un processus approprié d'évaluation des risques) et qui créent des infractions pour le non respect de la confidentialité.
- S'assurer que le personnel soignant soit adéquatement formé concernant les règles et l'importance de la confidentialité ainsi que sur les conséquences des violations.
- Plaidoyer pour l'établissement de mécanismes accessibles pour corriger la situation lorsque les droits à la confidentialité, ont été transgressés.

Tableau 28: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

Conclusions	Le Rapport de 2006 indiquait des	Le Rapport de 2009 reconnaît
--------------------	----------------------------------	------------------------------

	violations continues du droit à la confidentialité, en dépit de la protection constitutionnelle du droit à la vie privée. Les violations de la confidentialité représentaient une barrière à l'accès aux services médicaux et menaient à la violence potentielle contre les femmes séropositives.	qu'il y a eu des progrès dans l'élaboration de lois et de politiques qui protègent la confidentialité. Cependant, certaines lois et politiques contiennent une protection faible et d'autres indiquent des circonstances assez globales dans lesquelles les révélations peuvent être faites.
Recommandations: Plaidoyer pour des réformes juridiques	Le Rapport de 2006 recommandait de plaidoyer pour l'élaboration de lois qui exigent la confidentialité.	Le Rapport de 2009 reconnaît le besoin continu de plaidoyer pour promouvoir des lois sur la confidentialité et la révélation, qui soient en conformité avec celles indiquées dans la loi modèle du SADC PF et avec les Directives Internationales. Le Rapport de 2009 recommande aussi que le personnel soignant soit formé concernant le droit à la confidentialité et que des mécanismes soient créés pour corriger les violations de la confidentialité.
Recommandations: Faire le suivi		Le Rapport de 2009 recommande de plus de faire le suivi de la révélation aux tiers en conformité avec les dispositions juridiques de la RDC, de la Tanzanie et du Mozambique.

3.3.2 Réglementation des produits, des services et des informations, associés au VIH

Les normes internationales et régionales

En 2002, la Directive 6 des Directives Internationales a été amendée pour "réfléter les dimensions des droits de l'homme dans la prévention, le traitement, les soins et le soutien du VIH"⁹³. La Directive indique une orientation détaillée sur les lois et les politiques requises pour pouvoir offrir une disponibilité très répandue à tous les services médicaux pertinents.

Le commentaire de la Directive 6 recommande que les états "élaborent et mettent en œuvre des plans nationaux pour pouvoir réaliser progressivement l'accès universel à un traitement,

⁹³ Page 4.

des soins et un soutien qui soient exhaustifs pour les personnes séropositives”⁹⁴. Les Directives soulignent aussi le besoin pour les gouvernements d’agir ‘rapidement et efficacement’ à cet égard. La Directive 6 recommande aussi que les états entreprennent des démarches positives pour réagir aux facteurs qui entravent l’accès au traitement, particulièrement pour les groupes vulnérables tels que les populations rurales, les enfants, les femmes ainsi que les migrants, les réfugiés et les populations déplacées, parmi d’autres.

La loi modèle du SADC PF contient aussi des dispositions qui concernent la prévention, le traitement, les soins et le soutien et elle indique que c’est l’obligation de l’état de fournir l’accès à une thérapie abordable, d’antirétroviraux de haute qualité (ARV) pour traiter et empêcher ou éviter le VIH et les infections opportunistes. La loi modèle recommande aussi que:

- La prophylaxie après l’exposition, après le viol ou les attaques sexuelles, doit être disponible à tou(te)s les survivant(e)s du viol sans retard;
- Les états doivent fournir l’accès au dépistage du VIH et aux programmes de PTME à toutes les femmes enceintes, et que ces programmes comprennent un soutien psychosocial, des services de suivi et un soutien nutritionnel;
- Les états doivent élaborer des plans nationaux pour réaliser l’accès universel au traitement (et en particulier, l’accès au traitement pour les enfants), aux soins et au soutien et doivent s’assurer que les personnes séropositives et celles qui font partie des groupes vulnérables et marginalisés, puissent participer dans la conception et la mise en œuvre du plan;
- Les enfants doivent recevoir toute la protection à laquelle ils ont droit selon la Convention sur les Droits de l’Enfant; ils ne doivent pas être discriminés à cause de leur statut séropositif, ou à cause du statut séropositif de la personne qui s’occupe d’eux; et
- Les prisonniers ne devraient pas être soumis au dépistage du VIH obligatoire et ils devraient pouvoir accéder aux informations sur la prévention, le traitement et les soins, ils devraient aussi pouvoir accéder à des moyens d’éviter la transmission du VIH, y compris les préservatifs, les lubrifiants et les seringues intraveineuse propres.

Le Rapport de 2006 se focalise sur les résultats dans la SADC concernant l’accès au traitement (particulièrement les ARV) ainsi que sur les programmes de prévention, à cause du manque d’informations détaillées sur les lois et les politiques de la SADC qui règlement les produits, les services et les informations sur le VIH. Pareillement, ce rapport examine :

- Si les états ont élaboré des cadres nationaux envers un accès universel, qui comprennent les droits de l’homme;
- Si des progrès ont été faits pour augmenter l’accès au traitement ; et
- Si des progrès ont été faits pour accroître l’accès aux programmes de prévention.

3.2.2.1 Traitement: Accès à la thérapie antirétrovirale

⁹⁴ Page 38.

Les informations disponibles indiquent que 11 pays de la SADC ont en place des plans et des politiques nationales sur les ARV pour faciliter l'accès au traitement. Il n'y avait pas d'informations disponibles des trois autres pays.

Tableau 29: Le droit à la santé et à l'accès aux antirétroviraux

PAYS	DROIT CONSTITUTIONNEL Á LA SANTE	POLITIQUE OU PLAN NATIONAL SUR LES ARV	CRITÈRES SUR LES ARV DANS LA POLITIQUE OU LE PLAN NATIONAL
Angola	X	Pas d'information	Pas d'information
Botswana	Pas de clause	X	X
RDC	X	Pas d'information	Pas d'information
Lesotho	X	X	X
Madagascar	X	Pas d'information	Pas d'information
Malawi	X	X	X
Ile Maurice	Pas de clause	X	Pas d'information
Mozambique	X	X	X
Namibie	Contenu dans 'Les Principes de la Politique de l'Etat' donc pas obligatoire.	X	X
Afrique du Sud	X	X	X
Swaziland	Pas de clause	X	X
Tanzanie	Pas d'information	X	Pas d'information
Zambie	Pas de clause	X	X
Zimbabwe	Pas de clause	X	Pas d'information

Les pays de la SADC fréquemment ont rapporté une augmentation dramatique du nombre de personnes qui reçoivent des médicaments, et 9 pays⁹⁵ ont indiqué une augmentation de 10% ou plus en Décembre 2007. Le Rapport de l'ONUSIDA « 2008 Report on the Global AIDS Epidemic » indique que le "nombre de personnes qui reçoivent des médicaments antirétroviraux dans les pays à revenus bas ou moyens, a augmenté dix fois plus dans les six dernières années, atteignant presque 3 million de personnes vers la fin de 2007"⁹⁶. Le rapport indique que presque un million de plus de gens qu'en 2006, recevaient le traitement à la fin de 2007, l'augmentation la plus considérable a eu lieu en Afrique subsaharienne⁹⁷.

Tableau 30: Progrès dans l'augmentation de l'accès au traitement

PAYS	Nombre de personnes qui reçoivent le traitement en décembre 2005	Nombre de personnes qui reçoivent le traitement en décembre 2007
Angola	2,500-3,500	11 549
Botswana	67,000-77,000	92 932
République Démocratique du Congo	7,000-8,500	4 716

⁹⁵ Angola, République Démocratique du Congo, Lesotho, Malawi, Mozambique, Namibie, Swaziland, Tanzanie et Zambie.

⁹⁶ ONUSIDA 2008 Rapport sur l'Epidémie Mondiale du SIDA, p 130. www.unaids.org, accédé le 20 février 2009.

⁹⁷ OMS, ONUSIDA et UNICEF 'Vers l'Accès Universel: L'augmentation graduelle des Interventions prioritaires sur le VIH/SIDA dans le Secteur de la Santé. Rapport sur les Activités 2008, page 15.

Lesotho	7,500-9,000	21 710
Madagascar ^{131A}	<200	138
Malawi	31,000-35,000	100 649
Ile Maurice	<200	1500
Mozambique	19,000-21,000	85 822
Namibie	27,000-31,000	52316
Afrique du Sud	178,000-235,000	428 951
Swaziland	12,000-14,000	24 535
République Unie de la Tanzanie	20,000-23,000	135 696
Zambie	45,000-52,000	151 199
Zimbabwe	22,000-27,000	97 692

Source: OMS, *Progrès sur l'Accès Mondial à la Thérapie Antirétrovirale pour le VIH – Un rapport sur "3 par 5" et au-delà*, 28 mars 2006 envers l'Accès Universel: *Graduellement accroître les interventions prioritaires sur le VIH dans le secteur de la santé: Rapport des activités, 2008.*

Cependant, en dépit des augmentations, la situation générale reste sombre: seulement deux pays de la SADC⁹⁸ fournissent le traitement à plus de 70% de ceux qui en ont besoin, alors que 35%⁹⁹ n'ont pas encore pu assurer l'accès au traitement à un quart de ceux qui le nécessitaient.

Tableau 31: Pourcentage des besoins de traitement qui sont fournis

PAYS	AU DESSUS DE 75%	50 – 75%	EN DESSOUS DE 50%
Angola			25 %
Botswana	79 %		
RDC			17 %
Lesotho			26 %
Madagascar			4 %
Malawi			35 %
Ile Maurice			22 %
Mozambique			24 %
Namibie	88 %		
Afrique du Sud			28 %
Swaziland			42 %
Tanzanie			31 %
Zambie			46 %
Zimbabwe			17 %

Bien que l'accès au traitement s'améliore en général, il y a clairement des obstacles à l'accès au traitement pour les groupes vulnérables, tels que:

- Les populations rurales
- Les enfants
- Les populations mobiles ou migrantes

^{131A} L'ONUSIA estime qu'en décembre 2005 il y avait 5,000 personnes qui nécessitaient de recevoir le traitement ARV à Madagascar et 51 personnes qui le recevaient (couverture du traitement%).

