

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 9, NUMÉRO 3, DÉCEMBRE 2004

Sortir de l'ombre : la quête de progrès dans la réalisation des droits humains des travailleuses sexuelles

Après plus de vingt ans de consensus mondial sur la nécessité d'une approche respectueuse des travailleuses sexuelles comme stratégie centrale de lutte contre le VIH/sida, l'abus et la démonisation des femmes et d'autres individus impliqués dans le travail sexuel demeurent d'importants obstacles aux progrès dans la défense des droits humains et dans la lutte au VIH/sida. Dans cet article, Joanne Csete et Meena Saraswathi Seshu abordent la nature des violations de droits humains que subissent les travailleuses sexuelles et elles décrivent les obstacles à la réduction de ces abus. Elles proposent des mesures qui contribueraient à l'avancement des droits humains des travailleuses sexuelles et à la création d'un environnement propice à leur implication cruciale dans la lutte contre le VIH/sida.

Cet article est basé en partie sur un essai intitulé « The Violence of Stigmatization », de Mme Seshu, qui se fonde sur son expérience d'intervenante auprès de travailleuses sexuelles en Inde centrale.¹ Mme Seshu travaille à SANGRAM (Sampada Grameen Mahila Sanstha), un organisme de Sangli, en Inde, qui œuvre dans six districts des États de Maharashtra et de Karnataka. Depuis 1993, SANGRAM promeut l'habilitation des travailleuses sexuelles, notamment en les mobilisant à l'éducation des paires en matière de VIH. Tous les mois, quelque 120 paires éducatrices de SANGRAM distribuent près de 350 000 condoms à 5 000 femmes. En 1996, ce travail s'est étendu à la formation d'un collectif de travailleuses sexuelles appelé VAMP (Veshya AIDS Muqabla Parishad). Des réflexions de membres du VAMP sont présentées en encadré à la fin de l'article.

voir page 8

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. Nous remercions également le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, pour sa contribution financière à la publication du présent numéro.

Supplément Bangkok 2004

Les questions touchant les droits des femmes et des utilisateurs de drogue par injection ont été à l'avant-scène, lors de la XV^e Conférence internationale sur le sida, à Bangkok (Thaïlande) en juillet 2004.

Dans ce numéro de la Revue VIH/sida, droit et politiques, une section spéciale présente les exposés les plus pertinents aux enjeux légaux, éthiques et de droits de la personne, au programme de la conférence et de rencontres satellites. On y trouve aussi une anthologie d'abrévés.

Voir page 73.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

publiée par le Réseau juridique canadien VIH/sida
417, rue St-Pierre (bur. 408)
Montréal QC H2Y 2M4
Canada
Tél. : (514) 397-6828
Télec. : (514) 397-8570
Courriel : info@aidslaw.ca
www.aidslaw.ca

La *Revue* offre des analyses et des sommaires de récents développements juridiques et des politiques liées au VIH/sida, afin de promouvoir l'éducation et l'échange d'information, d'idées et d'expériences, à l'échelle internationale. La soumission d'articles, de commentaires et de reportages est appréciée.

Directeur de la rédaction et rédacteur en chef,
Nouvelles canadiennes :
David Garmaise, dgarmaise@rogers.com

Rédacteur en chef, Nouvelles internationales :
David Patterson, dpatterson@aidslaw.ca

Rédacteur en chef, Accès mondial aux traitements,
vaccins et microbicides :
Richard Elliott, relliott@aidslaw.ca

Rédacteur en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux :
Glenn Betteridge, gbetteridge@aidslaw.ca

Rédacteur en chef, Le VIH/sida en prison :
Ralf Jürgens

Coordonnateurs : Thomas Haig, Mélanie Paul-Hus
Réviseurs : Garry Bowers et Jean Dussault
Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault et
Johanne Forget
Mise en page : Liane Keightley, Taien Ng

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2004. Le Réseau encourage la diffusion de l'information contenue dans cette *Revue* et il permet d'en reproduire du matériel pour peu que l'origine et la source en soient mentionnées. La rédaction apprécierait que lui soit fourni un exemplaire des publications dans lesquelles des extraits de la *Revue* sont utilisés.

Circulation : 3000
ISSN 1712-624X

Abonnements

La *Revue VIH/sida, droit et politiques* est publiée trois fois l'an. Pour s'abonner, écrire aux coordonnées ci-dessus ou visiter la page www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin-abonnement.htm.

Abonnement annuel :
Au Canada : 75,00 \$ CAN
International : 125,00 \$ US (à payer en devise US)

Numéros individuels et antérieurs :
Au Canada : 12,00 \$ CAN
International : 12,00 \$ US (à payer en devise US)

La *Revue* est publiée depuis 1994. Les numéros 1(1) à 5(2/3) sont parus sous le nom de *Bulletin canadien VIH/sida et droit*; et les numéros 5(4) à 9(2), sous le nom de *Revue canadienne VIH/sida et droit*.

Tous les numéros sont accessibles sur Internet via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm

La publication de la *Revue VIH/sida, droit et politiques* est rendue possible en partie par la contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada. Nous remercions également le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, pour sa contribution financière à la publication du présent numéro.

Les conclusions, interprétations et opinions exprimées dans cette publication relèvent uniquement de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou positions officielles de l'Agence de santé publique du Canada, de l'ONUSIDA ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida est un organisme national de charité qui se consacre à la promotion de lois et de politiques respectueuses des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables à l'épidémie, au Canada et dans le monde. Il accomplit ce travail à l'aide de recherches, d'analyse des lois et politiques, d'éducation, de défense et de promotion des droits et intérêts ainsi que de mobilisation communautaire.

Le Réseau juridique fait la promotion de réactions au VIH/sida qui appliquent les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne; réduisent les conséquences négatives de l'épidémie de VIH/sida sur les individus et les communautés; et luttent contre les facteurs économiques et sociaux qui accroissent la vulnérabilité au VIH/sida et aux violations des droits de la personne.

Les activités du Réseau appuient sa vision d'un monde où les droits humains et la dignité des personnes vivant avec le VIH/sida et autrement affectées sont respectés et réalisés; et où les lois et politiques favorisent la prévention du VIH ainsi que les soins, les traitements et le soutien à ces personnes.

Pour information sur l'adhésion, écrire à info@aidslaw.ca ou consulter notre site Internet à www.aidslaw.ca/francais/lereseau/devenirmembre.htm.

Des commentaires?

Nous aimerions connaître vos idées et opinions. Les lettres à l'éditeur, les réactions à des articles publiés et les commentaires sur la formule de la *Revue* sont tous les bienvenus.

TABLE DES MATIÈRES

ÉDITORIAL	5
DOSSIERS	
Sortir de l'ombre : la quête de progrès dans la réalisation des droits humains des travailleuses sexuelles	1
Des pas en avant, en arrière et de côté – La loi canadienne sur l'exportation de produits pharmaceutiques génériques	16
NOUVELLES CANADIENNES	
Ontario – La police divulgue la séropositivité d'accusés, en vertu de la Loi sur les services policiers	24
C.-B. – Campagne pour la protection des renseignements personnels de santé	27
Nouvelle-Écosse – Adoption d'une loi sur les « échantillons sanguins »	28
C.-B. – Des études illustrent l'impact public positif de la réduction des méfaits de l'usage de drogue	29
Une infirmière et une société juridique lauréates de prix humanitaires	30
Les amendements proposés au règlement sur la marijuana médicinale sont publiés pour commentaires	31
En bref	32
Une députée réclame un examen des lois sur la sollicitation	
Vancouver – Affiches gaies refusées par une compagnie de panneaux publicitaires	
Des organismes distribuent des trousseaux de réduction des méfaits aux utilisateurs de crack	
C.-B. – Une étude révèle des taux élevés de pauvreté et d'incapacité parmi les personnes séropositives au VIH	
Santé Canada autorise la vente d'un test rapide du VIH au Canada	
NOUVELLES INTERNATIONALES	
Le VIH/sida, le droit et la discrimination en Guyane	35
Évaluation des politiques et du contexte en lien avec l'usage de drogues illégales et le risque de VIH au Cambodge	38
Afrique australe – Des rapports documentent les réactions juridiques au VIH/sida	39
Publication d'un Code de pratique pour les ONG	40
Le Thai Drug Users Network lauréat d'un prix pour les droits humains	41
Le Nigeria se penche sur le VIH/sida en milieu de travail	41
Nouveau rapport sur l'impact du VIH/sida dans le monde du travail	42
R.-U. – Développements touchant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida	43
LE VIH/SIDA EN PRISON	
Les programmes d'échange de seringues en prison portent fruit	45
Le monde s'ouvre-t-il enfin les yeux au VIH/sida en prison? Un compte-rendu de la XV ^e Conférence internationale sur le sida	47
Canada – Une étude apporte d'autres preuves du risque de VIH et de VHC en prison	49

.. /4

Une cour canadienne ordonne à un centre de détention de fournir à un détenu un médicament prescrit et de lui permettre de consulter un médecin extérieur à l'établissement	51
Une cour canadienne refuse à un détenu l'accès à un tranquillisant	53
Refus de marijuana médicinale à un détenu	54
Autres développements	55
É.-U. – Une étude fait le lien entre les taux d'incarcération et de VIH parmi les communautés noires	
Canada – Lignes directrices révisées sur la gestion des maladies infectieuses et la distribution d'eau de Javel	
Canada – Nouveaux groupes de réseautage, de recherche et plaidoyer relatifs aux prisons	
Nouvelles ressources	

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

La Cour fédérale ordonne à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié de tenir compte d'éléments de preuve de discrimination fondée sur le VIH	58
Le refus d'admission d'une Zambienne au Canada est invalidé en appel	60
Les dispositions sur l'indemnité de départ, dans l'ancienne Loi sur les normes d'emploi de l'Ontario, portent atteinte aux droits à l'égalité garantis par la Charte aux personnes handicapées	61
L'arrêt des procédures est ordonné relativement à des accusations portées contre des membres du club compassion	62
La Cour fédérale autorise la poursuite d'une action liée au sang contaminé	63

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL

Inde – Un tribunal juge que le gouvernement a l'obligation constitutionnelle de fournir des médicaments antirétroviraux à un ex-détenu	65
Inde – La contestation constitutionnelle d'une loi pénale contre les actes homosexuels est rejetée	66
Libye – Des travailleurs de la santé étrangers condamnés à mort pour infection délibérée	67
R.-U – La Cour d'appel s'appuie sur la Convention européenne et accorde l'asile à une femme enceinte	68
R.-U – La Chambre des Lords reconnaît que le droit à la vie privée comprend la protection de la santé mentale	69
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : quatre nouvelles affaires	70
En bref	72
Mexique – La réformation de soldats séropositifs est discriminatoire et inconstitutionnelle	

BANGKOK 2004 : DROIT, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE

Au delà de l'ABC – Pour un réel avancement des droits des femmes et de la lutte au VIH/sida	74
Les jeunes femmes vivant avec le VIH/sida ont aussi des droits – Un témoignage	78
Une crise qui commande une réponse de droits humains	82
Les travailleuses sexuelles et la réforme du droit en Afrique du Sud	85
Les jeunes : trop souvent écartés de la réponse au VIH/sida	88
Utilisateurs de drogue vivant avec le VIH/sida : une double discrimination	91
Contrôle de la drogue, droits humains et réduction des méfaits à l'ère du sida	93
Les utilisateurs de drogue thaïlandais doivent lutter pour leurs droits	99
L'expansion des programmes de réduction des méfaits au Brésil	103
La santé et les droits humains des détenus dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida	105
Questions et préoccupations d'actualité liées au test du VIH – Une approche basée sur la santé et les droits humains	109
Les minorités sexuelles, la violence et le VIH/sida en Afrique	113
Bangkok 2004 : Abrégés sur des thèmes de droit, d'éthique et de droits humains	116

ÉDITORIAL

Note du directeur de la rédaction : Le 1^{er} novembre 2004, Ralf Jürgens a quitté le personnel du Réseau juridique canadien VIH/sida. Ralf a été membre fondateur du Réseau juridique (en 1992), en est devenu le premier président (en 1993) et le directeur général en juin 1998. Avec le leadership de Ralf, le Réseau juridique est devenu une des principales forces de plaidoyer pour les droits humains, dans la réponse au VIH/sida, tant dans le monde qu'au Canada. Bien qu'il ne dirige plus le Réseau, Ralf demeure engagé et dévoué à la lutte contre l'épidémie et pour les droits de la personne. Sa passion et sa vision demeureront présentes, notamment par le biais de sa collaboration soutenue avec le Réseau juridique. Le conseil d'administration, le personnel et les membres du Réseau juridique remercient Ralf du fond du cœur pour ses contributions à la Revue, parmi tant d'autres. Nous avons invité Ralf à écrire l'éditorial de ce dernier numéro produit pendant la période où il a dirigé le Réseau.

Grand temps d'amplifier considérablement l'action pour les droits humains

En écrivant un éditorial pour un numéro spécial de la *Revue VIH/sida et droit*, en 2000, à l'issue de la Conférence internationale sur le sida de Durban (Afrique du Sud), j'étais animé d'une énergie et d'un optimisme nouveaux. À la conférence de Durban, les enjeux juridiques, éthiques et de droits humains liés au VIH/sida avaient été à l'avant-scène. Grâce aux efforts d'activistes pour les traitements, notamment des membres de la Treatment Action Campaign (TAC) d'Afrique du Sud, le silence à propos du manque d'accès aux traitements, dans les pays pauvres, a été rompu. Dans un des moments forts de cette conférence, le juge Edwin Cameron, dans son

discours pour le Jonathan Mann Memorial Lecture, avait lancé un appel passionné et convaincant, fondé sur la dignité et les droits humains, pour changer l'avenir et rendre les soins médicaux et les traitements accessibles aux personnes qui sont devant le sida et la mort, dans les pays pauvres en ressources.¹ Sans la mobilisation planétaire qui a vu le jour à la conférence de Durban, qui a éduqué des communautés et des gouvernements, et qui a affirmé les traitements en tant que droit humain, les efforts actuels pour élargir considérablement l'accès aux traitements anti-VIH, dans le cadre de l'Initiative pour traiter 3 millions de personnes dès 2005 (3 x 5), auraient été incon-

cevables. De fait, avant cette conférence, presque personne ne croyait que les traitements salvateurs pourraient un jour devenir accessibles aux gens malades des pays pauvres. Et en quittant Durban, nous savions qu'il fallait les rendre accessibles.

Depuis, en seulement quatre ans, bien des choses ont été réalisées pour rendre les traitements plus accessibles. Le nombre de personnes de pays pauvres en ressources qui reçoivent des traitements pour le VIH est encore très faible, mais il augmente rapidement et il est encore possible que le but établi pour la fin de l'année 2005 soit atteint, du moins en partie, s'il y a une expansion rapide et suffisamment d'élan pour continuer. Il faut souligner que l'Initiative 3 x 5 est mue par la conviction que l'accès aux soins de santé et aux traitements est, de fait, un droit humain. Le fait que des progrès s'observent enfin dans plusieurs pays, au chapitre du renforcement des systèmes de santé et de l'acheminement de traitements à ceux qui en ont besoin, est probablement l'une des plus grandes réalisations des récentes décennies, au chapitre des droits humains. Les activistes humanitaires de tous les horizons devraient y trouver matière à se réjouir et à faire tout en leur pouvoir pour appuyer la campagne 3 x 5.

Mais il faut faire encore bien plus. Comme le signalait Mark Heywood dans son excellent article sur les droits humains dans le contexte de l'Initiative 3 x 5 (publié dans le numéro précédent de la *Revue*²), autant cette initiative peut refléter une approche fondée sur les droits humains, autant elle peut être une menace à ces mêmes droits si sa mise en œuvre entraîne des raccourcis qui poussent à contourner des principes centraux comme le consentement éclairé au test du VIH, ou si elle affaiblit l'autonomie du patient dans les décisions sur la divulgation de la séropositivité. Par exemple, dans la foulée de l'Initiative 3 x 5, d'aucuns prétendent que le test du VIH devrait devenir affaire de « routine », c'est-à-dire que toute personne qui a recours à des soins de santé soit soumise à un test du VIH à moins de s'en être désistée en affirmant expressément son refus de ce test. De tels enjeux et leurs implications pour les droits de la personne ont été abordés lors de la conférence de Bangkok (comme en témoigne l'article de Gruskin publié dans le présent numéro à la p. 109, mais n'ont pas reçu le degré d'attention requis. Certes, l'accès au test du VIH doit être considérablement élargi dans les pays en développement, comme le signale Gruskin, et il doit faire partie de l'effort pour accroître l'accès aux traitements. Il est aussi probable que la stigmatisation et la discrimination seront

réduites, lorsque plus de gens pourront connaître leur séropositivité et bénéficier des traitements – et que la perception que le VIH est une peine de mort pour les pays en développement sera modifiée. Cependant, nous devrions savoir que la stigmatisation et la discrimination ne disparaîtront pas par magie – et nos efforts contre elles doivent être aussi résolus que ceux par lesquels nous tentons d'élargir l'accès au test (volontaire) du VIH et aux traitements. Sinon, nous ne tirerons pas le plein potentiel des tests et des traitements.

De plus, nous devons mettre fin au manque d'action décisive, qui prévaut encore, en ce qui touche la protection et le respect des droits des personnes les plus vulnérables au VIH. Cette inaction et la réticence à reconnaître l'échec à protéger et à respecter les droits des personnes vulnérables au VIH garantissent à toutes fins pratiques que l'épidémie de VIH continuera de croître rapidement. Notamment, plus de 20 ans après le début de l'épidémie, et alors que les femmes en portent le plus lourd fardeau, peut-on douter qu'afin de réduire la vulnérabilité des femmes pauvres du monde en développement, devant le VIH, nous devons les habiliter, leur donner du pouvoir et modifier la dynamique des relations entre les sexes? À la conférence, les problèmes qui affectent les femmes, en lien avec le VIH, ont finalement mobilisé plus d'attention, comme le montrent des exposés reproduits dans le présent numéro de la *Revue*. Mais les gouvernements, les bailleurs de fonds et les communautés n'ont pas encore délaissé la rhétorique pour passer à l'action sur ces points. On semble se contenter de lancer des campagnes signalant l'importance de la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, ou l'importance des droits des femmes et des enfants, alors qu'il faudrait développer et mettre en œuvre des plans d'action à grande échelle, de longue haleine, adéquatement financés et assortis de buts et d'objectifs spécifiquement axés sur la modification fondamentale des conditions qui contribuent au risque accru qui guette les femmes, devant le VIH.

Le cas des utilisateurs de drogue par injection offre un autre exemple. De nos jours, hormis d'aucuns qui, pour des motifs notamment idéologiques, sont prêts à déformer les données devenues abondantes ou à y passer outre, peu d'intervenants nieraient que pour contrer la propagation rapide du VIH parmi les utilisateurs de drogue, dans plusieurs régions du monde, il faut cesser de les pousser vers la clandestinité, de faire fi de leur dignité et de leurs droits – et reconnaître que les utilisateurs de drogue ont le

même droit à la santé que tout autre citoyen. Ceci inclut le droit aux traitements et le droit aux mesures préventives dont l'efficacité contre la transmission du VIH est connue. Plusieurs articles de ce numéro de la *Revue* illustrent clairement ce point, à l'instar d'un rapport de Human Rights Watch publié peu avant la conférence, qui montre clairement que les violations gouvernementales de droits humains des utilisateurs de drogue catalysent la propagation du VIH non seulement parmi ces derniers, mais en bout de ligne dans la population générale.³

Il y a eu des débats sur ces importantes problématiques sanitaires et de droits humains, lors de la conférence; mais cette fois, à l'opposé de ce que l'on avait observé à l'issue de la conférence de Durban quatre ans plus tôt, peu de délégués sont repartis avec une nouvelle dose d'énergie, d'engagement, de passion et d'espoir. On a entendu trop d'exemples de violations de droits humains, d'échecs de gouvernements à prendre le VIH/sida au sérieux, de belles paroles vides – et un sentiment plutôt général était que la Conférence internationale sur le sida devra se ressaisir et rajuster le tir, pour Toronto 2006, afin de retrouver sa pertinence. Un des moments les plus tristes de la conférence fut celui où l'unique personne séropositive à prendre la parole lors des cérémonies d'ouverture est montée sur la scène devant un auditorium presque vide – on avait modifié le programme à la dernière minute, pour le faire parler à la fin de l'événement, dans un geste délibéré pour éviter qu'il n'attire trop d'attention. Plus tard pendant la conférence, la Thaïlande a annoncé qu'elle allait désormais « traiter les utilisateurs de drogue comme des patients », mais peu d'observateurs croient que ce pays prendra sérieusement le virage qu'il faut, cessera sa guerre aux utilisateurs de drogue qui a déjà entraîné des milliers de décès extrajudiciaires documentés, et adoptera une approche impliquant de fournir des mesures de réduction des méfaits et de reconnaître et respecter les droits et la dignité des personnes qui utilisent des drogues. Et pourtant, l'un après l'autre, nombre de distingués orateurs et conférenciers ont félicité la Thaïlande d'être l'un des quelques gouvernements, dans le monde, à prendre l'épidémie du VIH/sida au sérieux – mais en restant bien silencieux à propos de la crise dans laquelle ce pays tient ses utilisateurs de drogue. La

franche critique à l'égard du gouvernement thaïlandais a été laissée aux activistes locaux (appuyés par des activistes d'autres pays), qui s'exposent à la persécution s'ils se montrent critiques de leur gouvernement.

À l'approche de la prochaine Conférence internationale sur le VIH/sida, à AIDS 2006 à Toronto, il faut que nous passions enfin de la rhétorique à l'action, pour les droits humains et contre le VIH/sida, et que nous élargissions considérablement les efforts pour promouvoir et protéger les droits de la personne, en lien avec le VIH/sida – en plus de poursuivre l'expansion de l'accès au test volontaire du VIH et aux traitements. À AIDS 2006, les droits humains en relation avec le VIH/sida – avec un point de mire particulier sur les femmes et les utilisateurs de drogue par injection – devront être au cœur du programme, plutôt qu'en marge.

– Ralf Jürgens

Nouveau nom pour la *Revue*

À partir du présent numéro, le nom de cette publication, qui était *Revue canadienne VIH/sida et droit*, devient *Revue VIH/sida, droit et politiques*. Ce changement est motivé par le fait que, depuis un bon moment déjà, la *Revue* traite d'actualités et de développements observés non seulement au Canada mais aussi aux quatre coins du monde.

¹ E. Cameron, « L'assourdissant silence du sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 86-93 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-camerondurban.htm).

² 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 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol9no22004/droits3x5.htm).

³ *Not Enough Graves. The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights in Thailand*, New York, Human Rights Watch, 2004 (www.hrw.org/campaigns/aids/2004/thai.htm).

Sortir de l'ombre : la quête du progrès dans la réalisation des droits humains des travailleuses sexuelles

de la page 1

Introduction

En juin 2004, le gouvernement de l'État indien de Goa a forcé le déplacement de centaines de travailleuses sexuelles de la plage de Baina, en détruisant leurs 250 maisons pour faire place au développement commercial de la propriété côtière. En réponse à une ordonnance exigeant la proposition d'emplois de rechange aux résidentes de Baina avant de forcer leur déplacement, les autorités de l'État ont offert aux femmes de déménager dans une ancienne résidence pour enfants, derrière une clôture en barbelé, pour y acquérir de nouvelles compétences de travail comme la fabrication de chandelles et la broderie. Aucune femme n'a considéré cette alternative comme viable. On a procédé à leur expulsion au plus fort de la mousson d'été.²

Les travailleuses sexuelles de Baina s'étaient mobilisées avec succès pour s'habiller à revendiquer de leurs clients l'usage du condom, et elles font lutte contre le trafic d'enfants à Goa. L'Inde recèle de collectifs de travailleuses sexuelles parmi les plus fructueux et les plus reconnus au monde, qui œuvrent à prévenir le VIH et à éduquer leurs clients et la communauté générale à propos du VIH/sida. Les autorités de Goa ne se sont apparemment pas soucié de l'impact de la dispersion de ces activités, sur la communauté en général et sur les travailleuses sexuelles en particulier, ni de la propriété, des droits et du bien-être de ces femmes.

En juin 2003, le Congrès des États-Unis a adopté le *Global AIDS Bill* [Projet de loi sur l'épidémie mondiale du sida], autorisant l'initiative de la Maison Blanche connue sous le nom de PEPFAR (« President's Emergency Program for AIDS Relief »). On sait que le *Global AIDS Bill* requiert que le tiers des fonds alloués par le PEPFAR à la prévention soient octroyés à des programmes qui prônent l'abstinence sexuelle prémaritale comme principale stratégie préventive. Fait peut-être moins connu, la loi interdit aussi les subventions à « tout regroupement ou organisme n'ayant pas une politique d'opposition explicite au travail sexuel ».³ Chris Smith, membre républicain pour l'État du New Jersey à la Chambre des représentants et auteur de cette disposition, a déclaré aux médias qu'« il serait tout simplement déplacé que les États-Unis... contribuent à encourager les trafiquants et les proxénètes en versant des fonds de lutte contre le sida à des organismes qui croient en l'approche malavisée de la légalisation du travail sexuel et du "sécuri-sexe" ».⁴

Les deux développements susmentionnés illustrent clairement la démonisation des femmes et autres individus impliqués dans le travail sexuel, et les abus à leur endroit.

Déni de la capacité de consentement

Depuis l'avènement de l'épidémie du VIH/sida, des analyses s'intéressent au travail sexuel – certaines le consi-

dèrent comme un problème imminent; d'autres reconnaissent son apport potentiel à la solution. Les tenants de cette dernière approche ont compris que les droits humains des travailleuses sexuelles doivent être défendus, pour protéger ces femmes contre le VIH/sida et combattre l'épidémie à plus grande échelle. Bien que quelques mesures positives aient contribué, ces dernières années, à intégrer les droits humains des travailleuses sexuelles dans les réponses

Il s'est récemment opéré un inquiétant revirement contre les politiques et programmes qui appuient des interventions vouées aux droits et à la santé des personnes impliquées dans le travail sexuel.

locales et nationales au VIH/sida, il s'est récemment opéré un inquiétant revirement contre les politiques et programmes qui appuient des interventions vouées aux droits et à la santé des personnes impliquées dans le travail sexuel – et même contre celles dont l'efficacité a été démontrée. Ce recul est en partie attribuable au puissant lobby anti-traffic des États-Unis qui est parvenu, comme on l'a déjà mentionné, à encourager la démonisation du travail sexuel autant que du trafic de femmes et, par le fait

même, à brouiller systématiquement la distinction entre les deux.

Cette confusion entre le trafic et le travail sexuel, parmi les politiciens conservateurs et les fondamentalistes religieux états-uniens, a trouvé écho dans un discours sur le travail sexuel déjà dominé par des préjugés moraux, une culture de la peur et l'abolitionnisme. Il est facile, pour ceux qui confondent les deux réalités, d'affirmer que toute forme de travail sexuel constitue du trafic; après tout, les abolitionnistes (y compris quelques féministes) soutiennent depuis longtemps que toutes les travailleuses sexuelles sont entraînées de force dans ce métier et que la rémunération contre services sexuels est synonyme d'exploitation sexuelle grave. Selon eux, l'abolition complète du travail sexuel est l'unique solution logique. Cependant, dans ce contexte, l'abolition implique la criminalisation des manifestations du travail sexuel, comme la sollicitation, le proxénétisme, la tenue de maisons de débauche et le trafic – une approche susceptible de s'élargir en une criminalisation des femmes impliquées dans le travail sexuel.

Il ne fait aucun doute que les motifs de pratiquer le travail sexuel sont complexes et variés, et que certaines femmes le font parce qu'elles sont pauvres et que leurs options de subsistance sont extrêmement limitées. Par contre, le fait de réduire le travail sexuel à une activité qui n'implique pas de choix ou d'action, de la part des femmes impliquées, est dégradant et constitue une violation de droits humains au même titre que la violence et la stigmatisation que subissent régulièrement ces travailleuses. Hilary Kinnell, du UK Network of Sex Work Projects, affirme que l'on peut distinguer entre

consentement et coercition, par des critères clairs – p. ex., à savoir si la femme a été forcée, ou menacée de recours à la force, enlevée ou détenue illégalement, ou si elle était inconsciente, etc., au moment de son entrée dans le métier. D'après Kinnell, en l'absence de coercition :

...refuser aux travailleuses sexuelles le droit de consentir à des rapports sexuels en l'échange d'argent équivaldrait à les placer dans la même catégorie que les enfants de moins de treize ans et les adultes qui ont des problèmes d'apprentissage ou des troubles mentaux aigus – en d'autres mots, ce serait un retour à l'époque où les femmes pouvaient être envoyées dans un hôpital psychiatrique pour avoir eu des enfants illégitimes ou agi d'une façon embarrassante pour leurs proches masculins adultes.⁵

Parler des travailleuses sexuelles comme de malheureuses victimes d'exploitation sexuelle n'est guère préférable à leur réputation historique plus répandue de « femmes déchues ». La représentation des travailleuses sexuelles repose depuis longtemps sur des images de dévergondage, de débauche (gagnant « sans mérite » de l'argent pour des rapports sexuels) et de faiblesse morale. Le stigmate de la « putain » allègue une influence maléfique de ces femmes sur le « bon » caractère moral de la société, les présentant comme des êtres pervers et ignobles. Le concept de la femme déchue, avilie et pervertie a toujours dominé l'opinion publique, les politiques et les lois.

Criminalisation et violence

Il n'est donc pas étonnant que, prises entre les présomptions de leur victimisation et de dévergondage, les tra-

vailleuses sexuelles soient assujetties dans la plupart des pays à des lois et politiques qui cherchent soit à les « protéger », soit à les criminaliser, ou les deux. Les lois et politiques sur le travail sexuel tendent à refléter à la fois le mépris social quasi universel à l'endroit des travailleuses sexuelles et les croyances profondes des responsables de ces lois et politiques (majoritairement des hommes) à l'égard de la sexualité et du travail sexuel. Même dans les pays où les lois ne criminalisent pas directement le travail sexuel, on accorde presque toujours de la latitude aux policiers dans la détention de travailleuses sexuelles pour des motifs comme le vagabondage ou le flânage. Des attitudes sociales ajoutent à cette latitude et ouvrent la voie à l'extorsion, à la détention illégale et à l'abus de travailleuses sexuelles par des policiers – des phénomènes répandus dans le monde.

Des attitudes sociales ouvrent la voie à l'extorsion, à la détention illégale et à l'abus de travailleuses sexuelles par des policiers.

Dans plusieurs pays, non seulement des policiers participent impunément à de tels abus, mais ils ferment aussi les yeux lorsque des groupes criminels, des agents de l'immigration ou d'autres autorités, des proxénètes et des clients abusent de travailleuses sexuelles. Ces femmes se retrouvent alors dans une situation complexe de travail hors la loi, mais qui profite – sous forme d'argent ou de rapports sexuels – à des policiers qui ne sont

donc pas enclins à faire changer le système. Les autorités policières et gouvernementales et l'ensemble de la société prêchent aux travailleuses sexuelles que leur vie est illicite. Le recours sélectif des forces policières à la loi et à ses atours permettent à des malfaiteurs et à des groupes criminels – par exemple, l'organisation *goonda*, en Inde – d'utiliser le travail sexuel comme moteur de leurs activités criminelles, qui exploitent la vulnérabilité des femmes. Il en résulte une troublante alliance entre l'État, les criminels et les femmes. Rien d'étonnant à ce que les travailleuses sexuelles de plusieurs pays ne parviennent pas à échapper à la « protection » d'un proxénète, d'un propriétaire de maison de débauche ou d'une organisation criminelle.

En 2000, une enquête auprès de travailleuses sexuelles de treize districts du Tamil Nadu, en Inde, a révélé que près de 70% d'entre elles avaient déjà été battues par des policiers et que plus de 80% avaient été arrêtées illégalement.⁶ Tout porte à croire que ces tendances sont représentatives de la situation qui prévaut dans plusieurs pays où les travailleuses sexuelles sont issues de la classe sociale ou caste inférieure. Il est évident que les travailleuses sexuelles abusées par la police ne peuvent pas déposer de plainte officielle ou poursuivre leurs agresseurs. Malheureusement, cela est vrai de tous les abus sexuels et actes de violence à l'endroit de ces femmes – même ceux qui ne sont pas commis par des policiers.

Par conséquent, les travailleuses sexuelles sont souvent forcées d'accepter des conditions d'abus, dans leur travail quotidien. Madhuri Sawant, travailleuse sexuelle trafiquée à Mumbai en provenance d'une autre région de l'Inde, a raconté au collectif VAMP qu'elle avait été enfermée

dans une petite pièce sans aération, empêchée de parler à ses collègues et obligée de servir des clients amenés par des proxénètes sans pouvoir en sélectionner ou en rejeter certains. Elle avait l'impression que sa vie appartenait désormais à un trafiquant et une tenancière. Après s'être échappée, elle a expliqué : « La ville de Mumbai est si grande et intimidante que je me sentais seule et impuissante. Je pensais que le *dalal* [proxénète] de Mumbai me traiterait comme une personne humaine, mais il était impitoyable. Même une femme comme moi, qui a dix années d'expérience en travail sexuel, ne peut pas s'en tirer à bon compte avec les *goondas* de Mumbai. Imaginez ce qui doit arriver aux jeunes nouvelles... Elles doivent être brutalisées. »

La violence du stigmatisme

Enraciné dans les normes établies par la moralité patriarcale, le stigmatisme est probablement le plus important obstacle à la réalisation des droits humains des travailleuses sexuelles. Son impact a plusieurs facettes : déni du droit de ne pas subir d'abus physiques et mentaux; et violation du droit à l'éducation et à l'information, aux soins de santé, au logement, à la sécurité sociale et aux services de bien-être social.

Le métier de travailleuse sexuelle place ces femmes dans une

Le stigmatisme est probablement le plus important obstacle à la réalisation des droits humains des travailleuses sexuelles.

caste/classe à part. Cette caste/classe se situe au dernier rang de la hiérarchie sociale; elle peut même être exclue de la hiérarchie telle que la nous connaissons. La mobilité est donc pratiquement impossible, pour ces femmes; elle ne devient possible que par la supercherie ou l'argent. La protection contre la stigmatisation des membres de leurs familles, en particulier les enfants, est une lutte quotidienne. Comme l'a noté Bandawwa Makadwale, de VAMP : « L'argent que nous gagnons ne nous aide pas à vivre en paix. Le monde extérieur nous rejette et n'accepte même pas nos enfants, qui ne font pas de travail sexuel. Notre santé et nos enfants sont les plus touchés par le stigmatisme et la discrimination. »

En 1992, l'enquête de base de SANGRAM dans la communauté de travailleuses sexuelles de Sangli a révélé que moins de 2% de ces femmes ont déjà fréquenté une école quelconque, et que moins de la moitié de celles-ci ont atteint le niveau secondaire. Bien que la plupart des enfants de ces femmes fréquentent l'école, leur taux de décrochage est très élevé, en particulier après l'école primaire. Une jeune fille a souligné que « c'est très difficile d'entendre tes amis se moquer de ta mère. Quand j'ai vu mon professeur arriver dans la communauté pour avoir un rapport sexuel, je me suis sauvée en courant jusqu'à perdre haleine. J'avais si peur que je ne suis jamais retournée à l'école ». Ce stigmatisme persiste même chez les filles de travailleuses sexuelles qui se distinguent dans un autre domaine. Une jeune femme dont la mère était travailleuse sexuelle a réussi à terminer ses études et à obtenir une maîtrise en commerce. Elle a dû quitter son emploi dans une banque locale parce que le directeur s'était mis à l'appeler pour lui poser des

questions à propos de sa mère et d'autres femmes de la communauté.

