

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 11, NUMÉRO 1, AVRIL 2006

Expansion du test du VIH : les droits humains et les coûts cachés

Les appels en faveur de tests de routine pour le VIH initiés par les fournisseurs de soins s'intensifient. Dans cet article, Joanne Csete et Richard Elliott examinent les enjeux éthiques et de droits humains liés à l'administration systématique de ce test. Certains aspects de cet article sont inspirés d'une réunion internationale d'experts sur le test du VIH et les droits humains, organisée par le Center for Health and Gender Equity, l'organisme Gay Men's Health Crisis et le Réseau juridique canadien VIH/sida, en octobre 2005 à Montréal, à laquelle ont participé des experts du milieu universitaire, des fonctionnaires des Nations Unies, des militants et des personnes vivant avec le VIH/sida des quatre coins du monde.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que seulement 10 % des personnes vivant avec le VIH dans des pays à revenu faible ou moyen sont au courant de leur séropositivité;¹ c'est une crise mondiale. L'accès au test du VIH dans des conditions humaines et fiables est essentiel à une réponse mondiale efficace contre le VIH/sida. L'appui à l'accès universel au test du VIH de qualité et abordable est un élément de consensus complet entre militants de la lutte au VIH/sida et responsables des politiques. Mais les points de vue divergent quant aux éléments essentiels du test du VIH et aux moyens à employer pour parvenir à un accès universel au test du VIH.

Le présent article vise à répondre aux appels de plus en plus fréquents et insistants à accélérer l'expansion du test du VIH en remodelant les normes reconnues à l'échelle internationale, en matière de test du VIH. Dans la nouvelle approche, parfois qualifiée de « test de routine », que certains proposent, le test de sérodiagnostic du VIH

voir page 5

Dans ce numéro

Santé Canada autorise l'accès à des médicaments expérimentaux 11

L'OMC approuve l'amendement aux ADPIC pour l'importation sous licence obligatoire 24

Comment le nouveau gouvernement minoritaire du Canada abordera-t-il le VIH/sida? 13

R.-U. – La Cour d'appel confirme les ordonnances d'expulsion de quatre personnes séropositives 46

Le Lesotho entreprend le test universel du VIH 29

La Cour suprême du Canada précise la disposition sur la non-admissibilité médicale à l'immigration 39



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network | Réseau
juridique
canadien
VIH/sida

La publication de la Revue *VIH/sida, droit et politiques* est rendue possible en partie grâce à une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida

Expansion du test du VIH : les droits humains et les coûts cachés

de la page 1

serait initié par des fournisseurs de test, plutôt que par la personne qui passe le test; le test ne serait pas nécessairement accompagné d'un counselling sur le VIH/sida (l'élément qui permet à la personne testée de consentir au test en connaissance de cause); et son résultat ne serait pas protégé par une garantie de confidentialité.

Situation changeante

Les premières années de l'épidémie du VIH/sida ont donné lieu à de vifs appels au test punitif ou forcé pour cette maladie nouvelle et inquiétante, parfois accompagnés de revendications à l'effet que les personnes séropositives au VIH soient publiquement identifiées – dans le pire des cas, qu'elles soient signalées comme telles dans leurs milieux de travail et leurs communautés, voire marquées d'un tatouage révélant leur séropositivité.

Les militants de la lutte contre le VIH/sida ont compris que les individus les plus affectés par la maladie, en particulier les hommes gais et bisexuels et les utilisateurs de drogue, sont déjà socialement marginalisés, stigmatisés et, dans plusieurs cas, criminalisés et réticents à recourir aux services gouvernementaux. Ajouter à cela la peur du mépris public ferait en sorte que les populations les plus affectées par le VIH/sida seraient les moins susceptibles de se faire tester.