⁹⁸ Botswana et Namibie.

⁹⁹ République Démocratique du Congo, Madagascar, Ile Maurice, Mozambique, Zimbabwe.

En mai 2008, l'Afrique du Sud a vécu une crise de violence xénophobe, qui a déplacé environ 100 000 personnes de leurs habitations, ils ont alors été forcés de dépendre de la société civile qui leur a fourni les nécessités de base, y compris les services médicaux. Les conditions dans beaucoup de camps étaient horribles, les abris n'étaient pas adéquates, ni la nourriture, ni l'accès aux services médicaux. Ces conditions créaient une menace évidente pour la santé des gens qui y vivaient, particulièrement ceux qui étaient séropositifs, certains d'entre eux ont été obligés d'interrompre leur traitement ARV. En plus du manque de structures correctes dans les camps, ces gens déplacés ont aussi eu des difficultés à accéder au système de soins dans les cliniques et les hôpitaux locaux. Dans une plainte portée par les organisations de la société civile à la Haute Commission des Nations Unies pour les Réfugiés en Octobre 2008, des inquiétudes ont été exprimées sur le traitement des personnes déplacées dans les cliniques et les autres services de santé, des exemples d'abus des personnes déplacées par le personnel soignant ont été mentionnés, des cas où le traitement leur avait été refusé¹⁰⁰.

Les populations migrantes et les étrangers au Botswana ont rapporté, un accès limité ou nul aux services de santé. Le gouvernement du Botswana ne fournit pas de médicaments antirétroviraux actuellement aux étrangers ni aux réfugiés. Les enfants d'hommes Botswanais, nés de mères non mariées étrangères, n'ont pas accès aux services médicaux.

Pareillement pour les Zimbabwéens forcés de quitter leurs foyers à cause des conflits politiques, de la pauvreté et de la crise dans le système de santé, ils ont aussi mentionné des difficultés à accéder aux services médicaux.

Populations rurales: L'accès au système de santé pour les personnes séropositives dans les régions rurales a toujours été un problème. Le Rapport de l'ONUSIDA « 2008 Report on the Global AIDS Epidemic » identifie des problèmes spécifiques aux populations rurales, il indique que la plupart des services médicaux qui fournissent des ARV sont situés dans les régions urbaines, en conséquence sont inaccessibles aux personnes vivant dans les régions rurales. Des recherches entreprises par l'Organisation Mondiale de la Santé en 2006, ont indiqué que plus de 75% des médecins et 60% des infirmières travaillent dans un environnement urbain, ce qui fait que les populations rurales sont extrêmement mal desservies.

En Angola, en dépit de l'augmentation significative de la couverture des ARV, la société civile a exprimé des inquiétudes sérieuses concernant l'accès au traitement pour les régions rurales. Beaucoup de centres offrant le traitement sont situés dans les capitales des provinces, ce qui fait que ceux qui vivent dans les régions rurales ont un accès limité. Certaines provinces n'ont pas de centre de santé dans les régions rurales qui peuvent fournir des ARV. Les gens doivent voyager de longues distances pour arriver à des centres et les attentes sont longues pour voir le personnel soignant¹⁰¹.

Les enfants: L'Afrique du Sud, le Mozambique et le Zimbabwe ont tous fait des progrès significatifs dans l'accroissement de l'accès au traitement pour les enfants.

Tableau 32: Progrès dans l'accroissement de l'accès au traitement pour les enfants

¹⁰⁰ La société civile a porté plainte à la Haute Commission des Droits de l'Homme des Nations Unies, demandant une enquête de La Haute Commission des Réfugiés des Nations Unies, le 13 Octobre 2008, disponible à : <http://www.tac.org.za/community/files/file/xenophobia/complaint%20by%20WC%20CS%20re%20UNHCR%2013%20October%202008%20final%20vers.pdf>, accédé le 16 mars 2009

¹⁰¹ Irin Informations, www.plusnew.org, accédé le 16 mars 2009.

PAYS	Nombre d'enfants recevant le traitement en décembre 2006	Nombre d'enfants recevant le traitement en décembre 2007
Angola		
Botswana		
RDC		
Lesotho		1 553
Madagascar		
Malawi	5 783	10 439
Ile Maurice		
Mozambique	3 443	6 320
Namibie		4 300
Afrique du Sud	23 369	32 080
Swaziland		
Tanzanie	3 576	11 176
Zambie	7 200	11 602
Zimbabwe	4 364	10 000

Source: OMS, *Vers l'Accès Universel: Augmenter graduellement les interventions prioritaires sur le VIH/SIDA dans le secteur de la santé: rapport des activités, 2008*; informations aussi accédées des rapports des pays de l'ONUSIDA.

Le Lesotho a élaboré un Plan National d'Action Plan pour les Femmes, les Filles et le VIH/SIDA pour 2007 – 2010. Le plan promeut l'accès équitable au traitement pour les femmes et les filles.

Le Malawi a une gamme de politique et de stratégies qui essaient de promouvoir l'accès à un traitement exhaustif, ainsi que des soins et un soutien pour les enfants. Parmi ces politiques il y a la Politique Nationale pour les Enfants et les autres Groupes Vulnérables (2003), Le projet de Directives Nationales sur les Soins donnés dans la Communauté et dans les Foyers (2005), le Plan National d'Action pour les Orphelins et les autres Enfants Vulnérables (2004) et la Stratégie de Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (2003). Ces politiques interdisent la discrimination contre les enfants dans la fourniture du traitement, des soins et du soutien et elles admettent que les enfants font face à des obstacles dans l'accès au traitement.

Bien que des progrès aient été faits dans l'augmentation graduelle du traitement pour les enfants, avec 198 000 enfants recevant les ARV à la fin de 2007¹⁰², le Rapport de l'ONUSIDA « 2008 Report on the Global AIDS Epidemic » demande une action intensifiée pour élargir l'accès au traitement pour les enfants, et reconnaît que les enfants ont beaucoup moins l'opportunité de recevoir la thérapie antirétrovirale.

En Angola, SCARJOV (une NGO locale) a indiqué ses inquiétudes concernant le coût des médicaments pour les enfants. Les formulations pédiatriques d'ARV ne sont pas toujours disponibles et les enfants doivent parfois se contenter des formulations pour adultes.

Un manque de personnel soignant: Le Rapport Mondial sur la Santé de 2006 indique qu'il y a un manque à l'échelon mondial de 4.3 million de médecins, d'infirmiers, et de sages-femmes. L'Afrique sub-saharienne est en position critique à cet égard, il y manque au moins un million de membres du personnel soignant. L'épidémie du VIH a alourdi des systèmes de santé qui

¹⁰² OMS, ONUSIDA et UNICEF « Vers l'Accès Universel: Augmenter graduellement les interventions prioritaires sur le VIH/SIDA dans le secteur de la santé 'Rapport des activités 2008, p 98

étaient déjà surchargés et le manque de personnel soignant a un impact significatif sur la fourniture du traitement antirétroviral.

Tableau 33: Distribution du personnel soignant dans la SADC

PAYS	MÉDECINS	DENSITÉ PAR 1000	INFIRMIERS	DENSITÉ PAR 1000	Sages-femmes	DENSITÉ PAR 1000
Angola	881	0.08	13 135	1.15	492	0.04
Botswana	715	0.40	4 753	2.65		
RDC	5 827	0.11	28 789	0.53		
Lesotho	89	0.05	1 123	0.62		
Madagascar	5 201	0.29	5 661	0.32		
Malawi	266	0.02	7 264	0.59		
Ile Maurice	1 303	1.06	4 550	3.69	54	0.04
Mozambique	514	0.03	3 954	0.21	2 229	0.12
Namibie	598	0.3	6 145	3.06		
Afrique du Sud	34 829	0.77	184 459	4.08		
Swaziland	171	0.16	6 828	6.30		
Tanzanie	822	0.02	13 292	0.37		
Zambie	1 264	0.12	19 014	1.74	2 996	0.27
Zimbabwe	2 086	0.16	9 357	0.72		

Source: OMS Rapport Mondial de la Santé, 2006

Le Lesotho a amélioré la couverture des ARV mais les progrès sont entravés par un manque énorme de personnel soignant. Il y a seulement cinq médecins et 62 infirmières par 100,000 habitants au Lesotho (le pays voisin, l'Afrique du Sud a 74 médecins et 393 infirmières par 100,000 habitants). Quatre-vingt pour cent des médecins au Lesotho sont des étrangers, principalement venus d'autres pays africains et attendant leur certification pour pouvoir travailler en Afrique du Sud. Dans son rapport annuel de 2007-2008 émis en février 2008, le MOHSW a indiqué que seulement deux des 171 centres médicaux avaient le minimum de personnel requis.¹⁰³

Conclusions

- Presque tous les pays de la SADC ont élaboré des plans nationaux sur les ARV.
- Les états de la SADC continuent de faire des progrès, et beaucoup plus de personnes ont accès au traitement qu'en 2006.
- Cependant, les objectifs pour l'accès universel aux ARV sont encore loin d'être respectés.
- Les populations vulnérables (par exemple, les populations rurales, les enfants et les migrants) font face à des difficultés pour accéder aux ARV, même dans les pays où l'accès au traitement s'améliore.
- Le manque de personnel soignant adéquate et formé, est un obstacle sérieux à l'accès universel au traitement, aux soins et au soutien.
- Les distances pour aller aux services médicaux qui fournissent le traitement, sont aussi une entrave à l'accès au traitement particulièrement pour les populations rurales.

