

En France, la discrimination persiste au travail

Aujourd'hui, la majorité des personnes vivant avec le VIH peuvent exercer un métier compatible avec leur état de santé. Pourtant la stigmatisation de ces salariés n'a jamais faibli, et les dispositifs de maintien dans l'emploi restent peu adaptés aux contraintes liées à une maladie chronique. On préfère taire la maladie (ou en dire une autre) plutôt que subir le regard des autres, la mise au placard, voire le licenciement.

Il y a, d'un côté, la tolérance volontiers affichée par les collègues et les employeurs. De l'autre, les témoignages d'isolement, d'abandon, voire de harcèlement, subis par ces salariés qui ont choisi, un jour, de se confier à un collègue ou à un responsable et de parler ouvertement de leur séropositivité. Et le silence de ceux qui préfèrent la taire. La discrimination est toujours mieux cernée par ceux qui la vivent au quotidien. Si l'on en croit le baromètre des discriminations publié début 2012 par le bureau français de l'Organisation internationale du travail (OIT) et le Défenseur des droits¹, les trois-quarts des salariés de la population générale pensent que le fait de vivre avec le VIH n'est « ni un avantage ni un inconvénient » pour entrer dans l'entreprise où eux-mêmes travaillent. La même proportion est convaincue que ces personnes auront autant de chances d'évoluer dans leur carrière et 62 % d'entre eux « ne se poseraient pas la question » de savoir s'ils sont mal à l'aise au contact d'un collègue séropositif. Cela signifie tout de même que près du quart des personnes interrogées pensent toujours que la séropositivité est un inconvénient pour entrer ou évoluer dans le monde du travail, quand bien même la personne concernée serait physiquement et psychologiquement apte à exercer ses fonctions.

De l'autre côté du miroir, il y a les salariés concernés. Eux vivent une réalité plus brutale. La proportion des discriminations qu'ils affirment subir peut se mesurer à l'aune des appels passés à la ligne d'écoute de Sida info service : près de 12 % des questions posées ont trait au travail, une proportion qui reste stable au fil des ans, selon l'association. Un tiers des personnes disent également avoir vécu un épisode discriminatoire au travail².

Le poids du bouche à oreille. En France, on ne licencie pas ouvertement une personne en raison de sa séropositivité. L'arsenal législatif l'interdit. Mais l'éventail des discriminations subies est plus subtil. Quand l'état de santé de la personne est révélé, ce qu'elle vivra au sein de son entreprise est bien éloigné des bons sentiments dont font preuve les collègues dans

les enquêtes. Le parcours de Jean Wilson au sein d'une grande enseigne de fast-food à Lyon en témoigne. Le jeune homme, aujourd'hui âgé de 28 ans et en arrêt maladie, raconte l'isolement dans lequel il se trouve depuis qu'il a confié sa séropositivité à son manager, peu après l'avoir découverte, en 2009. À l'époque, ce responsable marketing, sous le choc, en informe son supérieur « par respect, parce que je lui devais la vérité. De toute façon, les médecins me disaient qu'il y aurait un traitement lourd ; je savais que l'on me poserait des questions ». Le mi-temps thérapeutique dont il bénéficie alors est bien accueilli par son employeur. Ses premières difficultés viennent plutôt des jeunes collègues. « Le regard des autres salariés a changé. Beaucoup se sont éloignés. Récemment, je venais simplement apporter un papier à la direction et l'un d'eux m'a lancé : "Tu ne me touches pas". On m'a dit aussi : "Tu ne me fais pas la bise". » Affaibli, Jean, qui doit être opéré, est mis en arrêt maladie en mars 2010. Lorsqu'il revient travailler par intermittence, les choses se compliquent encore. Il est éloigné des cuisines à l'heure du « rush », de peur qu'il « ne se coupe ». Actuellement, Jean Wilson ne travaille plus et ne souhaiterait pour rien au monde retourner à ce poste où « trop de gens connaissent » sa situation. Avec ses maigres ressources, il a appris récemment qu'il avait cotisé au sein de l'enseigne de fast-food à une mutuelle prévoyance en cas d'arrêt maladie, comme tous les salariés. « La direction aurait au moins pu m'avertir que cette prévoyance existait. Je l'ai découverte avec l'assistante sociale. »