Sur cette base, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Programme commun des Nations

Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ont identifié, dans leur *Policy statement on HIV testing* (2004), trois principes sous-jacents du test du VIH (parfois appelés les « trois C ») qui devraient être la norme :

- la *confidentialité* du résultat et du fait d'avoir demandé le test;
- le *counselling* et l'information sur le VIH/sida avant et après le test; et
- le *consentement* à subir le test, exprimé de façon éclairée, spécifique et volontaire par la personne testée.²

Comme le soulignent l'OMS et l'ONUSIDA, le principal modèle de test du VIH dans la plupart des pays est celui du counselling et du test volontaires (CTV) initiés par les clients. Toutefois, le test *initié par les fournisseurs* est de plus en plus revendiqué par des responsables de la santé publique dans divers contextes.

L'OMS et l'ONUSIDA recommandent l'*offre de routine* du test du VIH aux femmes enceintes, aux personnes qui demandent des services pour d'autres infections transmissibles sexuellement, et aux personnes asymptomatiques là où la prévalence du VIH est élevée et où le traitement antirétroviral est disponible. Toutefois, même lorsque l'offre de test a été initiée par un fournisseur, ils recommandent un counselling pré-test approprié pour assurer le consentement éclairé des clients et pour les informer qu'ils ont le *droit de refuser le test*.

La politique de l'OMS/ONUSIDA établit une distinction entre *offre de routine* et *test de routine*. Cependant, en pratique, il pourrait être difficile de s'assurer que l'offre de routine ne se transforme pas en test automatique du VIH pour toute personne n'y exprimant pas de refus – ce qui équivaldrait au *test de routine*. De plus, l'OMS et l'ONUSIDA semblent présumer que la confidentialité peut être protégée dans un système d'offre de routine, mais cela pourrait aussi exiger un effort particulier.

Le test initié par les fournisseurs est de plus en plus revendiqué par des responsables de la santé publique dans divers contextes.

D'autres ont recommandé que le modèle des trois C soit amputé. Dans un rapport de 2002, largement cité, De Cock et coll. ont affirmé que le test de routine du VIH « ne devrait pas nécessiter de consentement spécifique ni de counselling pré-test ». ³ À leur avis, le test du VIH avec option de refus devrait être la pratique de routine ou par défaut dans les établissements de santé, en particulier dans les régions à prévalence élevée.

Le raisonnement de De Cock et coll., appuyé par d'autres, ⁴ est

essentiellement un plaidoyer contre l'« exceptionnalisme du sida ». Ils estiment que la protection de droits humains que procurent les trois C aux personnes, en lien avec le test du VIH, n'est plus justifiée (si elle l'a déjà été); ils avancent même que les trois C font entrave à la réponse efficace au VIH/sida. En particulier :

- ils considèrent que le CTV, en particulier avec counselling et consentement éclairé, est trop lent et coûteux pour être utile à une urgence sanitaire de l'ampleur du VIH/sida, surtout dans les pays à prévalence élevée;
- ils affirment que la sensibilisation au VIH/sida est déjà très élevée dans la plupart des pays à forte prévalence, ce qui atténuerait le besoin de counselling;
- ils sont d'avis que les protections exceptionnelles de droits humains rattachées au test du VIH (comparativement aux autres maladies infectieuses) ne font qu'exacerber le stigmatisme, et que la normalisation du test du VIH et une moindre emphase sur l'anonymat réduiraient ce stigmatisme; et
- ils affirment que le CTV pourrait nuire à la justice sociale en réduisant l'accès au test – un aspect essentiel aux soins et traitements.

De Cock et coll. ont par ailleurs avancé que l'Afrique est un cas particulier, en ce qui a trait au besoin de mesures sanitaires d'urgence sans s'encombrer de la « nécessité de protéger les libertés individuelles ». Ils ont écrit en 2002 : « Une approche exceptionnaliste à la prévention du VIH ne serait probablement pas appliquée aux États-Unis ou en Europe, en cas d'épidémie semblable à celle observée en Afrique... ».⁵

Le test de routine soulève de sérieuses inquiétudes

Ce plaidoyer de De Cock et de ses collègues en faveur du test de routine initié par des fournisseurs, que nous croyons issu d'un sincère souci pour la santé publique, soulève de nombreuses préoccupations à nos yeux.