¹⁰³ MSF Rapport des Activités 2007 à http://www.msf.org/source/actrep/2008/IAR-2008_complete.pdf accédé on 25 mars 2009

Recommandations

- Continuer de plaider pour des programmes de distribution des ARV, qui se focalisent particulièrement sur l'identification des barrières à l'accès au traitement et qui mettent en priorité les populations vulnérables pour lesquelles l'accès aux programmes, est limité.
- Plaider pour des politiques qui assurent que tous les processus d'approvisionnement comprennent des dispositions pour les formulations pédiatriques des ARV.
- Faire des recherches supplémentaires pour évaluer la réglementation et la mise en œuvre des programmes pour les ARV en Angola, en RDC et à Madagascar.
- Faire des recherches supplémentaires pour identifier les obstacles à l'accès pour les populations vulnérables (ex. les populations rurales et les enfants).
- Plaider pour que les états augmentent les ressources disponibles en vue d'assurer un personnel soignant adéquat, et qualifié pour gérer les programmes ARV.

Tableau 34: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

Conclusions	Le Rapport de 2006 indiquait que les objectifs concernant les ARV n'étaient pas respectés et que l'accès aux ARV était un problème clé des droits de l'homme dans la région.	Le Rapport de 2009 reconnaît qu'il y a eu des progrès dans l'accès aux ARV, mais que les objectifs du traitement n'ont pas encore été respectés. En particulier, il reconnaît que les groupes vulnérables (tels que les populations rurales et les enfants) ont un accès limité aux ARV.
Recommandations: Plaider pour la distribution des ARV	Le Rapport de 2006 recommandait de plaider pour augmenter les programmes de distribution des ARV.	Le Rapport de 2009 reconnaît le besoin continu de plaider pour la distribution des ARV, en se focalisant spécifiquement sur les populations vulnérables.
Recommandations: Plaider pour avoir plus de personnel soignant		Le Rapport de 2009 recommande de plus un accroissement des fonds en vue d'obtenir un personnel soignant adéquat et qualifié.

3.2.2.2 Prévention

La loi modèle du SADC PF recommande l'établissement de services exhaustifs de prévention concernant le VIH et le SIDA. Ce rapport se focalise sur les programmes de prévention pour les femmes enceintes, les enfants et les prisonniers.

Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant (PTME): Tous les pays de la SADC offrent maintenant des programmes de PTME pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Tableau 35: Programmes de prévention du VIH pour les femmes

PAYS	PTME EN 2006	PTME EN 2007
Angola		X
Botswana	X	X
RDC		X
Lesotho	X	X
Madagascar	X	X
Malawi	X	X
Ile Maurice	X	X
Mozambique	X	X
Namibie	X	X
Afrique du Sud	X	X
Swaziland	X	X
Tanzanie		X
Zambie	X	X
Zimbabwe	X	X

Idéalement, l'Organisation Mondiale de la Santé recommande que les programmes de PTME, encouragent une approche exhaustive, qui incorpore:

- La prévention primaire du VIH;
- La prévention des grossesses non désirées parmi les femmes;
- La prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant; et
- La provision du traitement, des soins et du soutien aux mères séropositives, à leurs enfants et à leurs familles.

Bonne pratique: La maternité Ave Maria à Madagascar

Le Centre de conseils et de dépistage à la maternité Ave Maria à Antsirabe est un exemple d'approche réussie pour les programmes de prévention. Le centre a offert des services gratuits, confidentiels et volontaires pour le dépistage du VIH des femmes enceintes depuis 2004, cela fait partie du programme pour riposter aux maladies sexuellement transmises des femmes enceintes. Il y a un personnel dédié, un médecin, un coordinateur, un conseiller et deux assistants en laboratoire.

Depuis sa création, le centre a testé plus de 2600 personnes et a élaboré une série d'indicateurs pour s'assurer de maintenir des services de haute qualité. Ces services comprennent une classification du nombre de femmes avec des maladies sexuellement transmises qui prennent le test de dépistage du VIH, le nombre de femmes avec des maladies sexuellement transmises qui amènent leurs partenaires pour se faire traiter et le nombre de femmes avec des maladies sexuellement transmises qui discutent de leurs maladies avec leurs partenaires.

Il y a aussi des indicateurs pour assurer la disponibilité des services laboratoires et une fourniture suffisante de médicaments nécessaires pour le traitement des infections sexuellement transmises.

Bonne pratique: PTME au Mozambique

En 2006, le Mozambique a intégré les programmes de PTME dans les services existants de la maternité et pour les enfants. Le Ministère de la Santé a introduit une gamme de nouvelles politiques pour soutenir le programme. Ces politiques comprennent la fourniture de dépistage routinier du VIH initié par le prestataire de services avec le choix de refuser dans les cliniques anténatales et dans les maternités, l'introduction d'une thérapie combinée, le compte CD4 dans les cliniques anténatales et dans les maternités (en vue de diminuer le nombre de centres auxquels les femmes doivent aller) et l'introduction de groupes de soutien pour les femmes enceintes et les mères. En septembre 2007, une politique qui permettait aux infirmières dans les maternités et les centres pour enfants, de fournir des médicaments antirétroviraux aux femmes enceintes, a été introduite afin d'élargir encore plus l'accès.

Malheureusement, l'existence des programmes de PTME n'a pas encore garanti l'accès universel à toutes les femmes enceintes séropositives. Seulement 60% des pays de la SADC fournissent l'accès à la moitié des femmes qui en ont besoin.

En 2007, 15% de toutes les femmes enceintes séropositives dans les pays à revenus moyens ou bas vivaient en Afrique du Sud. Le Mozambique et la Tanzanie en avaient 7% chacun, alors que la Zambie et le Malawi en avaient chacun 5%.¹⁰⁴ En 2004, seulement 10% de toutes les femmes enceintes recevaient des ARV pour la PTME et la majorité d'entre elles vivaient dans des pays développés. Ce nombre a augmenté de façon significative en 2007, et maintenant un tiers des femmes enceintes séropositives ont accès aux services de PTME. L'augmentation la plus dramatique a eu lieu dans les pays de l'Afrique subsaharienne.¹⁰⁵ En dépit de cela, l'accès aux services de PTME reste inadéquat dans la SADC, ce qui met les enfants en position de risque envers l'infection du VIH.

Tableau 36: Pourcentage de femmes enceintes séropositives ayant accès à la PTME

PAYS	POURCENTAGE EN 2007	MODE DE DÉPISTAGE
Angola		
Botswana	89.9	Routinier avec choix de refuser
RDC		
Lesotho	31.1	Routinier avec choix de refuser
Madagascar		
Malawi		
Ile Maurice	31.7	Routinier avec choix de refuser
Mozambique	29.8	Routinier avec choix de refuser
Namibie	49	
Afrique du Sud	66	Conseils et Dépistage Volontaire
Swaziland	52	Routinier avec choix de refuser
Tanzanie	55	
Zambie	39.1	
Zimbabwe	67.4	

¹⁰⁴ OMS, ONUSIDA et UNICEF ' Vers l'Accès Universel: Augmenter graduellement les interventions prioritaires sur le VIH/SIDA dans le secteur de la santé »Rapport des Activités 2008, p 80.

¹⁰⁵ OMS, ONUSIDA et UNICEF ' Vers l'Accès Universel: Augmenter graduellement les interventions prioritaires sur le VIH/SIDA dans le secteur de la santé »Rapport des Activités 2008, p 79

Bien que les informations dans le Tableau 35 ne soient pas complètes, elles n'indiquent pas que le dépistage routinier avec choix de refuser, des femmes enceintes, soit nécessairement associé avec un plus grand nombre de femmes accédant à la PTME. L'Afrique du Sud, qui fournit les conseils et le dépistage volontaire plutôt que le dépistage routinier avec le choix de refuser, dans le contexte des soins anténataux, déclare que 66% des femmes peuvent accéder aux services de PTME, alors que le Lesotho, qui fournit le dépistage routinier avec choix de refuser pour les femmes enceintes, ne déclare que 31.1%.

Les préoccupations concernant le dépistage routinier avec choix de refuser, ont déjà été exprimées dans ce chapitre¹⁰⁶, elles sont particulièrement pertinentes pour les femmes enceintes. L'inégalité des rapports entre le personnel soignant et les patients, peut empêcher les femmes de refuser le test du VIH, lorsque ça leur ait offert et la forme écourtée des conseils avant le test, qui est une caractéristiques du dépistage routinier initié par le prestataire de services, diminue leur capacité de pouvoir donner un consentement informé pour ce test. La recherche suggère que les violations des droits de l'homme dans l'environnement médical, établissent des barrières significatives pour les femmes et les empêchent d'accéder à ces services, y compris les services de PTME. Etant donné l'assimilation actuelle lente dans les programmes de PTME, il est nécessaire d'entreprendre plus de recherches pour identifier les obstacles à l'accès et les stratégies pour les supprimer.

Prisonniers: la criminalisation des rapports sexuels entre les hommes, continue d'être un obstacle dans la fourniture des programmes de prévention du VIH dans les prisons, car les gouvernements refusent de fournir des préservatifs aux prisonniers, parce que le fait que les hommes ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, continue d'être illégal. Même s'il y a un accord concernant la distribution de préservatifs dans les prisons, en pratique les détenus ne peuvent pas y accéder facilement.

Tableau 37: Accès aux préservatifs au sein des prisons

PAYS	RAPPORTS SEXUELS ENTRE HOMMES N'EST PAS ILLÉGAL	RAPPORTS SEXUELS ENTRE HOMMES EST ILLÉGAL	DISTRIBUTION DES PRÉSERVATIFS DANS LES PRISONS
Angola	X		Oui
Botswana		X	Non
RDC		X	Non
Lesotho	X		Non
Madagascar	X		Oui
Malawi		X	Non
Ile Maurice	X		Oui par les ONG
Mozambique		X	Non
Namibie		X	Non
Afrique du Sud	X		Oui
Swaziland	X		Pas d'information
Tanzanie		X	Non

¹⁰⁶ Voir section 3.3.1, ci-dessus.