Des malades « mieux acceptés » ? En 2012, les maladies chroniques, et a fortiori le VIH, restent globalement mal perçues dans le monde du travail. Toutefois, si on observe les trois derniers baromètres des discriminations publiés par l'OIT France (2009, 2010, 2011), l'évolution des ressentis laisse penser que les mentalités ont évolué dans le bon sens. « En 2010, les maladies chroniques arrivaient en troisième position, derrière le handicap et l'âge, lorsque l'on demandait aux salariés si elles étaient un inconvénient pour entrer dans



le monde du travail, indique Jean-François Trogrlic, directeur du bureau français de l'OIT. Dans le baromètre de 2011, les maladies chroniques sont en recul de sept points pour les salariés du secteur public et de six pour ceux du privé. On peut penser que l'attention portée aux maladies chroniques dans le monde du travail finit par porter ses fruits. Ces chiffres rendent moins pessimiste. » Pour lui, la sensibilité des responsables des ressources humaines sur ce sujet « est beaucoup plus forte qu'auparavant ».

Cependant, une diminution des témoignages rapportant des faits discriminatoires dans l'entreprise ne signifie pas pour autant que les discriminations ou la stigmatisation ressenties régressent. Cela peut également traduire une évolution des mentalités des personnes vivant avec le VIH elles-mêmes. Cette évolution semble perceptible dans la nouvelle enquête sur les discriminations menée par Sida info service³. Selon cette enquête, réalisée durant trois mois auprès d'un échantillon de 300 personnes, le signalement des discriminations liées au travail est en baisse par rapport à l'étude de 2009. Un résultat positif ? « Les chiffres ont baissé, confirme Jérôme Farina-Cussac, expert juridique à Sida info service. Mais cette baisse peut s'expliquer par, d'une part, le fait que parmi les répondants on compte davantage de personnes récemment diagnostiquées séropositives qu'auparavant. Elles n'ont pas forcément eu le temps du subir des discriminations. D'autre part, nous formulons l'hypothèse que les personnes parlent de moins en moins de leur séropositivité au travail. »

La jeune génération reste silencieuse. Sur la ligne juridique de Sida info service, les questions relatives à des problèmes professionnels n'ont pas diminué. Mais, selon Jérôme Farina-Cussac, il existe une fracture générationnelle « entre les personnes de plus de 50 ans et les jeunes de 25 à 30 ans. Les plus âgés, confrontés à un ensemble de discriminations (à commencer par l'âge, NDLR), sont aussi traditionnellement plus militants. Les plus jeunes et les couples hétérosexuels ne sont pas militants, plus neutres, et ne parlent jamais de leur séropositivité au travail. Chez les femmes hétérosexuelles, la question du VIH est beaucoup plus dissimulée. » Outre le militantisme, l'état de santé joue naturellement un rôle dans le fait de dire ou non sa séropositivité aux collègues ou à la hiérarchie. « Les personnes récemment diagnostiquées, si le diagnostic a été fait suffisamment tôt, vivent normalement et n'ont pas besoin de signaler qu'elles sont séropositives. Du reste, elles connaissent les discriminations dont ont été victimes leurs aînés et préfèrent rester silencieuses », observe Jérôme Farina-Cussac. Inversement, les séropositifs les plus âgés sont plus souvent contraints, en fonction de leur état de santé, de demander un aménagement de poste, un mi-temps thérapeutique ou d'être en arrêt maladie. Donc de communiquer, par la force des choses, des éléments relatifs à leur état de santé.

Dès lors que la séropositivité d'une personne a été révélée à l'entourage professionnel, les faits rapportés de discrimination réapparaissent. Parmi les nombreux témoignages recueillis sur