Le stigmate et la discrimination à l'endroit des travailleuses sexuelles sont également répandus dans l'accès aux soins de santé. Certaines ont signalé à la National Commission of Women de l'Inde que des médecins et d'autres employés d'hôpitaux gouvernementaux les traitaient irrespectueusement, leur posant des questions inutiles et humiliantes à propos de positions sexuelles et d'autres sujets semblables. D'autres ont parlé de médecins qui présumaient qu'elles étaient « porteuses du sida », refusaient de les toucher et préféraient qu'un assistant ou une infirmière fasse leur examen physique. Des femmes ont même affirmé que des médecins ou des travailleurs sociaux les avaient forcées à avoir des rapports sexuels.

L'impact du VIH/sida

L'épidémie du VIH/sida devrait être une occasion de mieux comprendre l'importance du respect des droits des travailleuses sexuelles comme fin en soi, et comme composante essentielle de la lutte contre cette épidémie.

Après tout, la communauté des travailleuses sexuelles porte (et continuera de porter) la plus lourde part du fardeau de l'épidémie, en Inde et dans d'autres pays, notamment parce que la transmission du VIH est plus efficace lors de rapports sexuels violents et abusifs.

Pourtant, les perspectives sur l'épidémie du VIH/sida considèrent trop souvent les travailleuses sexuelles comme des « porteuses », des « vecteurs » et des « sources de transmission » du VIH. Cette représentation renforce les attitudes morales et les préjugés des détracteurs du travail sexuel ainsi que l'idée erronée que le sida est une maladie « sale » qui

affecte les personnes immorales. En ne contrant pas ces images, on ouvre tout grand la porte à la stigmatisation sociale et à la violence à l'endroit des travailleuses sexuelles; on réduit leur capacité de s'affirmer; on donne encore plus de latitude aux clients dans les rapports sexuels forcés; et on entrave l'accès des travailleuses sexuelles à des services de santé et autres.

Les interventions et politiques en matière de VIH/sida qui ciblent les travailleuses sexuelles uniquement pour réduire la transmission du VIH peuvent ignorer les risques qui guettent ces femmes et qui devraient être abordés pour favoriser leur protection et l'efficacité des stratégies de lutte contre l'épidémie. La peur des autorités policières et de la répression est un important facteur qui empêche les femmes de demander l'aide d'intervenants. Il est presque impossible de s'attendre à ce qu'une personne trafiquée ou migrante illégale, craignant le rapatriement (entre autres choses), demande des services de prévention et de traitement pour le VIH simplement parce qu'ils sont disponibles. Pareillement, il est pratiquement impossible d'intervenir auprès de femmes qui sont sous la « protection » d'organisations criminelles ou de réseaux de trafiquants.

Une stratégie de prévention du VIH parmi les travailleuses sexuelles qui est louée à l'échelle mondiale est le programme d'« usage du condom à 100% »; l'exemple de la Thaïlande est probablement le mieux connu. Dans le cadre de tels programmes, des tenanciers de maisons de débauche acceptent d'exiger l'usage du condom dans les activités sexuelles qui se déroulent sous leur toit, et les travailleuses sexuelles sont incitées à rejeter tout client qui refuse de porter le condom. Comme l'explique l'ONUSIDA, si tous les établisse-

ments de services sexuels respectent les règles du programme, les clients sont essentiellement forcés d'utiliser le condom.

La stratégie d'« usage du condom à 100% » est rarement appliquée d'une façon qui respecte les droits des travailleuses sexuelles.

Cette stratégie a certainement rehaussé l'usage du condom à plusieurs endroits, mais elle est rarement appliquée d'une façon qui respecte les droits des travailleuses sexuelles. Comme Loff et d'autres l'ont souligné, plusieurs programmes d'« usage du condom à 100% » ont entraîné une surveillance répressive des travailleuses sexuelles, l'imposition de tests obligatoires du VIH et d'infections transmissibles sexuellement (ITS) et l'arrestation de travailleuses sexuelles lorsque le condom n'est pas utilisé.⁷ Certains programmes n'assurent pas la disponibilité continue de condoms et les travailleuses sexuelles en subissent les conséquences. Les femmes poursuivies pour ne pas avoir utilisé de condom peuvent se retrouver à travailler dans des endroits éloignés ou clandestins, où elles seront exposées à un risque accru d'infection à VIH et d'abus. Dans le pire des cas, ces programmes sont l'antithèse des efforts d'éducation des paires déployés par des organismes comme SANGRAM, dont le succès se fonde sur l'implication des travailleuses sexuelles dans la prise de décisions liées aux programmes.

Dans plusieurs pays, des contradictions et des lacunes dans la gestion des programmes de lutte contre le VIH/sida entravent aussi la réalisation des droits des travailleuses sexuelles. Des interventions à court terme, sous la forme de projets, ne peuvent aspirer à établir une réponse soutenue à un problème aussi complexe que l'abus des travailleuses sexuelles. Lorsque l'accès aux traitements pour la population générale est difficile et sporadique, la provision de services aux groupes vulnérables devient presque impossible. Les programmes qui considèrent les travailleuses sexuelles comme un moyen de joindre les hommes sexuellement actifs, plutôt que d'intervenir auprès d'elles, sont voués à l'échec; ils entraîneront probablement l'aliénation de ces femmes plutôt que de les habiliter à lutter contre le VIH.

En dépit du succès documenté de collectifs dirigés par des travailleuses sexuelles, pour freiner la propagation du VIH dans leurs communautés, le rôle crucial de ces femmes dans la prévention du VIH/sida est trop peu reconnu. Des expériences de l'Inde et d'ailleurs illustrent clairement que les travailleuses sexuelles sont les mieux placées pour éduquer leurs clients masculins. Ce fait a été reconnu par des analyses de « pratiques exemplaires » de l'ONUSIDA et par de nombreux autres experts, mais les ressources de gouvernements et de donateurs sont principalement versées à des programmes « descendants », qui entraînent la déshabilitation des travailleuses sexuelles.

Une étude menée par un ONG états-uniens appelé CHANGE, sur les « interventions ciblées » de prévention du VIH parmi les travailleuses sexuelles en Inde, a constaté que ces initiatives renforcent souvent le stigmat, surtout en l'absence d'un

engagement des autorités à répondre aux violations de droits humains parmi les travailleuses sexuelles. Le gouvernement indien reconnaît l'importance du rôle des travailleuses sexuelles en tant que paires éducatrices et intervenantes en matière de VIH/sida, mais il n'est pas disposé à réagir aux violations de droits humains qui contribuent grandement à leur vulnérabilité au VIH.⁸

Même là où les gouvernements appuient des programmes d'éducation des paires parmi les travailleuses sexuelles, rien n'est fait pour réagir à l'exposition de ces femmes au VIH par la violence sexuelle qu'elles subissent de la part de policiers, de tenanciers de maisons de débauche et de criminels, ou encore à leur incapacité (comme bien d'autres femmes) de négocier le sécurisexe avec leurs partenaires réguliers. Le respect des droits travailleuses sexuelles se limite aux éléments nécessaires au fonctionnement du programme. Une intervenante a dit à l'organisme CHANGE : « On voit aux droits des travailleuses sexuelles non pas parce qu'elles sont des citoyennes qui ont des droits, mais plutôt parce que du point de vue de la lutte contre le VIH/sida, il faut bien leur accorder quelques droits pour qu'elles puissent utiliser le condom. »⁹

Pour des droits significatifs

Il est urgent de transformer le discours des droits humains en une réalité tangible pour les travailleuses sexuelles. Malheureusement, le droit international sur les droits de la personne n'est pas très utile à cet égard. Le premier instrument international de droits de la personne sur le trafic d'individus (la Convention de 1949 pour la répression de la traite des êtres humains et de l'exploitation de la

prostitution d'autrui) reconnaît de manière compliquée le droit théorique des travailleuses sexuelles adultes d'exercer leur métier, mais il part du postulat que le travail sexuel devrait être éliminé, et il appuie implicitement le point de vue que les travailleuses sexuelles adultes devraient être sauvées et réhabilitées.¹⁰ La convention interdit le travail sexuel même si la personne impliquée y consent.¹¹

La plus récente loi sur le trafic, le « Protocole de 2000 sur la traite des personnes » (Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants) emploie un langage semblable à celui de la convention antérieure et ne marque certainement pas de progrès en ce qui a trait au respect des droits et des actions des travailleuses sexuelles. Comme l'a noté Loff, « l'échec à reconnaître [en droit international] la distinction entre le travail sexuel forcé et non forcé fait en sorte que l'on passe outre aux revendications des défenseurs des droits des travailleuses sexuelles ».¹²

La Convention de 1981 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes dénonce l'exploitation sexuelle et exhorte les gouvernements à adopter toutes les mesures nécessaires, y compris des lois, pour éliminer toute forme de trafic et d'exploitation des femmes par le travail sexuel. L'Observation générale n°19 du Comité de l'ONU sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes enjoint les États à assurer la protection égale des travailleuses sexuelles devant la loi et souligne que « les prostitué[e]s sont particulièrement vulnérables à la violence du fait que leur situation parfois illégale tend

à les marginaliser ».¹³ Dans son analyse approfondie sur le sujet, Jordan note que la mention de l'importance de la protection légale des travailleuses sexuelles, dans cette recommandation, est la plus proche reconnaissance des droits humains de cette population que l'on trouve dans le droit international à l'heure actuelle.¹⁴

La décriminalisation et les mesures anti-discriminatoires favorisent l'amélioration de la santé et des conditions d'emploi des travailleuses sexuelles.

Au palier national, le travail sexuel est illégal dans la plupart des pays. À certains endroits, les personnes impliquées dans le travail sexuel ou soupçonnées de l'être se voient imposer le test du VIH; ailleurs, elles peuvent être détenues ou recevoir contre leur gré des services de santé et de « réhabilitation » qui ont pour effet de les pousser davantage vers la clandestinité. En revanche, des données montrent que la décriminalisation et les mesures anti-discriminatoires au palier national favorisent l'amélioration de la santé et des conditions d'emploi des travailleuses sexuelles. Kinnell cite en exemple l'expérience de nombreux pays où les travailleuses sexuelles, qui ont le droit de vote et le droit de se réunir et de s'organiser, sont plus susceptibles de déclarer un usage constant du condom avec leurs clients.¹⁵

En Inde, l'Immoral Trafficking Prevention Act (ITPA) de 1986 vise à punir les trafiquants; mais en pratique, elle entraîne la victimisation des tra-

vailleuses sexuelles. Encore une fois, cette loi considère toutes ces femmes comme des victimes d'exploitation.¹⁶ L'ITPA comporte un élément discriminatoire additionnel : il impose des peines beaucoup plus sévères aux femmes accusées de « sollicitation » (six mois d'emprisonnement pour une première infraction; et jusqu'à un an pour des infractions subséquentes) qu'aux hommes (de sept jours à trois mois de prison). Jordan souligne que cette loi a pour effet de punir sévèrement les travailleuses sexuelles et de ne servir que d'avertissement aux proxénètes. De plus, elle signale qu'en permettant aux États d'établir des districts de prostitution, l'ITPA contraint à toutes fins pratiques les travailleuses sexuelles à conclure des ententes avec des proxénètes et des tenancières qui les exploiteront.¹⁷

Recommandations

Le moyen le plus crucial et le plus réalisable pour valoriser les droits humains des travailleuses sexuelles dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida est de respecter leur nature humaine, non seulement en les écoutant et en tirant des leçons de leur expérience, mais aussi en s'assurant qu'elles gèrent leurs propres efforts de prévention du VIH et aient un pouvoir décisionnel dans les programmes qui les touchent. Les interventions de lutte contre le VIH/sida qui les « ciblent » devraient être menées par elles et pour elles. Les programmes d'éducation et de formation des paires, parmi les travailleuses sexuelles, donnent des résultats exceptionnels lorsqu'ils sont réellement participatifs; ils parviennent à l'impossible. De plus, les travailleuses sexuelles demandent effectivement l'aide d'intervenantes sociales, si ces dernières sont sympathiques et ont une attitude positive. Le collectif

VAMP, qui œuvre à la frontière Sud du Maharashtra et du Karnataka, est un exemple de l'approche fondée sur les droits humains (voir page 15).

Un moyen évident d'habiliter les travailleuses sexuelles à se protéger contre le VIH et à contribuer à la lutte contre le VIH/sida dans leurs communautés est l'adoption de mesures officielles, publiques et adéquatement financées pour réagir à la violence et aux abus à leur endroit. La décriminalisation officielle du travail sexuel pourrait être un aspect clé de cette démarche, dans plusieurs pays. De plus, les autorités policières doivent recevoir une formation à propos du VIH/sida et de la contribution unique des travailleuses sexuelles à la lutte contre le VIH; et elles doivent être tenues responsables pour leurs abus à l'endroit de ces femmes. Tous les gouvernements devraient se doter de stratégies pour réduire le stigmate social à l'endroit des personnes impliquées dans le travail sexuel, notamment, comme l'a proposé l'organisme CHANGE,¹⁸ par la sensibilisation des médias de masse à la représentation humaine des travailleuses sexuelles et à la couverture des incidents de violence et d'abus à leur endroit (y compris les cas de refus d'accès aux services).

L'expérience des collectifs de travailleuses sexuelles qui luttent contre le VIH/sida, et d'autres initiatives, mène à des recommandations particulières pour les programmes et stratégies, notamment :

- Comme l'a noté CHANGE, les travailleuses sexuelles qui éduquent leurs paires à propos du VIH/sida – de fait, toutes les travailleuses sexuelles – devraient avoir le même accès que tout citoyen à des services volontaires et confidentiels de test du VIH, de

traitement et de soins pour des maladies liées au VIH, de provision de condoms et d'information sur le VIH/sida. La confidentialité est cruciale à la réussite de tout service médical à l'intention des travailleuses sexuelles.

- Les interventions de lutte contre le VIH/sida parmi les travailleuses sexuelles devraient être intégrées à des services complets de santé génésique (y compris pour un avortement sûr).

Enfin, il serait utile que des lois ou déclarations internationales venant d'importantes organisations de droits de la personne exhortent les États à protéger et à promouvoir explicitement les droits humains des travailleuses sexuelles et à respecter leur capacité d'action et de consentement. Une déclaration d'une instance onusienne des droits de la personne recommandant la décriminalisation du travail sexuel serait une importante percée. Il est difficile d'imaginer comment les travailleuses sexuelles pourront réaliser leur droit d'exercer le métier de leur choix, leurs droits à la sécurité et à l'intégrité physiques, au meilleur état de santé atteignable et à la protection

contre la discrimination, sans la décriminalisation de leur travail. Il est également urgent de définir clairement le concept du trafic d'individus, d'une façon qui rehaussera non seulement les efforts de protection des droits des personnes trafiquées, mais qui établira aussi une distinction entre les personnes qui sont forcées au travail sexuel et celles qui ne le sont pas.

– Joanne Csete et
Meena Saraswathi Seshu

Au moment d'écrire cet article, Joanne Csete était directrice du Programme sur le VIH/sida de Human Rights Watch. Meena Saraswathi Seshu est secrétaire générale de SANGRAM; on peut la joindre à meenaseshu@yahoo.com.

¹ Des exemplaires de l'essai sont disponibles auprès de l'auteur.

² Voir, par exemple, Human Rights Watch, « Eviction of sex workers boosts HIV risk », communiqué de presse, 7 juillet 2004 (www.hrw.org/english/docs/2004/07/06/india9010.htm).

07/06/india9010.htm).

³ United States Congress, *United States Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Act of 2003*, (Public Law No: 108-25, 108th Congress, 117 Stat 711) s 301, inserting s 104A (Assistance to Combat HIV/AIDS) into Foreign Assistance Act of 1961 (22 USC 2151).

⁴ Bureau du représentant Chris Smith, « House committee passes AIDS bill with key Smith amendment on human trafficking and prostitution », communiqué de presse, 2 avril 2003.

⁵ H. Kinnell, *Why feminists should rethink on sex workers' rights*, document préparé à l'occasion de la série de séminaires « Beyond Contract », 16 décembre 2002, Londres.

⁶ SANGRAM, dossier de faits et témoignages, *Of Veshyas, Vamps, Whores and Women*, 2002, 1(3) : 4.

⁷ B. Loff, C. Overs, P. Longo, « Can health programs lead to mistreatment of sex workers? », *Lancet*, 361(9373), 2003 : 1982.

⁸ A. Amin, *Risk, morality and blame: A critical analysis of government and US donor responses to HIV infections among sex workers in India*, un rapport de CHANGE – Center for Health and Gender Equity, janvier 2004, p. 20, 22 (www.genderhealth.org/pubs/AminHIVAmongSexWorkersinIndiaJan2004.pdf).

⁹ *Ibid.*, p. 20.

¹⁰ A.D. Jordan, « Commercial sex workers in Asia: A blind spot in human rights law », dans Askin et Koenig (éds), *Women and International Human Rights Law*, vol. 2, Ardsley, New York, Transnational, 2000, p. 548.

¹¹ B. Loff, B. Gaze, C. Farley, « Prostitution, public health and human rights law », *Lancet*, 356(9243), 2000 : 1764.

¹² *Ibid.*

¹³ Comité de l'ONU pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, UN doc. no. A/47/38, 1992, article 6(15) (www1.umn.edu/humanrts/cedaw/French/general_comments/gc_19.html).

¹⁴ *Supra*, note 10, p. 550.

¹⁵ *Supra*, note 5, p. 13.

¹⁶ *Supra*, note 10, p. 556.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Supra*, note 8, p. 26.

Les voix du collectif VAMP – L'écho des travailleuses sexuelles

Des activistes du collectif VAMP, qui représente cinq mille travailleuses sexuelles de l'Inde centrale, ont recueilli les récits de leurs membres et paires. Nous en reproduisons quelques extraits ci-dessous, précédés d'un énoncé conjoint de SANGRAM, l'ONG de Sangli d'où est issu le collectif VAMP, qui aborde la nécessité d'une transformation de la mentalité et de la terminologie pour créer un environnement propice au respect des droits humains des travailleuses sexuelles.

De SANGRAM et VAMP :

Au fil de notre travail auprès de femmes [impliquées dans le travail sexuel], nos croyances, idées et perceptions à l'égard du travail sexuel et des femmes qui le pratiquent ont évolué considérablement. Notre vision du travail sexuel comme une forme d'exploitation, de victimisation et d'oppression, une activité douteuse, immorale et illégale a été profondément secouée. De fait, nous avons dû non seulement remettre en question et réviser nos idées et croyances, mais aussi transformer le langage qui sert à décrire les travailleuses sexuelles. Les termes « putain », « courtisane » et « veshya » – qui renforcent le concept de « femme déchue » – sont utilisés à profusion dans le discours public. Nous avons tenté de changer la terminologie pour en dégager des identités positives. Nous avons révisé notre vocabulaire et éliminé les termes qui renforcent la stigmatisation et la marginalisation des travailleuses sexuelles.

Par ailleurs, nous avons constaté que la terminologie utilisée depuis des générations par la société en général, pour désigner la « femme déchue », est plus souvent qu'autrement dénigrante, dans l'espace moral du sacré. Il était nécessaire de reconquérir la féminité, puisque cet espace moral sanctifié refusait de reconnaître que l'identité même (de la femme) était anéantie par cette image de « putain, courtisane ou veshya ». De là l'importance d'utiliser des termes comme « travailleuses sexuelles » plutôt que « prostituées ». Les travailleuses sexuelles parlent des « femmes du milieu », pour

désigner leurs collègues. Après maintes discussions, nous avons adopté l'expression « personnes impliquées dans la prostitution et le travail sexuel » pour englober tous les individus qui « reçoivent de l'argent en l'échange de rapports sexuels ».

Du collectif VAMP :

- À propos du droit de pratiquer le travail sexuel en l'échange d'argent : « Nous protestons contre une société qui nous considère immorales et illégales principalement parce que nous n'acceptons pas ses mœurs, ses règles et sa gouvernance. Nous protestons contre les diverses forces de la société qui nient nos droits à la liberté, à la sécurité, à l'administration équitable de la justice, au respect de nos vies, à la protection contre la discrimination, et à la liberté d'expression et d'association. »
- À propos de la violence et du stigmate : « En tant que personnes qui subissent de la violence au quotidien, nous sommes de plus en plus pénalisées par une violence accrue, dans une société qui tente d'organiser et de contrôler nos vies. En tant que travailleuses sexuelles, nous protestons contre une société qui nous impose la violence des préjugés. »
- À propos de la sexualité féminine : « Nous croyons que la sexualité fait partie intégrante de la vie d'une femme, comme ses diverses compétences maternelles, domestiques et autres. Nous ne croyons pas que la sexualité occupe une place sacrée et que les femmes qui ont des rapports sexuels pour des raisons autres que la reproduction violent ce lieu sacré, ni qu'elles sont immorales ou débauchées si elles choisissent de tirer des revenus de leurs activités sexuelles. »
- Durga Pujari, activiste de VAMP : « Au fil des ans, nous sommes passées de "prostituées" à "travailleuses sexuelles". Des débats, des documents, des pactes et des déclarations nous ont été consacrés. Toutefois, lorsque nous tentons d'éclairer le débat, nos histoires sont discréditées et nous sommes traitées comme si nous étions incapables de comprendre notre propre vie. Nous sommes donc romancées, victimisées, ou pire, notre réalité est brouillée et déformée. »

Des pas en avant, en arrière et de côté – La loi canadienne sur l'exportation de produits pharmaceutiques génériques

En mai 2004, le Parlement du Canada a adopté le projet de loi C-9, qui apporte des amendements à la Loi sur les brevets en autorisant l'attribution de licences obligatoires sur des produits pharmaceutiques brevetés. La loi permet que des fabricants génériques puissent produire des versions moins chères, génériques, de produits brevetés et de les exporter à des pays qui n'ont pas la capacité suffisante pour fabriquer les leurs. Le Canada est ainsi devenu le premier pays à adopter une loi qui applique une décision de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) qui assouplit les règles de l'OMC en matière de brevets. Des organismes de la société civile ont fait campagne pour l'amélioration du projet de loi, avant son adoption, et ils ont réussi à y faire apporter d'importantes améliorations. Cependant, le projet de loi est miné de lacunes qui l'empêchent de pouvoir servir de « modèle » qu'il aurait été facile de répliquer dans d'autres pays.

Le présent article est le deuxième d'une série qui retrace l'évolution de la législation canadienne.¹ Il porte sur les développements qui ont conduit à l'adoption de la loi C-9 dans sa forme finale, et il analyse ses aspects positifs et négatifs. Il est à espérer que d'autres militants tireront profit du compte-rendu de cette expérience – que les autres pays sauront éviter d'en répliquer les aspects négatifs, dans leur propre mise en œuvre de la décision de l'OMC.²

Contexte

L'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (« ADPIC ») établit les règles que doivent respecter les membres de l'OMC en matière de brevets, y compris touchant les produits pharmaceutiques. L'Accord sur les ADPIC permet aux États d'accorder des licences obligatoires qui outrepassent les droits exclusifs du brevet et qui permettent à un intéressé (autre que le titulaire du brevet) de fabriquer lui aussi un certain produit pharmaceutique avant l'expiration du brevet. En échange, le récipiendaire de la licence obligatoire doit payer une « rémunération adéquate » au titulaire du brevet. Les licences obligatoires, qui font intervenir la concurrence des fabricants de produits pharmaceutiques génériques, permettent de ren-

dre plus abordables des médicaments nécessaires.

Mais l'article 31(f) de l'Accord sur les ADPIC stipule que, d'ordinaire, une licence obligatoire doit servir « principalement » à approvisionner le marché domestique du pays où la licence est émise.³ Cela limite le recours à des licences obligatoires, lorsqu'il s'agit de fabrication de produits génériques pour l'exportation. Pour les pays qui n'ont pas de capacité suffisante à produire leurs propres médicaments génériques, et qui ont donc besoin d'en importer, l'article 31(f) rend difficile d'utiliser des licences obligatoires pour satisfaire les besoins de santé de leur population.

Le 30 août 2003, le Conseil général de l'OMC a adopté à l'unanimité une Décision pour régler ces difficultés, en réponses aux demandes

d'accès à des médicaments génériques moins chers, en particulier dans le monde en développement.⁴ La Décision suspend, de manière provisoire, la disposition de l'article 31(f).

Le plaidoyer de la société civile relativement au projet de loi C-56, puis C-9

En septembre 2003, des organismes de la société civile canadienne et l'envoyé spécial des Nations Unies pour le VIH/sida en Afrique, Stephen Lewis, ont exhorté le gouvernement à changer la loi canadienne sur les brevets afin de mettre en application la Décision de l'OMS. Le 6 novembre, après deux mois de pressions intenses, une ébauche de projet de loi (C-56) a été déposée au Parlement. Les militants de la société civile l'ont fortement critiquée, en faisant remar-

quer que son contenu échouait à utiliser toute la souplesse accordée aux règles de l'OMC sur les brevets. Ils ont aussi critiqué le fait que le projet de loi accordait des privilèges injustifiés et superflus aux sociétés pharmaceutiques titulaires de brevets, ce qui menaçait de saper toute l'initiative.⁵

Le projet de loi a été critiqué pour les privilèges injustifiés et superflus qu'il accordait aux sociétés pharmaceutiques titulaires de brevets, ce qui menaçait de saper toute l'initiative.

Comme suite à ces critiques, le gouvernement a décidé de référer le projet de loi à un comité, pour permettre des discussions publiques plus étoffées. Le 12 février 2004, après un changement de chef du gouvernement, le projet de loi a été redéposé (désormais sous le titre de projet de loi C-9) et des audiences ont été tenues par le Comité permanent [des Communes] sur l'industrie, la science et la technologie.

Le Groupe pour l'accès mondial aux traitements (GAMT) a coordonné les efforts de plaidoyer de nombreux organismes de la société civile pour l'amélioration du projet de loi C-9, au fil des étapes législatives. Le GAMT a impliqué une vaste gamme d'organismes des quatre coins du pays – militants pour les droits de la personne, ONG de développement, organismes humanitaires, regroupements confessionnels, syndicats et associations étudiantes – ainsi que de milliers d'autres Canadiens-nes.

Comme membre du GAMT, le Réseau juridique canadien VIH/sida a préparé une trousse d'information sur le projet de loi, qui a été distribuée à tous les membres du parlement peu avant le début des audiences de comité; il a aussi présenté un exposé oral au comité ainsi qu'une série de mémoires écrits. Plusieurs autres organismes de la société civile, de même que des experts, se sont aussi adressés au comité, de vive voix ou par écrit. Les organismes membres du GAMT ont rencontré plusieurs membres du comité afin de mettre en relief les amendements nécessaires au projet de loi; ils ont aussi diffusé plusieurs communiqués aux médias et donné quelques conférences de presse.⁶

De plus, le Réseau juridique a participé à une consultation de l'Organisation mondiale de la santé et de la Ford Foundation à propos de l'application de la Décision de l'OMC et il en a relayé les conclusions au Comité permanent des communes; le Réseau juridique a aussi présenté un exposé oral, à propos du projet de loi C-9, à la 60^e session de la Commission onusienne des droits de l'homme; et il a rencontré des représentants du Bureau du premier ministre et des bureaux de la plupart des ministères fédéraux impliqués dans la rédaction du projet de loi. (Le bureau de la ministre de l'Industrie, dont le ministère avait la responsabilité principale du projet de loi, n'a pas répondu aux demandes de rencontre.)

Le 20 avril 2004, après avoir entendu des témoins pendant quelques jours, le Comité permanent a entamé son analyse « clause par clause » du projet de loi.⁷ Comme suite aux pressions des militants de la société civile (voir ci-dessous), le gouvernement a fait savoir, en Comité, qu'il était disposé à abroger la clause anticoncur-

rentielle controversée du « droit de premier refus », qui aurait permis aux sociétés titulaires de brevets de s'emparer de contrats négociés par des fabricants génériques avec des pays importateurs. Les membres de la société civile ont aussi critiqué l'introduction de quelques « alternatives » problématiques en remplacement du droit de premier refus, qu'ont proposée tour à tour l'industrie pharmaceutique brevetée et le gouvernement. À terme, le Comité a apporté au projet de loi quelques amendements positifs, notamment le retrait de la clause sur le droit de premier refus. Mais il a aussi procédé à des amendements qui ont créé d'autres lacunes dans le projet de loi et que le Parti libéral, au pouvoir, a conservés dans le texte final.⁸

Les efforts intenses et soutenus de la société civile ont eu d'importantes répercussions positives qui ont amélioré le projet de loi.

Le 28 avril 2004, le projet de loi, tel qu'amendé par le Comité permanent, a été déposé à la Chambre des communes. Après quelques autres motions d'introduction d'amendements supplémentaires (voir ci-dessous), le 4 mai 2004 le projet de loi C-9 a été soumis à une troisième et ultime lecture, adopté à l'unanimité par tous les membres du parlement, et déféré au Sénat. Le 14 mai 2004, il a reçu la sanction royale, accédant au statut de loi – faisant du Canada le premier pays à adopter une telle loi.⁹

Le 16 juillet 2004, les États-Unis et le Canada ont adopté un protocole

d'entente à l'effet que les dispositions de l'Accord sur le libre-échange nord-américain (ALÉNA) ne seraient pas appliquées pour bloquer la mise en œuvre du projet de loi C-9 du Canada.¹⁰

Commentaire sur la loi C-9 : éléments positifs et négatifs de la loi canadienne

En théorie, cette loi permet qu'un fabricant générique canadien puisse obtenir une licence pour fabriquer un produit pharmaceutique breveté, pour l'exporter à des pays admissibles. Son fonctionnement dans la pratique reste à voir. Le fait qu'un État du G-7 ait adopté une telle loi est important, car cela fournit un élan politique nécessaire, venant d'un pays industrialisé, à l'appui de l'application de la Décision de l'OMC.

Le projet de loi C-9 constitue aussi une victoire, en quelque sorte, des militants de la société civile dont les efforts intenses et soutenus ont eu d'importantes répercussions positives qui ont amélioré le projet de loi. Toutefois, considérant ses multiples défauts, l'ensemble du projet loi échoue à fournir un « modèle » qui aurait pu être simplement copié par d'autres pays. Au lieu d'en suivre l'exemple, les autres pays devraient tirer des leçons de l'expérience du Canada et éviter de répliquer ses lacunes, dans leurs propres applications de la Décision de l'OMC. La suite du présent article signale les éléments positifs et négatifs de l'approche du Canada dans la mise en œuvre de la Décision de l'OMC.

Liste limitée de produits

L'une des principales lacunes de la loi C-9 est l'insistance du gouvernement à vouloir conserver une liste de pro-

duits pharmaceutiques pour lesquels une licence obligatoire peut être émise aux fins d'exportation. L'expérience canadienne à ce jour révèle déjà qu'une telle approche est à éviter.

Le projet de loi inclut une liste initiale de 56 produits pour lesquels il s'applique; la liste est principalement un dérivé de la Liste modèle des médicaments essentiels de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). (Devant les critiques exprimées, le gouvernement a accepté d'ajouter à la liste initiale du projet de loi tous les antirétroviraux (ARV) pour le traitement du VIH/sida qui sont actuellement approuvés pour la vente au Canada.)

L'une des principales inquiétudes liées à la loi C-9 est l'insistance du gouvernement à vouloir conserver une liste de produits pharmaceutiques pour lesquels une licence obligatoire peut être émise, aux fins d'exportation.

La loi stipule par ailleurs que le Cabinet fédéral peut, sur recommandation des ministres de la Santé et de l'Industrie, ajouter d'autres produits à la liste. Un comité sera formé afin de conseiller les ministres à propos de produits qui devraient y être ajoutés. Des représentants du gouvernement ont affirmé que la société civile sera représentée à ce comité, aux côtés d'autres personnes qui ont une expertise en fourniture de soins de santé

dans des contextes pauvres en ressources.

Dès le début, les organismes de la société civile se sont opposés à l'inclusion de toute liste, car il s'agit là d'un recul sur le consensus international exprimé dans la Décision de l'OMC. Dans les négociations qui ont conduit à l'adoption de cette décision, quelques pays industrialisés avaient proposé d'en limiter l'effet à certaines maladies ou à certains produits pharmaceutiques. Ces efforts avaient été dénoncés par les activistes de la société civile, qui ont fait valoir qu'il s'agirait d'une politique sanitaire malavisée, peu respectueuse des principes éthiques, et rejetée par les pays en développement. À terme, tous les membres de l'OMC ont accepté qu'il n'y aurait pas de telles limites. En introduisant une liste limitée de produits dans sa loi qui applique la Décision, le Canada a unilatéralement érodé ce consensus.

Les groupes de la société civile canadienne ont maintes fois incité le gouvernement à abandonner la liste de produits. Ils ont aussi exprimé des mises en garde à l'effet que le choix de requérir une décision du Cabinet, pour l'ajout de nouveaux produits à la liste, ouvrirait la porte au lobbying politique des sociétés pharmaceutiques brevetées pour empêcher l'expansion de la liste, créant ainsi des délais supplémentaires dans le processus. Dans les jours précédant le vote final de la Chambre des communes relativement au projet de loi, force a été de constater que les inquiétudes de la société civile étaient bel et bien fondées.

À l'étape du Comité permanent, ses membres discutaient de l'ajout de quelques médicaments à la liste incluse dans le projet de loi C-9. Le Nouveau parti démocratique (NPD),

qui fait partie de l'opposition, avait proposé l'ajout des médicaments moxifloxacine et clarithromycine, tous deux utilisés pour le traitement de la pneumonie. La clarithromycine est aussi utilisée en prophylaxie contre le mycobacterium avium complexe (MAC), une infection potentiellement mortelle pour les personnes vivant avec le VIH/sida; une version de ce médicament, qui est produite par un fabricant générique de l'Inde, figure sur la liste de l'OMS des médicaments préqualifiés pour le VIH/sida. Aux délibérations du Comité, tous les partis politiques étaient d'accord qu'à moins d'objections techniques de Santé Canada relativement à un médicament, les médicaments additionnels seraient ajoutés au projet de loi, par voie de motion, à l'étape de la lecture finale et de l'adoption en Chambre.

Santé Canada a fait savoir qu'il n'avait aucune objection à l'inclusion de ces deux médicaments dans le projet de loi C-9. Mais le NDP a ultérieurement reçu des appels de la société pharmaceutique Bayer, qui détient le brevet sur la moxifloxacine au Canada, qui s'objectait à son inclusion dans le projet de loi C-9. Au moins une autre société pharmaceutique a communiqué aussi avec les bureaux de ministres pour s'opposer à l'ajout de tout médicament à la liste;¹¹ un bureau de ministre a ensuite communiqué avec le parti de l'opposition afin de demander qu'il retire ses motions d'ajout de certains médicaments que l'on avait déjà convenu d'ajouter à la liste.

Par la suite, lors de la considération de ces motions, en chambre, le Parti libéral (qui est au pouvoir) s'est prononcé contre l'ajout de ces médicaments à la liste des produits couverts par la loi – nonobstant les

affirmations précédentes du gouvernement à l'effet que l'inclusion d'une liste de produits, dans le projet de loi, ne serait pas utilisée pour limiter ainsi la portée de son application. Des représentants du gouvernement ont affirmé que la moxifloxacine et clarithromycine ne figuraient pas sur la liste modèle de l'OMS et ont prétendu (à tort) que ces médicaments n'étaient pas nécessaires pour le traitement du VIH/sida, de la tuberculose ou du paludisme.¹²

Cet épisode illustre les problèmes qu'engendre l'inclusion d'une liste de produits. De plus, il donne à douter de la bonne foi du gouvernement dans sa promesse que la liste en question ne limiterait pas la portée de l'initiative canadienne. Cela n'est pas de bon augure pour les efforts futurs d'ajout d'éléments à la liste de produits pour lesquels des licences obligatoires à des fins d'exportation peuvent être accordées.