Zambie		X	Oui, mais pas toujours disponible en pratique
Zimbabwe		X	Oui

Les enfants: Une révision de janvier 2009 des politiques de dépistage du VIH dans cinq pays de la SADC a indiqué que dans quatre des pays qui ont participé au sondage, les enfants en dessous de l'âge de 18 ans peuvent avoir accès au dépistage du VIH dans certaines circonstances.¹⁰⁷

Tableau 38: Les lois concernant les enfants et le consentement dans la SADC

PAYS	LOIS QUI PERMETTENT AUX ENFANTS DE CONSENTIR	ÂGE DE CONSENTEMENT
Lesotho	X	12
Ile Maurice	X	Les enfants doivent être d'un âge auquel ils peuvent démontrer leur compréhension de la nature du test
Mozambique	X	16
Afrique du Sud	X	12 ans et doivent comprendre la nature du test
Tanzanie		18

Dans un certain nombre de pays de la SADC qui ont adopté les nouvelles lois sur le VIH, les enfants en dessous de l'âge de 18 ans, peuvent consentir indépendamment au dépistage du VIH. Cependant, il y a encore des difficultés, même si les nouvelles lois en rapport avec la capacité de consentir, ont été élaborées:

- Dans certains pays, les anciennes lois qui établissaient l'âge de consentement à 18 ans, n'ont pas été spécifiquement abrogées par la nouvelle législation sur le VIH;
- En RDC, la nouvelle loi n'indique pas l'âge du consentement;
- En Tanzanie, la section 15(1) du VIH et SIDA (Prévention et Contrôle) de l'Acte (2008) indique qu'il doit y avoir un consentement parental pour le dépistage du VIH; et
- A l'Ile Maurice, la loi indique qu'un adolescent peut demander un test du VIH sans la permission d'un parent ou d'un gardien si le test est requis par écrit et que le médecin évalue que la personne a la capacité de consentir¹⁰⁸.

Le fait d'exiger le consentement parental pour le dépistage du VIH, crée certains obstacles pour les adolescents qui veulent accéder aux services de prévention du VIH, car beaucoup d'entre eux ne veulent pas que leurs parents sachent qu'ils sont sexuellement actifs. D'autres n'ont pas de parents ni de gardiens car ils sont orphelins à cause de l'épidémie. D'autres obstacles surviennent lorsque les services pour les jeunes ne sont pas "faciles à utiliser".

¹⁰⁷ Des informations ont été obtenues sur la situation au Lesotho, à l'île Maurice, au Mozambique, en Afrique du Sud et en Tanzanie.

¹⁰⁸ Section 7(5) sur le VIH et SIDA, Acte 31 de 2006

Au Lesotho, la Campagne: « Connaissez votre statut » a indiqué que les directives sur le dépistage du VIH ne mentionnaient pas expressément le dépistage des jeunes adolescents. Les conseillers n'étaient pas formés et ne savaient comment assurer que le consentement informé soit être obtenu de manière appropriée ni comment répondre aux besoins spéciaux des enfants dans les conseils avant et après le test.¹⁰⁹

Conclusions

- Tous les pays de la SADC ont mis en place des programmes pour fournir des ARV aux femmes enceintes pour réduire le risque de la transmission du VIH aux nouveaux nés.
- Cependant, ceci n'a pas donné lieu à l'accès universel pour les femmes enceintes séropositives.
- La fourniture du dépistage routinier avec le choix de refuser pour les femmes ne semble pas être associée avec une augmentation du nombre de femmes enceintes accédant aux programmes de dépistage du VIH et aux programmes de PTME.
- Dans beaucoup de pays de la SADC, on refuse aux prisonniers l'accès aux préservatifs, à cause de la criminalisation des rapports sexuels entre hommes.
- Certains pays de la SADC ont adopté de nouvelles lois qui reconnaissent l'autonomie émergente des enfants et qui leur permettent de consentir indépendamment au dépistage du VIH sans consentement parental. Cependant, il y a des difficultés avec certaines de ces lois.
- Les services de dépistage du VIH pour les enfants en dessous de l'âge de 18 ans, ne sont pas toujours "faciles à utiliser".

¹⁰⁹ ARASA et Human Rights Watch "A Testing Challenge" "Un défi à relever: L'expérience du Lesotho et la Campagne pour les Conseils et le Dépistage du VIH Universel, 2008.

Recommandations

- Plaidoyer pour un élargissement continu des programmes de PTME, en se focalisant sur l'identification des facteurs qui entravent l'accès.
- Assurer que le personnel soignant, qui fournit des services associés au VIH pour les femmes enceintes, soit adéquatement formé à protéger les droits de l'homme pour les femmes enceintes, y compris le consentement informé et la confidentialité pendant le dépistage du VIH.
- Faire le suivi des programmes de PTME pour identifier les violations des droits de l'homme qui entravent l'accès aux systèmes de santé et aux services associés au VIH.
- Plaidoyer pour la décriminalisation des rapports sexuels entre les hommes et pour l'accès aux préservatifs dans les prisons.
- Plaidoyer pour des réformes continues des lois en vue de permettre le consentement indépendant au dépistage du VIH pour les enfants, et plaidoyer aussi pour un dépistage dédié avec des directives spécifiques de conseils pour les enfants.
- Entreprendre des recherches supplémentaires sur les enfants et sur l'âge de consentement dans les pays de la SADC.

Tableau 39: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

<p>Conclusions</p>	<p>Le Rapport de 2006 indiquait qu'un travail substantiel était nécessaire pour assurer que les femmes et les enfants puissent bénéficier des programmes de prévention.</p>	<p>Le Rapport de 2009 reconnaît que bien que des progrès aient été faits dans des domaines importants, il y a encore des difficultés. L'accès à la PTME s'est accru plus lentement que l'accès au traitement, bien que tous les pays de la SADC aient maintenant des programmes, ça n'a pas vraiment donné lieu à l'accès universel pour les femmes. La distribution des préservatifs dans les prisons continue d'être un problème, ainsi que l'accès à des services appropriés de dépistage du VIH pour les enfants.</p>
<p>Recommandations: Plaidoyer pour la généralisation des programmes de PTME</p>	<p>Le Rapport de 2006 recommandait de plaidoyer pour la généralisation des programmes de PTME.</p>	<p>Le Rapport de 2009 reconnaît le besoin d'un plaidoyer continu concernant l'accès à la PTME. Il recommande que le plaidoyer soit accompagné par un suivi et par des recherches pour identifier la nature, et l'étendue des entraves à l'accès et pour identifier l'impact des nouvelles politiques de dépistage routinier avec choix de refuser pour les femmes enceintes.</p>
<p>Recommandations: Plaidoyer</p>	<p>Le Rapport de 2006 recommandait la</p>	<p>Le Rapport de 2009 reconnaît</p>

pour les préservatifs dans les prisons	décriminalisation des rapports sexuels entre les hommes et la distribution des préservatifs dans les prisons.	le besoin de continuer à plaider à cet égard.
Recommandations: Plaidoyer pour la réforme des lois sur les enfants		Le Rapport de 2009 recommande de plaider pour que tous les pays de la SADC abaissent l'âge de consentement pour les enfants.

3.4 Les problèmes actuels de droits de l'homme

3.4.1 L'accès aux services de conseils et de dépistage volontaire et la tendance à utiliser le dépistage routinier

L'accroissement lent du dépistage du VIH, continue de poser un défi pour la région de la SADC. En 2007, on estimait que seulement 2 sur 10 africains connaissaient leurs statuts sérologiques¹¹⁰. Ce qui veut dire qu'un grand nombre de gens séropositifs vivant dans la région la plus affectée du monde, ne sont pas au courant de leurs statuts et n'auront pas l'opportunité d'accéder au traitement, aux soins et au soutien lorsqu'ils en auront le plus besoin.

Tableau 40: Nombres d'adultes qui ont pris un test de dépistage du VIH dans les derniers 12 mois

PAYS	% Hommes (15 – 49 ans)	% Femmes (15 – 49 ans)	% Adultes (15 – 49 ans)
Angola	4	7	5
Botswana			
RDC	4	4	4
Lesotho	5	6	6
Madagascar*	1	0	
Malawi°	11	11	
Ile Maurice°	2	2	
Mozambique	2	2	2
Namibie	18	29	23
Afrique du Sud°	90	90	90
Swaziland	9	22	16
Tanzanie	36	36	
Zambie	12	19	15
Zimbabwe	7	7	7

Source: 2008 *Mise à jour de l'Épidémie du SIDA*

* C'est pour le groupe d'âge de 15 – 24 ans

° Méthodologie pas harmonisée avec les directives de rapport de UNGASS 2008

¹¹⁰ Voir par exemple la présentation de Kock, 27 juillet 2007, IAS Conférence, Sydney Australie. <http://www.ias2007.org/PAG/ppt/TUSY201.ppt>, accédé le 29 janvier 2009.

La question de savoir comment graduellement augmenter le dépistage du VIH est délicate, elle a été accompagnée de débats concernant la valeur continue du modèle de conseils et de dépistage volontaire qui est considéré comme étant 'la règle d'or' du dépistage du VIH, puisque ce modèle encourage le consentement informé sans équivoque et la confidentialité des résultats du test VIH, par cela réduisant les risques de violations des droits de l'homme qui sont associées au dépistage du VIH. Le dépistage routinier initié par le prestataire de services, a souvent été proposé comme étant une stratégie pour réagir face à l'accroissement lent de la stratégie de conseils et du dépistage volontaire dans divers pays.