Le test sans les trois C : violation de droits humains

En général, les arguments en faveur de modèles de test du VIH qui abolissent ou restreignent le consentement éclairé et le counselling ne tiennent pas suffisamment compte du lien entre des composantes du CTV et les droits humains. Toute personne a le droit de jouir du « meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre », ce qui correspond essentiellement à la meilleure norme d'information, de biens et de services de santé.⁶

L'énoncé qui fait autorité en la matière, du comité de l'ONU surveillant les progrès des gouvernements dans la réalisation de ce droit, stipule que le droit à la santé inclut des services élémentaires, y compris des services de santé liés au VIH/sida, qui sont « scientifiquement et médicalement appropriés et de bonne qualité », et respectueux de la culture et de l'éthique médicale.⁷ Nous considérons que cela inclut le test du VIH.

Les composantes du CTV sont clairement enracinées dans les droits de la personne. Le consentement éclairé protège le droit humain à la sécurité de la personne – c'est-à-dire au contrôle de ce qui est fait à notre corps⁸ – et le droit de recevoir de l'information.⁹ Le counselling pré-test contribue à la protection de ces mêmes droits. Quant au counselling

post-test, il fournit également des renseignements auxquels les gens ont droit. La confidentialité du résultat et de la demande d'un test du VIH fait partie de la protection et du respect du droit à la vie privée.¹⁰

Les composantes du CTV sont clairement enracinées dans les droits de la personne.

Au delà des composantes du processus de test en soi, les gouvernements ont la responsabilité de s'assurer que le test du VIH, comme tous les autres services de santé essentiels, ne soit pas offert ou fourni d'une manière discriminatoire à l'égard d'une personne ou d'un groupe de personnes.¹¹ Nous sommes d'avis que les droits à la protection contre la discrimination et à la sécurité de la personne nécessitent aussi que, dans l'élaboration des politiques sur le test du VIH et dans la surveillance de leur mise en œuvre, les gouvernements reconnaissent les répercussions possibles du test du VIH sur les individus – stigmatisme, discrimination, violence et autres abus – et fassent tout en leur pouvoir pour prévenir les violations de droits humains qui y sont associées.

Simplement augmenter le nombre de gens testés n'est pas un but suffisant, sans égard aux conséquences du test

Bien que peu d'études aient porté sur le test de routine du VIH initié par des fournisseurs, il ne serait pas éton-

nant que cette pratique génère des taux plus élevés de recours au test que l'approche du CTV, puisque le test de routine initié par un fournisseur implique d'administrer systématiquement le test du VIH aux patients à moins d'un refus explicite. Mais un nombre accru de tests est-il un but suffisant? La seule administration du test n'est pas nécessairement bénéfique si le groupe supplémentaire de gens testés inclut un grand nombre d'individus qui n'étaient pas bien préparés au test, qui ne disposent pas d'information adéquate pour comprendre l'impact du résultat sur leur vie et leurs proches, qui peuvent avoir une peur irrationnelle du VIH en raison d'un manque de connaissance, ou qui ne savent pas comment divulguer leur séropositivité à leurs partenaires sexuels ou d'injection de drogue.

Il peut en résulter des cas de dépression, de suicide, d'abandon, de violence et d'autres abus, dont il faut tenir compte dans l'équation des politiques visant l'expansion du test du VIH. Des recherches supplémentaires sont requises de toute urgence pour vérifier si l'absence de consentement éclairé et de counselling influence les expériences d'abus et autres conséquences négatives liées à un résultat positif au test du VIH.

Peu de professionnels de la santé publique considéreraient qu'un simple taux accru de test est en soi un accomplissement. Le test du VIH est un instrument utile s'il contribue à la prévention et à l'accès aux soins, aux traitements et au soutien. Les tenants du test de routine initié par des fournisseurs soutiennent pour leur part qu'un faible taux de test du VIH empêche les gens qui ont besoin de traitements d'y accéder, et entrave la prévention en rendant impossible

de joindre les personnes qui sont séropositives au VIH mais ne le savent pas encore, au moyen d'efforts d'éducation sur les comportements plus sûrs.