Médicaments en combinaisons à dose fixe

Une préoccupation particulière concerne la manière dont le système canadien abordera le cas où un fabricant canadien demande une licence obligatoire pour produire et exporter une « combinaison à dose fixe » (CDF) (i.e. qui combine plus d'un médicament dans une seule prise). Les CDF d'antirétroviraux simplifient les régimes de traitement et sont reconnus par l'OMS comme des éléments d'importance cruciale dans ses efforts d'élargir de manière marquée l'accès aux ARV dans le monde en développement.

Par le passé, les lois canadiennes n'exigeaient pas qu'un médicament fabriqué à des seules fins d'exportation soit soumis au processus qui s'applique à l'approbation de médica-

ments pour l'usage du Canada. Mais, à présent, la loi C-9 impose un tel processus d'examen pour tout produit pharmaceutique fabriqué pour l'exportation en vertu d'une licence obligatoire.

Dans le cas des médicaments génériques examinés en vue d'une approbation pour la mise en marché au Canada, la pratique standard est de fonder l'approbation sur des données qui démontrent la « bio-équivalence » entre le produit générique et un produit de marque qui est déjà approuvé. Mais, dans le cas des CDF pour le traitement du VIH/sida, seulement trois produits sont approuvés pour le marché canadien. Deux d'entre eux (Combivir® et Trizivir®) combinent des médicaments brevetés de GlaxoSmithKline; le troisième (Kaletra™) combine deux médicaments de Abbott. Ces produits en combinaison sont importants, mais ils ne font pas partie de ceux qui sont recommandés pour le traitement de « première ligne » par l'OMS, pour usage dans le contexte des pays en

Il incombe au gouvernement de veiller à ce que ce processus soit rapide, transparent et dénué de lourdeurs indues.

développement. Les produits de première ligne actuels ne sont disponibles qu'auprès de fabricants génériques de pays comme l'Inde, où les médicaments qui les composent n'ont pas encore été brevetés et où, par conséquent, il est possible de fabriquer leur combinaison sans violer les brevets.

À présent que le Canada insiste pour que tout produit pharmaceutique générique fabriqué pour l'exportation en vertu d'une licence obligatoire satisfasse les normes pour l'approbation de mise en marché au Canada, il incombe au gouvernement de veiller à ce que ce processus soit rapide, transparent et dénué de lourdeurs indues – en particulier lorsqu'il s'agit de permettre la production et l'exportation de produits comme des CDF, qui sont prioritaires pour l'effort mondial d'élargir l'accès aux traitements. Les problèmes susmentionnés devront être abordés par voie de règlements et par les politiques et pratiques adoptées par l'instance canadienne de réglementation des médicaments.

Approvisionnement d'ONG auprès de fournisseurs génériques

Initialement, le projet de loi C-9 n'incluait aucune disposition afin qu'un ONG puisse acheter des médicaments d'un fabricant générique canadien. Sous la pression, le gouvernement a proposé un amendement qui aurait résolu ce problème. Mais par la suite, il a laissé son propre amendement être essentiellement saboté par un des membres de son parti, dans les délibérations du Comité, puis il a rejeté les demandes voulant que l'amendement soit réintroduit.

En conséquence, dans le texte final de la loi C-9, tout ONG d'un pays en développement qui souhaite acheter des médicaments d'un fabricant générique canadien, pour les importer, doit obtenir la « permission » du gouvernement de ce pays. On n'a pas pris la peine de définir le terme « permission ».

Cette exigence s'applique même si le produit est déjà approuvé pour la vente dans le pays en développement

dont il est question, par son instance de santé, et même en l'absence de tout obstacle de propriété intellectuelle concernant son importation (soit parce que le produit n'est pas breveté dans le pays, soit parce que l'ONG désirant l'importer a reçu une licence obligatoire de l'instance pertinente du pays en vertu de la loi nationale, qui l'autorise à importer le produit). L'exigence crée un obstacle supplémentaire qui n'est requis par aucune obligation devant l'OMC, et il retarde encore une réponse qui est supposée être rapide. De plus, il expose les ONG au risque de manipulations politiques de la part de gouvernements.

Redevances à payer au titulaire du brevet

Dans les aspects positifs, la loi C-9 est susceptible d'établir un précédent relativement bon, par son approche aux redevances payables au titulaire du brevet. Le projet de loi initial proposait qu'une redevance fixe de 2% de la valeur du contrat soit payée au titulaire canadien du brevet. Les sociétés pharmaceutiques de marque s'étaient objectées, craignant que cela n'établisse un précédent qu'elles considéraient indésirable. Les fabricants génériques et les organismes de la société civile trouvaient ce taux acceptable, mais étaient aussi ouverts à un barème mobile, pour peu que le taux soit en tout cas prévisible, et qu'un plafond général s'applique au montant de redevance, afin de garder aussi bas que possible les coûts du recours à ce système.

Bien que les détails restent à établir dans la réglementation, le gouvernement s'est engagé à adopter un barème mobile dont la formule relie le taux de redevance dans chaque cas en l'espèce, au classement du pays

importateur selon l'Indice du développement humain des Nations Unies. Le plafond applicable sera de quatre pour cent de la valeur du contrat, dans le cas du pays classé le plus haut dans l'index. La majorité des pays admissibles à l'importation se situent en deçà de ce niveau, ce qui entraîne que les redevances, dans ces cas, seront considérablement inférieures au maximum.

Si on applique cette disposition comme on l'a promis, il s'agira d'un élément positif de la loi canadienne. Les ébauches initiales de la réglementation sont jusqu'ici conformes à ce qu'ont promis les représentants du gouvernement lors des audiences du Comité.

Exportation à des pays en développement non-membres de l'OMC

Au moment de l'adoption de la Décision de l'OMC, les États membres de l'OMC avaient été divisés en catégories, pour le recours à la Décision aux fins d'importer des produits pharmaceutiques génériques.¹³

Vingt-trois pays à revenu élevé ont accepté de se disqualifier du recours à la Décision pour importer des médicaments génériques produits en vertu d'une licence obligatoire.¹⁴ Onze pays à revenu moyen ont affirmé qu'ils n'auraient éventuellement recours à la Décision pour importer des produits pharmaceutiques génériques, en vertu d'une licence obligatoire, que dans des situations d'urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence.¹⁵ Dix pays de l'Est de l'Europe et de la région baltique ont pris des engagements semblables, indiquant de plus qu'ils se disqualifieraient de ce recours au moment où ils deviendraient membres de l'Union européenne.¹⁶ Cette division des États

de l'OMC en catégories est reflétée dans les diverses listes d'États qui sont annexées à la loi C-9 du Canada.

Les militants de la société civile ont affirmé qu'aucune règle de l'OMC n'empêche le Canada d'appliquer la Décision de l'OMC pour autoriser par licence obligatoire l'exportation de produits pharmaceutiques génériques aussi à des États qui ne font pas partie de l'OMC. En conséquence de cette intervention, la loi canadienne établit un précédent positif en affirmant que les États qui appliquent la Décision de l'OMC peuvent autoriser la production de produits pharmaceutiques génériques pour exporter à des États qui ne sont pas membres de l'OMC. Cependant, la loi établit certaines conditions.

Tous les « pays les moins avancés » (PMA) reconnus comme tel par les Nations Unies ont été inclus dès le départ dans la loi, sans égard à leur (non-)appartenance à l'OMC. Cependant, en vertu de la loi C-9, un pays en développement qui n'est ni membre de l'OMC ni reconnu comme un PMA peut se procurer des médicaments moins chers auprès de fabricants génériques canadiens *seulement* si :

- il est admissible à l'« aide officielle au développement » en vertu de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE);¹⁷
- il déclare une urgence nationale ou d'autres circonstances d'extrême urgence; *et*
- il précise le nom et la quantité du produit en l'espèce dont il a besoin pour réagir à cette urgence.

Cette approche constitue une double norme injustifiable entre les pays en développement qui sont membres de

l'OMC et ceux qui n'en sont pas membres.

Certaines dispositions de la loi C-9 créent une double norme injustifiable entre les pays en développement qui sont membres de l'OMC et ceux qui n'en sont pas membres.

Dans les négociations qui ont conduit à la Décision de l'OMC, les États membres en développement ont fermement rejeté les efforts qui cherchaient à limiter aux situations d'« urgence » leurs possibilités de recours à des licences obligatoires pour l'importation de médicaments génériques. Les activistes pour la santé ont aussi rejeté de telles tentatives, qu'ils ont qualifiées de malavisées et d'immorales. La Décision finale de l'OMC n'impose aucune limite de la sorte. Elle respecte la souveraineté des États membres, telle qu'affirmée dans l'Accord sur les ADPIC, et elle répète l'énoncé de la Déclaration de Doha (novembre 2001) à l'effet que les États sont libres de déterminer eux-mêmes les motifs pour lesquels ils ont recours à des licences obligatoires.

La majeure partie de la loi C-9 ne limite pas l'utilisation de licences obligatoires pour des produits pharmaceutiques à la seule exportation vers des pays qui sont aux prises avec des « urgences ». ¹⁸ Or elle impose cette limite à plus de 20 pays en développement qui ne sont pas mem-

bres de l'OMC et qui ne sont pas des PMA. Cela viole l'esprit du consensus exprimé dans la Décision de l'OMC – et c'est une gênante manifestation de mauvaise foi dans la loi canadienne.

De plus, si un État qui n'est pas membre de l'OMC et qui n'est pas un PMA est éventuellement ajouté à l'annexe des pays dans la loi C-9, il doit affirmer qu'il amorce l'adoption des mesures établies dans la Décision de l'OMC (paragraphe 4) visant à prévenir le détournement du produit. Il doit aussi s'engager à ce que le produit « ne sera pas utilisé à des fins commerciales ». Si l'État permet un tel usage, il pourra être retiré de la liste des pays admissibles à l'importation de produits pharmaceutiques génériques du Canada.

Le terme « fins commerciales » n'est pas défini dans la loi, mais son utilisation vise clairement à limiter la possibilité de concurrence commerciale sur le marché du pays importateur. Cette disposition nuirait aux avantages à long terme que la concurrence pourrait entraîner, en termes de réduction des prix de médicaments. Cela soulève aussi des questions touchant la distribution de produits génériques importés, par le secteur privé (p. ex. les pharmacies) dans le pays importateur. Considèrera-t-on qu'il s'agit d'une « fin commerciale »? Le cas échéant, cette disposition échouerait à reconnaître la réalité que plusieurs personnes, dans les pays en développement comme ailleurs, doivent se tourner vers des pharmacies privées pour acheter leurs médicaments, qu'ils paient fréquemment de leur poche au lieu de pouvoir bénéficier d'un régime public. Cette disposition, qui n'est pas nécessaire en vertu de l'Accord sur les ADPIC ni de la Décision de l'OMC, n'aurait pas dû être incluse dans la loi canadienne.

Plafonds aux prix et aux profits

En vertu de la loi C-9, le titulaire de brevet canadien peut s'adresser à une cour pour demander une ordonnance qui annule la licence obligatoire ou qui ordonne le paiement d'une redevance plus élevée (que celle dictée par le barème mobile, dans la réglementation), au motif que le contrat de la société générique avec son acheteur est de nature « commerciale ». Dans sa demande à la cour, le titulaire de brevet doit alléguer que le fabricant générique demande un prix moyen, pour le produit, qui est égal ou supérieur à 25% du prix moyen demandé par le titulaire du brevet au Canada. Cependant, si le fabricant générique peut démontrer, dans une vérification, que son prix moyen est de moins de 15% supérieur à ses coûts directs de fabrication, la cour ne peut rendre d'ordonnance.

Bien que cette disposition de la loi C-9 vise de toute évidence à contrôler les prix demandés par les fabricants génériques aux acheteurs du monde en développement, cet objectif aurait tout aussi bien pu être atteint par d'autres moyens (p. ex., des conditions dans le cadre du processus d'attribution de la licence obligatoire, comme tel). Cet aspect de la loi, qui ouvre la voie à des litiges contrariants de la part de titulaires de brevets, constitue un élément susceptible d'inciter les fabricants génériques à ne pas avoir recours au système; de plus, il n'est pas requis par l'Accord sur les ADPIC ni par la Décision de l'OMC. Cet élément devrait être évité par les autres pays susceptibles d'adopter des lois semblables. Le fait d'accorder des privilèges additionnels aux titulaires de brevets, pour mettre les bâtons dans les roues des fabricants génériques qui recevraient des

licences obligatoires, et pour faire interférence à la fabrication et à l'exportation de produits pharmaceutiques génériques vers des pays en développement, est une piètre manière de donner suite aux affirmations d'engagements à un accès élargi aux médicaments pour tous.

Durée maximale de deux ans, pour les licences obligatoires

En outre, la nouvelle loi stipule qu'une licence obligatoire ne peut être accordée que pour une période maximale de deux ans.¹⁹ Après deux ans, la société générique doit faire une demande de nouvelle licence obligatoire, sur la base d'un nouveau contrat, si elle souhaite encore pouvoir fabriquer un produit breveté pour l'exporter.

L'imposition de cette durée maximale limite à deux années la capacité d'un fabricant générique de contracter des ententes d'approvisionnement durable, avec des acheteurs dans le monde en développement, alors que la négociation de contrats à plus long terme serait un meilleur incitatif aux fabricants génériques, pour l'intensification de la production d'un produit donné, en plus de permettre des économies d'échelle plus importantes.

Ce maximum arbitraire, imposé à la durée d'une licence obligatoire, est une caractéristique négative de la loi canadienne et il devrait être modifié. À tout le moins, la durée de la licence obligatoire devrait être équivalente au contrat que le fabricant générique aura négocié avec son acheteur et qui constitue la base même de sa demande de licence obligatoire.

Conclusion

En somme, le principal défaut de la loi C-9 du Canada est d'échouer à

mettre en application toutes les « souplesses » que permettent l'Accord sur les ADPIC et la Décision de l'OMC. L'initiative canadienne est importante, dans l'ensemble du contexte de l'effort mondial pour améliorer l'accès aux médicaments, mais elle peut être améliorée – et elle devrait l'être. Un examen parlementaire de la loi se tiendra dans deux ans; à cette étape, la loi pourra être amendée. Entre-temps, les autres pays qui agiront pour mettre en œuvre la Décision de l'OMC devraient tirer des leçons de l'expérience du Canada. Pareillement, dans la démarche voulant que le Conseil des ADPIC de l'OMC discute d'un type de solution permanente pour remplacer la suspension temporaire qui est accordée par la Décision, il est souhaitable que les éléments positifs et les éléments négatifs de la loi du Canada soient analysés et compris.²⁰

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche juridique au Réseau juridique canadien VIH/sida, qui est un membre fondateur du Groupe mondial pour l'accès aux traitements, un regroupement d'organismes de la société civile du Canada qui collaborent pour la réalisation du droit humain à la santé.

Le texte du projet de loi C-9 et la majorité des documents mentionnés dans le présent article peuvent être consultés via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/soinstruments/brevet-amend.htm.

¹ Le premier article de la série était : R. Elliott, « De Doha à Cancún... via Ottawa : les élans mondiaux pour l'accès aux traitements et le projet de loi canadien C-56 », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 1, 7-20.

² Des portions de cet article ont été publiés, en forme abrégée, dans R. Elliott, « Canada's new patent bill provides a basis for improvement », *BRIDGES Between Trade and Sustainable Development*, 2004, 8(5) : 19-20 (accessible via www.ictsd.org/monthly/archive.htm).

³ Il y a quelques exceptions, comme le cas de pratiques

anticoncurrentielles par le titulaire du brevet : Accord sur les ADPIC, article 31 (k).

⁴ Mise en œuvre du paragraphe 6 de la déclaration de Doha sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique – Décision du Conseil général du 30 août 2003, document de l'OMC IP/C/W/405.

⁵ Pour une discussion détaillée, voir R. Elliott, Doha, *supra*, note 1. Voir aussi, R. Elliott, « Flirting with Flawed Patent Law Amendment, Canada May Undermine Welcome "Access to Medicines" Initiative », BRIDGES, no 8, novembre 2003.

⁶ La plupart de ces documents sont accessibles via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements/brevet-amend.htm.

⁷ La transcription des audiences et délibérations du Comité sont accessibles sur Internet, via www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/3/INST/Meetings/Evidence/INSTin-F.htm, en cliquant sur « Brevets, Loi et la Loi sur les aliments et drogues (modification) (projet de loi C-9) ».

⁸ La réaction de plusieurs groupes de la société civile, à l'égard du texte de loi amendé, est accessible dans un communiqué du 28 avril 2004, « Canada proceeds with Bill C-9 on cheaper medicine exports: NGOs say initiative is important, and urge other countries avoid the flaws in the Canadian model » (www.aidslaw.ca/Media/press-releases/e-press-apr2804.pdf). Voir aussi Médecins Sans Frontières, « Bill C-9: How Canada Failed the International Community », communiqué de presse du 28 avril 2004.

⁹ Le même jour, la Norvège a promulgué des changements à la réglementation afférente à sa loi sur les brevets, afin d'appliquer la Décision de l'OMC, mais de manière beaucoup moins détaillée. Ces règlements étaient supposés entrer en vigueur le 1^{er} juin 2004. Le texte est accessible à <http://lists.essential.org/pipermail/ip-health/2004-July/006812.html>.

¹⁰ Lettre de R. Zoellick, représentant états-unien au commerce, à l'hon. J. Peterson, ministre canadien du Commerce international, 16 juillet 2004 (accessible via www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/cts/patent-amend.htm).

¹¹ G. McGregor, « Drug bill lets 'Big Pharma' call the shots: Government yields to pressure from Bayer to keep new drug off list of HIV/AIDS program », *The Ottawa Citizen*, 4 mai 2004.

¹² La transcription des débats de la Chambre des communes à propos du projet de loi C-9 est accessible via www.parl.gc.ca/37/3/paribus/chambus/house/debates/index/f/b-37-3_2-f.htm où l'on clique sur « Brevets, Loi et Aliments et drogues, Loi (modification), Loi--C-9 ».

¹³ Cela était mentionné dans une affirmation du président, consignée au dossier à la demande des États-Unis, en parallèle à l'adoption par le Conseil général de l'OMC de la Décision proprement dite. La valeur légale de cette déclaration est matière à débat.

¹⁴ Les pays sont : Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Islande, Irlande, Italie, Japon, Luxembourg, Pays-Bas, Nouvelle-

Zélande, Norvège, Portugal, Espagne, Suède, Suisse, Royaume-Uni et États-Unis d'Amérique.

¹⁵ Les pays sont : Hong Kong, China, Israël, Corée, Koweït, Macao Chine, Mexique, Qatar, Singapour, Taipei Chine, Turquie et Émirats arabes unis.

¹⁶ Les pays sont : République tchèque, Chypre, Estonie, Hongrie, Latvie, Lituanie, Malte, Pologne, République de Slovaquie et Slovénie. Ils ont accédé à l'Union européenne le 1^{er} mai 2004.

¹⁷ En conséquence, cinq pays n'ont pas la possibilité de se procurer des médicaments auprès d'un fabricant générique canadien, tant que les médicaments de marque sont sous brevets au Canada : Fédération de Russie, Ukraine, Biélorussie, Bahamas et Libye.

¹⁸ C'était l'intention de départ du gouvernement, mais les critiques d'activistes l'ont fait changer de position; cela s'est reflété dans le texte de loi déposé en Chambre.

¹⁹ Si la quantité totale du produit telle que précisée dans la licence n'a pas été expédiée pendant cette période, la licence peut être renouvelée pour un maximum de deux ans. Cependant, un seul renouvellement de licence, de cette manière, est permis.

²⁰ Le 17 juin 2004, le Conseil des ADPIC de l'OMC a décidé de repousser à mars 2005 l'échéance qu'il s'était données pour adopter une solution permanente au problème que pose l'article 31 (f) de l'Accord sur les ADPIC. Voir « Quiet TRIPS Council focuses on health, biodiversity-related issues », *BRIDGES Weekly Trade News Digest*, vol. 8(22) : 23 juin 2004.

NOUVELLES CANADIENNES

On trouve sous cette rubrique de brefs comptes-rendus de développements dans la législation, les politiques et la défense des droits en lien avec le VIH/sida au Canada. (Les affaires canadiennes confiées à des cours ou à des tribunaux des droits de la personne sont sous la rubrique *Le VIH devant les tribunaux – Canada*.) Les nouvelles rapportées ici sont tirées d'information portée à notre connaissance par des correspondants au Canada ou notée lors de survols des médias. La plupart des articles ont été préparés par David Garmaise, rédacteur en chef de la rubrique, et Glenn Betteridge, analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida. Des renseignements sur les correspondants occasionnels sont donnés à la fin de leur article. La correspondance pertinente aux Nouvelles canadiennes doit être adressée à David Garmaise, à dgarmaise@rogers.com. On peut joindre Glenn Betteridge à gbetteridge@aidslaw.ca.

Ontario – La police divulgue la séropositivité d'accusés, en vertu de la Loi sur les services policiers

En Ontario, les personnes soupçonnées ou accusées de voies de fait graves, concernant l'exposition d'autrui à l'infection par le VIH par un rapport sexuel non protégé, risquent non seulement d'être trouvées coupables mais aussi de voir publier leur nom, date de naissance, description physique, photographie, adresse, antécédents sexuels, information d'emploi et séropositivité. Cette divulgation sans le consentement de la personne soupçonnée ou accusée prend habituellement la forme d'un « bulletin d'alerte au public ». Jusqu'ici, au moins cinq bulletins de ce type ont été émis par des services de police, à travers l'Ontario.¹

Les cinq alertes concernaient des hommes sur lesquels pèsent des accusations criminelles de ne pas avoir divulgué leur séropositivité au VIH avant des rapports sexuels non pro-

tégés avec une ou des femmes. Chaque bulletin identifiait l'accusé comme étant séropositif et incluait au moins son nom, son âge et une photo. Dans tous les cas, la photo et des ren-

seignements personnels sur l'individu ont été publiés par des médias. Dans certains bulletins, on recommandait aux partenaires sexuelles d'aller passer un test du VIH; dans d'autres, la

police incitait les personnes qui avaient eu des rapports sexuels avec l'accusé à communiquer avec la police.

Compétence en vertu de la Loi sur les services policiers et le règlement

Avant les amendements de 1997 à la Loi sur les services policiers (LSP)² qui ont été apportés par l'ancien gouvernement conservateur, il n'était pas permis de diffuser ce genre d'information révélant l'identité de personnes accusées de crimes mais dont la culpabilité n'avait pas encore été établie.

Depuis les amendements, la LSP et son règlement autorisent les chefs de police à divulguer des renseignements personnels à propos de personnes accusées d'un crime, à condition que la divulgation soit faite dans un des buts énumérés dans la LSP.³ Ces buts incluent la protection du public; la protection des victimes de crimes; l'application de la loi; l'application ou le respect de toute loi ou tout programme de ressort fédéral ou provincial; et l'information du public sur les procédures d'application de la loi ou d'ordre judiciaire ou correctionnel à propos de quiconque.⁴

En vertu de l'article 3 du règlement, lorsqu'une personne a été inculpée ou déclarée coupable mais dont c'est la première infraction, et que cette personne ne pose pas de risque important de préjudice à autrui, le chef de police peut seulement divulguer le nom de la personne, sa date de naissance et son adresse, et de l'information sur les accusations portées contre elle et sur les procédures judiciaires intentées.⁵

Cependant, lorsqu'un individu a déjà été déclaré coupable d'infraction à une loi fédérale ou provinciale et que le chef de police a des motifs

raisonnables de croire que l'individu risque fortement de causer un préjudice grave à autrui ou à la propriété d'autrui et que la divulgation réduirait ce risque, en vertu de l'article 2 le chef de police peut divulguer *tout* renseignement à propos de cet individu.⁶ En vertu de cet article, le chef de police peut divulguer de l'information même si l'individu n'a été inculpé d'aucune infraction. Les bulletins d'alerte diffusés en vertu de cet article ont inclus des photos et des détails sur l'emploi et sur l'état de santé de l'individu, comme sa séropositivité au VIH.

Enjeux juridiques pour les personnes vivant avec le VIH/sida

La divulgation de *tout* renseignement personnel, telle que l'autorise l'article 2 du règlement, soulève un certain nombre de problèmes juridiques importants pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Premièrement, il semble que l'article 2 contrevient à la garantie constitutionnelle de la présomption d'innocence, s'il est appliqué à une personne qui est l'objet d'une enquête ou accusée d'une infraction, mais qui n'a pas été déclarée coupable. La publication de photos et de renseignements personnels de personnes qui font l'objet d'enquêtes ou d'accusations criminelles peut avoir, sur la vie d'individus, des effets dévastateurs qui ne sont ni plus ni moins qu'un châtement.

Par exemple, il est arrivé que des personnes dont la séropositivité au VIH a été révélée perdent leur logement, leur emploi, des relations personnelles, ou soient la cible d'actes violents. En vertu de la LSP, le chef de police est tenu de considérer, entre autres facteurs, « ce qui est raisonnable dans les circonstances de l'espèce, ce qui est compatible avec le

droit et l'intérêt public ainsi que ce qui est nécessaire pour garantir qu'aucun retard ne se produise dans le règlement des instances criminelles ».⁷ Il n'est pas tenu de prendre en considération les possibles conséquences négatives pour la personne accusée de l'infraction, s'il décide de divulguer des renseignements à son sujet.

La publication de photos et de renseignements personnels d'individus qui font l'objet d'enquêtes ou d'accusations criminelles peut avoir des effets dévastateurs sur leur vie.

Bien qu'il puisse y avoir des cas où une menace à la sécurité publique justifie la divulgation de renseignements personnels sur la santé (comme la séropositivité au VIH) avant même un procès, la décision de procéder à cette divulgation ne devrait être prise que par un tribunal qui a examiné les preuves disponibles et comparé la possibilité de préjudice au public et celle de préjudice à l'individu.

De fait, dans deux cas où la police demandait des mandats de perquisition pour saisir des dossiers médicaux, des cours ontariennes ont établi que, dans la décision d'accorder ou non un tel mandat, une cour doit comparer adéquatement les intérêts concurrents du public et du particulier.⁸ Dans *Serendip Physiotherapy*, la cour a affirmé que « tout renseignement sur la santé devrait être présumé protégé » [trad.] et qu'il incombe à la police de prouver à un fonctionnaire judiciaire la nécessité de cette information.⁹ L'analyse des intérêts liés à la vie privée et à la confidentialité qui

étaient en cause dans l'affaire *Serendip Physiotherapy* est applicable aux renseignements de santé qu'a diffusés la police dans les bulletins d'alerte au public.

Les cas ontariens susmentionnés mettent en relief l'importance du rôle de supervision qui incombe aux cours, qui ont l'habitude d'analyser l'équilibre entre des droits constitutionnels (dans ce cas, le droit à la vie privée et le droit à la présomption d'innocence) et des préoccupations de sécurité publique. La police, qui est chargée d'enquêter sur des crimes et d'arrêter des individus accusés, n'a ni les connaissances ni la formation juridiques requises par d'importantes décisions qui impliquent des droits fondamentaux.

Un deuxième problème, rattaché au premier, réside dans la trop grande portée des dispositions de la LSP et du règlement, en matière de divulgation. Le pouvoir de divulguer tout renseignement personnel, y compris des renseignements de santé, repose en partie sur la question de savoir si l'individu a déjà été trouvé coupable d'infraction à toute loi fédérale ou provinciale. (Le chef de police considère en outre si cet individu pose un risque important de préjudice à autrui ou à la propriété et si la divulgation contribuerait à réduire ce risque.)

Ainsi, une personne qui a déjà été trouvée coupable de revente de billets de spectacles (en vertu de la Loi sur le trafic des billets de spectacle¹⁰) ou d'avoir tenté d'approcher un véhicule motorisé pour la sollicitation d'affaires (en vertu du Code de la route¹¹) et qui est ultérieurement soupçonnée de voies de faits impliquant un rapport sexuel non protégé et sans avoir divulgué sa séropositivité, pourrait voir son nom, sa photo et des ren-

seignements à propos de sa santé révélés dans un bulletin d'alerte émis par la police.

La police n'a ni les connaissances ni la formation juridiques requises par d'importantes décisions qui impliquent des droits fondamentaux.

La condition d'une condamnation ou déclaration de culpabilité à « toute » loi [fédérale ou provinciale] est trop peu élevée, compte tenue du caractère délicat des renseignements personnels qui peuvent être divulgués; de plus, cette libéralité de la condition n'a pas de lien pertinent, en ce sens que l'infraction antérieure n'a pas à être reliée à l'enquête en l'espèce ou aux accusations invoquées pour justifier la divulgation.

Troisièmement, les bulletins d'alerte émis en vertu de l'article 2 ont été utilisés à d'autres fins que celles autorisées par ce même article. Le règlement permet la divulgation de renseignements personnels seulement si le chef de police a des motifs raisonnables de croire que la divulgation réduirait un risque important de préjudice à autrui ou à la propriété. Il s'ensuit que le pouvoir du chef de police ne devrait être exercé que pour limiter le risque des individus ou pour la propriété.

Or certains des bulletins d'alerte indiquent que la police est à la recherche d'assistance pour bâtir le dossier d'inculpation contre l'individu accusé, et demandent aux partenaires

sexuels et aux témoins de la contacter. De fait, un tel avis a été publié alors que le prévenu était déjà en détention, donc il ne présentait probablement plus un danger pour le public.

Perpétuer et promouvoir la stigmatisation et la discrimination?

On peut soutenir que la publication de tels bulletins, par des services de police en Ontario, contribue au climat de stigmatisation et de discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida, en contribuant à des présomptions générales de menace de ces personnes pour l'ensemble de la communauté. Les mises en garde peuvent ainsi alimenter la perception, parmi l'ensemble de la population, que les personnes vivant avec le VIH/sida agissent de manière déviante et criminelle et, ce faisant, exposent les autres à contracter le VIH.

Ces perceptions risquent de conduire à une intensification du sentiment d'aliénation au sein d'une communauté de personnes, parmi lesquelles plusieurs sont déjà marginalisées au motif d'autres identités déterminées en termes sociaux. En conséquence, des personnes vivant avec le VIH/sida pourraient être extrêmement réticentes à divulguer leur séropositivité à des amis ou membres de la famille, ce qui pourrait les priver du bénéfice de leur soutien. Ou elles pourraient être hésitantes à avoir recours à des services ou prestations en matière de santé, ou à d'autres mesures de soutien.

Au moins un corps de police a compris les conséquences délétères possibles de tels bulletins d'alerte, y compris le potentiel de violence à l'endroit d'une personne au sujet de laquelle un avis a été diffusé. Un des

bulletins se termine ainsi : « Bien que M. [X] présente un risque pour les membres de notre communauté, il demeure citoyen du Canada et titulaire de droits garantis en vertu de la Charte. En soi, le Service de police de North Bay agira aussi pour protéger ces droits s'ils sont enfreints. » [trad.]

– Tamara Katz et Glenn Betteridge

Tamara Latz est étudiante à la faculté de Droit de l'Université de New York; elle a passé l'été 2004 en stage auprès de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario). On peut la joindre à tk570@nyu.edu.

¹ « HIV-positive London, Ont man charged for not telling partners of disease », Canadian Press Newswire, 17 avril 2003; North Bay Police Service, *Public Advisory*, 23 février 2004; S. McKeown, « Police fear man with HIV has "a lot of victims" », *National Post*, 11 mars 2004; K. Patrick, « HIV alert sent to police worldwide », *Windsor Star*, 11 juin 2004; « TO police seek victims of HIV-positive man », CTV.ca, 31 août 2004. Les bulletins d'alerte sont souvent déposés sur le site Internet d'un service de police, mais peuvent ne pas être archivés ou autrement disponibles pour références futures.

² L.R.O. 1990, ch. P-15 [ci-après la LSP].

³ Voir en général Règl. Ont. 265/98 (Divulgence de renseignements personnels).

⁴ LSP, paragr. 41(1.1).

⁵ Règl. Ont. 265/98, art. 3(1), 3(2).

⁶ *Ibid.*, art. 2(1).

⁷ *Ibid.*, art. 6.

⁸ Voir *R v JO*, [1996] O.J. No 4799 (SC)(QL), paragr. 6; *R v Serendip Physiotherapy Clinic*, [2003] O.J. No 2407 (SC)(QL), paragr. 41.

⁹ *Serendip Physiotherapy, ibid.*, paragr. 60.

¹⁰ L.R.O. 1990, ch. T7.

¹¹ L.R.O. 1990, ch. H8, art. 177.

C.-B. – Campagne pour la protection des renseignements personnels de santé

Un regroupement d'organismes des domaines de la défense des droits, de la santé, de la lutte contre le VIH/sida, de même que des syndicats de travailleurs, a lancé une campagne provinciale pour exhorter le gouvernement de la Colombie-Britannique à cesser de donner à contrat à une entreprise états-unienne l'administration de ses régimes d'assurance santé. La Right to Privacy Campaign (RPC) considère que le contrat entre le gouvernement de la C.-B. et la compagnie Maximus Inc. met les renseignements de santé (et connexes) des contribuables de cette province à portée de main des instances gouvernementales états-uniennes, en raison de dispositions de la USA PATRIOT Act et d'autres lois des États-Unis.¹

En mars 2004, le gouvernement de la Colombie-Britannique (C.-B.) a annoncé avoir choisi la firme Maximus pour s'occuper de l'administration de son Medical Services Plan (le régime public d'assurance santé générale) et du Pharmacare (le régime public d'assurance médicaments).

Or la USA PATRIOT ACT confère, aux instances états-uniennes du renseignement et de l'application de la loi, des pouvoirs extraordinaires de surveillance et de contrôle policier

en vertu d'objectifs de lutte contre le terrorisme. La loi contient des dispositions qui permettent au Federal Bureau of Investigation (FBI) de forcer la divulgation de dossiers médicaux et de santé.²

Les organismes qui participent à la RPC sont notamment la BC Persons with AIDS Society, la Victoria AIDS Respite Care Association, la BC Civil Liberties Association, la BC Coalition of People with Disabilities, la BC Federation of Labour, la BC Freedom of Information and Privacy

Association et la BC Health Coalition.

L'entente avec Maximus est spécialement préoccupante pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

« Les lois états-uniennes interdisent l'entrée aux étrangers séropositifs », a rappelé en juin 2004 Glen Bradford, qui était à cette époque président de la British Columbia Persons with AIDS Society.