En Mai 2007, L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis des informations récentes d'orientation sur le dépistage du VIH¹¹¹. Les notes d'informations réaffirment que tous les tests devraient être faits volontairement, avec un consentement informé et rejettent explicitement toutes formes de dépistage obligatoire. Cette approche est en conformité avec la Directive 3. Ces notes d'informations appuient aussi l'accroissement continu des services de conseils et de dépistage volontaire, mais reconnaissent le besoin de trouver "des approches additionnelles, innovatrices et variées"¹¹² et elles soutiennent le dépistage initié routinier par le prestataire de services avec choix de refuser. L'OMS recommande que le personnel soignant offre le dépistage routinier du VIH:

- à tous les adultes et à tous les enfants qui se présentent dans les services médicaux avec des symptômes qui suggèrent l'infection du VIH;
- aux enfants nés de mères séropositives;
- aux enfants qui présentent une croissance sous optimale ou des signes de malnutrition; et
- aux hommes qui demandent d'être circoncis comme moyen de prévention.

Les informations d'orientation font aussi des recommandations spécifiques pour les pays dans lesquels l'épidémie est généralisée¹¹³. Lorsqu'un environnement propice et des ressources adéquates sont en place, l'OMS recommande que le dépistage routinier du VIH soit offert à tous les adultes et tous les adolescents dans tous les centres médicaux. Si ce n'est pas possible d'offrir ce dépistage à tous les patients, les notes d'orientation recommandent que les services suivants soient mis en priorité:

- dans les cliniques avec malades hospitalisés et externes, y compris les cliniques pour la tuberculose;
- les services anténataux, les maternités et les services post-partum;
- les centres de santé qui desservent les populations qui sont le plus en position de risque;
- les services pour les jeunes enfants et les adolescents;
- les services chirurgicaux; et

¹¹¹ OMS et ONUSIDA Orientation sur les Conseils et le Dépistage Routinier du VIH initié par le prestataire de services dans les centres médicaux, Avril 2007.

¹¹² Page 5.

¹¹³ La note dans les informations d'orientation définit une épidémie généralisée comme étant une épidémie qui s'est fermement établie dans la population générale.

- les services génésiques, y compris le planning familial.

Alors que les recherches entreprises pour ce rapport suggèrent que la plupart des pays de la SADC offrent encore des tests par le modèle des conseils et du dépistage volontaire, plusieurs pays de la SADC ont aussi incorporé le dépistage routinier dans leurs programmes.

Tableau 41: Les modèles de dépistage dans la SADC

PAYS	MODÈLES DE DÉPISTAGE
Angola	La législation recouvre le dépistage volontaire et interdit toutes formes de dépistage obligatoire. Pas d'information disponible pour d'autres politiques.
Botswana	Le gouvernement a introduit 'le dépistage routinier initié par le prestataire de services avec choix de refuser'. Bien que le consentement informé soit requis, une forme écourtée de conseils avant le test est offerte, et il se peut que les patients ne reçoivent pas suffisamment d'informations pour leur permettre de prendre des décisions informées à l'égard du dépistage du VIH. La politique permet aux patients de refuser les tests, mais en pratique beaucoup d'entre eux ne sont pas au courant qu'ils peuvent refuser ou ne se sentent pas capable de le faire.
RDC	Pas d'information disponible, la législation se focalise sur les conseils et le dépistage volontaire.
Lesotho	Le mode des conseils et du dépistage volontaire est encore disponible, mais au niveau communautaire le dépistage routinier est généralisé par la Campagne : « Connaissez votre statut ». Des conseils écourtés avant le test sont fournis, et parfois les patients ne sont pas en position de pouvoir donner un consentement informé pour ce test. Les patients parfois ne sont pas capables de refuser le test, même s'ils ne désirent pas être testés.
Madagascar	Une référence sur le test routinier, a été incluse dans la politique nationale sur les conseils et le dépistage volontaire.
Malawi	La politique de dépistage du VIH est fondée sur les principes de conseils et de dépistage volontaire. Un système de surveillance anonyme routinière est utilisé pour les femmes enceintes qui se présentent dans les cliniques anténatales. Des tests routiniers obligatoires pour les prises de sang (et les autres dons d'organes).
Ile Maurice	Offre routinière de dépistage pour les femmes enceintes, avec choix de refuser. Cependant, le projet de l'Acte sur les Mesures de Prévention recouvre le dépistage volontaire avec consentement informé et conseils avant et après le test.
Mozambique	Les conseils et le dépistage volontaire, c'est le modèle prédominant, mais la stratégie nationale d'expansion du dépistage du VIH, met l'accent sur le dépistage routinier initié par le prestataire de services.
Namibie	Les conseils et le dépistage volontaire, c'est le modèle prédominant, mais le Ministère de la Santé et de l'Aide Sociale a introduit le dépistage routinier avec choix de refuser pour les femmes enceintes.
Afrique du Sud	La politique du dépistage du VIH indique que les patients doivent donner un consentement informé pour le dépistage du VIH et que ça doit être

	accompagné de conseils avant et après le test. Le Projet de la Politique Nationale sur les Conseils et le Dépistage du VIH ¹¹⁴ s'écarte du dépistage initié par le client et se focalise plus sur le dépistage routinier offert par les prestataires de services à ceux qui utilisent les centres médicaux. La Politique et les Directives pour la Mise en Œuvre des Programmes de PTME (2008) fait référence au dépistage routinier volontaire et aux services de conseils, qui comprend une offre routinière de dépistage pour toutes les femmes enceintes. Si l'offre est acceptée, les femmes recevront alors les conseils avant et après le test.
Swaziland	Le dépistage initié par le prestataire de services médicaux et des conseils offerts de façon routinière.
Tanzanie	Le dépistage initié par le prestataire de services médicaux et les conseils, ce modèle est disponible dans tous les centres médicaux. Le dépistage volontaire est aussi offert.
Zambie	La politique de dépistage volontaire est fondée sur le consentement informé, avec conseils avant et après le test. Les Directives sur le VIH/SIDA et les Conseils (2000) indiquent spécifiquement que le dépistage obligatoire est une violation des droits de l'homme. Cependant, le Conseil National sur le SIDA a demandé plusieurs fois que le dépistage routinier initié par le prestataire de services, soit offert à cause du niveau bas du nombre de gens qui se font testés.
Zimbabwe	La politique se focalise sur le dépistage volontaire mais reconnaît le besoin du dépistage routinier offert par le prestataire de services. On offre aux femmes enceintes le dépistage routinier du VIH, avec choix de refuser. Le Ministère de la Santé a déclaré que le dépistage obligatoire est inconstitutionnel.

Bien qu'il y ait un accord sur le fait que le dépistage du VIH soit aussi disponible que possible pour tous ceux qui le demandent, des inquiétudes ont été exprimées du point de vue des droits de l'homme, car en pratique, la mise en oeuvre du dépistage initié par le prestataire comporte un risque réel que les tests soient faits sans consentement informé. Non seulement cela transgresse les droits de l'homme, y compris le droit à la santé, le droit à la vie privée, à l'intégrité du corps et à l'autonomie¹¹⁵ mais ça décourage aussi les gens d'accéder aux services médicaux, et en conséquence, ça entrave l'accès au traitement.

Conclusions

- L'accès aux services de dépistage du VIH est un point crucial dans les efforts pour réduire la propagation du virus et pour permettre d'accéder au moment opportun aux interventions médicales.
- L'accès au dépistage a augmenté dans la région de la SADC, mais il y a encore beaucoup à faire pour assurer l'accès universel aux tests.

¹¹⁴ www.alp.org.za, dernièrement accédé le 25 octobre 2006.

¹¹⁵ Pour une discussion plus complète sur le test routinier et les droits de l'homme, voir Rickard C 'Balancing Acts' *AIDS Review*, Centre pour l'Etude du SIDA, 2008.

- Beaucoup de pays sont en train d'élaborer des politiques qui facilitent soit le dépistage qui est initié par le prestataire de services avec choix de refuser soit l'offre routinière pour réagir au nombre bas de patients qui vont se faire tester volontairement.
- Les organisations ont mis l'accent sur le besoin de faire le suivi de la mise en oeuvre des services de dépistage initiés par le prestataire afin qu'il n'y ait pas de violations des droits de l'homme.

Recommandations

- Plaidoyer pour un accroissement continu des services de dépistage du VIH.
- Faire le suivi des modèles de dépistage, particulièrement le dépistage initié par le prestataire de services avec le choix de refuser, afin de s'assurer que ça soit fait avec consentement informé en conformité avec les droits de l'homme.

Tableau 42: Comparaison des résultats de 2006 - 2009

Conclusions	Le Rapport de 2006 exprimait des préoccupations sur le fait que le nombre de gens utilisant les services de dépistage volontaire, n'est pas suffisant, et sur l'introduction du dépistage routinier comme méthode pour augmenter l'accès. Le Rapport soulignait les facteurs, y compris la distance et le prix des transports, qui ont un impact sur l'accès aux services de dépistage volontaire.	Le Rapport de 2009 reconnaît que l'accès au dépistage du VIH continue d'augmenter dans la SADC, mais il y a des inquiétudes concernant le nombre relativement bas de gens qui se font tester pour le VIH. Il y a une tendance continue à utiliser le dépistage initié par le prestataire de services, particulièrement pour les femmes enceintes.
Recommandations: Plaidoyer pour le dépistage volontaire	Le Rapport de 2006 recommandait de plaidoyer pour le dépistage volontaire.	Jusqu'à ce que plus de recherches soient faites sur le dépistage routinier avec choix de refuser, le Rapport de 2009 continue de plaidoyer pour le dépistage volontaire.
Recommandations: Faire le suivi de la mise en oeuvre		En vue de l'augmentation du dépistage du VIH initié par le prestataire de services dans la région, le Rapport de 2009 recommande de faire le suivi de la mise en oeuvre de cette forme de dépistage, pour déterminer l'impact sur les droits de l'homme.

3.4.2 Le manque de programmes de prévention pour les femmes

La plupart des pays de la SADC ont maintenant des programmes de PTME et de PPE en place pour les femmes et le nombre de pays avec des programmes de Prophylaxie Post Exposition a augmenté de manière significative depuis 2006. Cependant, ce Rapport a démontré la façon

dont l'accès à la PTME est encore limité. Il n'y a pas vraiment d'Informations concernant la PPE, qui soient disponibles. Etant donné que la discrimination contre le genre est encore un problème important dans la SADC (64% des pays de la SADC ont indiqué que la vulnérabilité des femmes est un problème sérieux des droits de l'homme), l'accès à la PPE est aussi un problème prioritaire.