L'expansion des traitements anti-rétroviraux – même si elle n'est pas encore aussi étendue qu'elle devrait l'être – a démontré que lorsque des traitements sont disponibles, les gens ont généralement recours en grand nombre au test volontaire du VIH. Si aucun traitement n'est disponible, il n'est pas étonnant que les gens soient plus réticents à demander le test. De plus, il est contraire à l'éthique d'exposer des individus au stigmate et aux autres conséquences négatives pouvant découler du test du VIH sans leur fournir d'autres ressources de soutien, de traitements et de soins.

Un test du VIH sans counselling et consentement éclairé perd sa valeur préventive.

Sans les trois C, le test perd sa valeur préventive

Pour que le test fasse partie d'un effort complet et efficace de prévention du VIH, fondé sur les droits de la personne, il devrait donner l'occasion aux patients de comprendre et de poser des questions sur la transmission du VIH et les soins, et d'obtenir de l'aide sur la difficile question de la divulgation de leur séropositivité. Un test du VIH qui n'inclut ni counselling ni consentement éclairé perd sa valeur d'instrument préventif.

Comme l'a souligné Heywood, la forte « sensibilisation » au VIH/sida, y compris dans les pays africains à prévalence élevée, n'équivaut pas à une réelle connaissance pouvant guider et inspirer des changements comportementaux. Cette connaissance est beaucoup plus susceptible de venir du counselling et de l'occasion de poser des questions.¹²

Le counselling a été considéré dès le début de l'épidémie comme une importante composante du test, fournissant aux gens de l'information adéquate et adaptée à la culture ainsi qu'une occasion de poser des questions de manière discrète et confidentielle. Certes, l'absence de conseillers qualifiés est un problème répandu, en particulier dans les communautés durement frappées. C'est une question de ressources et de priorités programmatiques. Plusieurs pays à faible revenu ont démontré qu'il est possible de fournir rapidement une formation à des conseillers, lorsque des ressources sont disponibles.

Test volontaire : un échec ou plutôt un manque de financement?

Il existe un vaste corpus de données de recherche, y compris d'études de cas, dont certaines ont été compilées par l'ONU, à l'appui de l'efficacité du CTV en tant qu'élément d'une stratégie complète de prévention, de traitement et de soins.¹³ Avant de prononcer l'échec du CTV, il est important de se demander si le modèle a réellement « échoué » ou s'il a plutôt manqué du soutien nécessaire à réaliser son plein potentiel.

De 1988 à 1998, alors que l'Afrique subsaharienne aurait dû bâtir sa capacité de counselling et de test du VIH, le niveau d'aide publique au développement pour tous les

programmes de lutte contre le VIH/sida, y compris le test, était scandalusement faible et a même diminué par rapport au nombre de personnes séropositives.¹⁴ Pendant cette période, avec si peu d'espoir de fournir un traitement efficace contre le VIH/sida, plusieurs pays ont eu tendance à investir davantage dans des programmes d'éducation générale ou de promotion de l'usage du condom que dans la sensibilisation au test du VIH.

C'est seulement depuis 2002, année où De Cock et ses collègues ont affirmé l'échec du CTV, qu'une aide financière accrue, par le biais de mécanismes comme le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a ouvert la voie à une vaste expansion de la capacité de counselling et de l'accès aux traitements.

L'espoir grandissant de l'accès aux antirétroviraux devrait mettre en relief le besoin urgent d'expansion de la capacité de counselling pour que le test du VIH ait la valeur préventive et le solide lien aux traitements et aux soins qui sont de mise. L'expansion du test est requise de façon urgente et, avec un investissement adéquat, elle pourrait réduire les abus liés au VIH et renforcer la confiance à l'égard du système de santé qui est essentielle aux traitements et aux soins de longue durée. Or cela est peu susceptible de se produire hors du contexte du CTV.