« Légalement, nous ne pouvons aller dans ce pays travailler ou pour des affaires. Si le gouvernement de la C.-B. confie nos dossiers médicaux à

Maximus, il serait bien simple, pour le FBI, d'identifier les personnes séropositives de notre province et, en vertu de la [US] Homeland Security Act, de communiquer cette information aux services des douanes et de l'immigration des États-Unis. »³

Terrie Hendrickson, de la BC Health Coalition, a signalé que le contrat avec Maximus affecte « non seulement ... l'un des plus importants droits des Canadiens, celui à la confidentialité entre patient et médecin, mais aussi ... la capacité des gouvernements de protéger les droits de [leurs] citoyens et de ... prendre des décisions de politiques sans subir l'influence d'autres gouvernements ... ou d'entreprises privées ».⁴

En octobre 2004, la RPC a présenté aux membres de l'opposition du gouvernement de la C.-B. une pétition de plus de 50 000 signatures de personnes opposées à l'attribution de l'administration du régime d'assurance santé par contrat à une entreprise privée. La pétition incluait des signatures sur papier et d'autres reçues via Internet.⁵

Toujours en octobre 2004, un rapport du Bureau du commissaire à la vie privée et à l'information de la C.-B. concluait que, bien que la sous-

traitance de services privés ne soit pas interdite par les lois de la province, la présence en l'espèce d'une « possibilité raisonnable » de divulgations non autorisées de renseignements personnels d'individus de la C.-B. en vertu de la USA PATRIOT Act implique que « d'autres mesures vigoureuses doivent être mises en place pour prévenir le risque d'accès illégal et furtif » [trad.]. Le rapport contenait 16 recommandations visant à protéger ces renseignements, qui sont en la possession d'intervenants privés, contre une divulgation au FBI.⁶

En novembre 2004, la RPC a donné son appui aux 16 recommandations du commissaire et exhorté le gouvernement à suspendre toute autre sous-traitance de services de gestion à des entreprises liées aux États-Unis jusqu'à ce que les recommandations soient appliquées.⁷

Le ministre de la Santé de la C.-B., Colin Hansen, a affirmé aux médias que le contrat avec Maximus contient déjà toutes les dispositions requises par les recommandations du commissaire.⁸ Dans un communiqué diffusé le 4 novembre, le président de la BCPWA, Paul Lewand, a soutenu pour sa part que l'assertion du mi-

nistre était « tout simplement fausse » et il a demandé au gouvernement d'annuler son contrat avec Maximus.⁹

– David Garmaise

¹ « Right to Privacy Campaign launched to protect individuals' privacy by stopping Maximus deal », communiqué de presse, Right to Privacy Campaign, 21 juin 2004 (www.righttoprivacycampaign.com/NewsRel/NewsReleases/RPC/NewsRelease%2004-06-21.pdf).

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ « Privacy Campaign presents 50,000-name petition opposing contracting out of Medicare and Pharmacare administration », communiqué de presse, Right to Privacy Campaign, 25 octobre 2004.

⁶ « Report on Privacy Implications of the USA PATRIOT Act Released », communiqué de presse, Office of the Information & Privacy Commissioner for British Columbia, 29 octobre 2004 ([www.oipcbc.org/news/rls-gen/Patriot%20Act%20\(FINAL\)%20OCT2904.pdf](http://www.oipcbc.org/news/rls-gen/Patriot%20Act%20(FINAL)%20OCT2904.pdf)); le rapport complet est téléchargeable (www.oipc.bc.ca/sector_public/usa_patriot_act/pdfs/report/privacy-final.pdf).

⁷ Right to Privacy Campaign, énoncé non daté (www.righttoprivacycampaign.com/endorsementLetter.pdf).

⁸ « Health Minister says Medical Information Safe », CTV News Online, 4 novembre 2004.

⁹ « AIDS group calls MAXIMUS deal "a betrayal" », communiqué de presse, British Columbia Persons With AIDS Society, 4 novembre 2004 (www.bcpwa.org/pdf/news_maximus.pdf).

Nouvelle-Écosse – Adoption d'une loi sur les « échantillons sanguins »

Le 18 octobre 2004, le parlement de la Nouvelle-Écosse a adopté le **Mandatory Testing and Disclosure Act**,¹ devenant la troisième province canadienne à se doter d'une telle loi.²

La loi néo-écossaise, qui découle d'un projet de loi émanant d'un député, établit une procédure en vertu de

laquelle certaines personnes (notamment les victimes de crime, les « bons samaritains », les pompiers, agents de

la paix, policiers et employés de services correctionnels) qui sont entrées en contact avec des fluides corporels

d'une autre personne et qui, en conséquence, ont pu être exposées à un agent responsable d'une maladie transmissible, peuvent s'adresser à la Cour suprême de la province pour obtenir une ordonnance obligeant cette autre personne à se soumettre à un test médical. (En vertu des lois semblables en Ontario et en Alberta, la demande est adressée à un médecin hygiéniste.)

La requête doit expliquer les circonstances de l'exposition, être accompagnée d'un rapport médical et satisfaire d'autres conditions établies. Avant d'émettre l'ordonnance, une cour doit être convaincue que le cas satisfait certaines conditions, notamment la présence de motifs raisonnables de croire que le requérant a pu contracter une infection, et que l'ordonnance de test est nécessaire pour réduire ou éliminer le risque pour sa santé.

La loi accorde un droit limité de porter en appel l'ordonnance de test émise par la cour, ainsi que la possibilité de suspension de l'ordonnance jusqu'à ce que l'appel soit entendu par la Cour d'appel. La loi contient par ailleurs des protections de la confidentialité des renseignements de santé du requérant et de la personne visée par l'ordonnance de test. Il s'agit de la première loi du genre qui est basée sur un modèle de législation élaboré par la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada.³

Les infections transmissibles couvertes par la loi seront précisées dans le règlement d'application; elle incluront probablement le VIH et diverses hépatites.

La Nova Scotia Advisory Commission on AIDS a déposé un mémoire au comité législatif chargé d'examiner la loi, et elle y a suggéré plusieurs amendements. Seulement

des changements mineurs ont toutefois été apportés aux dispositions à la suite de l'examen du comité. Pendant tout le débat législatif, aucun parlementaire n'a exprimé de réserves à l'égard de la loi, que tous les partis politiques ont appuyée. La loi entrera en vigueur à une date déterminée par le cabinet, vraisemblablement après l'élaboration du règlement connexe.

– Glenn Betteridge

¹ Bill 125: Mandatory Testing and Disclosure Act, 59th General Assembly, 1st Session (2004); SNS c 29.

² Voir R. Carey, « Ontario – On peut à présent demander l'imposition du test du VIH à autrui en certaines circonstances », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 28-30; R. Scheer, « Alberta – La loi sur le prélèvement d'échantillons de sang franchit la troisième lecture », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(2) : 29-30.

³ Pour de plus amples renseignements sur la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada, voir www.ulcc.ca/fr.

C.-B. – Des études illustrent l'impact public positif de la réduction des méfaits de l'usage de drogue

Deux récentes études du B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS montrent que les mesures de prévention du VIH destinées aux utilisateurs de drogue par injection rehaussent l'ordre public et pourraient contribuer à d'importantes économies publiques.

Dans la première étude, des chercheurs ont conclu que la provision de mesures de réduction des méfaits et de traitement pour réduire la transmission du VIH dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver

pourrait générer des économies de l'ordre de 133 millions \$ en coûts de traitement.¹ La seconde étude, qui évaluait pour la première fois le projet « Insite » – seul lieu sécuritaire et supervisé pour l'injection en

Amérique du Nord –, a révélé que l'ouverture du site est associée indépendamment à une amélioration de l'ordre public, y compris une diminution des seringues jetées dans les lieux publics.²

Coût des traitements et coût de l'inaction

Dans le Downtown Eastside, vivent environ 5 000 personnes qui s'injectent des drogues illégales. On estime à 31% le taux de prévalence du VIH parmi cette population. Dans d'autres villes où sévit une épidémie plus avancée et alimentée par l'injection de drogue, ces taux atteignent jusqu'à 50%.

Les chercheurs ont utilisé un modèle mathématique pour estimer les coûts liés au traitement des utilisateurs de drogue séropositifs du Downtown Eastside, au taux de prévalence actuel et au taux de prévalence d'une épidémie « avancée ». À partir d'un coût estimé à 150 000\$ pour traiter durant toute sa vie une personne vivant avec le VIH, les chercheurs ont calculé qu'il faudrait 216 millions \$ pour traiter les personnes qui ont déjà contracté le VIH, et 349 millions \$ si le taux d'infection grimpe à 50% – une différence de 133 millions \$.

Les chercheurs ont affirmé que « l'expansion des interventions efficaces pour réduire la propagation

ultérieure du VIH, comme le traitement de la toxicomanie, les lieux sécuritaires pour l'injection et les programmes d'échange de seringues, serait probablement très rentable ».

Ils ont conclu que les résultats de leur étude devraient servir de « mise en garde » contre l'inaction, pour les responsables des politiques de santé, et qu'un échec à agir entraînerait « d'énormes dépenses médicales pour traiter les utilisateurs de drogue par injection vivant avec le VIH/sida » à Vancouver.

Lieu sécuritaire pour l'injection : amélioration de l'ordre public

Le 22 septembre 2003, le premier lieu sécuritaire pour l'injection a ouvert ses portes dans le Downtown Eastside de Vancouver. Depuis, une moyenne de 500 usagers le fréquentent chaque jour pour s'y injecter des drogues illégales achetées ailleurs. L'équipe de recherche a examiné des éléments de désordre public pendant trois semaines avant, puis douze semaines après, l'ouverture du site.

Les chercheurs ont constaté une importante diminution de l'injection

de drogue en public, du nombre de seringues jetées dans les lieux publics et de déchets liés à l'injection (emballage de seringues, capuchons d'aiguilles, fioles d'eau et chauffeoirs), associée à l'ouverture du site. Ils signalent que ces observations concordent avec des rapports anecdotiques d'amélioration de l'ordre public, venant de la police et d'autres intervenants du quartier.

Ils concluent que les résultats de l'étude devraient avoir « une pertinence considérable pour plusieurs centres urbains où l'injection de drogue en public est associée à d'importants risques pour la santé publique et à des impacts communautaires néfastes ».

– Glenn Betteridge

¹ L. Kuyper, R. Hogg, J. Montaner, M. Schechter, E. Wood, « The costs of inaction on HIV transmission among injection drug users and the potential for effective interventions », *Journal of Urban Health*, 2004, 81(4) : 655-660.

² E. Wood, T. Kerr, W. Small, K. Li, D. March, J. Montaner, M. Tyndall, « Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2004, 171(1) : 731-734.

Une infirmière et une société juridique lauréates de prix humanitaires

Les lauréates canadiennes du Prix de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains de 2004 sont Megan Oleson, une infirmière qui a créé un lieu sécuritaire pour l'injection (LSI) temporaire et non autorisé, dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver; et la Pivot Legal Society (PLS), également de Vancouver. La PLS a collaboré avec Mme Oleson à la création du LSI temporaire, dans l'attente du premier site autorisé par le gouvernement du Canada.

Les Prix ont été initiés en 2002 par le Réseau juridique canadien VIH/sida et Human Rights Watch, pour mettre en relief des contributions exceptionnelles qui réduisent la vulnérabilité au VIH/sida et qui protègent les droits et la dignité des personnes séropositives

et autrement affectées par l'épidémie.¹

Mme Oleson travaille sans relâche à protéger et à promouvoir la santé et les droits humains de résidents parmi les plus vulnérables du quartier Downtown Eastside de Vancouver. Membre du Comité antipauvreté et du Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU), elle a été le fer de lance de plusieurs initiatives pour contrer des problèmes qui continuent de miner le Downtown Eastside : manque d'accès aux mesures de réduction des méfaits, manque de logements appropriés, pauvreté, brutalité policière.

Au printemps de 2003, pendant la vaste opération de répression policière contre les utilisateurs de drogue de ce

quartier, Mme Oleson a réagi sans délai, en aidant à l'organisation d'activistes et utilisateurs de drogues locaux qui ont ouvert et fait fonctionner le lieu sécuritaire d'injection du « 327, rue Carrall ». L'initiative n'aurait pu se concrétiser sans son travail; elle a supervisé les injections, enseigné les pratiques d'injection sécuritaires et référé des individus aux services sociaux et de santé disponibles.

La PLS est un organisme sans but lucratif voué à la réforme du droit, à l'éducation juridique ainsi qu'à l'action légale stratégique, pour faire avancer les intérêts de personnes marginalisées et améliorer leur vie de manière novatrice. Fondée à l'au-

tomne 2000, Pivot dispose de peu de ressources mais fait preuve de vision et de dévouement, dans son travail pour réagir aux défis juridiques et de droits humains que rencontrent les travailleuses et travailleurs sexuels, les utilisateurs de drogues illégales et les sans-abri du Downtown Eastside de Vancouver.

Pour plus d'information, voir www.aidslaw.ca/francais/Contenu/prix.htm.

¹ Voir aussi « Le Thai Drug Users Network lauréat d'un prix pour les droits humains », dans les Nouvelles internationales.

Les amendements proposés au règlement sur la marijuana médicinale sont publiés pour commentaires

Le 23 octobre 2004, Santé Canada a publié des propositions d'amendements au Règlement sur l'accès à la marijuana médicinale (RAMM), pour commentaires du public.¹ Les amendements visent à répondre aux préoccupations de consommateurs à propos des lourdes exigences bureaucratiques du processus de demande d'autorisation légale de posséder et de cultiver de la marijuana à des fins médicales; ils visent par ailleurs à satisfaire le besoin d'une source sûre, fiable et légale pour se procurer de la marijuana à des fins médicales. En vertu des amendements proposés, les organisations policières, partout au Canada, auraient accès à une information limitée à propos des personnes autorisées à posséder de la marijuana, de celles qui ont une licence pour en produire, et des opérations de culture autorisée.

Selon Santé Canada, 757 personnes étaient autorisées à posséder de la marijuana, en date de septembre 2004, et 553 personnes détenaient une licence pour en faire pousser à des fins médicales.² Cependant, des

preuves présentées à des tribunaux, en lien avec des litiges d'importance, ont mis en relief de sérieux problèmes relatifs au système du gouvernement fédéral qui vise à autoriser des individus à se procurer légalement de la

marijuana à des fins médicales.

En octobre 2003, la Cour d'appel de l'Ontario a jugé que certains critères d'admissibilité prévus dans le RAMM, de même que les limites que ce dernier impose aux sources légales

de marijuana, étaient inconstitutionnels; la Cour a d'ailleurs invalidé ces dispositions,³ suite à quoi Santé Canada a amendé le RAMM en décembre 2003.

Les amendements publiés le 23 octobre 2004, pour consultation, sont « une deuxième phase ... [qui] découle d'un examen plus vaste du RAMM pour traiter des questions exprimées par les intervenants de Santé Canada dans le programme de marijuana à des fins médicales et elle fait intervenir un processus complet de consultation. »⁴ Les dépositaires d'enjeux incluaient des groupes et individus représentant des patients, de même que des médecins, pharmaciens et agents d'application de la loi.

Dans les amendements proposés,

- on réduit de trois à deux le nombre de catégories de symptômes pour lesquels une personne peut présenter une demande d'autorisation d'utiliser de la marijuana pour des fins médicales;
- on allège le rôle de gardiens dévolu aux médecins et l'on élimine l'exigence d'une approba-

tion additionnelle d'un médecin spécialiste;

- on simplifie le processus de demande ainsi que de renouvellement de la demande, en réduisant la somme de documents exigés;
- on donne à Santé Canada le pouvoir de communiquer à la police un nombre limité de renseignements, mais on ne permet pas la divulgation de renseignements médicaux personnels; et
- on fournit un cadre pour la mise sur pied d'un projet pilote de distribution de marijuana en pharmacie.

Les amendements proposés rapprochent la distribution de marijuana médicinale d'un modèle plus conforme à la tradition de la prestation de soins de santé, mais l'aspect du coût pour le consommateur n'a cependant pas été réorienté de la sorte. Les utilisateurs de marijuana médicale demeurent entièrement responsables du coût de leur marijuana, et ce sans égard à leur capacité de le payer, et sans qu'il soit couvert par les régimes fédéral ou provinciaux d'assurance-médicaments. Les personnes qui

souhaitaient formuler des commentaires sur les amendements proposés avaient 30 jours pour le faire. Toutefois, compte tenu de l'ampleur de la consultation ainsi que des efforts d'élaboration consacrés aux amendements proposés, il est probable que ces derniers soient adoptés sans autres changements.

– Glenn Betteridge

¹ Règlement modifiant le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales, Gazette du Canada, Partie I (23 octobre 2004), p. 2930-2951 (<http://canadagazette.gc.ca/parti/2004/20041023/pdf/g1-13843.pdf>). Le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales est entré en vigueur le 14 juin 2001 (DORS/2001-227) et a été amendé la première fois le 3 décembre 2003 (DORS/2003-387).

² Voir Bureau de l'accès médical au cannabis, à www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/stats/2004/sept/stats_sept-04.htm.

³ Voir G. Cruess, « La Cour d'appel de l'Ontario déclare inconstitutionnel le règlement sur la marijuana médicinale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 59-62.

⁴ Gazette du Canada, Partie I, *supra*, note 1, p. 2932.

En bref

Une députée réclame un examen des lois sur la sollicitation

D'après Libby Davies, députée de Vancouver Est, leader en chambre et critique des politiques sociales pour le

Nouveau Parti Démocratique, une révision des lois canadiennes sur la sollicitation est requise de toute urgence.

En septembre 2004, Mme Davies a écrit au ministre de la Justice, Irwin Cotler, pour lui demander de rétablir

le Sous-comité de l'examen des lois sur le racolage de la Chambre des communes. Le sous-comité s'est réuni brièvement l'an dernier, avant d'être automatiquement dissous à la prorogation du gouvernement en novembre 2003.

Dans sa lettre au ministre Cotler, Mme Davies a affirmé que « les travailleuses sexuelles du Canada sont confrontées à de graves dangers, et souvent à la mort » et que « la criminalisation actuelle de leur métier... décourage ou empêche ces femmes de contacter la police lorsque leur sécurité est menacée ». Par ailleurs, Mme Davies a indiqué que le gouvernement fédéral devrait décréter un moratoire sur l'application des dispositions du Code criminel relatives à la communication et à la sollicitation [aux fins de prostitution].

– David Garmaise

Vancouver – Affiches gaies refusées par une compagnie de panneaux publicitaires

En juin 2004, le réseau de la CBC a rapporté que Pattison Outdoor, une compagnie de panneaux publicitaires qui appartient à l'homme d'affaires Jimmy Pattison, à Vancouver, a refusé de diffuser des publicités conçues par Santé Canada à l'intention des hommes gais. Les affiches, qui montraient des hommes gais dans des positions suggestives, visaient à réduire le taux de rapports sexuels non protégés parmi la communauté gaie.¹

Selon un employé d'AIDS Vancouver, un représentant de Pattison Outdoor aurait déclaré que les messages et les images étaient inappropriés à l'environnement d'affichage. Le reportage de la CBC a rajouté que Pattison était reconnu pour ses positions politiques et religieuses conservatrices.

Devant le refus de Pattison, les publicités ont été confiées à une autre

entreprise, Viacom, qui s'est chargée de leur affichage dans six villes canadiennes pendant la période estivale.

Des organismes distribuent des trousse de réduction des méfaits aux utilisateurs de crack

Des organismes ont commencé à distribuer des trousse de réduction des méfaits aux utilisateurs de crack, dans diverses villes canadiennes.

En septembre 2004, le Winnipeg Free Press a rapporté que l'organisme Street Connections distribuait des trousse qui comprennent des pipes en verre, du nettoyant, des tampons d'alcool, des allumettes, du baume pour les lèvres, un livret d'instructions ainsi que de la gomme à mâcher pour prévenir l'usure des dents. Le programme de Winnipeg s'inspire d'une initiative semblable à Toronto.

En novembre 2004, le Vancouver Sun a signalé que le Rock Users Group (RUG), affilié au Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU), avait commencé à distribuer des trousse semblables aux fumeurs de crack du Downtown Eastside.

Plusieurs consommateurs de crack utilisent des instruments de mauvaise qualité qui peuvent causer des brûlures, des coupures ou des plaies aux lèvres. Cela peut contribuer à accroître le risque de transmission du VIH et de l'hépatite C, ou d'autres méfaits.²

VANDU, RUG et d'autres organismes revendiquent la création d'un lieu sécuritaire d'inhalation pour les utilisateurs de crack, dans l'Insite (le lieu sécuritaire pour l'injection établi dans le Downtown Eastside depuis septembre 2003). Un porte-parole de

la Vancouver Coastal Health Authority, qui gère ce lieu, a affirmé qu'il n'existe aucune disposition légale qui autoriserait la création d'un lieu sécuritaire pour l'inhalation, et qu'il faudrait que le gouvernement fédéral accorde une exemption pour en permettre le fonctionnement.

– David Garmaise

Les articles du Winnipeg Free Press et du Vancouver Sun sont cités sur le site Internet « Drug War Chronicle », à <http://stopthedrugwar.org>.

C.-B. – Une étude révèle des taux élevés de pauvreté et d'incapacité parmi les personnes séropositives au VIH

En Colombie-Britannique, une étude a révélé que près de 50% des personnes vivant avec le VIH/sida vivent sous le seuil de la pauvreté.³ Elle montre aussi que ces personnes sont aux prises avec diverses incapacités qui limitent leur aptitude à remplir des tâches du quotidien et à exercer divers rôles, notamment sur les plans social, académique, sexuel et culturel.

Les résultats de l'étude (menée en 2002) ont été rendus publics en août 2004 par la British Columbia Persons with AIDS Society (BCPWA) et le British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. Il s'agit de la plus vaste enquête menée jusqu'ici au Canada, pour mesurer l'impact du VIH et de ses traitements sur la capacité de fonctionner et le degré d'incapacité des personnes affectées.

Dans le cadre de l'étude, on a acheminé un questionnaire anonyme à 1 508 membres de la BCPWA; 762 l'ont rempli et retourné. Les répon-

dants étaient principalement des hommes (90%) de race blanche (86%). Quatre-vingt p. cent des répondants n'avaient pas d'emploi au moment de l'enquête.

Neuf répondants sur dix ont déclaré un ou plusieurs symptômes d'incapacité et une ou plusieurs restrictions de participation; 58% ont indiqué avoir déjà reçu un diagnostic de dépression. Le rapport de l'étude recommande « des programmes novateurs qui aideront les personnes vivant avec le VIH à s'adapter à leur maladie et à demeurer actives ».

– Glenn Betteridge

Santé Canada autorise la vente d'un test rapide du VIH au Canada

Le 12 octobre 2004, le Bureau des matériels médicaux de la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada a approuvé la vente au Canada d'un test de dépistage rapide

des anticorps anti-VIH.⁴ Détectant les anticorps au VIH dans le plasma ou le sérum sanguin en moins de trois minutes, ce test est destiné à un usage en milieu clinique. Il s'agit actuellement du seul test rapide du VIH dont la vente est approuvée au Canada.

Le test est fabriqué par MedMira, une entreprise de la Nouvelle-Écosse⁵ dont des produits similaires ont été approuvés par la U.S. Food and Drug Administration et la State Food and Drug Administration de la République populaire de Chine.

Le produit de MedMira n'est pas le premier test de dépistage rapide des anticorps anti-VIH à avoir été approuvé au Canada. En 2002, Santé Canada a émis un avis concernant le test rapide « Fast-Check HIV-1/2 » de BioChem ImmunoSystems, mettant en garde contre la possibilité de faux résultats négatifs.⁶ Le fabricant a accepté de cesser la vente de son produit au Canada.

L'introduction de la technologie des tests rapides soulève de nombreuses préoccupations juridiques et éthiques. Le Réseau juridique a

analysé ces questions et formulé des recommandations pour un usage adéquat du test rapide du VIH.⁷

– Glenn Betteridge

¹ « Pattison company rejects AIDS ads », CBC (online), 15 juin 2004.

² « Fact Sheet: Health Issues Affecting Crack Smokers », Safer Crack Use Coalition (www.canadianharmreduction.com/readmore/FShealthissues-revised.doc).

³ *HIV associated disability among people living with HIV in British Columbia*, Vancouver, British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et British Columbia Persons with AIDS Society, 2004. Pour plus d'information sur l'étude, contacter Lisa Gallo, directrice des communications et de l'éducation, au 604-893-2209 ou 604-612-0222, ou à info@bcpwpa.org.

⁴ Santé Canada maintient une Liste des instruments médicaux homologués en vigueur (MDALL), qui contient des renseignements spécifiques sur les instruments médicaux homologués au Canada, y compris leur date d'homologation. Pour y accéder, voir www.hc-sc.gc.ca/hpfb-dgpsa/tpd-dpt/mdlic_f.html.

⁵ Voir le communiqué de MedMira relativement à l'homologation de Santé Canada, à www.medmira.com/prs/2004/20042110.pdf.

⁶ Voir www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/mises_garde/2002/2002_31f.htm. Voir aussi D. Garmaise, « Des "faux négatifs" mènent au retrait de trousse de dépistage rapide du VIH », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 46.

⁷ R. Elliott, R. Jürgens, *Dépistage rapide du VIH aux points de services : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/rapportfinal/f-tofc.htm).

NOUVELLES INTERNATIONALES

Cette rubrique contient des dépêches sur des développements du droit et des politiques touchant le VIH/sida à l'extérieur du Canada. Nous nous intéressons à toute information sur d'autres développements, pour les numéros ultérieurs de la *Revue*. Adressez vos correspondances à David Garmaise, rédacteur en chef de la *Revue* (dgarmaise@rogers.com).

Le VIH/sida, le droit et la discrimination en Guyane

En juin 2004, le Comité national guyanais sur le sida a complété une évaluation nationale sur le VIH/sida, le droit, l'éthique et les droits de la personne – premier exercice du genre à être complété dans le cadre du projet sur le droit, l'éthique et les droits humains du Partenariat de la Caraïbe contre le VIH/sida (PANCAP).¹ Dans le présent article, Arif Bulkan, auteur du rapport, examine l'application du droit guyanais à la discrimination liée au VIH/sida et il signale un écart considérable entre les lois et la pratique.

Un corpus considérable de lois anti-discrimination existe en Guyane, qu'il s'agisse de la Constitution ou de lois sur des enjeux spécifiques d'égalité. À l'échelon supérieur, la Constitution interdit à la fois les lois et les traitements discriminatoires par l'État et ses agents. Elle a pour modèle un texte semblable qui fait partie de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme, répliqué à l'échelle du Commonwealth caraïbe (à l'insigne exception de Trinidad et

Tobago), bien que de récentes modifications de notre Déclaration des droits aient impliqué d'importants amendements à cet article.

En vertu de la Constitution, la simple différence de traitement n'est pas interdite; ce qui est illégal est une différence de traitement qui est motivée par certains critères interdits. Ces motifs prohibés ont été étendus en 2003, et incluent la race, le lieu d'origine, l'opinion politique, la couleur, l'ethnie, l'âge, le handicap, le statut

marital, le sexe, le genre sexuel, la langue, la naissance, la classe sociale, la grossesse, la religion, la conscience, la croyance et la culture.

D'importance, cette liste n'inclut pas expressément le VIH/sida (bien qu'il est possible que cela soit inclus dans le « handicap »), ni l'orientation sexuelle. La disposition constitutionnelle s'applique à l'État, et non au secteur privé.

La portée de la disposition n'est pas limitée, en ce sens qu'elle rend

illégale les lois et traitements discriminatoires dans toutes les sphères d'activité gouvernementale, y compris la fourniture des soins de santé, la sécurité sociale, l'emploi ainsi que l'accès à des biens et services. La garantie accepte un certain nombre d'exceptions, touchant les citoyens non guyanais, les questions de droit personnel et les normes en matière d'emploi. Il y a aussi des exceptions dont la portée n'est pas limitée, comme le traitement différent autorisé en raison de « circonstances particulières » de type non précisé. En l'absence de directives et de normes pour l'application de cette disposition, elle laisse une énorme discrétion aux législateurs.

En 2003, la Déclaration des droits a été amendée pour inclure certains autres droits à l'égalité, dans le cadre du processus de réforme constitutionnelle initié après des événements qui ont gravement perturbé le pays, à la suite de l'élection générale de 1997. Un examen superficiel donne l'impression que ces nouveaux droits renforcent le régime guyanais de non-discrimination, mais dans les faits leur impact sera probablement négligeable. Toutefois, les droits qui garantissent le libre choix en matière d'emploi, l'égalité de tous devant la loi, l'égalité du statut de naissance et l'égalité pour les femmes pourraient s'avérer utiles dans le contexte de la discrimination liée au VIH/sida.

D'autres lois de la Guyane abordent des questions d'égalité; elles sont importantes puisqu'elles s'appliquent à la fois à l'État et aux acteurs privés. La Loi sur l'égalité des droits (1990) garantit l'égalité de la femme; la Loi sur la prévention de la discrimination (1997) interdit la discrimination dans le domaine de l'emploi. La Loi sur la sûreté et la santé en milieu de travail

(1997) impose des devoirs considérables aux employeurs, quant à la provision d'information, au contrôle des infections ainsi qu'aux services de santé professionnelle pour les travailleurs.

Outre ces lois, la Guyane a élaboré une Politique nationale sur le VIH/sida, en 1995, qui a été adoptée par le parlement en 1998. Cette politique prône une approche progressive, fondée sur les droits, devant les enjeux liés au VIH/sida; elle a été le fruit du plaidoyer de nombreux individus et organismes, comme l'Association guyanaise des droits humains. La politique souligne le droit de toute personne vivant avec le VIH/sida à des soins de santé de la meilleure qualité disponible, sans discrimination (pour plusieurs motifs, dont l'orientation sexuelle). Elle articule également certains droits des personnes vivant avec le VIH/sida, en matière d'emploi, de milieu social et de travail, de services de santé et d'éducation, de logement ainsi que d'accès aux biens et services.

Application des lois guyanaises interdisant la discrimination au motif du VIH/sida

La réponse de la Guyane au VIH/sida comporte un certain nombre de caractéristiques positives. La plus frappante est la disponibilité de médicaments antirétroviraux (ARV) gratuits pour toute personne vivant avec le VIH/sida, sans discrimination. Ce programme a été amorcé à Georgetown en avril 2002; à la fin de 2003, quelque 260 personnes séropositives recevaient des traitements.

En 2003, le Secrétariat du Programme national sur le sida (NAPS) a veillé à la formation de médecins d'autres régions du pays

auxquelles le programme a été étendu. En ce sens, la Guyane se distingue de plusieurs pays du Commonwealth de la Caraïbe où, dans certains cas, des personnes vivant avec le VIH/sida ont dû recourir aux tribunaux afin d'avoir accès aux traitements.

La politique articule certains droits des personnes vivant avec le VIH/sida, dans l'emploi, le milieu social et de travail, les services de santé et d'éducation, le logement et l'accès aux biens et services.

Un autre aspect crucial de la réponse guyanaise au VIH/sida est l'existence d'un Comité national sur le sida (CNS), que complète un ensemble de groupes locaux appelés Comité régionaux sur le sida (CRS), aux quatre coins du pays. Le CNS, créé pour promouvoir les dossiers de plaidoyer et de politiques en matière de VIH/sida, a été crucial au processus national d'évaluation. D'autres fonctions utiles du CNS et des CRS sont la surveillance des efforts gouvernementaux, l'élaboration de stratégies, la sensibilisation au VIH/sida dans les communautés éloignées et l'aide à la lutte contre la propagation de l'épidémie.

Tout n'est cependant pas positif. D'abord, on observe parmi les personnes vivant avec le VIH/sida une lourde *perception* de discrimination. Le résultat est aussi néfaste que si la discrimination existait, puisque l'impression entraîne un climat de secret et de silence autour du VIH/sida.

Plusieurs personnes n'ont pas recours aux services de traitement (même s'ils sont gratuits) et de soutien, de peur d'être identifiées comme séropositives.

Les conseillers en matière de VIH/sida signalent que le domaine où la discrimination est la plus répandue est l'emploi. On procède dans de nombreux cas, par exemple, au dépistage du VIH à l'embauche – dans les chaînes de restauration rapide et dans d'autres secteurs. De plus, certaines grandes compagnies exigent le test du VIH dans le cadre des examens médicaux, mais on ne sait pas clairement à quoi ni comment les résultats sont utilisés.

La discrimination en matière d'assurance privée se pratique ouvertement. Les individus qui souhaitent souscrire une police d'assurance au delà d'un certain seuil se voient demander de passer un test du VIH; la pratique générale, du domaine est de refuser la couverture aux requérants trouvés séropositifs.

Des cas de discrimination dans la fourniture de soins de santé ont aussi été évoqués dans le cadre de l'évaluation. Certains travailleurs de la santé sont réticents à interagir avec des patients atteints du VIH/sida. D'autres études sont nécessaires pour déterminer l'étendue de cette discrimination, mais des conseillers ont rapporté plusieurs incidents qui montrent que, même si les attitudes peuvent évoluer, la maladie est encore entourée d'un

degré considérable d'ignorance et de préjugés.

La stigmatisation est répandue. Bien que la situation semble s'améliorer, la stigmatisation se manifeste encore dans les communautés, voire au sein de familles, et elle est particulièrement évidente dans le grand silence qui entoure le diagnostic de séropositivité au VIH.

La stigmatisation et la discrimination sont omniprésentes à l'égard des groupes que l'esprit populaire associe au VIH. Un conseiller qui travaille depuis quatre ans pour une ligne téléphonique d'info-sida a signalé que le VIH/sida et l'homosexualité sont un « double péril »; il a affirmé qu'au fil des années, de nombreuses histoires lui ont été racontées à propos de discrimination liée à ces deux motifs.

Encore ici, il est difficile d'évaluer l'étendue du phénomène en l'absence d'études spécifiques, et en raison de la réticence des personnes touchées à faire connaître leur état. Mais il est indéniable que le problème est important. Cela est mis en évidence par l'absence notoire de tout groupe de soutien pour les homosexuels, le manque de programmes à l'intention de ces personnes malgré que ces activités existent bel et bien (quoique dans la clandestinité).

Conclusion

Plusieurs lois garantissent la non-discrimination, en Guyane, et le pays s'est doté de plusieurs politiques pro-

gressistes. Or la réalité est bien différente. Il subsiste bien des sphères où la discrimination a encore le vent dans les voiles. Le silence à propos de la séropositivité doit être brisé afin que l'on puisse s'attaquer aux problèmes de discrimination et de stigmatisation, et que les personnes vivant avec le VIH/sida puissent avoir accès aux meilleurs soins et traitements disponibles.

– Arif Bulkan

Arif Bulkan (abulkan@yorku.ca), avocat en Guyane, fait des études de doctorat à la Osgoode Hall Law School, York University, Canada.

¹ A. Bulkan, *National Assessment on HIV/AIDS, Law, Ethics and Human Rights*, National AIDS Committee (Georgetown, 2004). Accessible sur le site Internet de la CARICOM, dans la section sur le PANCAP (www.caricom.org); voir aussi le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida (www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/discrimination/rights_approach/international.htm).

Évaluation des politiques et du contexte en lien avec l'usage de drogues illégales et le risque de VIH au Cambodge

La recherche sur l'ampleur de l'usage de drogues illégales, et sur ses conséquences en matière de risque pour le VIH, au Cambodge, révèle que le gouvernement, les ONG et le système de soins de santé de ce pays n'ont pas les outils nécessaires à réagir aux épidémies de VIH/sida parmi les utilisateurs de drogue par injection.

Au Cambodge, la disponibilité de stimulants de type amphétamine (STA) a connu une hausse marquée, depuis cinq ans, et l'injection d'héroïne a augmenté dans la capitale, Phnom Penh. On trouve peu d'information détaillée sur l'usage de drogue et le risque de VIH au Cambodge, mais les enquêtes auprès d'enfants de la rue et d'adolescents de la classe moyenne font état d'une augmentation de l'usage de drogues illégales, en particulier de STA, à travers le pays.

À la fin de 2003, le POLICY Project a entrepris un projet de recherche. Les contextes du droit, des politiques et des programmes ont été examinés, ainsi que les obstacles à s'attaquer au risque de VIH lié à l'usage de drogues illégales. Un atelier national de deux jours a eu lieu; les participants étaient des représentants du gouvernement et d'ONG qui œuvrent dans les domaines du VIH/sida et de l'usage de drogue; ils ont procédé à une analyse d'options de politiques, sur le plan des priorités et de la faisabilité.

Cette recherche a conduit au constat que les structures gouvernementales, en ce qui touche les drogues et le VIH, ne disposent pas de politiques conjointes, ni de processus de planification commun; et que le risque et la transmission du VIH, en lien avec

l'usage de drogue, n'étaient pas abordés systématiquement par les structures, stratégies et activités actuelles.