Tableau 43: Programmes de prévention du VIH pour les femmes

PAYS	PTME	PPE
Angola	X	Pas d'information
Botswana	X	X
RDC	X	X (MSF)
Lesotho	X	X
Madagascar	X	X
Malawi	X	X
Ile Maurice	X	X
Mozambique	X	X
Namibie	X	X
Afrique du Sud	X	X
Swaziland	X	X
Tanzanie	X	X
Zambie	X	X
Zimbabwe	X	X

Tableau 44: Vulnérabilité des femmes

PAYS	LOIS LIMITÉES SUR LA VIOLENCE CONTRE LES FEMMES	LOIS DISCRIMINATOIRES ET PRATIQUES COUTUMIÈRES	VULNÉRABILITÉ DES FEMMES EST UN PROBLÈME CLÉ
Angola			
Botswana	X	X	X
DRC		X	X
Lesotho			X
Madagascar			
Malawi			
Ile Maurice			
Mozambique	X		X
Namibie			X
Afrique du Sud			X
Swaziland	X	X	X
Tanzanie	X		X
Zambie	X	X	X
Zimbabwe			

Conclusions

- Tous les pays de la SADC ont maintenant des programmes de PTME en place et les programmes de PPE ont augmenté.
- En dépit de ces efforts, un nombre relativement bas de femmes accèdent à la PTME. Il n’y pas suffisamment d’informations disponibles concernant les niveaux d’accès à la PPE.
- La violence sexuelle contre les femmes et les enfants est un problème sérieux dans les pays de la SADC.

Recommandations

- Plaidoyer pour l’accroissement continu de programmes appropriés de PTME, en se focalisant sur comment identifier des facteurs pour améliorer/ supprimer les obstacles à l’accès.
- Plaidoyer pour des programmes holistiques de PTME pour réagir contre les questions d’équité, d’accès, ainsi qu’un traitement pour les femmes enceintes et de façon similaire pour les programmes de PPE soient intégrés dans un ensemble holistique de soins pour les survivant(e)s d’attaques sexuelles.
- Il faut faire spécialement attention à l’amélioration générale de l’accès aux cliniques anténatales et aux maternités.
- Faire le suivi de l’accès et de la mise en œuvre des politiques de PPE.
- Plaidoyer pour l’éradication de la violence contre les femmes et de la discrimination contre les femmes ainsi que pour que des lois soient mises en place pour agir contre la violence et l’inégalité des femmes.

Tableau 45: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

Conclusions	Le Rapport de 2006 exprimait des inquiétudes sur la disponibilité limitée des programmes de PTME et de PPE dans la SADC.	Le Rapport de 2009 reconnaît que les programmes de PTME et de PPE sont de plus en plus disponibles dans la SADC. Cependant, les femmes ont encore un accès limité à ces programmes.
Recommandations: Plaidoyer pour améliorer l’accès	Le Rapport de 2006 recommandait de plaidoyer pour des programmes de PTME et de PPE dans tous les pays de la SADC.	Etant donné l’existence des programmes, les recommandations du Rapport de 2009 se focalisent sur le plaidoyer pour assurer des services complets, ainsi qu’un accès accru aux services existants.
Recommandations: Faire le suivi de la mise en oeuvre		De plus, le Rapport de 2009 recommande de faire le suivi de la mise en œuvre des programmes, pour identifier l’étendue à laquelle les femmes accèdent aux services

		et quels sont les obstacles à l'accès.
--	--	--

Chapitre quatre: Conclusions

En rapport avec les résultats et les recommandations faites à l'égard du VIH, SIDA et des droits de l'homme dans le Rapport, ce chapitre suggère:

1. des conclusions globales et les problèmes actuels en relation au VIH et des droits de l'homme dans la SADC; et
2. des stratégies possibles de plaidoyer pour les années à venir.

4.1 Conclusions

4.1.1 Modèle de réforme juridique

Conclusions

Tous les pays de la SADC ont entrepris un processus de réforme juridique pour riposter au VIH/SIDA, qui représente un problème des droits de l'homme. Dans beaucoup de pays, cela a demandé l'adoption d'une législation de la santé publique, qui soit spécifique au VIH pour gérer divers aspects du VIH et du SIDA, et qui englobe aussi la protection des droits des PVVIH.

La nature spécifique au VIH d'une telle législation, signifie cependant que la loi peut ne pas refléter la réponse multisectorielle appropriée au VIH et au SIDA, basée sur le contexte national. Cela signifie également, que les dispositions anti-discriminatoires, n'incorporent pas les gens qui sont vulnérables à l'infection du VIH, à cause de la discrimination fondée sur le sexe, le genre, l'orientation sexuelle, l'origine, par exemple.

Dans tous les pays de la SADC, les gouvernements ont commencé un processus de réforme juridique et politique. Ils ont utilisé une variété d'approches différentes afin de réviser, mettre à jour, et mettre en oeuvre des mesures de réformes juridiques et politiques. Six pays ont adopté une législation dédiée au VIH, 5 ont intégré les questions de VIH dans d'autres lois et 3 ont établi des principes sur le VIH dans les politiques.

Une approche commune dans les pays de la SADC est l'adoption d'une législation dédiée au VIH, qui traite de toutes sortes de problèmes concernant le VIH et qui protège les droits des PVVIH et de ceux qui sont affectés par l'épidémie. Bien qu'il y ait des limitations à cette approche – elle est souvent basée dans le secteur de la santé, ce qui limite une approche multisectorielle envers l'épidémie, des lois spécifiques au VIH souvent ne prennent pas en compte d'autres problèmes plus généraux d'inégalité, qui augmentent la vulnérabilité des gens au VIH – cependant, il semble que ça ait eu pour résultat une réforme rapide des lois dans les pays de la SADC. Puisque beaucoup de pays de la SADC n'ont pas de lois exhaustives sur l'égalité et la non-discrimination (comme c'est le cas pour l'Afrique du Sud), la tendance à élaborer des lois sur le VIH qui protègent les droits des PVVIH peut continuer. En Afrique du

Sud, l'approche intégrée à la réforme juridique, selon laquelle divers ministères du gouvernement ont adopté des lois et des politiques concernant le VIH pour riposter au VIH et SIDA, a bien marché. Des réformes juridiques continues dans les pays de la SADC, devraient être fondées sur une vérification détaillée des lois existantes, de leurs applications et de leur impact sur le VIH et le SIDA.

Défis à relever

Certains pays de la SADC n'ont pas encore élaboré de dispositions juridiques (contrairement à des politiques) pour protéger les droits des PVVIH. De plus, la réforme juridique doit être fondée sur le contexte national, et pour assurer la protection des droits non seulement des PVVIH, mais aussi de tous ceux qui sont vulnérables à l'infection du VIH. Cela nécessite que les pays incorporent des dispositions globales sur l'égalité et l'anti-discrimination au sein des lois sur le VIH, ou que les pays élaborent une législation d'ordre général sur l'égalité et l'anti-discrimination, qui soit fondée sur une vérification des lois.

Bien que les lois spécifiques au VIH adoptées dans la région promeuvent ostensiblement une riposte aux VIH qui soit fondée les droits de l'homme, beaucoup de ces lois contiennent des dispositions spécifiques, par exemple sur le dépistage et la révélation du statut, ce qui sape en fait les droits des PVVIH.

4.1.2 Les ripostes fondées sur les droits vs les ripostes coercitives

Conclusions

La majorité des pays de la SADC ont inclus des lois protectrices et coercitives sur le VIH dans leurs ripostes juridiques.

L'élaboration d'une législation dédiée au VIH a mené à l'établissement de normes juridiques de protection – par exemple, beaucoup de nouvelles lois sur le VIH/SIDA incorporent des dispositions sur l'égalité et l'anti-discrimination pour les PVVIH, et des lois protectrices à l'égard du dépistage et de la révélation du statut sérologique, ont été établies. Ces nouvelles normes sont des démarches significatives envers la création d'une réponse de la santé publique, fondée sur les principes des droits de l'homme.

Ceci dit, il y a cependant beaucoup de dispositions juridiques de protection qui sont limitées par des clauses de 'rétraction' (des exceptions qui permettent de limiter les droits). Egalement, beaucoup de pays de la SADC ont introduit simultanément des ripostes juridiques coercitives au VIH/SIDA, dans la loi pénale.

Dans le contexte des débats politiques actuels concernant le manque d'assimilation du traitement ARV et le niveau continuellement bas de dépistage du VIH, il est encourageant de voir que beaucoup de pays de la SADC ont adopté une nouvelle législation, qui protège les droits des personnes utilisant les services médicaux. Etant donné la pression continue faite par le plaidoyer dans la santé publique pour revenir à des approches plus traditionnelles et

coercitives, telles que le dépistage du VIH obligatoire, ce type de législation pourrait former un garde-fou contre des politiques de dépistage du VIH irrationnelles.

Une préoccupation, cependant, est le fait que dans un certain nombre de cas, les nouveaux droits actuels au sein de la législation de la santé publique, ont été "rétractés" par des dispositions qui sapent ces droits. Par exemple, dans certains pays le droit au consentement informé, a été expressément limité lorsque les dispositions juridiques permettent le dépistage du VIH sans consentement informé dans des circonstances spécifiques. De plus, certaines politiques et programmes de dépistage du VIH, au sein de la région – tels que le dépistage routinier initié par la prestataire de services, avec choix de refuser – rendent les patients vulnérables aux abus potentiels des droits de l'homme.