L'abandon des trois C pourrait accroître les conséquences néfastes du test

Un récent examen mené par l'OMS, portant sur 17 études réalisées en Afrique et en Asie du Sud-Est, a révélé qu'entre 4 et 28 % des femmes signalaient des conséquences néga-

tives découlant de la divulgation de leur séropositivité au VIH. Ces conséquences incluaient le blâme, l'abandon, la violence, la colère, le stigmatisation et la dépression.¹⁵ Entre 2,5 et 14,6 % de ces femmes ont affirmé avoir subi de la violence en réaction à la divulgation de leur séropositivité au VIH.

Les auteurs de ce rapport soulignent qu'un dépistage des femmes les plus vulnérables à des conséquences négatives de la divulgation – ainsi qu'un counselling ciblé et intensif pour les aider, en particulier si elles ont déjà été exposées à la violence domestique et à la coercition sexuelle – pourrait les aider à réduire les risques d'abus liés à la divulgation.¹⁶ D'autres chercheurs ont noté que si les deux partenaires d'une relation pouvaient recevoir le counselling ensemble (bien que cela exige plus de temps et d'argent et ne soit pas toujours possible), des situations d'abus pourraient être efficacement désamorcées.¹⁷

Même avant l'enquête de l'OMS, il était évident que la divulgation de la séropositivité au VIH comportait des risques, particulièrement pour les femmes, les jeunes et les personnes criminalisées (comme les travailleurs sexuels et les utilisateurs de drogue) ou marginalisées sur le plan social ou juridique.

En dépit de l'existence de mesures pour atténuer les conséquences néfastes du test du VIH, et même si les trois C sont respectés dans les politiques, il est clair que l'accès à ces mesures demeurera limité. Par ailleurs, pour certaines personnes, comme les femmes qui ont un partenaire violent, le seul moyen susceptible de réduire les conséquences néfastes découlant de la divulgation de leur séropositivité au VIH pour-

rait être de quitter la relation – ce qui peut être entravé par d'autres facteurs qui n'ont rien à voir avec le counselling et l'information.

Néanmoins, il est important de tenter de réduire les méfaits par tous les moyens possibles, dans les limites des ressources disponibles. Mais même en présence de mesures pour réduire l'impact néfaste du test, nous demeurons d'avis qu'administrer le test du VIH à une personne sans son consentement constitue une violation de ses droits humains.

Administrer le test du VIH à une personne sans son consentement est une violation de ses droits humains.

Une politique de test de routine est injustifiable si elle expose des gens à des abus

Dans leur appel au test de routine sans consentement éclairé, De Cock et coll. reconnaissent que la divulgation de la séropositivité au VIH peut entraîner du stigmatisation et de la discrimination. Ils suggèrent que « le test de routine du VIH s'accompagne de changements structurels comme des interdictions légales et sociales touchant la discrimination ou l'abus des personnes affectées ».¹⁸

Cette recommandation de solides mesures anti-discrimination est louable. Mais dans quelles circonstances est-il justifié d'exposer des personnes à l'abus, y compris à la

violence, par une mesure sanitaire? En cas d'épidémies de maladies très contagieuses, par exemple, la violation du droit à la liberté de mouvement par l'établissement de quarantaines ou du droit au consentement éclairé par un dépistage obligatoire peut être justifiée au regard de l'objectif plus vaste de protéger la population contre la maladie.

En 1985, une instance onusienne des droits de la personne a proposé des conditions pouvant justifier qu'une société ou des autorités sanitaires limitent des droits humains ou y contreviennent dans une certaine mesure – notamment :

- si la limite aux droits humains « répond à un besoin public ou social urgent », « vise un but légitime et est proportionnelle à ce but »;
- si la limite « ne constitue pas un moyen plus restrictif que nécessaire, pour l'atteinte du but visé »;
- si la limite n'est pas appliquée de façon arbitraire ou discriminatoire;
- si la limite est prévue par la loi; et
- si la limite n'enfreint pas des droits incontournables comme le droit à la vie, la protection contre la torture et tout traitement cruel, inhumain et dégradant, la protection contre toute expérimentation médicale ou scientifique sans consentement libre, la protection contre l'esclavage, et la liberté de conscience et de religion.¹⁹

En l'espèce, nous considérons que ces conditions ne sont pas remplies suffisamment pour justifier l'exposition aux violations de droits humains pouvant découler

de l'administration du test du VIH sans le consentement des personnes testées et sans leur offrir un counselling qui pourrait réduire les risques de violence et d'abus. Accompagné de ressources adéquates, le CTV a le potentiel de contribuer à l'atteinte d'objectifs de prévention et de traitement du VIH/sida en empiétant beaucoup moins sur les droits humains que si l'on administre le test de routine du VIH sans consentement ni counselling.