la ligne d'écoute de Sida info service, le responsable juridique cite le cas très récent de cette jeune coiffeuse de 28 ans qui, pour justifier son arrêt maladie, a ressenti le besoin de révéler sa séropositivité à son employeur. Sa patronne tente désormais de la convaincre de quitter le salon de coiffure en lui faisant accepter le principe d'une rupture conventionnelle (formule permettant à l'employeur et au salarié en CDI de convenir de la rupture du contrat de travail en évitant la procédure de licenciement). « On conseille aux salariés d'attendre plutôt la procédure de licenciement puisqu'ils n'ont aucune raison de partir, indique Jérôme Farina-Cussac. Mais entre le droit et la réalité, il y a un fossé. Il faut avoir de l'énergie pour aller aux prud'hommes. La proportion de personnes séropositives qui le font reste très faible. Dans l'immense majorité des cas, elles n'y ont pas recours, car elles souhaitent passer à autre chose. » Autres témoignages rapportés : celui, similaire, d'un responsable de magasin poussé à la démission après avoir parlé de sa séropositivité à un collègue ou les cas de commerciaux éloignés sans raison rationnelle de la clientèle. In fine, les experts conseillent eux-mêmes aux salariés concernés de ne rien dire sur leur état de santé, ni à l'employeur, ni aux collègues et au cas par cas pour ce qui est du médecin du travail « qui souvent ne connaît pas grand-chose au VIH », estime Jérôme Farina-Cussac. Déjà, les résultats de l'enquête ANRS-Vespa de 2003 montraient que près de 70 % des personnes interrogées disaient n'avoir pas révélé leur séropositivité sur leur lieu de travail. Les résultats de l'enquête ANRS-Vespa 2 ont dit si la tendance s'est accrue.

Le salarié seul face à l'employeur. Ce qui ressort de l'ensemble des témoignages faisant état de pressions, stigmatisation ou mise au placard (lire p. 17) est l'extrême isolement du salarié face à l'entreprise. Pourtant, le cadre réglementaire existe. À commencer par la loi de 2008, selon laquelle aucune personne ne peut être « écartée d'une procédure de recrutement », « être sanctionnée, licenciée ou faire l'objet d'une mesure discriminatoire » en raison de son état de santé. Les protocoles standards d'hygiène et de sécurité appliqués par les employeurs couvrent les risques de transmission du VIH et permettent en théorie aux personnes séropositives d'accéder à tous les emplois, y compris médicaux. Rien ne permet, sur le plan réglementaire, une quelconque discrimination.

Un système français à revoir. « C'est surtout sur les questions de maintien dans l'emploi que l'on pourrait faire mieux, indique Séverine Fouran-Peralta, chargée de mission "Emploi" à Sidaction. En France, le système envisage la maladie comme un événement ponctuel, mais ne prévoit pas son caractère chronique. Il faudrait tenir compte de la variabilité dans le temps des besoins d'aménagement de poste. Le temps partiel thérapeutique, par exemple, ne peut pas excéder quatre ans dans une carrière. Pour la Sécurité sociale, l'indemnisation



d'un arrêt maladie dure jusqu'à trois ans, puis c'est l'invalidité. Il faudrait rendre les dispositifs plus souples. »

L'autre chantier concerne le changement des mentalités. À commencer dans le milieu professionnel où sont vécues de nombreuses discriminations. « En France, il reste difficile de parler du VIH/sida dans les entreprises, indique Séverine Fouran-Peralta. Certaines portent un discours public sur la prise en charge de leurs équipes en Afrique, mais ne se sentent pas concernées par le sujet en France. » Une poignée d'associations, dont Sidaction, Arcat à Paris, le Tipi à Marseille ou Ideo à Lyon, mènent de façon ponctuelle des actions de sensibilisation auprès des employeurs, s'appuyant sur des partenaires plus ouverts sur le sujet, comme le Centre des jeunes dirigeants d'entreprise. Parallèlement, Sidaction soutient douze projets associatifs tournés vers l'insertion professionnelle et l'accompagnement dans l'emploi des personnes vivant avec le VIH. Des initiatives qui tentent de pallier l'absence totale des pouvoirs publics sur les questions de VIH et d'emploi. Pour l'heure, les programmes dans ce domaine ne reçoivent pas de cofinancements publics et, malgré les orientations favorables du Plan national de lutte contre le sida, les associations attendent toujours de trouver un interlocuteur institutionnel au sein des Directions générales du travail et de la formation professionnelle. ●

¹ Baromètre de la perception des discriminations au travail, OIT/Défenseur des droits, janvier 2012.

² Enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, SIS association, 2009.

³ Enquête sur les discriminations à l'encontre des personnes vivant avec le VIH, SIS association, novembre 2012.

« J'ai été mise au placard pendant dix ans »

Pascale, 49 ans, raconte son parcours au sein de l'administration d'une collectivité locale depuis l'annonce de sa séropositivité au VIH à sa hiérarchie. Et témoigne également d'un système où les personnes vivant avec une maladie chronique ne parviennent pas à retrouver leur place.