Beaucoup de pays ont aussi inclus des peines de prison dans la législation de la santé publique et/ou dans la loi pénale. Par exemple, certains pays de la SADC sanctionnent les PVVIH s'ils ne révèlent pas "immédiatement" leur statut séropositif aux autres. Six pays de la SADC ont établi une nouvelle sanction pour pénaliser le comportement néfaste à l'égard du VIH, en dépit du plaidoyer actif fait par les ONG. De plus, dans certains pays ces nouvelles sanctions ont considérablement élargi l'envergure des responsabilités et incorporent maintenant les actions négligentes et même les actions 'inconsidérées' commises par les PVVIH. Ces dispositions coercitives sapent les programmes de soutien social, qui visent à faciliter le processus de révélation du statut sérologique. Ces nouvelles sanctions ne prennent aussi pas en compte les dangers réels auxquels les PVVIH font face, tels que : se faire chasser de chez eux, être rejetés, être soumis à la violence corporelle s'elles révèlent leur statut séropositif sans soutien.

La recherche pour ce Rapport a principalement été faite par des ONG et seulement quelques réponses limitées ont été reçues de la part des gouvernements de la SADC. En résultat, le Rapport ne peut établir si les gouvernements sont au courant des Directives Internationales de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA et les Droits de l'Homme et s'ils les utilisent. Néanmoins, il est clair que seulement certains gouvernements sont au courant de la synergie entre la santé publique et les droits de l'homme, et que beaucoup de ripostes législatives semblent vouloir réagir à l'opinion populaire plutôt que de s'engager envers droits de l'homme. Les réformes dans la loi pénale continuent de refléter cette dernière position.

Défis à relever

Il s'agit de s'assurer continuellement que le terrain gagné dans les droits de l'homme (par exemple, en rapport avec le dépistage du VIH et la révélation du statut séropositif) ne soit pas érodé. Il y a un défi particulièrement complexe concernant une pression forte au sein de la SADC pour l'élaboration de lois pénales qui sanctionnent dans le domaine du VIH, cela suggère qu'il est nécessaire d'avoir une meilleure compréhension des réponses législatives. Etant donné que beaucoup de ces lois ont été promulguées récemment, il se peut que le plaidoyer pour leur abrogation, nécessite d'être suppléé par des initiatives de plaidoyer dont le but sera d'assurer que ces nouvelles lois (telles que les lois concernant le dépistage du VIH pour ceux qui ont commis des attaques sexuelles et concernant leurs condamnations) soient seulement utilisées d'une façon appropriée qui protège les droits.

4.1.3 L'accès au système de santé

Conclusions

Des progrès sont faits dans l'élaboration de lois, de politiques, de programmes et de plans pour faciliter l'accès au traitement (ARV) et aux services de prévention pour les femmes (PTME). Cependant, il y a encore un grand nombre de gens qui n'ont pas accès aux services disponibles.

Des progrès ont été faits concernant la généralisation du traitement des soins et des programmes de soutien dans la région de la SADC. Cependant, il est très inquiétant que seulement 14 % des pays de la SADC atteignent 70 % des gens qui ont besoin du traitement ARV. Les obstacles principaux à l'accès au traitement comprennent le manque de structures dans les régions rurales, la législation qui entrave l'accès aux soins pour les enfants sans la participation parentale et le manque de personnel soignant dans la région. L'accès au traitement pour le nombre croissant de migrants et de populations déplacées dans la région est de nouveau un problème resurgissant.

A l'égard des programmes de prévention, le nombre bas de gens qui se font tester, continue d'être un problème. On estime que seulement 2 sur 10 africains sont au courant de leurs statuts sérologiques. Il y a un problème sérieux dans la région, qui est de faciliter l'accès aux services de prévention du VIH pour les femmes. Etant donné l'impact disproportionné du VIH sur les femmes, il est extrêmement important que chaque pays de la SADC puisse offrir aux femmes, au minimum, l'accès à la PTME. Il semble que des progrès aient été faits dans ce domaine. Cependant, les femmes dans les régions rurales continuent de ne pas avoir accès à ces services et les ONG indiquent que le dépistage du VIH est offert de façon coercitive dans beaucoup de services de PTME. Dans 5 pays de la SADC, le programme de PTME est offert par le biais du dépistage routinier, initié par le prestataire de services avec choix de refuser. Puisque cette pratique pourrait résulter en abus des droits de l'homme, sa mise en œuvre doit être soigneusement suivie.

Beaucoup d'autres pays de la SADC offrent maintenant des programmes PPE aux survivant(e)s des attaques sexuelles. Cependant, il y a des informations limitées sur leur utilité, en particulier il s'agit de savoir si les femmes ont accès à ces services dans les temps minimum requis pour leur efficacité.

Défis à relever

Les défis comprennent l'élimination des obstacles et l'accroissement de l'accès aux services médicaux disponibles, s'assurer que le dépistage du VIH protège les droits des patients et encourage l'accès au système de santé, et aussi avoir une meilleure compréhension de l'accès à la PPE.

4.1.4 Discrimination continue et abus des Droits de l'Homme

Conclusions

En dépit d'un cadre juridique et de politiques de plus en plus protectrices dans la SADC, des lacunes dans ce cadre ont pour résultat la discrimination continuelle contre les PVVIH. En plus, l'élaboration d'une riposte au VIH/SIDA fondée sur les droits de l'homme au sein de la région de la SADC, est rendue plus compliquée par le grand nombre de droits de l'homme en compétition et l'état continuel de répression ainsi que l'ébranlement des droits de l'homme dans certains pays.

Dans certains pays de la SADC des facteurs politiques et juridiques prédominants qui ébranlent les droits de l'homme en général, tels que les restrictions de la liberté d'expression par l'état, affectent négativement aussi l'habileté des départements gouvernementaux et des ONG de pouvoir offrir effectivement des programmes sur le VIH et le SIDA.

De plus, bien que beaucoup de gouvernements aient adopté des protections des droits de l'homme pour les PVVIH, les autres protections juridiques sont limitées et il y a des lacunes continues dans les cadres juridiques et politiques. La majorité des pays criminalisent les relations du même sexe, les femmes sont encore des personnes de deuxième classe dans la loi coutumière et les migrants et les populations déplacées sont encore marginalisées des communautés et des services.

Il s'agit de créer un environnement habilitant au sein duquel la discrimination injuste contre tous les groupes marginalisés, soit éliminée, car cette discrimination continuelle est l'un des véhicules moteurs sous-jacents de l'épidémie du VIH. Les ONG qui plaident pour que le VIH soit considéré comme une question des droits de l'homme, doivent viser à placer ces stratégies au sein d'un contexte plus large de plaidoyer pour la protection juridique de tous les droits de l'homme, dans la région.

Défis à relever

Le défi dans ce domaine est de passer d'une focalisation étroite de protection des droits des PVVIH à un programme plus global d'égalité. Les défis dans ce secteur sont énormes, puisque cela veut dire obtenir un soutien politique pour un programme de réforme juridique plus global. Ceci signifie renforcer les droits existants et réformer les lois, les politiques et les pratiques discriminatoires contre les groupes marginalisés dans la société, dans des domaines traditionnellement conservateurs de la loi – tels que le secteur militaire, les systèmes correctionnels, la loi et les infractions sexuelles.

4.1.5 Le suivi et la mise en oeuvre

Conclusions

La région de la SADC est en train de passer à nouvelle phase dans laquelle les cadres juridiques et politiques sont pratiquement en place et il s'agit alors de se focaliser sur le plaidoyer afin de faire le suivi de la mise en oeuvre de ces réformes.

Il faut féliciter les ONG pour leur plaidoyer acharné, qui a résulté en des réformes juridiques et politiques exhaustives au sein de la région.

Des cadres législatifs sont maintenant en place dans tous les pays de la SADC sauf 3. Cependant, il y a encore beaucoup à faire pour que ces droits deviennent réels pour les PVVIH ainsi que pour ceux qui sont affectés par l'épidémie. Par exemple, au niveau politique, l'accès à la PPE pour survivant(e)s d'attaques sexuelles, est offert par presque 65% des pays de la SADC. Cependant, beaucoup de partenaires d'ARASA indiquent que souvent les médicaments ne sont pas offerts aux survivant(e)s car ils ne sont pas disponibles, ou, ils ne sont pas donnés dans les 72 heures, donc ne servent pas à grand-chose.

Défis à relever

Les défis comprennent la mobilisation des ressources pour assurer que les lois puissent être complètement mises en œuvre; des initiatives de soutien de la part de l'état pour faciliter la mise en œuvre de nouvelles lois et politiques, et entreprendre des recherches sur l'étendue jusqu'à laquelle les lois sont mises en œuvre et sur leur efficacité.

4.1.6 Application

Conclusions

Les mécanismes d'application sont en train d'être renforcés car beaucoup plus de pays dans la SADC ont introduit une législation dédiée au VIH. La plupart des lois sur le VIH/SIDA ont aussi inclus des peines pour les disputes concernant le VIH. Dans la plupart des cas, les pays de la SADC transfèrent les disputes concernant le VIH à des mécanismes de résolution des litiges existants (tels que les tribunaux) au sein du pays.

La capacité de faire appliquer les droits et les obligations devient de plus en plus facile dans la région car les pays ont adopté une législation dédiée au VIH. Cette législation crée généralement des infractions correspondantes aux dispositions juridiques. Par exemple, des dispositions concernant le dépistage du VIH et la révélation du statut, seraient généralement complétées par des dispositions créant une infraction pour un test VIH sans consentement ou pour la révélation du statut séropositif en dehors des circonstances indiquées. Ceci facilite l'application des droits des PVVIH.

Défis à relever

Les défis comprennent le fait de déterminer l'efficacité des mécanismes de résolution des litiges (tels que les mécanismes généraux comme les tribunaux ou les nouveaux tribunaux créés pour les questions concernant le VIH) pour assurer qu'ils soient accessibles et que le personnel soit qualifié et comprennent les questions concernant le VIH, le SIDA et la loi.

4.1.7 Problèmes émergents des droits de l'homme

Conclusions

Il y a un certain nombre de nouveaux problèmes des droits de l'homme émergents, tels que les droits des gens qui ont la tuberculose.