Par exemple, l'administration du test à des femmes qui ont un partenaire violent, sans même tenter de mettre en œuvre des mesures qui les aideraient à mieux se protéger contre la violence, pourrait constituer un traitement cruel et dégradant. Un investissement accru dans le counselling de couple serait plus efficace et moins contraignant que le test de routine, dans la quête à long terme du changement comportemental et de l'aiguillage des personnes vivant avec le VIH/sida vers des soins et traitements.

Un investissement accru dans le counselling de couple serait plus efficace et moins contraignant que le test de routine.

Aucune preuve que le test de routine réduirait le stigmatisation et la discrimination

La question empirique de savoir si le test sans consentement ni counselling réduirait le stigmatisation et la discrimina-

tion en abordant le VIH/sida comme toute autre maladie n'a pas été l'objet de recherches. Il serait difficile de vérifier cette hypothèse de manière éthique. Dans les pays où certaines catégories d'individus – comme toutes les recrues de l'armée, les nouveaux détenus et immigrants – sont soumis à un test du VIH requis ou obligatoire, il n'existe pas de preuves à l'effet que le test de routine réduit le stigmatisation et la discrimination.

Nous considérons que le VIH/sida demeure exceptionnel, comme maladie infectieuse, en raison du stigmatisation puissant, voire démoniaque, auquel il est associé dans l'esprit public, ainsi que des réponses abusives qu'il suscite parmi les individus et les communautés. Dans la plupart des pays, relativement peu de ressources sont consacrées à la protection réelle contre la discrimination et les abus liés au VIH, en particulier parmi les femmes, les travailleuses sexuelles, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui utilisent des drogues et les détenus.

Même là où la protection contre la discrimination fondée sur la séropositivité au VIH est bien établie dans la loi, elle est souvent brimée par le recours au droit criminel dans les cas de transmission et d'exposition au VIH. Il y a peu de raisons de croire que le test de routine serait efficace contre les diverses formes de discrimination et d'abus liés au VIH. Par ailleurs, le fait de savoir que le système de santé administre le test du VIH aux patients sans consentement ni counselling pourrait dissuader des gens de demander des soins et les rendre méfiants à l'égard des professionnels de la santé en lesquels il serait préférable, au contraire, qu'ils aient confiance.

Conclusion

Pendant nombre d'années, le monde a en quelque sorte toléré l'idée que les gens des pays riches aient accès aux traitements contre le VIH/sida et que ceux des pays pauvres en ressources doivent se contenter de mesures préventives peu coûteuses et de soins palliatifs. Cette idée découle certainement en partie du coût élevé du traitement antirétroviral. Après maintes années d'activisme, le traitement – bien qu'il soit encore trop peu accessible – est désormais reconnu comme un droit pour toutes les personnes qui vivent avec le VIH/sida. Des efforts ont été déployés non seulement pour élargir l'accès aux traitements, mais aussi pour en réduire les coûts.

Il est vrai que le counselling et le test volontaires sont eux aussi dispendieux. Or les deux sont essentiels à une réponse efficace au VIH/sida, et constituent des obligations de droits humains pour les gouvernements. S'il est possible, par l'amélioration du counselling et des efforts d'intervention, d'élargir le counselling de couple, de réduire la violence et les abus à l'endroit des personnes séropositives au VIH et de rehausser la confiance à l'égard des services de santé – même si cela est plus coûteux que de tester sans consentement toutes les personnes qui se présentent dans un établissement de santé – alors cet investissement doit être fait.