Sur le papier, Pascale avait tout pour mener une vie professionnelle sereine : des compétences et un emploi stable au sein d'une collectivité locale de taille moyenne. Ce dont elle témoigne aujourd'hui est tout le contraire d'une vie paisible. Vivant avec le VIH et le VHC, cette ancienne secrétaire au cabinet du maire rapporte comment elle a été victime d'une longue et pénible « mise au placard de dix ans ». Recrutée par l'ancien édile de cette collectivité des Yvelines, en banlieue parisienne, Pascale n'a pas souhaité cacher sa séropositivité à son entourage. « Le maire de l'époque m'appréciait. Lorsqu'il l'a su, et du fait que la campagne municipale allait s'engager, il ne m'a pas gardé au sein de son équipe. Il m'a changée de service. Je me suis donc retrouvée à effectuer l'ouverture du courrier et la gestion des sinistres automobiles. »

En 1995, le maire n'est pas réélu. Pascale, elle, continue de demander un poste conforme à ses compétences et d'obtenir l'accès aux formations de préparation des concours. « Le secrétaire général m'a pris en grippe. On a essayé de me pousser à la faute professionnelle. » Contrainte d'être ponctuellement en arrêt maladie, elle se voit affectée à d'autres postes dans des services très différents les uns des autres, afin, selon elle, de lui faire perdre ses habitudes de travail et de la « déstabiliser ». Lasse, Pascale parvient à obtenir un détachement et à quitter la collectivité pour un poste dans une mairie d'arrondissement de Paris. « Là, j'ai été affectée encore une fois à des tâches subalternes. On me faisait trier le courrier matin et après-midi, alors que j'avais été recrutée pour rejoindre le secrétariat général. »

Durant son détachement, Pascale se retrouve à nouveau en arrêt maladie, durant plus de six mois. Elle revient au sein de la collectivité des Yvelines. « On m'a fait faire tous les services, sauf la jeunesse. On m'a installée dans un petit local où je travaillais seule. Je passais pour quelqu'un qui n'arrêtait pas de se plaindre. À cette époque, je vivais

mon troisième échec thérapeutique dans le traitement à l'interféron. » Elle demande alors un nouveau détachement, cette fois à la Direction départementale de l'équipement de Saint-Ouen-L'Aumône, plus proche de son domicile. « Tous les entretiens avaient été concluants et la procédure arrivait à terme. Mais à une semaine de commencer, on m'a expliqué que le poste avait été pourvu en interne. » Condamnée à rester dans sa mairie, préoccupée par ses traitements lourds, Pascale se voit attribuer des tâches inutiles. « On ne me confiait rien parce que je risquais d'être absente. J'ai bien proposé de travailler en binôme, mais ils n'ont jamais voulu m'entendre. »

Arrêts de travail de longue durée et congés de longue maladie ponctuent des retours au travail chaque fois plus difficiles. « Quand je suis revenue il y a deux ans, ils n'ont pas souhaité me réintégrer. Ils ont entamé une procédure de mise en retraite pour invalidité. » Épilogue de dix années de galère ? Pas tout à fait. Pascale doit aujourd'hui se battre pour toucher une pension décente. La commune qui l'emploie avance son salaire de 700 euros par mois en attendant que la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales veuille bien statuer sur son dossier. Dans le système actuel, la coïnfection VIH/VHC n'est pas reconnue dans le calcul de la pension d'invalidité. Avec un taux d'invalidité de 40 % pour le VIH, Pascale ne parviendra pas à joindre les deux bouts. « Il faut la reconnaissance d'une invalidité à 60 % pour toucher la moitié d'un salaire », explique-t-elle. Après avoir tenté de sensibiliser sans succès des élus sur sa situation, elle s'en remet désormais à l'avis des experts et de la Caisse de retraite, attendu depuis déjà deux ans. Avec une seule préoccupation : ne pas devenir une charge financière pour son mari. ●

VIH et secteur privé, le Sud en exemple

La prise en charge du VIH par le secteur privé a débuté dans les pays du Sud afin de répondre à l'urgence. Petit à petit, cette réponse devient coordonnée et internationalisée.