L'épidémie se transforme ainsi que les problèmes des droits de l'homme. Les problèmes émergents pour les années à venir, qui ont été déterminés par ce Rapport, incluent les droits à l'accès aux soins de santé pour les groupes vulnérables (tels que les enfants et les populations marginalisées), les droits des gens avec la tuberculose et les droits concernant le développement de nouvelles interventions de prévention, telles que la circoncision ainsi que les vaccins pour le VIH.

4.2 Les changements importants entre 2006 et 2009

En 2006, moins de la moitié des pays de la SADC avaient adopté des cadres juridiques appropriés à l'égard du VIH. En 2009 il semble que la plupart des cadres juridiques soient en place pour la majorité des pays. Il y a eu aussi une série de réformes juridiques, avec quatre pays ou plus ayant adopté une législation dédiée et ostensiblement fondée sur les principes des droits de l'homme. Ceci indique une tendance continue au sein de la région à utiliser une législation de la santé publique spécifique au VIH qui incorpore la protection pour les droits de PVVIH. Cependant, on doit noter que le changement a été limité concernant le droit général à l'égalité, avec peu de gains réalisés par le plaidoyer pour l'obtention d'une législation d'ordre général sur l'égalité.

L'adoption de normes régionales a été un élément d'importance décrivant les normes des droits de l'homme principales qui devraient faire partie de la législation sur le VIH/SIDA. L'adoption d'une loi modèle sur le VIH et SIDA en 2008, élaborée par le Forum Parlementaire de la SADC (SADC PF), représente un accomplissement significatif, car cette loi a établi des normes régionales claires des droits de l'homme à l'égard des questions de VIH. Elle reflète un engagement régional envers le VIH et les questions de droits de l'homme et peut encourager les pays de la SADC à continuer d'élaborer des programmes de réformes juridiques, fondés sur les normes et les standards recommandés et sur les besoins de leurs propres contextes spécifiques.

L'un des cas les plus significatifs qui ait été présenté en cour de justice pendant cette période était *L'Union des Forces de Sécurité Sud Africaines et Autres v Chirurgien Général et Autres*.¹¹⁶ Dans ce procès, le Projet de Loi sur le SIDA a abouti un à « arrangement à l'amiable » avec la Force de Défense Nationale Sud Africaine (SANDF) sur le fait que leur politique sur le VIH, constituait une discrimination inconstitutionnelle contre les recrues séropositives ainsi que les membres de la force. De plus, la SANDF a accepté de réviser et de remplacer cette politique dans les 6 mois. Cet accord est devenu un ordre de la Cour Suprême de Pretoria en Afrique du Sud. Ce cas peut être considéré comme un point tournant significatif dans la région, car il

¹¹⁶ Case number 18683/07.

menace d'autres politiques discriminatoires de dépistage du VIH dans le secteur militaire et il relève le défi au niveau constitutionnel.

Les programmes de traitement, de soins et de soutien, continuent de croître au sein de la région, avec des engagements croissants des états en vue d'en assurer l'accès. Dans beaucoup de pays, des cadres juridiques ont été mis en place pour soutenir la généralisation de ces programmes d'une façon qui soit consistante avec les principes des droits de l'homme. Ces progrès se focalisent de plus en plus, en 2009, sur le besoin de suivre la mise en œuvre afin de promouvoir l'accès aux services disponibles.

Tableau 46: Comparaison des résultats de 2006 et de 2009

PROGRES EN 2009	PROBLEMES ACTUELS EN 2009	NOUVEAUX PROBLEMES EN 2009
Plus de pays ont des lois et des politiques sur le VIH. Beaucoup de pays ont une loi dédiée au VIH qui inclut la protection de certains droits des PVVIH.	L'élaboration d'une riposte fondée sur les droits de l'homme, est compliquée par un grand nombre de droits de l'homme qui ont des intérêts en compétition ainsi que par la répression étatique des droits dans certains pays.	De nouvelles lois sur le VIH et SIDA signifient qu'il y a des opportunités croissantes concernant l'application des droits.
La SADC a adopté une loi modèle sur le VIH et SIDA, ce qui démontre un engagement envers la réforme des lois sur le VIH et les droits de l'homme.	Beaucoup de pays continuent d'adopter des lois qui limitent les droits des PVVIH.	Puisque qu'il y a de nouvelles lois sur le VIH et SIDA, cela veut dire qu'il y a maintenant besoin de faire le suivi de la mise en œuvre du cadre juridique.
Plus de pays ont des lois et des politiques pour les interventions prioritaires dans le domaine de la santé et il y a un accès croissant à la prévention et au traitement.	La discrimination contre les PVVIH continue d'être un problème sérieux.	Il y a de nouveaux problèmes émergents des droits de l'homme tels que l'accès aux services médicaux pour les groupes vulnérables (les femmes, les enfants et les migrants), les droits des gens tuberculeux et les questions de droits à l'égard des nouvelles technologies de prévention.

4.3 Un programme de plaidoyer pour 2009 et au-delà

Douze ans après le développement des Directives Internationales de l'ONUSIDA sur le VIH/SIDA et les Droits de l'Homme, il existe encore des problèmes anciens et il y a de nouveaux en rapport à des ripostes au VIH qui soient fondées sur les droits de l'homme. Beaucoup de nouveaux défis concernent l'environnement changeant pour les programmes sur le VIH, tels que les nouvelles technologies de prévention, les traitements éprouvés et les médicaments

moins chers. Néanmoins, même les points de références internationaux tels que les Directives Internationales, pourraient nécessiter une re-évaluation à périodique, afin d'assurer qu'ils continuent d'offrir une orientation à l'égard des problèmes principaux des droits de l'homme.

Pour avancer dans les deux ans à venir, le Rapport recommande les priorités suivantes pour le plaidoyer:

1. Améliorer la compréhension du VIH comme question des droits de l'homme parmi les législateurs et obtenir leur soutien pour une approche qui soit basée sur des objectifs communs à la santé publique et aux droits de l'homme.
2. Des réformes juridiques dans tous les pays de la SADC, fondées sur une audite de la riposte juridique au VIH et SIDA au sein des pays, qui examine les lois existantes pertinentes, ainsi que la nature de leurs applications, le besoin de réformes juridiques et l'impact que ces lois ont sur la qualité de la riposte à l'épidémie, en particulier l'accès et l'assimilation des services sur le VIH et des produits par les femmes, les gens séropositifs et les populations en risque; cela sera suivi par une réforme de la loi et/ou de son application si nécessaire. Les programmes de réformes juridiques devraient plaider pour obtenir une réforme globale, multisectorielle de tous les problèmes soulevés dans le secteur du VIH et SIDA, en se focalisant particulièrement sur les problèmes clés qui ont été indiqués dans ce Rapport.
3. L'abrogation des lois pénales inappropriées en rapport avec le VIH et SIDA, ainsi que la recherche sur et l'adoption d'une position régionale claire (y compris des directives) sur l'usage approprié de certaines lois pénales existantes concernant le VIH et SIDA.
4. L'abrogation des lois et des politiques qui permettent le dépistage du VIH et la discrimination dans les forces armées.
5. L'adoption du Code de la SADC sur l'Égalité et la Non-discrimination, y compris la référence à la protection des droits des PVVIH et des gens vulnérables au VIH et SIDA.
6. La fourniture de soutien juridique pour les personnes séropositives et pour les membres des groupes vulnérables et marginalisés (les femmes, le personnel soignant, les survivant(e)s des attaques sexuelles, les orphelins, et les enfants vulnérables, y compris les toxicomanes, les travailleurs du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes) sous forme d'aide juridique, de règlement stratégique des litiges, et de résolution communautaire des disputes, y compris le travail avec les dirigeants traditionnels.
7. La mise en œuvre des campagnes "Connaissez vos droits" qui habilite ceux qui sont affectés par le VIH et qui leur permettent de connaître leurs droits dans le contexte de l'épidémie et les focalisent sur des demandes concrètes concernant l'égalité des genres, la non-discrimination basée sur le VIH et d'autres statuts sociaux, l'élimination de la violence contre les femmes, et la protection des droits des enfants.
8. La fourniture de cours de formation sur les droits de l'homme pour les prestataires de services clés, qui se focalisent sur le consentement informé, la confidentialité, la non-discrimination et la non-violence.

9. La mise en œuvre de programmes de réduction de l'opprobre et de la discrimination afin de chercher à réduire activement l'opprobre et la discrimination fondés sur le VIH et d'autres statuts sociaux associés.
10. La mise en œuvre de programmes qui adressent l'intersection entre la violence contre les femmes/ filles et le VIH.
11. La mise en œuvre de programmes pour transformer les normes néfastes et inéquitables dans le genre, qui augmentent la vulnérabilité à l'infection et qui affectent les hommes, les femmes et les jeunes.
12. La mise en œuvre de programmes pour assurer des droits égaux aux femmes et aux filles dans le contexte du mariage et des lois familiales et l'accès aux opportunités économiques.
13. L'élaboration d'une stratégie régionale de plaidoyer pour les mesures nécessaires requises pour créer un environnement habilitant pour accéder aux services de prévention et de traitement pour tous, en se focalisant particulièrement sur les groupes marginalisés. Les obstacles juridiques et politiques à l'accès peuvent inclure les lois criminalisant les relations du même sexe, les lois qui restreignent les droits à la santé des migrants, les lois qui promeuvent l'inégalité et les lois qui limitent la capacité des enfants.
14. Les objectifs régionaux concernant l'accès aux services médicaux, y compris l'accès aux ARV.
15. Faire le suivi des nouvelles lois et politiques de la santé publique, y compris l'application de mécanismes dans la région.
16. Elaborer des stratégies de plaidoyer pour les problèmes nouveaux et émergents, tels que les droits des patients tuberculeux, et les insérer dans les programmes existants sur le VIH et les droits de l'homme.

Une vigilance continuelle et du plaidoyer, sont nécessaires pour assurer que les principes d'une riposte fondée sur les droits de l'homme, soient le point central de toutes les stratégies pour combattre et atténuer l'impact du VIH et SIDA.