L'évaluation des politiques a conduit à recommander les actions suivantes :

- les structures gouvernementales concernant le VIH/sida et les personnes qui travaillent au dossier de l'usage de drogues illégales devraient avoir régulièrement des réunions conjointes;
- les aspects du contexte juridique et des politiques, comme le statut des programmes d'échange de seringues et d'aiguilles, devraient être clarifiés; les lois, politiques et programmes relatifs au VIH/sida devraient intégrer la problématique du risque lié à l'usage de drogues illégales; et ceux qui portent sur l'usage de drogues illégales devraient pour leur part aborder le risque de VIH;
- les organismes du domaine du VIH/sida ont besoin d'avoir accès à de l'assistance technique et en perfectionnement des compétences, concernant les drogues;
- un programme pilote d'échange de seringues et d'aiguilles est nécessaire, en tant qu'élément d'une stratégie complète en matière d'usage de drogues illégales, afin d'évaluer l'efficacité de tels pro-

grammes à réduire, la transmission du VIH liée à l'injection de drogue et d'autres méfaits liés à la drogue, au Cambodge;

- l'accès à des services appropriés de désintoxication, de traitement de la toxicomanie ainsi que de réhabilitation qui intègrent les pratiques exemplaires internationales, pour les utilisateurs de STA, d'inhalants et d'opiacés, doit être élargi;
- la recherche et la surveillance épidémiologique, au palier domestique, doivent être élargies.

Certains progrès ont été faits, dans la mise en œuvre de ces actions. Par exemple, des réunions impliquant le gouvernement et les intervenants en matière d'usage de drogues illégales, ont été initiées en janvier 2004 et se tiennent désormais régulièrement, afin d'élaborer et d'appliquer un plan d'action conjoint. De plus, un programme pilote d'échange de seringues et d'aiguilles a été amorcé par un ONG local, les Mith Samlanh/Friends, avec l'approbation de l'Autorité nationale antidrogue. Le ministère de l'Intérieur et les chercheurs ont reconnu la nécessité d'un projet pilote en la matière.

Ces mesures constituent une modification rapide de la manière dont le Cambodge aborde l'usage de drogues et le risque connexe de VIH, mais des

investissements considérables de la communauté des pays donateurs seront nécessaires à ce que les interventions appropriées soient élargies à une échelle qui permettrait de prévenir la transmission du VIH en lien avec l'usage de drogue.

– David Burrows et Chris Ward

Dave Burrows est directeur de l'AIDS Projects Management Group et consultant auprès du POLICY Project en lien avec le travail sur les politiques et programmes cambodgiens relatifs à la drogue. Chris Ward est conseiller technique principal en matière de VIH/sida et de droits humains auprès du POLICY Project au Cambodge.

La version électronique du rapport de recherche (intitulé « Policy and

Environment Assessment: Illicit Drug Use, the Burden of Drug-related Harm, and HIV Vulnerability in Cambodia ») est accessible sur le site Internet du Futures Group (www.futuresgroup.com).

Des exemplaires imprimés sont disponibles sur demande auprès du POLICY Project Cambodia : communiquez avec Mme Muth Seineada, POLICY Project Cambodia, à mseineada@online.com.kh.

Afrique australe – Des rapports documentent les réactions juridiques au VIH/sida

Une série de rapports à propos de la réaction juridique au VIH/sida a été publiée dans huit pays membres de la Communauté de développement de l'Afrique australe (CDAA/SADC) – Botswana, Malawi, Mozambique, Namibie, Afrique du Sud, Swaziland, Zambie et Zimbabwe.

Les huit rapports ont été préparés par l'AIDS and Human Rights Research Unit, récemment créée à l'Université de Pretoria par le Centre for the Study of AIDS (CSA) et le Centre for Human Rights (CHR).¹

Bien que le plus lourd de la pandémie du VIH/sida se fasse sentir en Afrique subsaharienne, et en particulier dans la partie sud du continent africain, on avait fait jusque-là relativement peu de recherches sur les réponses des gouvernements de la région, devant le VIH/sida.

Chaque rapport discute du cadre juridique de travail de la CDAA et du pays concerné, puis aborde les thèmes

suivants : le secteur de la santé (p. ex. la déclaration/notification de l'infection à VIH et la réglementation des essais cliniques); l'égalité et la non-discrimination; les droits des travailleurs (p. ex. relativement au VIH/sida en milieu de travail); les droits des sexes (p. ex. leur impact sur le statut juridique de la femme); les droits des enfants; le droit criminel; et le VIH/sida en prison.

Les rapports, principalement descriptifs, visent à déterminer la réponse juridique de chacun des pays, d'après ses normes constitutionnelles, sa législation, ses cadres de politiques et sa jurisprudence. On est en voie

d'en préparer sur d'autres pays de la CDAA et de l'Afrique, comme le Nigeria et l'Ouganda, afin de favoriser l'analyse juridique comparative.

Pour de plus amples renseignements, communiquer avec le professeur Frans Viljoen, AIDS and Human Rights Research Unit, Centre for Study of AIDS / Centre for Human Rights, University of Pretoria, à fviljoen@hakuna.up.ac.za.

¹ *HIV/AIDS and Human Rights*, documents accessibles à www.csa.za.org/filemanager/list/10, et disponibles en imprimé sur commande à : The Centre for the Study of AIDS, University of Pretoria, Pretoria, 0002, South Africa.

Publication d'un Code de pratique pour les ONG

Appuyé par plus de 150 organismes non gouvernementaux (ONG) de partout au monde, le Code de bonnes pratiques des ONG intervenant dans la lutte contre le VIH/sida a été rendu public à l'occasion de la Journée mondiale du sida de 2004. Onze ONG ont collaboré à ce projet.

Contexte

L'impact diversifié du VIH/sida et les taux croissants d'infection incitent des ONG de plus en plus nombreux à réagir aux défis de la pandémie – notamment des ONG qui font du travail de prévention, de soins et de traitements pour le VIH/sida; des ONG qui intègrent des interventions spécifiques au VIH/sida dans d'autres programmes, par exemple sur la santé sexuelle et génésique ou la santé des femmes et des enfants; et des ONG qui intègrent le VIH/sida dans des programmes de développement, de droits humains et d'action humanitaire.

Parallèlement, d'importants changements sont survenus dans l'arène mondiale du financement, en particulier pour s'assurer que les leçons des 20 dernières années soient prises en compte dans l'allocation de ressources à l'expansion des réponses au VIH/sida.

Ces changements soutiennent – mais complexifient – la réponse au besoin urgent d'expansion des approches fructueuses. Par ailleurs, la multiplication des ONG et l'expansion rapide des programmes ont parfois eu préséance sur l'imputabilité et la qualité des initiatives et ont entraîné une fragmentation de la voix du secteur non gouvernemental.

Bien que l'expansion des programmes soit urgente, il est également crucial de continuer à promouvoir la

réforme des lois et politiques, en tant que composante essentielle d'une réponse efficace à l'épidémie. Les lois et politiques, de même que les normes sociales, attitudes et perceptions communautaires, façonnent le contexte de notre réaction à l'épidémie.

L'avancement des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et des communautés affectées doit demeurer central à une réponse efficace.

Ces défis ont éclairé l'élaboration du *Code de bonnes pratiques*.

L'ouvrage offre une vision commune des principes de bonnes pratiques en matière de programmes et de plaidoyer qui peuvent guider le travail des ONG ainsi que leurs engagements et leur imputabilité.

Objectifs

Le Code vise à :

- définir et construire un engagement à base élargie vis à vis des principes, pratiques, et preuves qui mettent en valeur le succès du travail des ONG en matière de VIH/sida;
- aider les ONG de soutien à améliorer la qualité et la cohérence de leur travail et leur responsabilité vis à vis de leurs partenaires ONG et des communautés bénéficiaires;
- encourager une plus grande collaboration entre la variété d'ONG de soutien maintenant engagés

dans les actions de riposte contre la pandémie du VIH/sida; et

- raviver la « voix » des ONG dans les actions de riposte contre le VIH/sida, en s'engageant en faveur d'un agenda de plaidoyer partagé.

En 2004, une ébauche du Code a été examinée dans le cadre d'une vaste consultation qui a abouti à une importante rencontre satellite lors de la XV^e Conférence internationale sur le sida à Bangkok.

À la fin de 2004, le comité consultatif qui a guidé le projet a commencé à rechercher des ressources pour financer la seconde phase du projet, visant à soutenir la mise en œuvre efficace du Code. Un mécanisme sera également initié pour inciter d'autres ONG à appuyer le Code. Une mise à jour à propos de ce mécanisme sera affichée sous peu sur le site Internet de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, à www.ifrc.org.

– Julia Cabassi

Julia Cabassi est directrice du projet du Code. Le texte complet du Code est accessible via www.ifrc.org/fr/what/health/hiv/avids/code/; des exemplaires imprimés peuvent être commandés auprès d'Oxfam Publishing à publish@oxfam.org.uk ou via www.oxfam.org.uk/publications. Pour plus d'information, contacter Bernard Gardiner à Bernard.gardiner@ifrc.org.

Le Thai Drug Users Network lauréat d'un prix pour les droits humains

Le Prix international de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains de 2004 a été remis au Thai Drug Users' Network (TDN).

Initiés en 2002 par le Réseau juridique canadien VIH/sida et Human Rights Watch, les *Prix de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains* ont pour but de mettre en relief des contributions exceptionnelles qui réduisent la vulnérabilité au VIH/sida et qui protègent les droits et la dignité des personnes séropositives et autrement affectées par l'épidémie.

Le TDN a été créé en 2002 par quelques utilisateurs de drogue galvanisés dans l'action par la mort de

leurs pairs suite au sida ou à d'autres méfaits liés à la drogue. Ces activistes ont commencé par documenter et analyser les violations de droits humains – qui non seulement entravent l'accès des utilisateurs de drogue à des services de prévention du VIH et de soins pour le sida, mais qui les forcent également à vivre en marge de la société. Depuis, le TDN défend les droits des utilisateurs de drogue et s'efforce d'attirer l'attention des autorités thaïlandaises et du monde

entier sur le manque de compassion et de réponse scientifique aux défis de l'injection de drogue en Thaïlande.

En 2004, le TDN a reçu une subvention du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme pour continuer son travail.

Pour plus d'information, voir www.aidslaw.ca/francais/Contenu/prix/laur-international2004.htm.

Le Nigeria se penche sur le VIH/sida en milieu de travail

En 2004, le Nigeria a entrepris d'importantes mesures pour s'attaquer aux questions de VIH/sida en milieu de travail.

Politique nationale sur le milieu de travail

En juin 2004, le ministre fédéral du Travail a organisé un atelier, impliquant le Nigerian Labour Congress, la National Employers Consultative Association et d'autres importants dépositaires d'enjeux, pour examiner et adopter une politique nationale sur le milieu de travail. Le but général de la politique est de fournir des lignes

directrices aux gouvernements, aux employeurs ainsi qu'aux travailleurs, à propos de leurs rôles et responsabilités touchant la prévention du VIH, l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination liées au VIH/sida, la promotion et la protection des droits de la personne ainsi que les soins et le soutien pour les travailleurs qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont affectés autrement. La politique a été transmise au Conseil exécutif fédéral, pour

sa considération et son approbation finale.

Le secteur de l'éducation

En septembre 2004, une politique nationale sur le VIH/sida en milieu de travail dans le secteur de l'éducation, conçue comme un complément à la politique susmentionnée, a été examinée et adoptée lors d'une réunion nationale des dépositaires d'enjeux. La politique contient diverses dispositions

qui protègent les droits des étudiants ainsi que des employés du ministère fédéral de l'Éducation et de ses affiliés.

En plus d'interdire le test obligatoire du VIH et la discrimination, la politique affirme que les employés qui vivent avec la maladie à VIH pourront continuer de travailler s'ils le désirent et s'ils sont aptes à faire le travail disponible et approprié; et que les employeurs devraient leur accorder des arrangements de travail raisonnables et adaptés au stade de leur maladie. Les arrangements peuvent inclure des horaires de travail flexibles, des congés pour le counselling et les rendez-vous médicaux, des congés de maladie prolongés, la mutation à des tâches plus légères et le travail à temps partiel.

La politique prévoit aussi des programmes d'éducation sur le VIH/sida et renferme une section qui aborde l'accès à l'éducation et à la sécurité socioéconomique pour les enfants orphelins ou vulnérables (définis comme les enfants de 0 à 18 ans qui ont perdu un parent ou les deux, ou qui sont vulnérables au VIH/sida).

La politique a ensuite été soumise au Comité consultatif conjoint sur l'éducation et au Conseil national de l'éducation, pour approbation finale.

Réforme législative relative au travail

En outre, une réforme complète du droit du travail – soutenue par le Projet de la Déclaration du Bureau international du travail (BIT) intitulé Promouvoir la démocratie par le biais des principes et droits fondamentaux au travail et du tripartisme au Nigéria (projet NIDEC) – devrait conduire à l'adoption de cinq nouveaux projets de loi. Ces projets de loi (la loi sur les relations de travail collectives, la loi sur les normes du travail, la loi sur les institutions du travail, la loi amendant la loi sur l'institut national d'études sur le travail, de même que la loi sur la santé et la sécurité en milieu de travail) seront soumis à la discussion lors d'une rencontre prochaine du Conseil consultatif national tripartite en matière de travail.

Le Nigeria a ratifié plusieurs conventions de l'OIT qui aident à lutter

contre les effets du VIH/sida dans le secteur du travail. La domestication de ces obligations internationales fournit aux hommes et aux femmes du Nigeria des avenues cruciales à l'exercice de leurs droits en la matière.

La loi sur les normes du travail traite du VIH/sida en milieu de travail – notamment de l'interdiction du test du VIH et de la discrimination, ainsi que de l'application des précautions universelles dans les lieux de travail où il existe un risque professionnel d'infection par le VIH. La loi renforcera les politiques susmentionnées; il s'agit d'une mesure cruciale, parmi les efforts visant à prévenir le VIH et à protéger les travailleurs affectés par l'épidémie.

Pour de plus amples renseignements, communiquer avec Marie-Claude Chartier (chartier@ilo.org) ou avec Jane Hodges (hodges@ilo.org) au bureau de l'Organisation internationale du travail.

Nouveau rapport sur l'impact du VIH/sida dans le monde du travail

Un nouveau rapport présente des estimations mondiales de l'impact du VIH/sida sur la force de travail, les hommes et les femmes d'âge productif, les enfants et l'économie dans 50 pays, puis projette son impact potentiel jusqu'en 2015.

Intitulé *HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response – 2004* et publié par le Programme sur le

VIH/sida et le monde du travail de l'Organisation internationale du travail, ce rapport vise à éclairer les pro-

grammes de sensibilisation, d'information et d'éducation, les activités de plaidoyer et l'élaboration de politiques

nationales et en milieu de travail.

Le rapport présente divers exemples de réponses au VIH/sida dans le monde du travail. Il décrit des implications de politiques et l'environnement de soutien que les politiques peuvent

favoriser. Il renferme une section consacrée à diverses initiatives juridiques qui ont servi à réagir au VIH/sida dans le monde du travail, notamment des lois spécifiques sur le VIH/sida, la main-d'œuvre, la protection contre la

discrimination, les droits humains, l'incapacité et les assurances.

Le rapport est accessible via www.ilo.org/aids. Pour plus d'information, contacter Odile Frank à Frank@ilo.org.

R.-U. – Développements touchant la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida

« Avez-VOUS des préjugés sur le VIH? »

Dans le cadre de sa campagne en cours intitulée « Are YOU HIV Prejudiced? », le National AIDS Trust (NAT), un organisme britannique de développement et de plaidoyer en matière de politiques sur le VIH/sida, a publié deux trousse de ressources à l'intention des employeurs et des travailleurs des soins de santé primaires.

En 2003, la campagne visait le grand public. L'objectif était de maintenir ou d'accroître la connaissance, parmi la population, et de créer une société où l'on est sensibilisé au VIH et au sida. Tout en poursuivant son éducation générale par le site Internet de sa campagne, le NAT a élargi en 2004 son point de mire à l'emploi et aux soins de santé.

Les trousse ont été soigneusement conçues pour être pratiques autant qu'informatives et éducatives. Elles visent à rehausser la sensibilisation et à promouvoir des actions qui s'attaquent à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH dans des

contextes précis, en donnant une meilleure compréhension de ce que signifie la stigmatisation liée au VIH, des raisons pour lesquelles elle constitue un problème dans les secteurs de l'emploi et des soins de santé, des raisons pour lesquelles elle a cours, et de ce que l'on peut faire pour y répondre et s'y attaquer.

Les trousse contiennent plusieurs feuillets d'information qui présentent de l'information importante sur le VIH et le sida, et qui expliquent la stigmatisation et la discrimination; de plus, la trousse pour les employeurs offre des conseils pratiques relativement à la gestion du personnel séropositif au VIH et celle pour les travailleurs des soins de santé contient des conseils concernant le traitement des patients vivant avec le VIH. On y trouve aussi divers scénarii, études de cas et outils pratiques pour l'utilisation des documents dans diverses situations.

Le NAT a créé deux micro-sites Internet, en parallèle à sa campagne générale www.areyouhivprejudiced.org. Les micro-sites servent à promouvoir et à compléter les

trousse; on y trouve des composantes interactives et une section détaillée de références à d'autres ressources. Pour plus d'information sur la campagne, communiquer avec Keith Winstein, coordonnateur des campagnes du NAT, à keith.winstein@nat.org.uk. Les trousse peuvent être commandées via www.nat.org.uk.

Projet de loi anti-discrimination

En décembre 2003, le gouvernement britannique a introduit une ébauche de projet de loi sur la discrimination liée au handicap, qui visait à s'attaquer à certaines des lacunes et déficiences de la Disability Discrimination Act (1995) (DDA 1995), notamment en lien avec la définition de handicap. La DDA 1995 ne protège pas les personnes séropositives au VIH qui sont asymptomatiques. Le nouveau projet de loi étend la portée de la DDA 1995 pour inclure les personnes vivant avec le VIH dès le moment de leur diagnostic. Cependant, il n'interdit pas la discrimination au motif d'un handicap perçu, ni au motif de l'association

avec une personne handicapée.

L'ébauche de projet de loi a été soumise à un examen pré-législatif, qui a permis aux organismes et individus intéressés d'exprimer leurs commentaires. Plusieurs commentaires et mémoires ont critiqué le fait que le projet de loi échouait à inclure à la fois une définition médicale et sociale du handicap. La discrimination liée au VIH affecte souvent des personnes qui n'ont pas l'infection, mais qui sont visées par la stigmatisation et la discrimination parce qu'elles appartiennent à un des groupes les plus affectés par le VIH (discrimination au motif de l'impression de séropositivité) ou sont associées au VIH en raison de leur travail ou de relations personnelles.

Cependant, avec quelque 50 000 personnes qui vivent actuellement avec le VIH, au Royaume-Uni, il est approprié que la portée de la loi soit élargie pour inclure les personnes séropositives dès le moment du diagnostic. Le projet de loi est actuellement devant le Parlement. S'il est adopté, les changements à la définition de handicap devraient entrer en vigueur en décembre 2005.

Les textes législatifs sont accessibles via www.parliament.uk. Pour plus d'informa-

tion sur le VIH et le droit britannique pertinent au handicap, communiquer avec Delphine Valette à delphine.valette@nat.org.uk.

Stigmate et discrimination liés au VIH, envers les gais et les Africains noirs

Deux organismes britanniques, SIGMA Research et le NAT, ont publié un rapport sur la stigmatisation et la discrimination liées au VIH, à l'endroit des hommes gais et des Africains noirs, au Royaume-Uni. La recherche vise à établir un corpus de données à propos de ces phénomènes, et d'expliquer pourquoi ils sont reliés au racisme, à l'homophobie et au sexisme.

Le point de mire portait sur la discrimination institutionnelle, notamment l'accès aux soins de santé et au logement. Mais on a aussi examiné les tendances dans la divulgation à la famille, aux amis et à la communauté plus large, afin de voir comment le stigmate du VIH peut affecter le soutien social informel.

La recherche a été effectuée à l'aide de groupes de discussion formés de gais et bisexuels séropositifs,

de femmes et d'hommes africains séropositifs. Le rapport présente les principaux constats des différences d'expérience entre les migrants d'origine africaine et les hommes gais et bisexuels, en lien avec la stigmatisation et la discrimination.

En particulier, la recherche montre que les conditions qui donnent lieu à une stigmatisation liée au VIH envers les Africain-es noir-es sont solidement enracinées, virulentes et structurelles. En revanche, on a constaté que les hommes gais et bisexuels ont certains atouts (p. ex. des droits établis, qui sont reconnus à tous les citoyens et résidents permanents du R.-U., de même que des antécédents en activisme lié au sida) qui les aident à contrer de manière significative les effets du stigmate.

Le rapport adresse par ailleurs d'importantes recommandations au gouvernement, associations professionnelles et organismes de lutte contre le VIH/sida.

Ce rapport (« Outsider status – Stigma and discrimination experienced by Gay men and African people with HIV ») est accessible via www.areyouhivprejudiced.org. Pour de plus amples renseignements sur l'étude, contacter Peter Weatherburn à peter.weatherburn@sigmaresearch.org.uk ou Delphine Valette à delphine.valette@nat.org.uk.

LE VIH/SIDA EN PRISON

Cette rubrique aborde des problématiques touchant le VIH/sida en prison. Son rédacteur en chef est Ralf Jürgens, ancien directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Nous y abordons la publication de deux documents importants : le premier examen complet des programmes d'échange de seringues en prison dans le monde, et un document de politiques de l'Association médicale de l'Ontario qui recommande la mise en œuvre de tels programmes. À la lumière des preuves citées dans ces documents et des impératifs de santé publique et de droits humains qui incitent à l'action, les systèmes carcéraux qui continuent de refuser l'introduction de mesures pour réduire la propagation du VIH et de l'hépatite C en prison trouveront plus difficile de justifier leur inaction. Nous présentons ensuite un résumé de certains exposés sur le VIH/sida en prison présentés à la XV^e Conférence internationale sur le sida. Nous traitons aussi d'une étude pilote menée dans une prison fédérale canadienne au Manitoba, afin d'évaluer les facteurs de risque de transmission de l'hépatite C et du VIH. Nous faisons état de trois affaires judiciaires pertinentes aux soins et traitements des détenus. Enfin, nous signalons quelques développements récents dans les prisons du monde ainsi que la parution de ressources nouvelles ou mises à jour sur des enjeux liés au VIH/sida en prison. Tous les articles ont été rédigés par Ralf Jürgens, à l'exception de ceux sur les affaires judiciaires.

Cette rubrique est dédiée à la mémoire de Michael Linhart, ex-détenu vivant avec le VIH/sida et l'hépatite C, qui a été membre du conseil d'administration du Réseau juridique, et formidable défenseur du droit des détenus aux soins et à la prévention. Michael est décédé en octobre 2004, à la veille de la publication du rapport du Réseau sur les programmes d'échange de seringues en prison.

Les programmes d'échange de seringues en prison portent fruit

Le 27 octobre 2004, le Réseau juridique canadien VIH/sida et l'Association médicale de l'Ontario (AMO) ont rendu publics des rapports recommandant l'introduction de programmes d'échanges de seringues (PÉS) en prison, à la lumière de données qui montrent que ces programmes favorisent et protègent la santé des détenus et des employés de prison. Parallèlement, le Service de prisons d'Écosse a annoncé qu'il envisageait la création de tels programmes et un médecin iranien a signalé un projet pilote dans son pays.

Le rapport du Réseau juridique¹

Le rapport du Réseau revêt une importance particulière puisqu'il offre le premier aperçu détaillé des programmes d'échange de seringues en prison dans le monde.² Les auteurs ont procédé à un examen de la littérature,

visité des prisons dans quatre pays et communiqué avec des responsables de programmes d'échange de seringues en prison. L'expérience observée et les données recueillies dans les six pays où de tels programmes étaient en fonction en avril 2004 (Suisse, Allemagne, Espagne, Moldavie, Kirghizstan et Biélorussie) montrent que ces programmes :

- réduisent les comportements à risque et la transmission d'agents pathogènes (notamment le VIH et le VHC);
- ont d'autres effets positifs sur la santé des détenus;
- ne compromettent pas la sûreté du personnel ou des détenus – et, de fait, font des prisons des milieux de travail et de vie plus sûrs;
- ne conduisent pas à une augmentation de la consommation ou de l'injection de drogue;
- sont efficaces dans des prisons très diversifiées; et
- réussissent par le biais de diverses méthodes de distribution des seringues, en fonction des besoins du personnel et des détenus, selon le type de prison.

À la lumière de ces données, le rapport recommande que les systèmes carcéraux adoptent des mesures immédiates pour l'introduction de PÉS, si ce n'est déjà fait. En conférence de presse à l'occasion du lancement du rapport, les auteurs ont noté que :

l'échange de seringues n'équivaut pas à fermer les yeux sur l'usage de drogue. C'est plutôt une mesure sanitaire pragmatique qui devrait accompagner d'autres efforts de réduction des méfaits liés à l'usage de drogue, comme les traitements de la toxicomanie, et notamment l'entretien à la méthadone.³

Le rapport analyse aussi l'obligation des gouvernements de respecter, de protéger et de réaliser le droit des détenus à la santé, y compris à des mesures préventives. Il souligne que l'échec à fournir aux détenus des mesures essentielles de prévention du VIH et de l'hépatite C constitue une violation de leurs droits en vertu du droit international et d'instruments internationaux qui portent sur les droits des détenus, les services de santé et le VIH/sida en prison (comme les Principes fondamentaux des Nations Unies relatifs au traitement des détenus, les Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons et divers documents de l'ONUSIDA).⁴

Le rapport de l'AMO⁵

Le rapport l'AMO est largement fondé sur celui du Réseau juridique et arrive aux mêmes conclusions et recommandations : les PÉS en prison portent fruit et devraient être introduits rapidement. Le rapport est important parce qu'il montre clairement que les problèmes liés au VIH/sida en prison relèvent de la santé publique et que la communauté médicale s'inquiète du manque d'attention aux soins de santé et à la prévention en milieu carcéral. Les auteurs affirment que « plusieurs médecins de l'Ontario impliqués dans la provision de soins médicaux dans le système correctionnel se sont dit préoccupés par le fait que la qualité des soins disponibles dans les établissements est souvent inférieure à celle des soins offerts à la population générale. L'absence de PÉS dans les prisons canadiennes est un exemple probant de ce fossé » [trad.].⁶ Ils poursuivent :

Les problèmes qui touchent les détenus ne semblent pas préoccuper le public.

L'on devrait pourtant s'en soucier, non seulement parce que la santé des détenus est menacée, mais aussi parce que la plupart des détenus retournent dans la communauté. Leur taux de roulement est élevé, en particulier dans les établissements provinciaux. Les détenus qui retournent dans la communauté et qui ont le VIH ou l'hépatite C peuvent transmettre l'infection, et la transmettent effectivement, à autrui. L'AMO croit que cette situation se poursuivra dans l'avenir. Il s'agit clairement d'une crise de santé publique [trad.].⁷

De plus,

L'AMO croit que les nombreux changements radicaux qui se sont produits depuis le début de l'épidémie du VIH/sida, y compris le fait que cette maladie jadis terminale et incurable puisse maintenant être traitée pour prolonger la vie des patients, ont entraîné la nécessité de modifier la provision de soins aux détenus vivant avec le VIH/sida et de mesures préventives à tous les détenus. [trad.]

Le rapport exhorte à une « réponse urgente », affirmant qu'avec « une volonté politique combinée à un solide plan de mise en œuvre, les PÉS en prison peuvent devenir rapidement une réalité » [trad.].⁸ Il donne suite à un énoncé de position sur les infections transmissibles par voie sanguine et sexuelle, publié en 1996 par l'Australian Medical Association, qui déclarait que « la prévention efficace parmi la population carcérale nécessite la mise en œuvre de programmes d'éducation à la prévention, d'échange de seringues pour les utilisateurs de drogue par injection, et de sécurisexe, pour les individus qui ont des comportements à risques élevés » [trad.].⁹

Autres développements liés aux PÉS

Dans le même domaine, le Dr Akbar Bayabzadah du Tehran Psychiatric Institut a signalé l'amorce d'un projet pilote d'échange de seringues dans une prison de l'Iran.¹⁰ En outre, d'après divers reportages médiatiques,¹¹ le Service de prisons d'Écosse envisagerait de distribuer aux détenus des trousseaux de réduction des méfaits (qui renfermeraient du matériel d'injection stérile). Le Dr Andrew Fraser, directeur des soins de santé du Service, a affirmé : « Nous devons reconnaître que des drogues entrent en prison. Les seringues

stériles seraient distribuées par des employés médicaux et les autres membres du personnel seraient tenus de respecter ce travail » [trad.].¹²

¹ R. Lines, R. Jürgens, G. Betteridge, H. Stöver, D. Laticevschi, J. Nelles, *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004 (via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm).

² Les examens précédents étaient de portée plus restreinte : K. Dolan et coll., « Prison-based syringe-exchange programmes: a review of international research and development », *Addiction*, 2003, 72(1) : 59-65; H. Stöver, J. Nelles, « Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons », *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14 : 437-444.

³ Voir le communiqué de presse et d'autres documents, via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm.

⁴ Pour des renseignements supplémentaires et des références à ces documents, voir le rapport aux pages

16-20.

⁵ Association médicale de l'Ontario, *Improving our health: why is Canada lagging behind in establishing needle exchange programs in prisons?*, Toronto, l'Association, 2004 (www.oma.org/phealth/health.htm).

⁶ *Ibid.*, p. 3.

⁷ *Ibid.*, p. 2.

⁸ *Ibid.*, p. 17.

⁹ « La Australian Medical Association demande des programmes d'échange de seringues pour les détenus », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4) : 28.

¹⁰ CBC Radio 1, *The Current*, 20 octobre 2004 (www.cbc.ca/thecurrent/2004/200410/20041020.html).

¹¹ K. Foster, « Heroin kits on demand for Scots prisoners » (<http://scotlandonsunday.scotsman.com/index.cfm?id=1207582004>); « Scotlan gives clean syringes to prisoners », *The Washington Times*, 17 octobre 2004 (<http://washingtontimes.com/upi-breaking/20041017-013018-6484r.htm>); « Addicted inmates may get needles » (http://news.bbc.co.uk/2/hi/uk_news/scotland/3751140.stm).

¹² *Idem.*

Le monde s'ouvre-t-il enfin les yeux au VIH/sida en prison? Un compte-rendu de la XV^e Conférence internationale sur le sida

À la Conférence internationale sur le sida, les questions liées au VIH/sida en prison retiennent habituellement peu l'attention, en dépit du fait que la prévalence du VIH parmi les détenus est souvent beaucoup plus élevée que dans la population générale. Il se peut toutefois que la Conférence de Bangkok ait marqué un tournant. Le présent article rend compte de données pertinentes présentées lors de la conférence. Une version détaillée de cet article, qui contient de l'information sur le VIH/sida dans les prisons du monde, a été publiée dans le numéro de septembre 2004 de *Infectious Diseases in Corrections Report*.¹

Aperçu

Avant même le début de la conférence officielle, une rencontre satellite d'un jour a examiné en détail les questions

liées au VIH/sida en prison (voir « La santé et les droits humains des détenus dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida », dans le supplément Bangkok de ce numéro).

Lors de la Conférence, deux exposés et de nombreuses présentations par affiches ont été consacrés au VIH/sida en prison. La plupart avaient pour point de mire la prévention du

VIH, mais on a aussi discuté de la meilleure façon de fournir des traitements anti-VIH, y compris des antirétroviraux, aux détenus. Ces discussions sont particulièrement importantes, compte tenu des efforts actuels de l'Organisation mondiale de la santé pour fournir des traitements à trois millions de patients de pays en développement d'ici 2005.²

À la fin de la Conférence, les délégués se sont dits satisfaits de constater que les questions liées au VIH/sida en prison commençaient à obtenir l'attention qu'elles méritent. Ils ont exprimé l'espoir que, d'ici la Conférence internationale sur le sida de 2006 à Toronto, le monde s'ouvre enfin les yeux sur la réalité du VIH/sida en milieu carcéral.

Exposés clés sur le VIH/sida en prison

Le premier exposé important sur le VIH/sida en prison était intitulé « Faciles à joindre, mais difficiles à desservir? Éléments fructueux de la prévention et des soins pour le VIH en prison ». Des dirigeants de prisons de l'Indonésie,³ de la Thaïlande⁴ et de l'Iran⁵ ont pris la parole, puis on a présenté un premier examen détaillé des programmes d'échange de seringues en prison (décrit précédemment).⁶

Le conférencier de la Thaïlande a mis en relief les efforts de son pays pour réagir au problème de la co-infection à la tuberculose et au VIH en prison. Les dirigeants correctionnels de l'Indonésie et de l'Iran ont tous deux reconnu les réalités de l'activité sexuelle et de l'injection de drogue dans leurs systèmes, puis ils ont décrit les mesures (y compris la distribution de condoms et d'eau de Javel et l'entretien à méthadone) qu'ils y ont mises en œuvre pour réagir au VIH/sida.

À l'heure où de nombreux pays occidentaux n'ont pas encore introduit de telles mesures en prison, il était frappant d'entendre ces dirigeants discuter ouvertement de comportements largement stigmatisés et prohibés comme l'injection de drogue et l'activité homosexuelle, et de la nécessité de reconnaître cette réalité et de réagir avec pragmatisme à la plus grave des menaces : la propagation du VIH parmi les détenus, et éventuellement à la population générale.

Le second exposé était intitulé « La prévention du VIH en prison »; deux représentants des États-Unis, deux du Canada, un du Pakistan et un de la Thaïlande ont pris la parole :

- Barry Zack, de la Californie (É.-U.), a abordé le rôle des organismes non gouvernementaux (ONG) en tant que partenaires des systèmes de prisons dans la lutte contre le VIH/sida.⁷ Il a souligné l'existence d'une opportunité unique de collaboration entre les prisons et les ONG, pour la provision aux détenus de services de prévention, de soutien social et de transition en matière de VIH, puis conclu que « les dirigeants de prison qui ont travaillé avec des ONG ont démontré que la collaboration peut comporter des bienfaits pour les prisons, les ONG, les détenus et la communauté ».
- Richard Wolitski a présenté les résultats du projet START, financé par les US Centers for Disease Control and Prevention, qui visait à élaborer un programme de prévention du VIH, des infections transmissibles sexuellement et des hépatites pour les jeunes hommes de 18 à 29 ans qui sortent de prison, et à mesurer l'efficacité de diverses interventions pour réduire les risques sexuels après la sortie

de prison. Les résultats révèlent que les détenus qui ont reçu des interventions rehaussées (2 séances pré-libération, 4 séances post-libération et d'autres séances au besoin) étaient moins susceptibles d'avoir des rapports sexuels non protégés, après leur mise en liberté, que les détenus qui n'avaient eu qu'une séance pré-libération.⁸

- Une étude canadienne a conclu que « l'incarcération est indépendamment associée au partage risqué de seringues, parmi les utilisateurs de drogue par injection séropositifs et séronégatifs » et que ces « solides preuves de comportements à risque pour le VIH devraient intensifier les préoccupations sanitaires liées à la transmission d'infections par voie sanguine en prison » [trad.].⁹ Cette étude a été signalée dans un numéro antérieur de la *Revue*.¹⁰
- Un autre conférencier canadien a fait état d'un projet sur l'introduction de politiques et programmes de réduction des méfaits dans les prisons de l'Europe de l'Est et de l'ex-URSS, où les taux de VIH sont particulièrement élevés parmi les utilisateurs de drogue par injection et les détenus,¹¹ et où il faudra élargir la réponse au VIH/sida pour prévenir la propagation ultérieure de l'épidémie en prison et à la population générale.
- Deux conférenciers du Pakistan¹² et de la Thaïlande¹³ ont souligné le nombre croissant d'enfants et de jeunes incarcérés et insisté sur l'importance de programmes pour réduire leur vulnérabilité au VIH/sida.