Par ailleurs, on reconnaît de plus en plus que tous les aspects d'une réponse efficace au VIH/sida, y compris le traitement, requièrent un investissement accru dans la forma-

tion et la rétention des professionnels de la santé et dans les infrastructures sanitaires.²⁰ L'accroissement des capacités de counselling et de test va de pair avec celui des capacités de traitement et de soins.

L'expansion du test du VIH est primordiale; mais elle devrait se faire d'une manière qui réduit les méfaits et optimise ses bienfaits. À notre avis, cela se produira lorsque l'on comprendra que l'expansion du test du VIH passe par l'accroissement de la capacité des systèmes de santé de respecter le droit des patients au consentement à une procédure médicale qui a d'importantes conséquences sur leur vie, et de leur fournir le plus d'information possible pour qu'ils puissent se protéger contre les abus pouvant découler de la découverte de leur séropositivité. Comme le traitement antirétroviral, ce sera une entreprise coûteuse – mais c'est une mesure indispensable et c'est le droit de toute personne.

– Joanne Csete et Richard Elliott

Joanne Csete est directrice générale du Réseau juridique canadien VIH/sida; on peut la joindre à jcsete@aidslaw.ca. Richard Elliott est directeur adjoint du Réseau juridique; on peut le joindre à relliott@aidslaw.ca.

¹ ONUSIDA et OMS, *UNAIDS/WHO policy statement on HIV testing*, 2004 (www.who.int/rpc/research_ethics/hivtestingpolicy_en_pdf.pdf).

² *Ibid.*

³ K. De Cock et coll., « Shadow on the continent: public health and HIV/AIDS in Africa in the 21st century », *Lancet*, 2002, 360 : 70. Le Dr De Cock sera directeur du Département du VIH/sida, au bureau principal de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à Genève, à compter de mars 2006.

⁴ R. Holbrooke et R. Furman, « A global battle's missing weapon » (texte d'opinion), *New York Times*, 10 février 2004, A35.

⁵ *Ibid.*, p. 69.

⁶ *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Rés. 2200A de l'Assemblée générale des Nations Unies, 16 décembre 1966, article 12(1). Voir aussi l'interprétation de ce droit dans Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, *Observation générale No 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, Art 12 E/C.12/2000/4, 11 août 2000.

⁷ *Observation générale No. 14*, paragr. 12c et 12d.

⁸ *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, Rés. 2200A de l'Assemblée générale des Nations Unies, 16 décembre 1966, article 9(1).

⁹ *Ibid.*, art. 19(2).

¹⁰ *Ibid.*, art. 17(1).

¹¹ *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, article 2(2).

¹² M. Heywood, « Droits humains et VIH/sida dans le cadre de l'Initiative 3 x 5 : de nouvelles orientations s'imposent-elles? », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(2) : 1, 7-13.

¹³ Voir, p. ex., des résumés d'études de l'USAID à www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/TechAreas/voluntarycounsel/vct_research.html et de Family Health International à www.fhi.org/en/hivaids/pub/fact/vctforhiv.htm.

¹⁴ A. Attaran et J. Sachs, « Defining and refining international donor support for combating the AIDS pandemic », *Lancet*, 2001, 357(9249) : 57-61.

¹⁵ A. Medley et coll., « Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2004, 82(4) : 302.

¹⁶ *Ibid.*, p. 305.

¹⁷ « Voluntary HIV-1 Counseling and Testing Efficacy Study Group. Efficacy of voluntary HIV-1 counselling and testing in individuals and couples in Kenya, Tanzania and Trinidad: a randomised trial », *Lancet*, 2000, 356(9224) : 103-112.

¹⁸ De Cock et coll., p. 71.

¹⁹ Conseil économique et social de l'ONU, Sous-Commission de l'ONU sur la prévention de la discrimination et la protection des minorités, *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights (Annex)*, UN Doc E/CN.4/1984/4 (1984), articles I.A., II.D.

²⁰ T. Rosenberg, « Think again: AIDS », *Foreign Affairs*, mars-avril 2005 : 22-26.