L'engagement du secteur privé dans la lutte contre le sida est intimement corrélé au profil de l'épidémie. C'est en effet dans les pays les plus touchés que les premières actions ont eu lieu, pour des raisons particulièrement pragmatiques : à l'époque, l'Afrique du Sud, et plus largement l'Afrique australe, payent un lourd tribut à l'épidémie, et les entreprises en subissent des conséquences concrètes. À partir du milieu des années 1990, les taux de morbidité et de mortalité au sein de leur masse salariale atteignent des sommets : ainsi, une étude¹, menée en 1996 sur les plantations de thé de la Makandi Tea Estate, au Swaziland, a montré une forte augmentation du taux de mortalité. Ce taux a été multiplié par six entre 1991 et 1995, passant de 4 à 23 décès pour 1000 employés. Les coûts liés au VIH/sida représentaient 6 % des bénéfices annuels de la compagnie.

CFAO, une charte adaptée à la Recommandation 200

Le groupe CFAO, engagé dans la lutte contre la pandémie depuis 2003, a récemment revu sa charte de prise en charge du VIH, avec l'expertise de Sida-entreprises. Un texte conforme aux recommandations de l'OIT a été rédigé, doté des plus hauts standards de prise en charge et réaffirmant la position du groupe en matière de non-discrimination et de confidentialité, de sensibilisation, de prévention, d'accès aux dépistage et à la prise en charge médicale. La mise en œuvre du programme comprend deux phases : d'une part, l'information, l'éducation et la prévention des salariés contre le VIH et, d'autre part, l'accès au dépistage et au traitement de la maladie sur la base du volontariat, de l'anonymat et de la confidentialité. Environ 9 000 salariés sur le continent africain sont concernés, soit plus de 40 000 personnes avec les familles.

Impact économique. La population la plus touchée est donc celle des adultes dans leurs années les plus productives. L'impact économique sur les entreprises constitue alors une préoccupation majeure, fragilisant leur atout capital. Le secteur privé subit des dysfonctions notoires, le conduisant à élaborer une réponse motivée soit par la responsabilité sociale, soit par une analyse des effets directs du VIH sur leurs affaires. Les coûts sont en effet accrus, avec une augmentation constante du personnel affecté, les entreprises doivent prendre en charge les frais liés à l'absentéisme, aux cérémonies funèbres ainsi que ceux liés au recrutement et à la formation du personnel remplaçant. L'environnement des affaires et les économies nationales sont également affaiblis, les investisseurs pouvant être découragés par l'impact du VIH. La demande de biens et de services diminue également, les ménages étant confrontés à l'augmentation de leurs dépenses de santé. Enfin, la productivité est réduite en raison d'un absentéisme accru, direct, mais aussi indirect lorsqu'il s'agit de veiller un membre de la famille ou d'assister à des funérailles. Ainsi, en Afrique du Sud, une sucrerie employant 400 personnes avait évalué que les problèmes de production – causés par l'absentéisme (à 28 %) et la formation des nouveaux employés (à 33 %) – constituaient le principal poste de dépenses dû au VIH².

Prise de conscience. Les premiers programmes de prise en charge sont donc mis en œuvre par les entreprises, sans réelle expertise ni coordination. Comme le souligne Sophie Stepanoff, directrice du développement à Sida-entreprises, « *les débuts de la prise en charge par le secteur privé s'apparentaient à du bricolage, comme ce fut le cas dans le monde associatif, pour répondre à une situation d'urgence* ». Pour des raisons évidentes de filiales et de proximité linguistique, ces initiatives menées en Afrique australe se sont ramifiées dans certains pays anglophones, comme le Kenya, la Tanzanie et le Nigeria, par ailleurs également particulièrement frappés par l'épidémie. « *La prise de conscience en Afrique francophone interviendra plus tard* », explique Sophie Stepanoff, *en raison d'une prévalence moins forte et de besoins moins importants*. » Petit à petit, toutefois, un besoin de structuration se fait sentir afin d'optimiser la prise en charge et de la rendre



plus efficiente. Les organisations internationales entrent aussi en jeu sous l'impulsion du Bureau international du travail (BIT). En 2001, le *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail* est publié. Le but, souligne Josée Laporte, du programme de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur le VIH/sida et le monde du travail, est « *d'aider les entreprises à organiser leurs prises en charge* », favorisant un cadre d'accords tripartites, entre les États, les organisations d'employeurs et celles d'employés. Parallèlement, des coalitions d'entreprises se créent afin de fédérer les compétences, avec l'appui de la Banque mondiale. En France, Sida-entreprises a été créée de ce constat de sociétés « *qui seules ne savaient pas comment procéder et qui ont*

choisi de se réunir pour avancer », explique Sophie Stepanoff. L'objectif de ces initiatives est d'externaliser cette politique et de se doter de personnels compétents et permanents qui les épaulent, chaque entreprise n'étant pas en mesure de disposer en interne d'un expert sur la question.