¹ Accessible à www.idronline.org/archives.html.

² Pour plus d'information, voir www.who.int/hiv/en/.

³ D. Soejoto, « First things first: Overcoming policy challenges to HIV programming in prisons », exposé présenté à la XV^e Conférence internationale sur le sida, abrégé n°WeCs211, Medscape General Medicine, 11 juillet 2004, 6(3) :WeCs211 [eJournal of the International AIDS Society 2004, 11 juillet 2004, 1(1)].

⁴ P. Akarasewi, « TB and HIV coinfection: Implications for prophylaxis and treatment », abrégé n°WeCs213.

⁵ Pafshar, « Going national: Experiences in developing nationwide harm reduction in Iran's prisons », abrégé n°WeCs214.

⁶ R. Jürgens et coll., « Prison needle exchange: A review

of international evidence and experience », abrégé n°ThPeC7472.

⁷ B. Zack, « Control of HIV/AIDS in prisons/jails: The international experience and role of non-governmental organizations as collaborative partners », abrégé n°WeOrE1295.

⁸ R.J. Wolitski et coll., « Project START reduces HIV risk among prisoners after release », abrégé n°WeOrC1296.

⁹ E. Wood et coll., « Incarceration is independently associated with syringe lending and borrowing among a Canadian cohort of injection drug users », abrégé n°WeOrC1297.

¹⁰ Voir « Le VIH/sida en prison : autres développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(2) : 53.

¹¹ T. Kerr et coll., « Establishing prison-based harm reduction policies & programs in Eastern Europe & the former Soviet Union », abrégé n°WeOrE1298.

¹² A.Y.B. Ayub, « Prevention of HIV/AIDS and STDs among juvenile prisoners in north west frontier province, Pakistan », abrégé n°WeOrC1299.

¹³ E. Ireland, N. Chaiphech, « Reducing children's vulnerability to HIV/AIDS and drugs in detention facilities in Thailand », abrégé n°WeOrC1300.

Canada - Une étude apporte d'autres preuves du risque de VIH et de VHC en prison

En 2002, dans le cadre d'une enquête plus vaste sur les réseaux sociaux d'injection de drogue à Winnipeg,¹ une étude dans l'Établissement correctionnel de Stony Mountain a examiné les interactions sociales et leur rôle potentiel d'agent qui facilite ou empêche la propagation d'infections hématogènes parmi les utilisateurs de drogue par injection.² Malgré sa petite taille et sa visée exploratoire, l'étude fournit des preuves supplémentaires du risque de transmission du virus de l'hépatite C (VHC) et du VIH en prison, de même que de son impact potentiel sur la santé publique.

L'enquête de Winnipeg

L'étude a été réalisée en tant que sous-projet de la Winnipeg Injection Drug Use Social Network Study, financée par Santé Canada. Menée à Winnipeg en 2001-2002, elle visait à recueillir des données pilotes sur les interactions de réseaux sociaux d'utilisateurs de drogue par injection (UDI), à Winnipeg, et sur le potentiel de ces interactions pour faciliter ou empêcher la propagation d'infections hématogènes parmi les UDI.

Pendant l'enquête, les chercheurs ont approché des employés de l'Établissement de Stony Mountain pour discuter de la possibilité d'une étude semblable en prison. Santé Canada a

par la suite approuvé le projet. Vu la nature du milieu carcéral, où la mention de comportements d'autrui peut avoir de sérieuses conséquences sur la sécurité personnelle, d'importantes modifications ont été apportées au questionnaire de l'étude. Les questions relatives aux réseaux sociaux en prison étaient beaucoup plus générales que celles posées dans la communauté.

L'étude à Stony Mountain

Quarante des 420 détenus de Stony Mountain ont participé à l'étude. On a élaboré un mécanisme pour permettre aux utilisateurs de drogue de participer à l'étude de la façon la plus confidentielle possible. Puisqu'il était

généralement connu que l'étude portait sur l'usage de drogue, la plupart des volontaires étaient (ou avaient déjà été) utilisateurs de drogue. Par conséquent, comme le soulignent les auteurs, l'échantillon n'est pas représentatif de la population carcérale générale et ne devrait pas être interprété comme tel.

Les participants ont fourni des renseignements démographiques et des données sur leur connaissance des facteurs de risque de transmission du VHC et du VIH et sur leurs comportements d'injection de drogue en prison et avant leur emprisonnement.

Quatre-vingt-dix p. cent des participants ont déclaré s'être déjà injectés des drogues. Environ la moitié s'en

étaient injecté depuis leur entrée en prison; sept ont affirmé qu'ils avaient cessé de s'injecter avant leur incarcération; et 11 ont dit avoir cessé après leur arrestation ou leur emprisonnement. Smyth a noté que les motifs d'interruption de l'injection de drogue en prison sont peu documentés; il a supposé que l'absence de seringues stériles pouvait contribuer à cette décision.³ Par conséquent, les chercheurs ont posé aux répondants une question ouverte sur les raisons qui les ont poussés à cesser de s'injecter des drogues en prison. Les motifs touchaient généralement une préoccupation de santé et un désir de changer sa vie, ou des problèmes liés à l'injection de drogue en milieu carcéral (p. ex., des occasions limitées de s'injecter, ou la disponibilité/qualité des drogues). Un seul répondant a signalé qu'il avait cessé de s'injecter à cause d'un manque d'accès à du matériel d'injection stérile et des préoccupations liées au VIH qui en découlent. Deux participants ont déclaré qu'ils avaient commencé à s'injecter des drogues pendant leur incarcération, parce qu'ils avaient besoin d'être acceptés ou de développer des liens avec autrui, ou simplement parce que « tout le monde le fait ».

La fréquence d'injection en prison varie considérablement. Un peu plus de la moitié des 21 détenus qui s'injectent des drogues ont rapporté une fréquence d'injection relativement faible (moins de 30 fois) au cours des six mois précédant l'étude, tandis que les autres ont dit s'être injecté plus de 100 fois. Bien que la fréquence d'injection soit plus élevée dans la communauté qu'en prison, plus de la moitié des participants ont dit n'avoir jamais partagé une seringue hors

prison. Ces données concordent avec les résultats d'autres études où plusieurs individus qui avaient des pratiques d'injection sécuritaires dans la communauté se sont mis à partager des seringues pendant leur incarcération.

Interrogés sur le nombre d'individus habituellement présents lorsqu'un détenu s'injecte des drogues, la plupart des participants ont répondu trois ou plus. Un peu moins de la moitié des répondants UDI ont dit se faire des injections avec plus d'un groupe ou réseau d'individus, en prison – soit de 2 à 6 groupes/réseaux distincts. Cela illustre l'existence de nombreuses occasions de transmission. Les chercheurs notent :

En ce qui concerne l'usage de drogue et la transmission d'infections, les données témoignent d'un réseau d'individus fortement interreliés. Plusieurs interagissent souvent avec divers groupes de détenus pour des fins d'injection... La circulation d'individus (ou de seringues) entre les divers groupes entraîne de nombreuses occasions de transmission de pathogènes entre les réseaux – ce qui crée un environnement à risque très élevé. Dans le contexte communautaire, il est reconnu que l'efficacité de la transmission de pathogènes est optimale parmi les réseaux fortement interreliés. [trad.]⁴

Conclusions

Malgré la petite taille et les limites de l'étude, ses résultats fournissent des preuves additionnelles du potentiel de transmission du VIH et du VHC en prison. Dans une perspective de santé publique, il est particulièrement inquiétant que le mouvement d'individus entre divers groupes crée un ou

quelques réseaux fortement interreliés, propices à la propagation rapide d'infection hématogènes.

Par ailleurs, l'étude a tenté de vérifier si la provision de seringues stériles en prison pouvait entraîner une hausse de l'injection de drogue. L'un des détenus interviewés a indiqué que le manque d'accès à du matériel d'injection stérile avait contribué à sa décision de ne plus s'injecter de drogue. Toutefois, chez d'autres détenus qui ont cessé de s'injecter, la décision a été influencée par d'autres facteurs. Les auteurs concluent qu'« il existe un potentiel d'augmentation du nombre d'UDI, advenant l'introduction de l'échange de seringues », mais que « la réduction du risque de transmission due à la disponibilité de seringues stériles dépasserait probablement le risque accru de transmission lié à une hausse des pratiques d'injection ».⁵ Il est important de noter que les évaluations de programmes existants d'échange de seringues en prison n'ont révélé aucune augmentation de l'usage ou de l'injection de drogue.⁶

¹ J.L. Wylie et coll., « The Winnipeg social network injection drug use study: Project overview and analysis of gender and ethnic-based differences in individual and social network drug use behaviours », présenté à la Conférence sur la recherche sur le VIH (ACRV) 2002, abrégé n°333P (www.pulsus.com/cahr2002/abs/abs333P.htm).

² J.L. Wylie, « A pilot study assessing risk factors for hepatitis C and HIV transmission within a federal correctional institution », en filière au bureau de l'auteur.

³ B.P. Smyth, « Many injectors stop injecting while imprisoned », *British Medical Journal*, 2000, 321(7253) : 1406.

⁴ Wylie, *supra*, note 2, p. 6, avec renvoi à S.R. Friedman et coll., « Sociometric risk networks and risk for HIV infection », *American Journal of Public Health*, 1997, 87(8) : 1289-1296.

⁵ Wylie, *supra*, note 2, p. 10.

⁶ Voir les rapports du Réseau juridique canadien VIH/sida et de l'Association médicale de l'Ontario, résumés dans l'article « Les programmes d'échange de seringues en prison portent fruit », dans le présent numéro de la *Revue*.

Une cour canadienne ordonne à un centre de détention de fournir à un détenu un médicament prescrit et de lui permettre de consulter un médecin extérieur à l'établissement

En réponse à deux requêtes présentées par un détenu (M. Geary) d'établissement provincial, la Cour d'appel du Banc de la Reine d'Alberta a ordonné au Edmonton Remand Centre de lui fournir des médicaments prescrits et de lui permettre de consulter un médecin extérieur à l'établissement.¹ Dans chaque requête, M. Geary demandait à la cour de manière urgente de prononcer des mesures provisoires, jusqu'à ce qu'elle puisse instruire sa demande de mise en liberté. Cette décision a une importance considérable pour les détenus qui vivent avec le VIH/sida, dont certains affirment recevoir des traitements médicaux inférieurs aux normes professionnelles reconnues. Il est également intéressant de noter que le juge, pour donner gain de cause au détenu, s'est référé à la Charte, à l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus des Nations Unies et à la jurisprudence constitutionnelle états-unienne.

La demande concernant l'accès aux analgésiques

En 2000, Geary a été brûlé sur 60 à 70 pour cent de son corps. En 2002, son médecin lui a prescrit du Dilaudid, contre la douleur, et quelques autres médicaments. Geary a été détenu au centre de détention en attendant son procès pour divers délits. Les médecins de l'établissement ont refusé de donner à Geary le médicament analgésique qu'il demandait, croyant qu'il n'avait pas d'ordonnance pour le Dilaudid. Bien qu'un médecin de l'établissement ait vérifié auprès du médecin de famille de Geary que le médicament lui avait été prescrit, le médecin de l'établissement a refusé de le lui donner, parce qu'il croyait que Geary avait obtenu des ordonnances de plusieurs médecins pour le même médicament.

L'état de santé physique et mental du prisonnier s'est détérioré, durant sa

détention, mais on a continué de rejeter ses demandes de Dilaudid. Geary a présenté une requête pour obtenir l'accès au médicament et à une crème pour l'épiderme et pour être autorisé à porter ses propres vêtements. Sa requête reposait sur les articles 12 (le droit de ne pas être soumis à des peines ou traitements cruels et inusités) et 15 (les droits à l'égalité) de la Charte canadienne.²

Le juge Veit a accueilli en partie la requête de Geary. Il a refusé ses demandes concernant les vêtements et la crème pour l'épiderme, parce qu'elles ne satisfaisaient pas les conditions nécessaires pour justifier les mesures provisoires. Toutefois, le juge Veit a conclu que la demande concernant les médicaments atteignait le seuil nécessaire pour justifier l'ordonnance : il y avait une question sérieuse à déterminer; la souffrance de Geary lui causait un préjudice irréparable; et la prépondérance des

inconvenients entre le centre de détention et Geary favorisait ce dernier.

Le juge Veit a adopté le raisonnement de l'arrêt états-unien *Newson*,³ selon lequel le fait de causer des douleurs inutiles et gratuites implique une indifférence délibérée à l'égard de besoins médicaux sérieux, ce qui soulève des questions constitutionnelles.⁴ Pour évaluer la prépondérance des inconvenients, le juge Veit a examiné les facteurs suivants : la probabilité de réussite de la requête principale; les conséquences de l'ordonnance des mesures provisoires; et le respect des médecins de l'établissement appelés en défense.

Le juge a conclu que le requérant avait « à tout le moins, une possibilité d'avoir gain de cause dans sa requête principale », que lui accorder l'accès au médicament prescrit n'aura pas de conséquences graves pour l'établissement et n'est pas futile, et qu'il n'y aura pas d'ingérence injustifiée dans

les normes professionnelles des défenseurs médecins, « parce qu'on ne leur demande pas de prescrire quelque chose qu'ils jugent inadéquat ou de superviser un comportement qu'ils considèrent inadéquat ».⁵

La demande de consultation d'un médecin étranger au centre de détention

Le juge Veit a autorisé Geary à consulter un médecin habilité étranger au centre de détention pour qu'il évalue ses douleurs. Selon le juge Veit, puisque Geary n'avait pas abusé de son droit indépendant de solliciter une consultation avec un médecin à l'extérieur et puisque « la politique actuelle de l'établissement, les normes internationales concernant le traitement des détenus, et les normes déontologiques de la profession médicale appuient toutes ce droit »,⁶ il y avait lieu d'accorder la requête.

Le juge a rejeté la demande du directeur du centre de détention, qui souhaitait qu'une condition soit imposée à ce droit de consultation, c'est-à-dire que le directeur soit autorisé à demander un examen médical indépendant. Le juge Veit a conclu, à la lumière des faits présentés, que l'établissement avait eu suffisamment l'occasion d'examiner le requérant et qu'il n'avait pas à tenir d'examen médical supplémentaire à ce stade. De plus, considérant la nature « dérangement » des examens médicaux pour la personne, « le droit du défendeur de soumettre le requérant à un examen médical [selon le Règlement de la Cour] devrait être interprété de manière restrictive, et non libérale ».⁷

Commentaire

Après les audiences, Geary et son avocat ont négocié une entente avec

l'administration du centre de détention sur le traitement médical approprié. En conséquence, la cour n'a pas eu à se prononcer sur le bien-fondé de la demande principale. Dans le cadre du traitement, Geary a entrepris un traitement à la méthadone.⁸

Bien qu'on ne mentionne pas l'état de Geary en ce qui a trait au VIH ou à l'hépatite C, les décisions sont importantes pour les détenus qui vivent avec le VIH/sida et l'hépatite C. Selon des témoignages, au Canada des détenus ont des difficultés d'accès aux médicaments analgésiques et autres, y compris aux médicaments anti-VIH.

Durant une période de 12 mois, des fournisseurs de services communautaires ont noté 373 contacts avec des détenus d'établissements correctionnels fédéraux et provinciaux, desquels ont été signalés : 12 cas de modification sans consultation d'une médication qu'avait prescrite un médecin étranger à l'établissement; 59 cas de suppression ou de réduction de médicaments analgésiques; 14 cas de suppression de médicaments antirétroviraux pour le VIH; 3 cas d'administration incorrecte de médicaments antirétroviraux pour le VIH; 11 cas de doses de médicaments antirétroviraux pour le VIH oubliées; et 7 cas de remise en liberté sans médicaments antirétroviraux pour le VIH.⁹

Les décisions dans l'affaire Geary sont les bienvenues, compte tenu de tels indices du défaut des autorités carcérales d'offrir aux détenus des soins médicaux conformes aux normes professionnelles. Ce qui est particulièrement important, c'est que le juge se réfère à des documents qui établissent des normes juridiques et éthiques, comme la Charte canadienne, l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus des Nations Unies¹⁰ et le Code de déontologie de l'Association médicale

canadienne, de même que la jurisprudence états-unienne concernant les droits des détenus selon la constitution des États-Unis. La jurisprudence constitutionnelle états-unienne sur le droit des détenus est beaucoup plus développée que la jurisprudence canadienne dans ce domaine.

Le juge a sévèrement critiqué un certain nombre de pratiques du centre de détention, particulièrement son défaut de donner à Geary le médicament qui lui avait été prescrit et son refus de lui permettre de consulter un médecin étranger au centre, et cela sans motif raisonnable. Il a également critiqué la pratique consistant à réduire sans autre forme d'investigation la médication des détenus qui ne se présentent pas aux services médicaux pour recevoir leurs doses. Selon le juge, « le défaut d'un établissement de détention de déterminer pourquoi un détenu ne se présente pas pour recevoir un médicament prescrit est préoccupant, et, lorsque l'établissement a connaissance que le détenu ne prend pas les médicaments, des responsabilités particulières peuvent entrer en jeu ».¹¹

Ces jugements représentent un progrès en ce qui a trait au droit des détenus au meilleur état de santé physique et mental possible, droit qui est garanti par des lois internationales que le Canada a ratifiées.

– Arryn Ketter et Glenn Betteridge

Arryn Ketter étudie à la Faculté de droit de l'Université McGill. Glenn Betteridge est analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à gbetteridge@aidslaw.ca.

¹ *Geary c. Alberta* (Edmonton Remand Centre), [2004] AJ No 22 (BR Alta) (QL); *Geary c. Alberta* (Edmonton Remand Centre), [2004] AJ No 24 (BR Alta) (QL).

² Charte canadienne des droits et libertés, Partie I de la

Loi constitutionnelle, 1982, App. B de la Loi sur le Canada 1982, (RU) 1982, c 11.

³ *Newson c. Peterson*, 2003 U.S. App. Lexis 9134 (6th Circ.)

⁴ *Geary c. Alberta* (Edmonton Remand Centre), [2004] AJ No 22, parag. 44.

⁵ *Ibid.*, par. 46.

⁶ *Geary c. Alberta* (Edmonton Remand Centre), [2004] AJ

No 24, parag. 1.

⁷ *Ibid.*, par. 21.

⁸ Correspondance personnelle avec l'avocat au dossier.

⁹ M. Linhart. Initiative to Monitor Prison AIDS Care & Treatment (IMPACT): Data Analysis and Evaluation (juin 2001), texte dans les dossiers du Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹⁰ Ensemble des règles minima pour le traitement des

détenus des Nations Unies. Adopté le 30 août 1955 par le Premier Congrès des Nations Unies sur la prévention du crime et le traitement des délinquants. UN Doc A/CONF/611, annex I, ESC res 663C, 24 UN ESCOR Supp (No 1) p. 11, UN Doc E/3048 (1957), mod. ESC res 2076, 62 UN ESCOR Supp (No 1), p. 35, UN Doc E/5988 (1977).

¹¹ *Geary c. Alberta* (Edmonton Remand Centre), [2004] AJ No 22, par. 46.

Une cour canadienne refuse à un détenu l'accès à un tranquillisant

Dans un jugement rendu le 22 septembre 2004, la Cour fédérale a refusé d'ordonner à un établissement correctionnel de fournir à un détenu le tranquillisant Clonazepam, qui est classé dans la catégorie des benzodiazépines.¹ Les médicaments de la classe des benzodiazépines sont accessibles sur ordonnance d'un médecin ou psychiatre du Service correctionnel du Canada (SCC). Cependant, le formulaire du SCC prévoit un échancier de discontinuation pour les détenus qui viennent du système pénitentiaire provincial, où l'usage continu de benzodiazépines n'est pas indiqué.

Le requérant, Thomas Powell, a éprouvé des troubles de panique et d'anxiété aiguë pendant 13 ans, avant cette application, et s'est vu prescrire régulièrement du Clonazepam. Un médecin du SCC qui avait traité Powell a allégué que ce dernier avait un dossier d'abus du Clonazepam ainsi que d'alcool, et que les infractions responsables de son incarcération avaient été commises sous l'effet de ce médicament. Le médecin a allégué que Powell souhait être sous effet sédatif.

Le Commissaire du SCC publie des directives en matière de santé, en lien avec la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC),² qui exigent la fourniture des soins de santé essentiels aux personnes incarcérées. La Directive du commissaire (DC) en

cause ici était le DC 805, où il est stipulé que « [l]es médicaments doivent uniquement être prescrits lorsqu'ils sont cliniquement indiqués » et que l'on « ne prescrit des somnifères ou des sédatifs que lorsqu'on établi[t] que le détenu éprouve des problèmes de sommeil, et ce, seulement dans des circonstances exceptionnelles ». Le requérant a contesté cette politique, en affirmant qu'en effet l'interdiction du Clonazepam en vertu de la DC 805 constituait une violation des droits que lui confèrent les articles 85 à 87 de la LSCMLC et les articles 7 et 9 de la Charte canadienne.³

La Cour a examiné le formulaire du SCC et établi que ni son contenu ni celui de la DC 805 n'interdisait aux médecins de prescrire des benzodiazépines. Les médecins sont libres

d'en prescrire si, d'après leur jugement professionnel, ceux-ci sont indiqués sur le plan clinique.⁴ Cependant, la cour a déterminé qu'il n'y avait en l'espèce « aucun motif légal de prononcer une ordonnance que le SCC traite le requérant au moyen de benzodiazépines »,⁵ [trad.] au regard d'un certain nombre de constats des faits, notamment « l'absence de preuve qu'un médecin, à l'emploi du SCC ou exerçant en clinique privée, prescrirait aujourd'hui du Clonazepam au requérant ». [trad.]⁶ La Cour a également écarté les allégations de violations de la Charte.

Commentaire

Un élément d'intérêt pour les militants du domaine du VIH ainsi que pour les détenus séropositifs au VIH réside dans le fait que, même si la

cour a déterminé qu'il n'y a pas de prohibition générale d'accès à des tranquillisants en vertu des politiques en vigueur, dans la pratique les benzodiazépines semblent être l'objet d'une prohibition *de facto*. Dans des récits anecdotiques, il a été signalé que des détenus vivant avec le VIH et qui prenaient régulièrement des benzodiazépines sont incapables ou non disposés à prendre des médicaments

antirétroviraux sans prendre aussi de tels tranquillisants. Dans une situation dont les faits seraient différents, il est possible qu'un tribunal soit mieux placé pour aborder le problème d'une prohibition qui semble bel et bien généralisée.

– Joanna Wells

Joanna Wells est étudiante à la Faculté de droit de l'Université Dalhousie.

¹ *Powell v Canada (Attorney General)* [2004] F.C.J. No 1566 (FC) (QL).

² *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.C. 1992 ch. 20.

³ Charte canadienne des droits et libertés, Partie I de la Loi constitutionnelle, 1982, Annexe B de la Loi sur le Canada 1982, (R.-U.) 1982, ch. 11.

⁴ *Powell*, *supra*, note 1, par. 118 à 132.

⁵ *Ibid.*, par. 145.

⁶ *Ibid.*, par. 137.

Refus de marijuana médicinale à un détenu

Dans un cas signalé récemment aux éditeurs, la Cour fédérale a refusé d'ordonner à Santé Canada de fournir de la marijuana médicinale à un détenu de ressort fédéral ayant pourtant l'autorisation légale d'en posséder.¹

Le 21 août 2001, Michael Patriquen s'est vu accorder une exemption en vertu de la *Loi contrôlant certaines drogues et autres substances*, pour l'utilisation de marijuana médicinale afin de traiter des affections. En août 2002, il a été déclaré coupable de possession de marijuana en vue d'en faire le trafic, et condamné à 6 ans d'emprisonnement. Pendant son incarcération, Patriquen a constamment demandé d'avoir accès à de la marijuana en vertu de son exemption légale. On a refusé ses demandes. Patriquen a demandé un examen judiciaire de la décision, de même qu'une injonction de la cour pour ordonner à Santé Canada de lui fournir de la marijuana jusqu'à ce qu'un tribunal examine sa demande de révision judi-

ciaire complète. Comme moyen de rechange, il a demandé à la cour d'ordonner à Santé Canada d'approuver un « club de compassion » comme fournisseur autorisé de marijuana afin que ce dernier puisse lui fournir de la marijuana.

Dans la décision sur une demande d'injonction, une cour doit déterminer s'il y a une affaire sérieuse à juger; si le demandeur risquerait de subir un préjudice irréparable dans le cas où l'ordonnance n'était pas accordée; et si la prépondérance des inconvénients pèse en faveur du demandeur. La cour n'a pas à décider du mérite de la question à être abordée lors de l'examen judiciaire.

La Cour a reconnu qu'il s'agissait d'une question sérieuse, en l'occur-

rence à savoir si l'accès à la marijuana constituait un « soin de santé essentiel ». Le Service correctionnel du Canada (SCC) est tenu de fournir aux détenus les « soins de santé essentiels » et un accès raisonnable à des services non essentiels de santé mentale, en vertu des articles 89 et 86 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*.² Cependant, après un examen des preuves médicales, la Cour n'a pas considéré que Patriquen avait démontré qu'ils subirait un préjudice irréparable si on ne lui fournissait pas de marijuana. En outre, à l'examen de la prépondérance des inconvénients, la Cour a déterminé qu'il serait inapproprié d'enfreindre la prohibition de marijuana, au SCC, partant d'une

déposition suggérant que « le fait d'autoriser la marijuana dans l'établissement pour qu'elle soit distribuée aux détenus présenterait un risque déraisonnable pour la sécurité des membres du personnel, des détenus et des visiteurs, ainsi que pour la sécurité de l'établissement dans l'ensemble » [trad.].³

Commentaire

Si cette affaire vient à être entendue dans le cadre d'un examen complet sur le fond, la conclusion sera importante pour les détenus qui vivent avec le VIH/sida et qui ont besoin de marijuana médicinale. La Cour d'appel de l'Ontario a en effet établi que cer-

taines limites imposées par le gouvernement, à la capacité de ceux qui ont besoin de marijuana pour un usage médical de s'en procurer, sont injustifiées, donc inconstitutionnelles.⁴ Étant donné qu'il incombe SCC une obligation légale de fournir les soins de santé essentiels aux détenus, conformément aux normes professionnelles reconnues, et équivalents à ce qui est accessible dans la communauté, il pourrait être difficile pour le gouvernement de justifier son refus de donner aux détenus l'accès à de la marijuana à des fins médicales. De plus, dans une audience sur le fond, il pourrait être bien difficile au SCC de démontrer que la fourniture de mari-

juana médicale à des détenus pose un risque déraisonnable pour la sécurité. Les services de santé des établissements correctionnels prescrivent déjà aux détenus des drogues beaucoup plus fortes, qui sont plus susceptibles de causer une dépendance et qui sont plus en demande.

– Joanna Wells

¹ *Patriquen c. Canada (Service correctionnel)*, [2003] FCJ No 1186 (FC) (QL).

² *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, L.C. 1992 ch. 20.

³ *Patriquen*, supra, note 1, par. 33.

⁴ *R c. Parker* (2000), 29 OR (3d) 481 (CA); *Hitzig c. Canada*, [2003] OJ No 3873 (CA) (QL).

Autres développements

É.-U. – Une étude fait le lien entre les taux d'incarcération et de VIH parmi les communautés noires

Plusieurs études ont déjà documenté la prévalence du VIH en prison. Or, aux États-Unis, des chercheurs viennent d'établir un lien entre le taux d'incarcération parmi les Afro-Américains et les taux élevés de VIH dans les communautés afro-américaines hors prison.

Une étude menée par l'épidémiologiste James Thomas de l'University of North Carolina a révélé une « forte corrélation » entre les taux d'incarcération et les taux de VIH et d'infections transmissibles sexuellement. Des chercheurs ont constaté qu'en Caroline du Nord, les Afro-

Américains représentent plus de 70% des cas de VIH/sida et environ 60% des 35 000 détenus de l'État. À l'échelle nationale, plus de la moitié des nouveaux cas de VIH touchent des Afro-Américains; et 72% des femmes nouvellement séropositives sont afro-américaines. Des 2,1 millions d'individus présentement incarcérés aux États-Unis, 40% sont afro-américains.¹

Canada – Lignes directrices révisées sur la gestion des maladies infectieuses et la distribution d'eau de Javel

Le 4 novembre 2004, le Service correctionnel du Canada (SCC) a rendu publiques des lignes directrices

révisées sur la gestion des maladies infectieuses et la distribution d'eau de Javel.

La *Directive du Commissaire n°821 - Gestion des maladies infectieuses* fournit des orientations de politiques détaillées sur la gestion des maladies infectieuses dans les prisons fédérales du Canada, « énonce des principes de santé publique et prévoit une gamme complète de programmes portant sur les maladies infectieuses ».² Son objectif est de « contribuer à la santé publique et au maintien d'un environnement sûr et sain en établissant un programme intégré sur les maladies infectieuses ».³ Elle stipule notamment que :

En se fondant sur la meilleure preuve et l'expertise en santé publique, il faut

mettre en œuvre une gamme complète d'éléments de programmes sur les maladies infectieuses comprenant, entre autres, les tests de dépistage, l'immunisation, la sensibilisation et la formation, les mesures de réduction des méfaits, les soins et les traitements, les activités de surveillance et les partenariats. (Paragraphe 9)

Les articles approuvés pour réduire les méfaits doivent être promptement et discrètement mis à la portée des détenus dans les unités opérationnelles du SCC, afin qu'aucun détenu n'ait besoin de les demander au personnel. (Paragraphe 11)

Les détenus atteints de maladies infectieuses doivent être soutenus et traités de façon humaine dans un environnement exempt de toute discrimination. (Paragraphe 13)

Le directeur de l'établissement doit veiller à ce que des condoms non lubrifiés et sans spermicide, des lubrifiants à base d'eau, des digues dentaires et de l'eau de Javel soient discrètement mis à la portée des détenus à au moins trois endroits et dans toutes les unités de visites familiales privées. (Paragraphe 21)

Les Services de santé du SCC doivent s'assurer que des partenariats avec les autres ministères fédéraux, les administrations provinciales et municipales, les organismes de services et les parties intéressées sont établis à l'échelle nationale, régionale et locale de sorte que les renseignements, les meilleures pratiques et les expertises puissent être mises en commun. (Paragraphe 35)

*Les Lignes directrices 821-2 - Distribution de l'eau de Javel*⁴ fournissent des renseignements additionnels sur la provision d'eau de Javel aux détenus. Cette mesure est disponible dans les prisons fédérales (et plusieurs prisons provinciales) du

Canada depuis longtemps,⁵ mais il existait un besoin de directives plus claires pour en assurer la distribution sûre et efficace. Les lignes directrices stipulent notamment que :

Il faut utiliser comme désinfectant de l'eau de Javel à usage domestique non diluée (soit entre 5,25 % et 7 %). (Paragraphe 6)

Chaque trousse doit comprendre :

- a. une bouteille en plastique opaque d'une once contenant de l'eau de Javel et portant la mention « Eau de Javel, ne pas boire ni injecter »;
- b. une bouteille vide en plastique opaque d'une once, pour y mettre de l'eau;
- c. des instructions sur la bonne façon de nettoyer les seringues et les aiguilles. (Paragraphe 7)

Tout nouveau détenu doit recevoir une trousse de désinfection à l'eau de Javel lors de sa réception dans un établissement fédéral et il doit par la suite s'en faire offrir une chaque fois qu'il sera transféré à un autre établissement. (Paragraphe 9)

Chaque établissement doit compter au moins trois endroits désignés où les détenus peuvent remplir une bouteille d'eau de Javel ou obtenir une bouteille pleine d'eau de Javel. Ces endroits doivent avoir autant que possible un caractère privé. Un détenu ne doit en aucun cas être obligé d'aller voir un employé pour faire remplir une bouteille. (Paragraphe 11)

Un détenu qui se trouve en possession de quantités d'eau de Javel dépassant l'once autorisée est considéré comme possédant un objet interdit à moins qu'il ait obtenu au préalable l'autorisation nécessaire. (Paragraphe 14)

La possession d'une bouteille d'une once d'eau de Javel n'est pas consi-

dérée en soi comme une preuve suffisante de l'usage de drogue ou d'une autre activité constituant une infraction disciplinaire. (Paragraphe 15)

Canada – Nouveaux groupes de réseautage, de recherche et plaidoyer relatifs aux prisons

Le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida (SCS) ont récemment formé deux nouveaux groupes pour mieux réagir au VIH/sida et à l'hépatite C dans les prisons canadiennes : le Groupe de réseautage sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison et le Consortium de recherche et plaidoyer sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

Depuis nombre d'années, des organismes communautaires canadiens de lutte contre le VIH/sida et l'hépatite C collaborent, par le biais du Groupe de réseautage sur les prisons, à stimuler une réforme de la réaction au VIH/sida et à l'hépatite C dans les systèmes correctionnels du Canada, et à répondre aux besoins individuels des détenus vivant avec ces maladies ou affectés autrement. En 2004, le Groupe de réseautage sur les prisons a décidé de se scinder en deux groupes – un sur le réseautage pour les fournisseurs de services de première ligne et les organismes qui travaillent auprès de détenus; l'autre sur la recherche systémique et les questions de plaidoyer.

La SCS dirige le Groupe de réseautage sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison, donnant aux organismes communautaires et aux intervenants de première ligne l'occasion d'exprimer leurs préoccupations, d'échanger de l'information, de demeurer informés des plus récentes

initiatives et de soulever des questions qui devraient être abordées.

Le Réseau dirige le Consortium de recherche et plaider sur le VIH/sida et l'hépatite C en prison, qui milite pour la mise en œuvre de politiques, de programmes et de services de santé conformes aux pratiques exemplaires et aux normes nationales et internationales des droits humains.

Pour plus d'information, voir le site Internet du Réseau à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm#def.

Nouvelles ressources

Lutter pour la santé en prison

Le numéro d'automne 2004 du périodique *Harm Reduction News* porte sur des enjeux liés aux prisons. Il comprend notamment des mises à jour sur des initiatives de réduction des méfaits dans les prisons de la Moldavie, de la Russie, du Kirghizstan, du Mexique et de l'Iran, ainsi que des articles sur les femmes détenues, la tuberculose, la réforme des politiques et l'obligation des États de promouvoir et de protéger la santé des détenus. Il est téléchargeable du site Internet de l'Harm Reduction Development Program de l'Open Society Institute (www.soros.org/initiatives/ihrd).

Le numéro de mai 2004 de *Connections* (bulletin d'information de l'European Network on Drug

Services in Prison et du Central and Eastern European Network of Drug Services in Prison) renferme un article sur la mise en œuvre des premiers programmes d'entretien à la méthadone dans les prisons de la Pologne, ainsi qu'un compte-rendu d'étude sur le traitement de substitution dans des prisons européennes. Les numéros antérieurs de *Connections* sont accessibles via www.ceendsp.net.

Les femmes détenues et le VIH/sida

Le National Minority AIDS Council (NMAC) des États-Unis a publié un livret de 20 pages intitulé *Women & HIV/AIDS in Prisons and Jails*, qui aborde les enjeux et défis que rencontrent les femmes détenues vivant avec le VIH/sida. Pour des exemplaires, voir www.nmac.org ou contacter le NMAC au 1-202-483-6622.