Modèles de prise en charge. De ces premières initiatives disparates sont nés des textes internationaux et des structures permettant de conduire des actions efficaces aux résultats probants. Rapidement, les modèles de prise en charge par le secteur privé se développent et bénéficient d'une confiance des bailleurs qui n'a pas toujours été accordée aux structures publiques, compte tenu à la fois des moyens dont disposent les multinationales et des garanties de sérieux dont elles peuvent témoigner. Ainsi, au Brésil, Volkswagen³ offre des services de traitement et d'assistance à ses salariés séropositifs. Les prestations incluent visites chez les médecins spécialistes, antirétroviraux (ARV), suivi clinique des personnes traitées, soins à domicile et aide à la reprise du travail. Dès fin 1999, l'entreprise annonçait une chute de 90 % du nombre des hospitalisations, une réduction de 40 % du coût des traitements et des soins ainsi qu'une augmentation de 90 % du nombre de personnes demeurant actives et asymptomatiques. Cette expérience démontrait l'efficacité et la rentabilité de programmes internes offrant au personnel un suivi personnalisé et coordonné. Les économies réalisées grâce à une chute de l'absentéisme et au maintien des employés à leur poste étaient alors au cœur de l'approche.

3 questions à Yann Fourdrigniez,

directeur général de la société Mabucig au Burkina Faso

Quelle est la politique de votre groupe en matière de prise en charge du VIH au sein de l'entreprise ?

Notre groupe a toujours été socialement à la pointe, développant des politiques de prévention et de soins, tout d'abord d'un point de vue humain, ensuite parce qu'il est relativement difficile de remplacer du personnel formé. L'objectif premier est de tout mettre en œuvre pour qu'il n'y ait aucune nouvelle contamination parmi notre effectif.

Quelles sont les actions que vous déployez en tant que directeur général ?

Mon but est que 100 % de mes employés connaissent leur statut. Pour cela nous avons instauré un système dynamique avec des actions très régulières et une information permanente. La Journée de la famille, en décembre, est

l'occasion de témoignages de personnes vivant avec le VIH, de médecins, de sessions d'informations et de dépistage. Plusieurs séances d'informations se déroulent au cours de l'année, ainsi que des campagnes d'affichage régulières. En interne, nous avons un infirmier et trois personnes relais. Nous prenons en charge les dépistages et l'ensemble des frais médicaux de traitements et de suivi.

Quelle est la perception des employés ?

Très bonne. Tout est fait sur une base volontaire et confidentielle. Lors d'une campagne de dépistage, près de 40 % des employés réalisent un test. Aujourd'hui, je pense qu'environ 90 % de mes employés connaissent leur statut sérologique.

Après 2000, les entreprises d'Afrique francophone développent à leur tour des réponses, notamment dans les pays à plus forte prévalence, comme le Cameroun.

Le groupe Lafarge, multinationale dont 9 % des employés sont basés dans dix pays d'Afrique subsaharienne parmi les plus touchés au monde, a élaboré une politique globale, basée sur une approche multipartenariale impliquant des relations avec le secteur public, les ONG et le secteur médical. Les principes de base sont d'offrir des services d'éducation et de prévention, un dépistage anonyme et volontaire, le traitement des infections sexuellement transmissibles, des maladies opportunistes, la prévention de la transmission de la mère à l'enfant et les ARV pour les salariés Lafarge et leur famille. Une réponse élaborée dans le respect de la législation nationale et qui interdit tout dépistage à l'embauche, toute discrimination et une confidentialité totale. Un tel investissement de la part du Groupe a permis d'obtenir des résultats conséquents. Au Cameroun spécifiquement, le programme, développé en partenariat avec l'hôpital public de jour de la Quintinie à Douala et l'institut Pasteur à Garoua, a été élargi aux sous-traitants et aux clients. En 2006, il a permis à 389 sous-traitants et 143 clients de participer à une campagne d'information et de dépistage volontaire anonyme et gratuit.