Articles sur le VIH et le VHC dans les prisons canadiennes

Une récente étude a examiné les taux de test et de séropositivité au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC) parmi les détenus des 53 prisons fédérales du Canada.⁶ Elle a révélé que, des 7 670 nouveaux détenus admis en 2002, 30% ont reçu un test du VIH et du VHC; 0,7% étaient séropositifs au VIH et 10% au VHC. En général, les taux de séroprevalence à la fin de 2002 étaient de 2% pour le VIH et de 26% pour le VHC; et ils étaient con-

sidérablement plus élevés chez les femmes détenues.

Un article publié dans le numéro d'août 2004 du *Relevé des maladies transmissibles au Canada*⁷ examine la littérature sur les facteurs et comportements à risque qui accroissent la vulnérabilité des détenus au VHC, ainsi que les facteurs qui favorisent sa transmission en prison.

¹ « Study links incarceration and HIV rates in black communities », *AIDS Policy & Law*, 2004, 19(6) : 5.

² Service correctionnel du Canada, *Bulletin politique 181, Directive du Commissaire n° 821 - Gestion des maladies infectieuses et lignes directrices n°821-2 - Distribution de l'eau de javel*, Ottawa, SCC, 4 novembre 2004 (www.csc-ccc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/b181-821_f.shtml).

³ Service correctionnel du Canada, *Directive du Commissaire n° 821 - Gestion des maladies infectieuses*, 4 novembre 2004, parag. 1 (www.csc-ccc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821-cde_f.shtml).

⁴ Service correctionnel du Canada, *Lignes directrices 821-2 - Distribution de l'eau de Javel*, 4 novembre 2004 (www.csc-ccc.gc.ca/text/plcy/cdshtm/821-2-gl_f.shtml).

⁵ Voir R. Lines, *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard - Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons/rapportdetape/tm.htm).

⁶ P. De, N. Connor, F. Bouchard, D. Sutherland, « Tests de dépistage du VIH et de l'hépatite C et taux de séropositivité dans les pénitenciers fédéraux au Canada : excellente occasion de soins et de prévention », *Journal canadien des maladies infectieuses et de la microbiologie médicale*, 2004, 15(4) : 221-225 (www.pulsus.com/Infdis/15_04/de_ed.htm).

⁷ « Transmission du virus de l'hépatite C au sein de la population carcérale », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2004, 30(16) : 141-148 (accessible via www.hc-sc.gc.ca).

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - CANADA

Cette rubrique présente un résumé de diverses décisions des tribunaux du Canada concernant le VIH/sida ou susceptibles d'avoir une importance pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Il y est question d'affaires criminelles et civiles. Nous tentons de couvrir les affaires de manière aussi complète que possible, à partir de recherches effectuées dans les bases de données électroniques sur le droit au Canada, ainsi que de reportages des médias canadiens. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Glenn Betteridge, rédacteur de la présente rubrique, à gbetteridge@aidslaw.ca.

La Cour fédérale ordonne à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié de tenir compte d'éléments de preuve de discrimination fondée sur le VIH

Le 31 août 2004, la Cour fédérale a accueilli la demande de révision judiciaire d'une décision de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) présentée par une femme séropositive.¹ La femme demandait à la Cour de déterminer si la Commission avait commis une erreur en ignorant la preuve documentaire qui lui était soumise concernant le traitement réservé aux personnes qui vivent avec le VIH/sida au Nigéria. La Cour a ordonné à la Commission de réévaluer la requête à la lumière de la preuve de la discrimination que subissent les personnes séropositives au Nigéria.

JO est une citoyenne du Nigéria âgée de 33 ans. Elle a revendiqué le statut de réfugiée au sens de la Convention pour le motif qu'elle avait une crainte

fondée de persécution dans son pays d'origine. Elle a fait sa demande à titre de femme exposée à la violence familiale et à titre de personne

séropositive victime de discrimination dans son pays.

JO a également soutenu que, si elle ne répondait pas aux conditions requi-

ses pour obtenir le statut de réfugiée au sens de la Convention selon la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR), elle devrait tout de même être autorisée à demeurer au Canada et à demander la résidence permanente à titre de « personne ayant besoin de protection » selon la Loi. Elle a déclaré qu'elle était systématiquement violée et battue par un chef (en l'occurrence son fiancé).

Après son arrivée au Canada, elle a appris qu'elle était séropositive. Elle a soutenu que son état, la discrimination dont sont victimes les personnes séropositives au Nigéria et la difficulté d'accès aux traitements au Nigéria exacerbaient sa crainte de persécution. L'avocat de JO a soumis à la Commission une preuve de discrimination systémique à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH/sida au Nigéria.

La CISR a jugé que des contradictions dans la preuve documentaire présentée par JO affaiblissaient sa crédibilité. Selon la CISR, il n'y avait pas de preuve « crédible ou digne de foi » qu'on lui refuserait des soins médicaux, que les traitements seraient inadéquats, ou que sa famille et sa communauté la frapperait d'ostracisme et qu'elle serait victime de discrimination dans l'emploi et d'autres formes de discrimination systémique.²

La cour a toutefois jugé que le CISR avait ignoré d'importantes

preuves documentaires qui lui avaient été présentées.³ Selon le juge Shore, la CISR avait l'obligation d'expliquer comment elle était parvenue à ses conclusions compte tenu de l'ensemble de la preuve. La cour a également conclu que la CISR s'était contredite, puisqu'elle avait mentionné l'existence de preuves que la discrimination envers les Nigériens séropositifs était répandue, mais avait ensuite écarté la possibilité de discrimination systémique. Aucune preuve soumise à la CISR ne démontrait l'inexistence de discrimination et de stigmatisation au Nigéria.⁴

Commentaire

Ce jugement est particulièrement important à la lumière de décisions rapportées de la Section de première instance de la Cour fédérale relativement aux revendications du statut de réfugié de personnes séropositives en vertu de la *Loi sur l'immigration*, qui a été abrogée depuis.

Le 9 mai 2001, la Cour fédérale rejetait la demande de révision judiciaire d'un homme séropositif à l'encontre de la décision de la CISR de rejeter sa demande de statut de réfugié.⁵ Dans ce cas, le juge Rouleau avait jugé qu'aucun lien n'avait été établi entre la pauvreté, l'inaccessibilité des traitements et les motifs de persécution usuels.

Dans *Tchiegang*, la demande de statut de réfugié d'une personne

séropositive avait été refusée pour le motif que celle-ci n'avait pas démontré à la Commission qu'on refuserait de lui donner des traitements médicaux pour un motif reconnu par la Convention.⁶

Les décisions que rendront à l'avenir la CISR et la Cour fédérale détermineront si la catégorie « personnes ayant besoin de protection » prévue dans la LIPR protégera mieux les personnes qui vivent avec le VIH/sida que les critères stricts relatifs aux réfugiés au sens de la Convention.

– Barbara Mysko

Barbara Mysko est étudiante à la Faculté de droit de l'Université McGill.

¹ *JO c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* [2004] FCJ No 1426 (CF) (QL).

² *Ibid.*, par. 20.

³ *Ibid.*, par. 26.

⁴ *Ibid.*, par. 29.

⁵ *Mare c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, 2001 FCT 450, [2001] FCJ No 712 (QL). Voir R. Elliott, « La Cour fédérale rejette une demande d'asile et refuse de reconnaître que l'absence de soins médicaux appropriés constitue de la persécution », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 17-18.

⁶ Voir G. Betteridge, « La crainte d'être privé de soins médicaux adéquats ne constitue pas une crainte fondée de persécution », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(2) : 46-47.

Le refus d'admission d'une Zambienne au Canada est invalidé en appel

La Section d'appel de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) a accueilli l'appel formé par une citoyenne zambienne séropositive à qui l'on avait refusé l'admission au Canada pour le motif qu'elle aurait représenté un « fardeau excessif » au sens de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR)*.¹ La femme avait fait deux demandes d'admission au Canada. À l'époque de sa première demande, elle n'avait pas de diagnostic de VIH. L'appel a été accueilli pour les considérations humanitaires qui existaient au moment de la première demande.

La sœur de Mona Chanda Tompwe avait parrainé sa demande d'admission au Canada selon le programme de la catégorie de la famille. À l'occasion de la réévaluation d'un refus antérieur, l'agent des visas a rejeté la demande. À son avis, madame Tompwe était inadmissible pour le motif que son état de santé imposerait un fardeau excessif aux services de santé et aux services sociaux du Canada. La LIPR interdit l'admission d'immigrants potentiels, lorsque les candidats représenteraient un fardeau excessif pour les services de santé et les services sociaux.² Il y a fardeau excessif lorsque l'on craint qu'une personne impose aux services gouvernementaux un coût financier plus important que le citoyen canadien moyen.³ Au moment de la réévaluation, madame Tompwe était une orpheline de 22 ans qui vivait seule en Zambie. L'agent des visas a également refusé d'approuver la demande pour des raisons d'ordre humanitaire, mais il n'a pas justifié sa décision.

En accueillant l'appel, la CISR a déclaré qu'il existait déjà, en juillet 2001 au moment du premier refus de l'agent des visas, des motifs d'ordre humanitaire pour justifier l'admission.

La CISR a conclu que les considérations humanitaires avaient augmenté en importance depuis que madame Tompwe avait appris qu'elle était séropositive, compte tenu du fait qu'elle vivait maintenant seule en Zambie.

L'avocat de madame Tompwe a produit une lettre de Oasis à l'agent des visas, faisant état du caractère adéquat de ses installations en ce qui a trait aux traitements.⁴ Oasis est une clinique médicale située à Ottawa, qui travaille dans le domaine de la prévention et du traitement du VIH. La lettre mentionnait la volonté de la clinique de donner des soins médicaux à madame Tompwe et de la soumettre à un essai clinique grâce auquel elle pourrait recevoir des médicaments antirétroviraux gratuitement. La lettre soulignait également que son pronostic ne serait pas très bon si elle demeurait en Zambie sans réseau de soutien. La CISR ne s'est pas appuyée sur cette lettre pour accueillir l'appel, mais elle a mentionné son existence dans ses motifs.⁵

Commentaire

Le critère du fardeau excessif a soulevé de vives critiques à cause de

sa teneur discriminatoire envers les immigrants qui demandent l'admission au Canada.⁶ Bien que la décision rendue dans cette affaire n'a pas reposé sur le critère du « fardeau excessif », la lettre envoyée par Oasis indique une approche innovatrice, dont les immigrants séropositifs pourraient se prévaloir pour éviter l'application du critère. La preuve qui démontre qu'un candidat ne demanderait pas au système de santé canadien de lui fournir des médicaments antirétroviraux coûteux est clairement pertinente dans l'évaluation du fardeau excessif.

– Barbara Mysko

¹ *Kamba c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)* [2004] IADD No 290 (QL).

² Voir Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, LC 2001, ch. 27, art. 38; Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés, DORS/2002-227, art. 1(1) définition de « fardeau excessif » et art. 34. La Loi est entrée en vigueur le 28 juin 2002.

³ *Ibid.*

⁴ *Supra*, note 1, parag. 8.

⁵ *Ibid.*

⁶ Voir, par exemple, le *Mémoire au Comité permanent de la Citoyenneté et de l'immigration sur les dispositions réglementaires proposées par la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (5 février 2002) du Réseau juridique canadien VIH/sida (accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/immigrationF.htm).

Les dispositions sur l'indemnité de départ, dans l'ancienne Loi sur les normes d'emploi de l'Ontario, portent atteinte aux droits à l'égalité garantis par la Charte aux personnes handicapées

Le 19 janvier 2004, la Cour divisionnaire de la Cour supérieure de justice de l'Ontario a jugé que l'article 58(5)(c) de la *Loi sur les normes d'emploi de l'Ontario (LNE)*¹ portait atteinte aux droits à l'égalité des personnes qui vivent avec un handicap.² L'article 58 reconnaît aux employés le droit à une indemnité de départ en cas de licenciement, mais le paragraphe (5)(c) a pour effet de priver de cette indemnité les employés qui sont congédiés pour le motif qu'il leur est devenu impossible, à cause d'une maladie ou d'une blessure, de fournir leur prestation d'emploi.³

Dans leur demande de révision judiciaire d'une décision du conseil d'arbitrage, les demandeurs soutenaient que le paragraphe 58(5)(c) établissait une discrimination contre les personnes handicapées, contrairement aux droits à l'égalité garantis par l'article 15(1) de la *Charte canadienne des droits et libertés*. L'affaire a été portée devant la justice au nom d'une infirmière qui, après avoir travaillé pendant 10 ans dans un hôpital, s'est trouvée dans l'impossibilité de continuer de travailler, parce qu'elle était malade.

Le Conseil a jugé qu'il était compétent pour se prononcer sur la constitutionnalité du paragraphe 58(5)(c). Selon lui, l'indemnité avait été refusée parce que le contrat était devenu caduc, et non à cause du handicap de l'employée.⁴ Cette observation, alliée à sa conclusion « qu'aucun accommodement possible n'aurait permis à la plaignante d'exécuter les fonctions essentielles de son emploi sans imposer de contraintes excessives à l'hôpital »,⁵ a amené le Conseil à conclure que le paragraphe ne portait pas atteinte à l'article 15(1) de la Charte.

Le Conseil a conclu que le refus de l'indemnité de départ n'avait pas pour conséquence de stéréotyper ou de dévaloriser les personnes atteintes de handicaps sérieux et de longue durée, puisque l'objectif des dispositions relatives aux indemnités de départ était d'indemniser les employés pour leur investissement dans l'entreprise de leur employeur.

La Cour divisionnaire ne fut pas de cet avis. La Cour a jugé que la question fondamentale consistait à déterminer « si la distinction fondée sur le handicap majeur établie par le paragraphe 58(5)(c) de la LNE impose un désavantage à [la demanderesse] à titre de personne handicapée d'une manière qui constitue de la discrimination selon l'article 15(1) de la Charte », et elle a conclu que la question devait recevoir une réponse affirmative.

La cour a soutenu que, tandis que les employés handicapés plus légèrement ont droit à l'indemnité, « le groupe d'employés handicapés que la loi prive de recevoir l'indemnité est le groupe même qui est le plus démuné, parce qu'il se compose exclusivement

d'employés qui sont si gravement handicapés qu'ils sont incapables de continuer à occuper leur emploi ». ⁶ En fait, la cour était d'avis que le refus d'une indemnité aux anciens employés incapables de continuer à exercer leur emploi à cause de leur handicap « ne peut faire autrement que de véhiculer le message que le travail de ces employés n'était pas aussi valable que celui des employés physiquement aptes au travail ». ⁷

Pour la cour, « refuser de payer une indemnité aux personnes gravement handicapées est incompatible avec les besoins, les capacités et la situation des personnes atteintes d'un handicap sérieux de longue durée », et ce facteur « incite à conclure à la discrimination ». ⁸

Finalement, la cour a examiné les valeurs sur lesquelles repose l'article 15(1) de la Charte et a déterminé que le refus d'accorder une indemnité de départ en se fondant sur un handicap majeur s'attaque au cœur même de ces valeurs. La cour a conclu que l'article 58(5) « particularise les personnes gravement handicapées pour leur refuser un avantage auquel elles

auraient droit si ce n'était de leur handicap ». ⁹ Le paragraphe 58(5)(c), ajoute la cour, viole ainsi l'article 15(1) de la Charte parce qu'il porte atteinte à la dignité des personnes gravement handicapées en leur refusant l'indemnité de départ.

La cour ayant conclu que la violation de l'article 15(1) de la Charte ne pouvait se justifier par l'article 1 de la Charte – c'est-à-dire qu'aucun besoin social urgent et réel ne justifiait le refus de l'indemnité –, elle a statué que le paragraphe 58(5)(c) est inconstitutionnel et sans effet. La cour a annulé la décision du Conseil et a conclu que l'employée avait le droit de recevoir une indemnité de départ.

La décision de la Cour divisionnaire a été portée en appel à la Cour d'appel de l'Ontario. ¹⁰

Commentaire

La LNE a été abrogée à compter du 4 septembre 2001 et remplacée par la

Loi sur les normes d'emploi 2000 (LNE 2000). ¹¹ C'est l'article 64 de la LNE 2000 qui traite du droit à l'indemnité de départ, et la disposition équivalant au paragraphe 58(5)(c) se trouve désormais dans le règlement adopté sous l'empire de la LNE 2000. ¹² Les dispositions adoptées selon la LNE 2000 diffèrent considérablement de celles de la LNE. Il est donc peu probable que le raisonnement de la cour s'applique aux dispositions concernant l'indemnité de départ qui sont en vigueur depuis le 4 septembre 2001.

Bien que le jugement ne précise pas la nature du handicap de l'employée, cette affaire peut avoir de l'importance pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida, qui ont perdu leur emploi avant le 4 septembre 2001 à cause d'un handicap sérieux et qui n'ont pas reçu d'indemnité de départ. Le droit de ces personnes de faire des réclamations à leurs anciens

employeurs dépendra, du moins en partie, du résultat de l'appel dans cette affaire.

– Arryn Ketter

Arryn Ketter étudie à la Faculté de droit de l'Université McGill.

¹ L.R.O. 1990, ch. E 14.

² *Ontario Nurses' Association c. Mount Sinai Hospital*, (2004) 69 O.R. (3d) 267 (C. div. - CJO).

³ *Ibid.*, par. 1.

⁴ *Ontario Nurses' Association*, *supra*, note 1, par. 28.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*, par. 40.

⁷ *Ibid.*, par. 41.

⁸ *Ibid.*, par. 43.

⁹ *Ibid.*, par. 49.

¹⁰ *Ontario Nurses' Association c. Mount Sinai Hospital*, [2004] OJ No 1900 (CAO) (QL).

¹¹ L.O. 2000, ch. 41 [LNE 2000].

¹² Art. 9, Règ. 288/01.

L'arrêt des procédures est ordonné relativement à des accusations portées contre des membres du club compassion

Un journal a rapporté qu'un juge de la Cour provinciale de Colombie-Britannique a ordonné l'arrêt des procédures relativement à des accusations de possession en vue de trafic de marijuana. ¹ Des accusations avaient été portées contre M.M. Smith et Budda par suite d'une descente de police effectuée en janvier 2002 dans un commerce qui servait de « club compassion ».

Dans ses motifs, la juge Chaperon s'est dite convaincue que les hommes imposaient des restrictions à la distri-

bution de la drogue. Pour ce motif, elle a confirmé qu'ils « exploitaient un club compassion pour offrir aux

personnes qui en ont besoin à des fins médicales un approvisionnement en marijuana sûr et fiable ». ² La juge

Chaperon a également soulevé des questions sur la constitutionnalité de la loi en vertu de laquelle les accusés ont été poursuivis.

Commentaire

Ce n'est pas la première fois que les bénévoles auprès d'un club compassion réussissent à se soustraire à la responsabilité criminelle face à des accusations d'avoir fourni de la marijuana à des personnes qui en ont besoin à des fins médicales. Dans une affaire d'une importance considérable, la Cour d'appel de l'Ontario a confirmé le jugement *Hitzig* de la Cour supérieure de justice, qui avait conclu que le Règlement sur l'accès à la

marihuana à des fins médicales (RAMFM)³ représentait un obstacle inconstitutionnel à l'approvisionnement légitime en marijuana pour les personnes qui en ont besoin à des fins médicales reconnues.⁴

Le règlement contesté dans *Hitzig* était en vigueur en janvier 2002, lorsque les accusés Smith et Budda ont été arrêtés et mis en accusation. Par la suite, le RAMFM a été modifié de manière à permettre aux personnes autorisées de se procurer de la marijuana à des fins médicales auprès d'un fournisseur agréé par le gouvernement fédéral.⁵

– Barbara Mysko

¹ J. Bell, « Compassion club operator sees pot charges stayed by judge », *Victoria Times-Colonist*, 9 septembre 2004.

² *Ibid.*

³ DORS/2001-227.

⁴ *Hitzig c. Canada*, [2003] OJ No 12 (CA) (QL). Pour un résumé exhaustif du jugement et de ses implications pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida, voir G. Cruess, « La Cour d'appel de l'Ontario déclare inconstitutionnel le règlement sur la marijuana médicinale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 59-62. Pour d'autres références jurisprudentielles concernant l'application du RAMFM aux clubs compassion, voir G. Betteridge, « Un arrêt des procédures contre des bénévoles du club compassion est ordonné pour des motifs constitutionnels », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(1) : 70-71.

⁵ Voir D. Garmaise, « Santé Canada rend de la marijuana disponible pour usage médicinal », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(1) : 25-28.

La Cour fédérale autorise la poursuite d'une action liée au sang contaminé

Dans la série des procédures concernant les personnes qui ont contracté le VIH par des produits sanguins contaminés, le juge Campbell, de la Cour fédérale, a autorisé le 3 juin dernier les demandeurs à déposer une déclaration amendée, ce qui a permis la poursuite de l'action. Comme nous en faisons état dans un numéro précédent de la Revue, la cour avait rejeté leur première demande, pour le motif (entre autres) qu'elle ne reposait sur aucune cause d'action raisonnable et constituait un abus de procédures.¹

Dans une action engagée devant un tribunal ontarien, les demandeurs avaient allégué que certains fonctionnaires du gouvernement avaient fait preuve de négligence parce qu'ils avaient omis de prendre sans délai des dispositions pour protéger les demandeurs contre l'infection par le VIH liée à l'utilisation de produits sanguins. Les demandeurs n'avaient pas

eu gain de cause dans cette affaire. Les demandeurs ont cru qu'ils avaient échoué à cause de l'insuffisance de la preuve, des éléments de preuve ayant disparu au moment de la destruction de certains dossiers. Ils ont donc intenté une action en Cour fédérale contre les personnes présumées responsables de la destruction des dossiers, c'est-à-dire des membres du

Comité canadien du sang (CCS).

Le juge Campbell devait déterminer si les allégations formulées dans la déclaration amendée devaient être rejetées. La déclaration amendée évoquait la perte de chance en lien avec l'action de l'Ontario, la faute dans l'exécution d'une charge publique et la violation d'obligation fiduciaire.

La réclamation de dommages-intérêts pour la destruction de bandes sonores et de transcriptions du CCS, qui, selon eux, leur aurait fait perdre leur chance de succès auprès de la Cour d'appel de l'Ontario,² repose sur l'argument que « les dossiers détruits auraient pu faire une différence... si leur contenu avait été connu ».³ En rejetant la déclaration originale, la Cour fédérale a conclu que les demandeurs avaient été empêchés de contester les conclusions relatives au lien de causalité formulées par la Cour d'appel de l'Ontario dans une poursuite fondée sur les mêmes faits. Le juge Campbell s'est appuyé sur cette décision antérieure de la Cour fédérale pour conclure que les paragraphes concernant la perte de chance devaient être rayés de la déclaration amendée.

En ce qui a trait à la faute dans l'exécution d'une charge publique, les demandeurs alléguaient que les trois défendeurs poursuivis personnellement, qui étaient membres du Secrétariat du CCS, avaient commis un « geste délibéré et illicite dans l'exécution de leurs fonctions

publiques lorsqu'ils ont détruit les bandes sonores et les transcriptions ».⁴ Le juge Campbell a conclu que les demandeurs pourraient avoir gain de cause, parce que « il suffit que le manquement [au devoir dans une réclamation en responsabilité civile délictuelle pour faute dans l'exécution d'une charge publique] relève de l'obligation générale imposée par le Parlement et à laquelle est tenu tout fonctionnaire fédéral envers la Couronne ou le public ». En outre, il a observé que cette allégation n'avait pas été formulée ou plaidée dans l'action engagée en Ontario et, par conséquent, que rien n'empêchait les demandeurs de la faire valoir dans une action en Cour fédérale.

Concernant la violation de l'obligation fiduciaire, les demandeurs alléguaient que le CCS était tenu de conserver les dossiers relatifs à ses activités et, donc, que l'exécution de ses fonctions de fiduciaire était sujette à l'examen. Ils soutenaient de plus que le gouvernement du Canada, à titre de membre du CCS, pourrait aussi être tenu responsable directement et du fait d'autrui. Le

juge Campbell a conclu qu'il n'était pas « manifeste qu'une réclamation en dommages-intérêts [y compris des dommages intérêts exemplaires] correctement formulée et fondée sur l'obligation fiduciaire n'avait aucune chance de succès »⁵.

Le juge Campbell a autorisé les demandeurs à déposer une déclaration amendée. Il a ordonné que soit rayée l'allégation concernant la perte de chance, mais permis le maintien des allégations de faute dans l'exécution d'une charge publique et de violation d'obligation fiduciaire.

– Arryn Ketter

¹ Voir *Leblanc c. Canada*, [2003] FCJ No 1005 (FCTD) (QL). Pour de plus amples informations, voir C. Smith et G. Holly, « La Cour fédérale rejette une nouvelle action liée au sang contaminé », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 63.

² *Leblanc c. Canada*, [2004] F.C.J. No. 984 (CF) (QL), par. 18.

³ *Ibid.*, par. 20.

⁴ *Ibid.*, par. 23.

⁵ *Ibid.*, par. 28.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - INTERNATIONAL

Nous présentons dans cette rubrique un résumé d'arrêts importants de la jurisprudence internationale relatifs au VIH/sida ou qui revêtent de l'importance pour les personnes qu'il affecte. La rubrique porte sur des affaires civiles et pénales. La couverture est sélective. Seuls les arrêts importants ou les jugements qui font jurisprudence sont inclus, dans la mesure où ils sont portés à l'attention de la *Revue*. La couverture de la jurisprudence états-unienne est très sélective. On trouve des comptes rendus d'arrêts américains dans *AIDS Policy & Law* et dans *Lesbian/Gay Law Notes*. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Glenn Betteridge, rédacteur en chef de cette rubrique, à gbetteridge@aidslaw.ca.

Inde – Un tribunal juge que le gouvernement a l'obligation constitutionnelle de fournir des médicaments antirétroviraux à un ex-détenu

Le 5 mai 2004, la High Court de Delhi a reconnu à une personne séropositive le droit fondamental d'accès au traitement et aux médicaments.¹ C'est une décision d'une importance considérable, compte tenu du nombre estimé de personnes vivant avec le VIH en Inde. La décision aura des implications sur la mise en place du traitement antirétroviral (ARV) par le gouvernement.

L'affaire concerne LX, un homme qui a été diagnostiqué séropositif pendant qu'il était incarcéré à la prison Tihar à Delhi. Suivant le diagnostic, l'hôpital a prescrit une combinaison d'ARV.

Lorsque LX a obtenu sa libération en mai 2000, les autorités pénitentiaires l'ont informé qu'elles cesseraient de lui fournir des ARV à sa sortie de prison.

En décembre 2000, l'ex-prisonnier a présenté une requête à la High Court de Delhi, soutenant que l'État avait une obligation positive de faire en sorte qu'il continue de recevoir les

ARV après sa libération, et que le défaut de remplir cette obligation constituerait une atteinte au droit constitutionnel à la vie et à la santé. En janvier 2001, la cour a rendu une ordonnance provisoire obligeant l'hôpital de la prison à lui fournir les ARV. Par suite de difficultés administratives, l'ordonnance a été modifiée un an plus tard, de manière à ordonner au All India Institute of Medical Sciences (AIIMS) de fournir les ARV à la place de l'hôpital de la prison.

En janvier 2004, après la présentation d'autres arguments par les parties, la cour a ordonné à LX de se présenter à l'hôpital Lok Nayak, un des hôpitaux désignés par le gouvernement dans sa mise en œuvre du Programme national de lutte contre le

sida. À l'hôpital, on a dit à LX qu'il n'était pas admissible au programme et que les médicaments qui lui étaient prescrits n'étaient pas compris dans le projet.

Les parties se sont de nouveau présentées à la cour. Le 5 mai 2004, la cour a ordonné au AIIMS de continuer de fournir les ARV à LX jusqu'au 30 juin 2004, et a ordonné qu'entre-temps un médecin examine LX dans le but de lui offrir des médicaments compris dans le Programme national de lutte contre le sida. La cour a ajouté que, si un changement de médication était ordonné en vertu du Programme, le médecin devait confirmer l'efficacité des médicaments, de sorte que LX puisse « continuer de bénéficier des

bienfaits des médicaments comme par le passé ». ² Enfin, la cour a précisé que, si les médicaments offerts en vertu du Programme n'étaient pas adéquats, LX devait recevoir les médicaments qu'il prenait déjà. ³

– Barbara Mysko

Barbara Mysko est étudiante à la Faculté de droit de l'Université McGill.

¹ *LX c Union of India & Ors*, WP (Civil) 7330/2000 (HC). Voir également « Delhi, India High Court decision upholds HIV positive person's fundamental right to ARV treatment », communiqué, Lawyers Collective HIV/AIDS Unit, 17 mai 2004.

² *LX c Union of India & Ors*, *supra*, note 1, par. 4.

³ *Ibid.*, par. 5.

Inde – La contestation constitutionnelle d'une loi pénale contre les actes homosexuels est rejetée

Le 1^{er} septembre 2004, la High Court de Delhi a rejeté une action qui avait pour objet de faire invalider une loi selon laquelle les actes homosexuels sont des infractions criminelles.¹ L'article 377 du Code pénal de l'Inde remonte aux années 1860, durant la période du colonialisme britannique. Deux ONG, dont un organisme de lutte contre le sida qui faisait du travail de prévention, ont contesté la loi après avoir été l'objet d'accusations criminelles.

En juin 2001, la police a fait des perquisitions dans les bureaux de la Naz Foundation et de la National AIDS Control Organization (NACO), ce qui a donné lieu à l'arrestation de quatre travailleurs.² Les travailleurs ont été accusés de complot pour commettre des « actes sexuels contre

nature » selon l'article 377 du Code pénal de l'Inde, qui prévoit que : « Quiconque a volontairement des rapports sexuels contre nature avec un homme, une femme ou un animal, sera punissable de 152 [l'emprisonnement à vie], ou de l'emprisonnement pour une période maximale de

dix ans, et sera également passible d'amende ». Les travailleurs ont également été accusés d'au moins quatre autres chefs d'obscénité reliés à du matériel d'éducation sur le sécurisexe, trouvé sur les lieux. Les travailleurs ont été incarcérés pendant 45 jours, puis ils ont été libérés sous

caution après leur troisième requête en ce sens.

La première requête à la High Court de Delhi a été présentée en décembre 2001 par le Lawyers Collective et la Naz Foundation. Les avocats des organisations ont soutenu que l'article 377 sanctionnait la discrimination contre les minorités sexuelles et allait à l'encontre des lois qui garantissent le droit à la liberté et à la vie privée enchâssées dans la Constitution de l'Inde. Le Lawyers Collective alléguait que l'article est souvent utilisé pour harceler les lesbiennes, les gais, les bisexuels, et les transsexuels. Ironiquement, le Joint Action Council (JAC), un important groupe de promotion des droits des personnes séropositives, a déposé un

document indiquant qu'il n'existait aucune preuve de recours à l'article 377 contre des homosexuels.

La High Court a rejeté l'action pour des raisons de forme et précisé qu'il n'y avait « pas de cause d'action » et qu'on ne pouvait déposer une requête « uniquement pour mettre la législation à l'épreuve ».³ Elle a cité une décision antérieure selon laquelle elle ne pouvait rendre « d'avis consultatif ou de jugements déclaratoires » sur la constitutionnalité d'une loi valide, « à moins qu'il existe un préjudice ou une controverse concrets ».⁴ La cour a refusé d'exprimer une opinion, parce que personne n'avait été « lésé » et qu'on lui demandait d'étudier un texte de loi « à titre théorique ».⁵

Le Lawyers Collective a l'intention d'examiner d'autres avenues juridiques pour faire décriminaliser les rapports sexuels entre adultes consentants de même sexe. Il va demander la révision du rejet de l'action par la High Court, ou interjeter appel à la Cour suprême.

– Barbara Mysko

¹ *Naz Foundation c. Govt. of NCT, Delhi & Ors, WP (C) No. 7455/2001 (HC)*. Voir également, R. Devraj, « Fight to decriminalize gay sex is pressed by activists », IPS-Inter Press Service, 16 septembre 2004.

² « Indian High Court Dismisses Sodomy Law Challenge », communiqué, International Gay and Lesbian Human Rights Commission, 3 septembre 2004).

⁴ *Naz Foundation, supra*, note 1.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

Libye – Des travailleurs de la santé étrangers condamnés à mort pour infection délibérée

Le 6 mai 2004, la Criminal Court de Benghazi en Libye a condamné à mort cinq infirmières bulgares et un médecin palestinien accusés d'avoir délibérément infecté 426 enfants par le VIH.¹ La peine doit être exécutée par un peloton d'exécution. La formation de cinq juges a également condamné un autre médecin bulgare à quatre ans d'emprisonnement. Le médecin faisait à l'origine face aux mêmes accusations que les autres, mais il a plutôt été reconnu coupable d'avoir changé illégalement des devises étrangères. La cour n'a pas expliqué la modification des accusations.

L'affaire a commencé lorsque des membres du personnel médical de l'hôpital pour enfants al-Fateh à Benghazi, en Libye, ont été arrêtés en janvier 1999. Des enfants soignés à l'hôpital ont été infectés par le virus entre avril 1997 et mars 1999. Au moment où la décision a été rendue, plus de 40 enfants étaient morts.

Le président libyen Mouammar Kadhafi avait d'abord accusé les travailleurs de faire partie d'un complot orchestré par la CIA et Israël, mais il a plus tard retiré cette accusation.² Après le dépôt des accusations, certains représentants de gouvernements européens et de groupes de défense des droits de la personne ont jeté le

blâme sur le ministère de la Santé de la Libye pour les infections. Ils ont soutenu que le ministère avait fait défaut de soumettre les produits sanguins à un dépistage adéquat et autorisé des techniques de stérilisation insuffisantes.³ Un professeur a témoigné au procès que de mauvaises conditions hygiéniques et « la réutili-

sation d'équipement médical infecté» étaient les causes probables de l'infection.⁴

Au cours du procès, le porte-parole de l'Union européenne, Diego Ojeda, et des représentants d'Amnistie Internationale (AI) ont dénoncé de graves violations des droits des accusés. Des entrevues menées par AI avec les accusés ont révélé qu'on les avait soumis à la torture pour obtenir des aveux.⁵ Les défendeurs ont déclaré avoir été battus et soumis à des chocs électriques et à des agressions sexuelles.

En réponse à ces allégations, huit

membres des forces de sécurité libyennes et deux employés civils ont été mis en accusation pour avoir torturé les défendeurs. Ils ont été cités à procès dans les mêmes procédures que le personnel médical. Dans son jugement, la Cour a déclaré qu'elle n'était «pas compétente» pour juger les accusations de torture.⁶ La Cour n'a pas précisé si elle rejetait les accusations ou si elle les renvoyait à un autre tribunal.

En droit libyen, la peine capitale donne lieu à un appel automatique. Si l'appel est rejeté, le Supreme Council of Judicial Bodies of Libya

doit consentir à l'exécution de la peine de mort.

– Barbara Mysko

¹ B. Whitaker, « Medics face Libyan firing squad for giving HIV to children », *The Guardian*, 7 mai 2004; « Libya: Quash death sentences against foreign medical professionals », communiqué, *Amnesty International*, 6 mai 2004 (accessible via www.amnesty.ca/resource_centre/news).

² B. Whitaker, *supra*, note 1.

³ « EU Asks Libyan Leader Kadafi To Release Bulgarian Health Care Workers on Trial for Allegedly Infecting Children With HIV », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 29 avril 2004.

⁴ *Ibid.*

⁵ Amnesty, *supra*, note 1.

⁶ B. Whitaker, *supra*, note 1.