Lutter contre la discrimination. À la fin des années 2000, on assiste donc à une réponse du secteur privé beaucoup plus organisée. La discrimination reste toutefois de mise. Le Stigma Index⁴, élaboré par le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+), a constaté qu'au Nigeria 45 % des répondants ont perdu leur travail ou leur source de revenus dans les douze derniers mois à cause de leur séropositivité. Cette proportion est de 34 % au Kenya, 21 % en Zambie, 32 % aux Philippines ou encore 25 % en Argentine. Dans ce cas, la difficulté est de parvenir à prouver la discrimination et à assumer de porter l'affaire devant les tribunaux. La persistance de ces situations et l'évolution de la prise en charge en entreprise ont conduit les États membres du BIT à compléter le recueil publié en 2001 et à rédiger en 2010 la « Recommandation 200 concernant le VIH et le sida et le monde du travail ». Ce texte traduit la nécessité de renforcer les mesures de prévention sur le lieu de travail et d'aider les personnes à accéder au traitement. Il prévoit la protection des travailleurs contre tout dépistage forcé et toute discrimination, et incite les États et les entreprises à faciliter l'accès aux services de prévention et de soins pour tout travailleur infecté, renforçant ainsi le rôle de la médecine du travail. Il préconise la conception et la mise en œuvre, sur une base tripartite, de politiques et de programmes nationaux relatifs au VIH et au sida dans le monde du travail, qui devront être intégrés dans les politiques et les stratégies nationales de développement et de protection sociale. Comme le souligne d'ailleurs Sophie Stepanoff, « *les entreprises font avec ce qui existe dans le pays. Il n'y a pas*

aujourd'hui de traitements parallèles, les ARV dispensés sont ceux qui arrivent dans le pays ».

Adapter la législation. Le cadrage ainsi proposé doit permettre aux entreprises de formuler des réponses adaptées et en adéquation avec les législations nationales. Mais le secteur privé ne connaît pas forcément la Recommandation 200. « *C'est aux États, explique Sophie Stepanoff, de transposer les éléments du texte dans leur législation. En réalité, le BIT fournit un standard de la responsabilité des États. S'il existe des manques dans leur législation, ils peuvent alors prendre des mesures correctives.* » Mais ce texte n'a pas valeur d'obligation. Toutefois, il peut servir de référence : cinq jugements ont d'ores et déjà été rendus sur la base de la Recommandation, notamment en Afrique du Sud, où la South African Airways s'est vue condamnée pour avoir refusé un personnel naviguant séropositif. Les partenaires interviennent également dans son utilisation, en incitant les entreprises à intégrer ces nouveaux éléments dans leur politique de lutte contre le sida. « *Le groupe CFAO [lire encadré p. 18] voulait revoir sa charte spécifique à la prise en charge du VIH qui existait depuis 2003, explique Sophie Stepanoff. Sida-entreprises l'a donc accompagné, en intégrant les standards les plus exigeants existants à l'international et en l'élargissant à toutes les questions de santé en général.* » Car, là encore, le VIH aura permis, dans de nombreux pays du Sud, la prise en compte de la question sanitaire au sens large dans les entreprises. Le bénéfice se ressent également du côté des compagnies d'assurance, qui ont développé des solutions individuelles incluant les ARV, ce qui n'était pas le cas il y a quelques années, de peur d'un coût trop élevé.

Si l'Afrique a permis une prise de conscience du secteur privé, celle-ci semble néanmoins ne pas avoir atteint les pays dits développés. Les grands groupes, maisons mères des filiales engagées dans les pays du Sud, n'assurent pas la même qualité de prise en charge. Cela peut être causé par l'existence d'une couverture maladie, un accès aux soins facilité par les États, laissant à l'entreprise considérer que ce n'est pas son rôle, ou encore les questions de discrimination. En France, le taux de chômage chez les personnes vivant avec le VIH est en effet de 30 %, contre 10 % dans la population active prise dans sa globalité. Pourtant, la Recommandation 200 concerne tous les États membres. Car, partout, il reste des progrès à accomplir dans la prise en charge du VIH au sein des entreprises. ●

¹ Programmes de lutte contre le VIH/sida dans l'entreprise, FHI-USAID.

² Programmes de lutte contre le VIH/sida dans l'entreprise, FHI-USAID

³ *The business response to HIV/AIDS: Impact and lessons learned*, Onusida, Prince of Wales Business Leaders Forum, Global Business Council on HIV/AIDS, 2000.

⁴ Un Index qui mesure la stigmatisation et la discrimination subies par les personnes vivant avec le VIH.

« Un texte international sur le droit humain »

Spécialiste principale des programmes et des opérations pour le programme de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur le VIH/sida, Josée Laporte revient sur le rôle de la Recommandation 200.



Dans quel contexte a été créée la Recommandation 200 de l'OIT?

L'histoire commence avec l'adoption du *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail*, en 2001. C'était un recueil de directives sur une base volontaire, qui incitait autant les États membres que les organisations de travailleurs, d'employeurs, les entreprises, à adopter des principes fondamentaux. Nous souhaitons le renforcer. Les membres ont donc décidé l'adoption d'une norme internationale sur le VIH et le monde du travail lors de la Conférence internationale du travail de 2010.

Comment garantir l'usage de la Recommandation, qui ne porte pas obligation?

C'est un peu plus nuancé que cela. Les recommandations sont portées à l'attention des autorités nationales de tous les États membres. Ils doivent donc en discuter et décider, ou non, d'un plan d'action. Mais ce n'est pas un texte sans impact. Par exemple, dans le cadre d'actions devant les tribunaux, si la législation n'est pas explicite, les autorités peuvent se référer à la Recommandation en tant que texte international sur le droit humain. Il y a déjà eu au moins cinq décisions judiciaires, principalement au Brésil et en Afrique du Sud, où la Recommandation 200 a été citée pour la protection des travailleurs vivant avec le VIH.

Est-ce que ce qui s'est passé en Afrique dans le secteur privé a eu une influence sur ces outils?

Le BIT lui-même a accompagné certaines de ces entreprises dans leurs actions, en tant qu'entité de coopération technique. Chaque entité qui est venue à la table des négociations a apporté sa propre expérience à l'élaboration de cet instrument.

Cette Recommandation implique les États et donc le secteur public. Comment peut-elle influencer le secteur privé et notamment de grands groupes internationaux?

C'est une force de changement qui provient de plusieurs directions. Cette Recommandation a été reprise dans la déclaration politique sur le VIH/sida lors de l'Assemblée générale de l'ONU

en 2011, qui fait également référence au rôle important du monde du travail dans la réponse globale. Dans la mesure où la Recommandation est reprise dans une déclaration politique, on sait que les acteurs du monde du travail s'y référeront, ainsi que les comités nationaux de lutte contre le sida et la société civile. Les entreprises ont tout intérêt à connaître la Recommandation et à l'appliquer parce qu'une législation pourrait suivre.

Avez-vous l'impression que, à contexte socioprofessionnel différent, les mêmes acteurs ne mettent pas en œuvre les mêmes politiques?

Dans certains cas, des acteurs de pays développés pensent que cela touche une proportion tellement faible de leurs employés qu'ils ont peut-être tendance à l'oublier. Il faut donc s'attacher à conscientiser ces acteurs et leur rappeler de ne pas lésiner sur les efforts de prévention, car un relâchement pourrait être dangereux, surtout pour la jeune génération. Toutefois, le consensus était tellement fort lors de l'adoption de la Recommandation que tous se sentaient concernés.

L'implication du secteur privé au Sud, avec les moyens dont il dispose, ne crée-t-elle pas un fossé?

Cette implication peut être une très bonne chose si elle se fait sous la forme de partenariat public-privé. Que les entreprises rendent service aux employeurs, aux familles et parfois aux communautés environnantes peut parfois être un accélérateur d'accès aux services de proximité. Mais cela doit être fait en coordination avec les efforts nationaux.

À quel niveau de déploiement du Plan d'action 2015 en êtes-vous?

À ce moment, les États membres doivent porter à leur législation la Recommandation. On ne peut pas faire de rapport pour l'instant. Je peux juste vous dire que certains membres ne l'ont pas encore fait, mais aussi que la Recommandation a été traduite en trente langues, qu'il y a déjà eu cinq avis judiciaires et que quarante-cinq États nous ont consultés pour la mise en œuvre de législation. En l'espace de deux ans, c'est très positif. ●