R-U – La Cour d'appel s'appuie sur la Convention européenne et accorde l'asile à une femme enceinte

Une femme ghanéenne séropositive qui avait demandé l'asile au Royaume-Uni a obtenu la permission de rester pour le motif que son renvoi au Ghana violerait les droits de son enfant à naître selon l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.¹ L'article 3 prévoit que « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ».²

La demanderesse a demandé l'asile pour la première fois en 1999 pour le motif que, si elle demeurait au Ghana, sa vie serait en danger. Sa demande a été rejetée. Elle était enceinte lorsqu'elle a porté la décision en appel. Elle a donc allégué que son renvoi au Ghana constituerait une violation non seulement de ses droits protégés par l'article 3, mais également de ceux de son enfant à naître. Elle soutenait que, si elle était forcée de retourner au Ghana, elle n'aurait d'autre choix que d'allaiter son

enfant, qui serait ainsi exposé au risque de contracter le VIH.

L'arbitre a rejeté l'argument fondé sur l'article 3 à l'égard de la mère, mais il l'a accepté à l'égard de l'enfant à naître. Le Secrétaire d'État a porté la décision en appel auprès de l'Immigration Appeal Tribunal (IAT). L'IAT a jugé que la décision de l'arbitre était « inique » et a en conséquence rétabli la décision du Secrétaire d'État et rejeté la demande d'asile. La demanderesse a interjeté appel de la décision de l'IAT à la

Cour d'appel, pour le motif que l'IAT avait infirmé la décision pour des questions de faits. Les tribunaux d'appel ne peuvent infirmer des décisions administratives pour des questions de faits; ils peuvent seulement le faire pour des erreurs de droit.

La Cour d'appel a conclu que l'IAT «avait commis une erreur manifeste en concluant que la décision de l'arbitre était inique». La Cour a annulé la décision de l'IAT et a déclaré que « bien que le fœtus n'avait pas droit à la vie, la position

de l'enfant à naître était à juste titre une question déterminante. C'était une question d'humanité manifeste qui amenait à conclure que le fait pour une mère de voir son enfant contracter le VIH/sida et en mourir constituait un traitement bien plus

inhumain que de le contracter personnellement et d'en souffrir les conséquences ».

– Arryn Ketter

Arryn Ketter étudie à la Faculté de droit de l'Université McGill.

¹ *CA v Secretary of State for the Home Department*, [2004] All ER(D) 354 (CA).

² Convention [européenne] de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ETS No 5) 213 UNTS 222, entrée en vigueur le 3 sept. 1953, avec ses modifications, à l'article 3.

R.-U – La Chambre des Lords reconnaît que le droit à la vie privée comprend la protection de la santé mentale

M. Razgar, un ressortissant irakien, avait demandé l'asile au Royaume-Uni. Il n'était pas séropositif. Il souffrait d'une déficience psychique et il contestait son renvoi vers un pays tiers pour le motif que ce renvoi aurait un effet néfaste sur sa santé mentale.

La Chambre des Lords devait déterminer si les conséquences probables du renvoi du Royaume-Uni pour la santé ou le bien-être de la personne mettaient en jeu des droits protégés par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, dans le cas où le renvoi ne constituerait pas une violation de l'article 3.¹ L'article 8 prévoit : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance ». L'article 3 prévoit que « Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ».³

La Chambre des Lords a cité l'arrêt *Henao c. Netherlands*,⁴ qui a établi qu'un « renvoi ne peut faire l'objet d'une contestation pour le seul motif que les traitements ou les établissements médicaux sont de meilleure qualité ou sont plus accessibles dans le pays qui ordonne le renvoi que

dans celui où le demandeur doit être envoyé ».⁵ Dans *Henao*, le requérant, séropositif et originaire de Colombie, demandait l'asile aux Pays-Bas en s'appuyant sur les droits garantis par l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

La Chambre des Lords a approuvé la décision de la Cour européenne des droits de l'homme dans *Henao*. À son avis, cela « mettrait en échec l'objectif légitime et nécessaire du contrôle de l'immigration dans les pays membres du Conseil de l'Europe les plus avancés, si les immigrants illégaux qui ont besoin de traitements médicaux ne pouvaient pas, sauf dans des cas exceptionnels, être renvoyés vers des pays moins développés du monde où des établissements médicaux comparables n'existent pas ».⁶

La Chambre des Lords a également soutenu qu'il y avait lieu d'adopter la même approche à l'égard des deman-

des fondées sur l'article 8, parce que « la convention a pour objet de protéger les droits fondamentaux de la personne, et non de conférer des avantages individuels ».⁷ Cependant, les droits garantis par l'article 8 protègent également la préservation de l'équilibre mental et de la santé mentale, qui sont un élément fondamental de la vie privée.⁸

La Chambre des Lords a donc conclu que « les conséquences probables sur la santé du renvoi du Royaume-Uni par suite d'une décision de l'immigration peuvent faire entrer en jeu des droits protégés par l'article 8, même si le renvoi ne viole pas l'article 3, si les faits sur lesquels s'appuie le demandeur sont suffisamment solides ».⁹

Dans le cas du demandeur, la Chambre des Lords a conclu que les faits évoqués étaient suffisamment solides pour établir la preuve d'une

violation de droits protégés par l'article 8, et que le Secrétaire d'État avait eu tort de conclure que la demande était manifestement mal fondée.

Cet arrêt est important pour les demandeurs d'asile séropositifs, parce qu'il pourrait servir de fondement à la contestation d'ordonnances de déportation dans les cas où la déportation

risquerait de mettre leur santé mentale en péril.

– *Arryn Ketter*

¹ *R (on the application of Razgar) c. Secretary of State for the Home Department*, [2004] UKHL 27 (HL)

² Convention [européenne] de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (ETS No 5) 213 UNTS 222, entrée en vigueur le 3 sept. 1953, avec ses

modifications, à l'article 8.

³ *Ibid.*, article 3.

⁴ Cour européenne des droits de l'homme, 24 juin 2003, non rapporté.

⁵ *R (on the application of Razgar)*, supra, note 1, par. 4.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*, par. 8.

⁹ *Ibid.*, par. 10.

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : quatre nouvelles affaires

Nouvelle-Zélande – Six ans pour défaut de divulgation à quatre femmes

Un tribunal de Nouvelle-Zélande a condamné un homme à six ans d'emprisonnement pour avoir eu des relations sexuelles avec quatre femmes sans leur dire qu'il était séropositif.¹

Selon les informations de presse, Shingirayi Nyarirangwe est un réfugié originaire du Zimbabwe qui vit à Auckland depuis 2001.

Le juge Hubble, de la District Court de Auckland, a condamné l'homme à trois ans d'emprisonnement. L'homme avait plaidé coupable à quatre chefs d'accusation de nuisance criminelle et trois chefs de voies de fait. Les peines, de six mois d'emprisonnement pour chaque chef de nuisance et quatre mois pour chaque chef de voies de fait, étaient cumulatives.

Selon le juge, le nombre de victimes et l'angoisse qu'elles ont éprou-

vée dans l'attente de leurs résultats de test de VIH étaient des facteurs aggravants. Shingirayi Nyarirangwe est demeuré en détention depuis le mois d'août de l'année dernière, et il pourrait être bientôt admissible à la libération conditionnelle, puisqu'il a déjà purgé le tiers de sa peine.

Australie – Dix ans d'emprisonnement pour avoir transmis le VIH à trois femmes

En Australie, un homme de 28 ans a été condamné à 10 ans d'emprisonnement pour avoir transmis le VIH à trois femmes.² Feston Konzani, d'origine africaine, est demandeur d'asile et vit à Middlesbrough.

En 2000, Konzani a été diagnostiqué séropositif, et on lui a dit d'informer ses futures partenaires qu'il était séropositif. L'accusé a eu des relations sexuelles avec les femmes entre novembre 2000 et août 2003,

sans leur dire qu'il était séropositif. Konzani a été accusé de quatre chefs de voies de fait graves, mais il a par la suite été disculpé de l'une de ces accusations.³ Le jury a mis moins de trois heures à déclarer Konzani coupable des trois autres chefs.

Le juge Fox, de la Teesside Crown Court, a condamné Konzani à une peine de quatre ans d'emprisonnement et à deux peines de trois ans à purger de manière consécutive. La cour a été informée que Konzani serait déporté au Malawi après avoir purgé sa peine.

Australie – Un homme est déclaré coupable à son deuxième procès

Dans une autre affaire australienne, un homme de 37 ans a été reconnu coupable pour la deuxième fois d'avoir causé des lésions corporelles graves à une adolescente en lui transmettant le VIH.⁴ Ronald Houghton

avait été diagnostiqué séropositif en 1990.

Le couple avait eu des relations sexuelles pendant une période de quatre mois, en 1999, sans que Houghton dévoile sa séropositivité. La femme a appris qu'elle était séropositive après avoir donné du sang en janvier 2000. Elle a confronté Houghton, mais il a nié avoir le virus et il lui a présenté de faux résultats de test.

Le 3 octobre 2002, Houghton est devenu la première personne en Australie occidentale à être condamnée et emprisonnée pour avoir transmis le VIH à une partenaire sexuelle. La cour a condamné Houghton à sept ans d'emprisonnement. En appel, Houghton a soulevé 15 arguments pour faire annuler la condamnation. La Cour d'appel a cassé la déclaration de culpabilité et ordonné la tenue d'un nouveau procès.⁵

Au deuxième procès, en septembre dernier, le jury de la District Court a délibéré environ deux heures avant de déclarer Houghton coupable d'avoir causé des lésions corporelles graves. La détermination de la peine est prévue pour la fin d'octobre. La peine

maximale pour l'infraction est de 10 ans d'emprisonnement.

France – Première condamnation pour non-divulagation et transmission

Pour la première fois en France, une personne séropositive a été déclarée coupable d'avoir eu des relations sexuelles qui ont causé une infection par le VIH, sans avoir dévoilé son état.⁶ Un tribunal de Strasbourg a condamné Christophe Morat à six ans d'emprisonnement pour « administration volontaire d'une substance nuisible ayant été suivie de mutilation ou infirmité permanente ».

Morat a été diagnostiqué séropositif en 1998. Les deux plaignantes ont eu des relations sexuelles non protégées avec lui et ont contracté le VIH en 1999 et 2000. L'une des femmes a déclaré qu'elle était allergique aux condoms en latex. La cour a rendu un premier jugement contre M. Morat en mai 2004. Le jugement a été rendu en son absence et sans qu'il soit représenté par un avocat. Parce qu'il

n'était ni présent, ni représenté par un avocat, M. Morat avait la possibilité de s'opposer au jugement et de subir un nouveau procès en première instance. Il a produit son opposition au jugement en juin.

Il a été déclaré coupable après une nouvelle audience. La cour, pour déterminer la peine, a tenu compte des exigences de la protection de l'ordre public et de la nécessité de prévenir la propagation de la maladie. Elle a jugé qu'une peine de six ans d'emprisonnement était appropriée dans les circonstances.⁷

– Barbara Mysko

¹ « HIV-positive man pleads guilty to unprotected sex charges », *New Zealand Herald*, 31 août 2004; « HIV convict up for parole soon », *New Zealand Herald*, 11 septembre 2004.

² « HIV man is jailed for 10 years », *BBC News: UK Edition*, 14 mai 2004.

³ « HIV accused cleared of one charge », *BBC News: UK Edition*, 12 mai 2004.

⁴ D. Darragh, « Man who gave woman HIV guilty again », *The West Australian (Perth)*, 11 septembre 2004.

⁵ *Houghton c. The Queen*, [2004] WASC 20.

⁶ « Six ans de prison pour avoir sciemment contaminé par le VIH ses partenaires », *Le Monde* (28 juin 2004).

⁷ *Le Monde*, *supra*, note 6, p. 8.

En bref

Mexique – La réformation de soldats séropositifs est discriminatoire et inconstitutionnelle

Selon le *Cuarto Tribunal Colegiado en Materia Administrativa*, la disposition de la Loi sur l'Institut de la sécurité sociale qui permet la réformation de membres des forces armées mexicaines fondée sur l'infection à VIH constitue un traitement discriminatoire et est inconstitutionnelle.¹ La loi a été adoptée par le Congrès l'an dernier.

Par suite de cette décision, la loi, qui autorise également la réformation de soldats atteints de tuberculose ou de diabète, pourrait être abrogée.

Le Tribunal a souligné que les forces armées sont régies par la constitution du Mexique, six traités internationaux et plusieurs lois fédérales qui interdisent la discrimination et le congédiement des personnes vivant avec le VIH. En mai 2004, le Parti de la Révolution démocratique a présenté un amendement qui écarterait le VIH comme motif de réformation, parce

que l'infection à VIH n'entraîne pas l'incapacité de travailler. Le jugement du Tribunal n'est pas sujet à appel.

– Arryn Ketter

¹ D. Cevallos, « Court rules army cannot discharge HIV-Positive Soldier », *Inter Press Service*, 1^{er} juin 2004.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

HCR • UNICEF • PAM • PNUD • UNFPA • ONUDC
OIT • UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

BANGKOK 2004

DROIT, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE

Dans cette section spéciale de la *Revue VIH/sida, droit et politiques* rendue possible par un octroi du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), nous reproduisons les exposés les plus pertinents aux enjeux juridiques, éthiques et de droits de la personne liés au VIH/sida, présentés lors de la XV^e Conférence internationale sur le sida, à Bangkok, Thaïlande (en juillet 2004), et dans le cadre de rencontres satellites. Nous présentons également une sélection d'abrégés. Nous l'avons fait aussi à l'issue de Genève 98,¹ de Durban 2000² et de Barcelone 2002.³ Les fonds reçus de l'ONUSIDA permettent de faire parvenir ce numéro à plus de 500 individus et organismes intéressés au VIH/sida et aux droits humains, en particulier dans des pays en développement, qui ne figurent pas sur notre liste régulière de distribution de la *Revue*. Ce numéro sera également distribué par les Centres d'information de l'ONUSIDA à des milliers d'autres intéressés. Les buts sont d'améliorer l'accès mondial à de la documentation sur les questions de droits humains, de droit et d'éthique liées au VIH/sida; de favoriser le réseautage entre individus et regroupements actifs dans ce domaine; et de favoriser des réactions juridiques et de politiques respectueuses des droits de la personne.

Les enjeux touchant les droits des femmes et des utilisateurs de drogue par injection ont été d'importants thèmes, à Bangkok. Cela se reflète dans le choix des articles et abrégés présentés dans cette section spéciale.

¹ « Droit, éthique et droits de la personne à Genève98 », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 89-131 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/printemps99/f-geneva98.htm).

² « Durban 2000 – Droit, éthique et droits de la personne », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 57-129 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-Durban2000SatelliteSumm.htm).

³ « Barcelone 2002 – Droit, éthique et droits de la personne », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 7(2-3) : 83-135 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol7nos2-32002/barcelone2002.htm).

Au delà de l'ABC – Pour un réel avancement des droits des femmes et de la lutte au VIH/sida

Dans un monde où l'épidémie du VIH/sida est catalysée par l'abus à l'endroit des femmes et des filles et leur subordination, d'importantes ressources doivent être investies dans des programmes qui leur procureront une véritable protection contre les violations des droits humains. Tel était le thème central de l'exposé de Joanne Csete, présenté le 11 juillet 2004 à la rencontre satellite « Acting on rights: women, HIV/AIDS and the Barcelona Bill of Rights » (organisée par Santé Canada). Cet article, fondé sur l'exposé de Mme Csete, aborde les limites de l'approche ABC de la prévention du VIH; explique des facteurs contextuels qui alimentent la subordination des femmes; et décrit certaines violations des droits humains des femmes et des filles, en lien avec le VIH/sida. L'auteure exhorte à la création de vastes programmes intersectoriels pour réagir aux facteurs structurels qui limitent les choix comportementaux des femmes.

Devant un phénomène aussi complexe sur les plans social et comportemental que l'épidémie du VIH/sida, on pourrait croire à l'existence de nombreuses théories concurrentes quant à la meilleure façon de comprendre les facteurs sociaux liés à la maladie et d'y réagir. Il y en a quelques-unes, mais je suis surtout frappée par la prédominance, parmi les puissants cercles de politiques, d'une idée unique quant aux fondements sociaux et comportementaux du VIH/sida, qui persiste depuis l'avènement de l'épidémie – c'est-à-dire que le sida viendrait essentiellement de personnes qui ont inévitablement de mauvais comportements. Dans cette perspective, les personnes qui vivent avec le VIH seraient de mœurs légères, feraient de mauvais choix de partenaires sexuels, consommeraient de la drogue, feraient le commerce du sexe – autrement dit, elles ne sauraient contrôler ni leurs vies, ni leurs impulsions.

Cette position s'est manifestée de façon particulièrement odieuse

durant les premières années de l'épidémie nord-américaine, chez un ensemble d'individus composé notamment de fondamentalistes religieux et d'importants politiciens états-uniens. Ce paradigme qui condamnait les personnes vivant avec le VIH/sida, aux États-Unis, en affirmant qu'elles avaient ce qu'elles méritaient, est devenu un fondement pour porter des jugements sur la situation en Afrique. À la fin des années 1980, l'analyse prédominante dans certains cercles occidentaux postulait que le principal déterminant des problèmes de santé, en Afrique, était la surpopulation. On murmurait des théories, dans les couloirs du pouvoir, à l'effet que les Africains, avec leur population en essor et leurs comportements sexuels incontrôlés, s'attiraient le fléau de cette maladie. Hormis quelques rares et courageuses exceptions, le mot d'ordre plutôt avoué des politiques était « Pourquoi devrait-on s'occuper de cette maladie? Les gens touchés sont seulement drogués, des homosexuels, des prostituées, des Africains. »

Même si l'on ne dit plus les choses de la même façon aujourd'hui, l'analyse sous-jacente a-t-elle réellement changé? Plutôt que d'utiliser le langage du blâme, il est maintenant devenu pratique courante de présenter l'envers de la médaille : les « innocentes victimes » du sida – bébés séropositifs au VIH, personnes infectées par transfusion sanguine – par opposition aux personnes coupables de mauvais comportements, qui manquent de contrôle sur leurs pulsions. Par exemple, encore aujourd'hui, la principale loi états-unienne allouant des fonds aux programmes domestiques de lutte contre le VIH/sida est nommée à la mémoire de Ryan White, « innocente victime » du sida, décédé à l'âge de 19 ans après avoir contracté le VIH par transfusion sanguine.

Les limites de l'approche ABC

Ce raisonnement porte à croire que la meilleure façon de prévenir la transmission du VIH est d'amener les personnes aux comportements

répréhensibles à se contrôler et à corriger leur attitude. D'où l'approche ABC – pratiquer l'abstinence, bâtir une relation fidèle, utiliser le condom –, ultime tentative de ramener ces individus sur la bonne voie. Plusieurs programmes supposément fondés sur l'ABC sont, en réalité, des programmes « A » ou « AB » mal dissimulés. Par ailleurs, l'approche ABC si fortement endossée par les États-Unis est dangereuse, car elle viole le droit fondamental à l'information. Elle n'a pas pour message « Voici de l'information sur les moyens de se protéger contre le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement, mais vous devriez envisager la possibilité de l'abstinence sexuelle » – elle prétend plutôt ceci : « Il est mieux de ne pas connaître les principes élémentaires de la transmission du VIH que d'être emporté sur la voie de l'immoralité par l'éducation sexuelle ». Dans le pire des cas, on fournit aux jeunes des informations erronées sur la soi-disant inefficacité du condom. Après tout, l'éducation sexuelle adéquate ne cadre pas avec la vision du bien et de la féminité que valorisent les tenants de l'abstinence sexuelle – une femme (voire un homme) bien ne devrait pas trop penser à la sexualité ou en savoir trop sur le sujet.

L'approche ABC si fortement endossée par les États-Unis est dangereuse, car elle viole le droit fondamental à l'information.

Peu importe sous quel angle on aborde le cadre simpliste du blâme

qui sous-tend l'approche ABC, il ressort toujours une ignorance aberrante des facteurs structurels de la violence, de l'abus, des stéréotypes et de la subordination sexuelle – une ignorance qui limite les choix et les comportements des femmes et d'autres individus vulnérables au VIH.

La situation des femmes

La subordination des femmes et des filles et les abus à leur endroit catalysent l'épidémie du VIH/sida partout dans le monde. Parmi les facteurs contextuels qui contribuent à cette situation, notons :

- une règle de deux poids deux mesures dans les comportements sexuels : les hommes, même dans une relation à long terme, peuvent « errer » de la relation mais les femmes ne peuvent pas questionner ou contester ce comportement;
- des stéréotypes et des normes sociales de féminité et de masculinité qui contraignent les femmes et les hommes;
- l'impact disproportionné de la pauvreté sur les femmes et les filles, qui en pousse plusieurs au commerce sexuel comme mode de survie;
- la dépendance économique des femmes et des filles à l'endroit des hommes, qui limite la capacité de celles-ci quitter un mariage ou une autre relation posant un danger; et
- une détérioration générale des droits génésiques.

En relativement peu de temps, Human Rights Watch (HRW) a documenté de nombreuses violations des droits humains des femmes et des

filles, en lien avec le VIH/sida – notamment :

- **Violence domestique et viol conjugal.** En Ouganda, environ 40% des femmes déclarent avoir été battues dans leur foyer. À notre grand désarroi, le Programme national de lutte contre le VIH/sida ne semble pas reconnaître le caractère crucial de cette problématique. Plusieurs Ougandaises ont dit qu'elles ne parleraient pas de ces abus à des amis ou à des proches, et encore moins à la police.
- **Abus, violence, coercition sexuelle.** Les taux de viol et d'abus sexuel atteignent des proportions épidémiques à plusieurs endroits. En 2000, une enquête menée en Afrique du Sud auprès de 37 000 jeunes hommes a révélé que dès 18 ans, le quart d'entre eux avaient déjà forcé une femme ou une fille à avoir des rapports sexuels; et que 20% croyaient que la femme avait du plaisir à être violée.
- **Procès inadéquats de contrevenants sexuels.** Ayant observé des procès de présumés contrevenants sexuels à travers le monde, HRW a constaté une complicité entre certains juges et procureurs et parfois même le rejet complet des témoignages des femmes et des filles victimes de viol.
- **Discrimination légale à l'endroit des femmes** – en particulier dans le droit de la propriété, de l'héritage et du divorce qui, notamment, exacerbe la dépendance économique des femmes à l'endroit des hommes.
- **Abus à l'endroit des filles orphelines ou autrement affectées par**

le VIH/sida. La combinaison du stigmatisme, de la pauvreté et du manque de soins parentaux entraîne d'horribles abus à l'endroit des filles affectées par le VIH/sida. HRW entendu d'innombrables récits de filles qui ont perdu leurs parents, ont été prises en charge par des proches ou une famille d'accueil, et dont l'homme qui devait être leur « tuteur » leur a dit : « Tes parents sont morts de cette maladie. Personne d'autre ne voudra de toi, alors comment pourrais-tu me dire non? ».

- **Violation (disproportionnée) du droit à l'éducation.** À maintes reprises, des gens du monde entier nous ont dit : « On ne sortirait pas un garçon de l'école pour prendre soin d'un proche malade – qui ferait une telle chose? ».
- **Aspects de certaines pratiques traditionnelles** – non seulement la mutilation génitale féminine, qui comporte des risques pour le VIH, mais aussi l'héritage de la veuve, le rituel de purification de la veuve (par un rapport sexuel avec un étranger), et d'autres pratiques.
- **Discrimination sexuelle dans l'accès à l'information et aux services de santé** – exacerbée par la violation des droits génésiques et les approches prônant l'abstinence préconjugale.
- **Abus divers à l'endroit des travailleuses sexuelles** – pas seulement les femmes, mais aussi les hommes et les personnes transgenre. S'il peut être difficile pour toute femme de signaler un viol et d'être prise au sérieux dans certaines situations, la tâche est encore plus ardue pour les travailleuses sexuelles

qui, par définition en vertu de la loi dans certains pays, ne peuvent se déclarer victimes de viol.

Les rares programmes qui protègent réellement les droits humains violés ne reçoivent qu'un très mince financement.

Ces problématiques commencent à attirer l'attention. Mais la triste vérité est que les rares programmes qui protègent réellement les droits humains les plus souvent violés ne reçoivent qu'un très mince financement. En revanche, la doctrine de « la moralité » est appuyée à coups de millions de dollars. C'est la voie politique facile. Elle touche les cordes sensibles d'acteurs clés de puissants gouvernements, et fait appel au pire d'eux-mêmes.

Au delà de l'ABC

Même dans sa meilleure variante, l'approche ABC de la prévention du VIH (qu'elle s'adresse aux femmes ou aux hommes) est trop étroite. Pour rester dans les trucs mnémotechniques alphabétiques, j'aimerais proposer un suffixe – « DEF » – qui exigerait un examen plus approfondi des facteurs structurels qui limitent les choix comportementaux (avec un accent sur le cadre légal) :

D : Défendre contre la violence sexuelle et domestique, améliorer la poursuite judiciaire des contrevenants, et assurer à toutes les victimes de viol la possibilité d'accès à la prophylaxie post-exposition. Des exemples documentés en Afrique du Sud et dans plusieurs

autres pays montrent que la provision d'une formation spéciale aux policiers, procureurs, juges, travailleurs sociaux et autres fournisseurs de services – et de certaines protections aux témoins et victimes de viol – peut améliorer considérablement les poursuites judiciaires contre les contrevenants sexuels.

E : Éduquer les filles (et leur assurer ce droit légal) pour favoriser l'égalité économique. Veiller à ce que les écoles soient sûres et que les programmes d'éducation fournissent de l'information exacte sur le VIH/sida et les questions connexes.

F : Faire disparaître les inégalités sexuelles dans le droit de la propriété, de l'héritage et du divorce. Entre autres, la loi devrait prévoir que la propriété conjugale est conjointe et répartie également à la fin du mariage; que les deux époux doivent consentir aux décisions liées au transfert de la terre et de la propriété; et qu'aucune forme de mariage n'exige légalement le paiement d'une dot.

La réforme du droit ne résoudra pas tout – un cadre légal adéquat est une condition nécessaire, mais non suffisante au type de changement que nous recherchons – mais elle est nécessaire et faisable. Si des changements légaux se produisent, nous devons évidemment lutter de tout cœur pour que des lois appropriées soient mises en œuvre.

Le thème de la Campagne mondiale 2004-2005 de l'ONU contre le sida est « Femmes, filles, VIH et sida ». Nous devons faire tout en notre possible pour que cette initiative ait une efficacité mesurable. Il serait merveilleux que l'ONU puisse

parrainer un programme qui protège réellement les femmes contre les violations de droits humains liées au VIH/sida; et qu'elle réussisse à trouver un gouvernement (national ou sub-national) et des donateurs disposés à s'impliquer, pas seulement dans un projet pilote, mais dans un vaste programme intersectoriel, abondamment financé et rigoureusement évalué, qui pourrait démontrer que :

- l'on peut travailler avec les hommes et les femmes pour éliminer la violence;
- on peut enseigner aux policiers et aux responsables judiciaires que la poursuite des contrevenants sexuels est une chose sérieuse;

Quand reconnâtons-nous le terrible fait que la violence faite aux femmes est perçue par des responsables de politiques comme une triste réalité de la vie, contre laquelle on ne peut pas grand-chose?

- on peut maintenir les filles à l'école et faire des écoles un milieu sûr;
- on peut amener les leaders traditionnels et religieux et même des hommes mariés à appuyer l'idée que la propriété conjugale est conjointe;
- on peut reconnaître aux femmes le droit d'initier un divorce juste, sans que la société ne s'écroule;
- les femmes peuvent être informées de leurs droits et s'organi-

ser en conséquence; et que

- quand le viol conjugal est considéré comme un crime, le VIH/sida a un nouvel ennemi.

Une seconde vision du VIH/sida – autre que le concept de maladie liée aux mauvais comportements – semble également attirer l'attention ces temps-ci. Il s'agit du VIH/sida en tant que menace à la sécurité qui, comme l'indique Stephen Lewis, Envoyé spécial de l'ONU pour le VIH/sida en Afrique, suscite toujours une sorte de frayeur instantanée. Si nous sommes forcés d'associer le VIH/sida à la sécurité et à la terreur, je me demande ceci : quand reconnâtons-nous le terrible fait que, dans tous les pays où des études ont été menées, de 20% à 50% des jeunes femmes ont déclaré que leur première relation sexuelle avait été forcée? Et que dans une majorité de pays, plus d'une femme sur trois est battue dans son foyer? Et que la violence faite aux femmes est perçue par des responsables de politiques du monde entier comme une triste réalité de la vie, contre laquelle on ne peut pas grand-chose?

Que des centaines de millions de dollars soient investis dans l'approche ABC, alors que presque rien ne serve à la réelle protection des droits humains des femmes, dans le contexte du VIH/sida, illustre un manque flagrant de considération à l'endroit des femmes et de la véritable terreur qu'elles subissent par la violence et la subordination. L'élaboration des politiques de santé publique, dans les cercles du pouvoir, est contrôlée par des forces qui sont loin de se préoccuper des droits humains ou des meilleurs intérêts de la plupart des personnes affectées par le VIH/sida. Depuis quand est-il

acceptable que les politiques sur un problème aussi complexe que celui-ci soient dominées par des doctrines simplistes et moralisatrices sur l'abstinence et la fidélité? Combien de temps encore continuerons-nous de laisser les politiques et les programmes sur le VIH/sida refléter les affres de la misogynie, de l'homophobie, du déni de la dignité humaine des travailleuses sexuelles et des utilisateurs de drogue, et de l'hypocrisie?

Le temps est venu d'amorcer notre propre campagne anti-terrorisme qui, contrairement à celle qui fait présentement les manchettes mondiales, ne prétendra pas à répondre à des violations de droits humains en les perpétuant davantage. La protection des droits des femmes, pour réduire leur vulnérabilité au VIH et améliorer leur accès à des soins, n'a rien d'un mystère. Des milliers de regroupements de femmes et d'autres acteurs de la société civile, et quelques rares gouvernements, y travaillent déjà et ont grand besoin de soutien. Le coût des politiques qui réduisent le VIH/sida à une notion de maladie « de mauvais comportements » est trop lourd; et son fardeau repose injustement, depuis trop longtemps, sur le dos des femmes et des filles. Il est temps de réformer l'analyse des déterminants du VIH/sida et l'allocation des ressources pour susciter de réels changements dans la vie des femmes, qui sont notre véritable espoir de freiner le VIH/sida.

– Joanne Csete

Au moment de la rédaction de cet article, Joanne Csete était directrice du Programme sur le VIH/sida et les droits de la personne de Human Rights Watch.

Pour une prévention efficace

Dans son exposé présenté en plénière à la XV^e Conférence internationale sur le sida à Bangkok, le 14 juillet 2004, Thoraya Ahmed Obaid, directrice générale du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), a également abordé des questions liées aux femmes et au VIH/sida. Voici quelques extraits de son exposé :

- Les femmes et les filles les plus vulnérables au VIH/sida sont celles qui sont forcées au mariage précoce; celles qui meurent en phase de travail après des accouchements trop rapprochés; celles qui sont aux prises avec des infections transmissibles sexuellement et des grossesses non désirées; celles qui n'ont pas accès à l'éducation et aux soins de santé; celles à qui l'on dit qu'elles seront à l'abri du VIH/sida si elles se marient; celles qui souffrent en silence de violence et d'abus; et celles qui contractent le VIH d'un époux infidèle.
- C'est une triste réalité, et un signe déplorable de notre inaction, qu'à certains endroits les épouses puissent constituer un héritage mais qu'elles ne puissent pas elles-mêmes hériter d'une terre ou d'une propriété.
- Il est temps de détruire le mythe que le mariage d'enfants protège les filles contre le VIH; nous devons dénoncer cette pratique et les dangers qu'elle comporte.
- Pour une prévention efficace, nous devons confronter la pauvreté, la discrimination et la violence sexuelle répandues qui alimentent l'épidémie... Pour une prévention efficace auprès des femmes et des filles... nous devons intervenir au plan culturel pour dénoncer les normes sociales qui contribuent au statut inférieur des femmes et des filles et qui autorisent la violence à leur endroit.
- Pour une prévention efficace, l'élimination de la violence à l'endroit des femmes et des filles doit être une priorité. Les lois en la matière doivent être renforcées et appliquées. Les contrevenants doivent être traduits en justice. On devrait enseigner aux garçons, dès un jeune âge, que ce genre de comportement est inacceptable.
- Des leaders politiques, traditionnels, religieux, communautaires et autres, à tous les paliers, doivent véhiculer le message de tolérance zéro de la violence à l'endroit des femmes et des filles.

– Thoraya Ahmed Obaid

Les jeunes femmes vivant avec le VIH/sida ont aussi des droits – Un témoignage

Nombre de femmes vivant avec le VIH/sida sont encore traitées comme des citoyennes de seconde classe. Dans cet exposé présenté à l'occasion de la rencontre satellite « Acting on rights: women, HIV/AIDS and the Barcelona Bill of Rights », le 11 juillet 2004, Promise Mthembu livre un poignant témoignage sur le stigmatisation, la discrimination et les abus qu'elle a subis en tant que jeune femme vivant avec le VIH en Afrique. Elle aborde des questions liées à la violence, à la divulgation, aux déséquilibres de pouvoir dans les relations, aux droits génésiques, au sécurisexe et à l'accès aux soins de santé. Elle conclut par une série de recommandations spécifiques pour aider les femmes séropositives à réaliser leurs droits. Mme Mthembu étant dans l'impossibilité de se présenter à la rencontre, son exposé a été lu par Kanjoo Mbandjiku, qui a mentionné partager plusieurs des expériences de Mme Mthembu.¹

Le VIH/sida touche de plus en plus de femmes, dans le monde. À la fin de 2003, celles-ci représentaient plus de la moitié des nouveaux cas de VIH –

des femmes à l'âge de la productivité et de la reproduction. Je suis l'une d'elles. Je veux partager avec vous quelques-unes de mes expériences et

souligner le stigmatisation, la discrimination et les difficultés que l'on rencontre en tant que femme séropositive au VIH.

Mon histoire

J'ai appris ma séropositivité en 1995, lors d'un suivi médical pour la tuberculose. J'avais 20 ans. (Je pense que j'ai contracté le VIH à 15 ans, parce que mon enfant qui a maintenant 12 ans est également séropositif. Les médecins croient qu'il a contracté l'infection à la naissance.)

J'étais enceinte. J'ai accepté de passer un test du VIH avec plaisir, ne pensant jamais que le résultat serait positif. Quand j'ai reçu la nouvelle, j'étais bouleversée et fâchée. J'avais participé à un projet sur le VIH/sida à l'école. Je connaissais le sida, mais je ne pensais pas que ça pouvait m'arriver. J'ai eu un seul partenaire sexuel, je venais d'une famille religieuse et ne couchais pas avec n'importe qui.

J'ai eu beaucoup de difficulté à divulguer ma séropositivité. Après mûre réflexion, je suis arrivée à accepter que j'avais le VIH et que je ne pouvais rien y changer. Je me suis acceptée en tant que femme vivant avec le VIH/sida. Je l'ai dit à mon conjoint et à ma famille. Mon conjoint était sous le choc et avait peine à y croire. Ma famille m'a soutenue.

Ma colère m'a conduite à assister à des rencontres sur le VIH/sida. Je voulais changer l'approche du travail sur le VIH/sida. Après tout, si les efforts de prévention avaient fonctionné, je n'aurais pas contracté l'infection. Cinq mois après mon diagnostic, j'ai commencé à parler ouvertement de la vie avec le VIH/sida, dans l'espoir d'empêcher d'autres infections.

Mes parents n'étaient pas contents que je parle publiquement de ma séropositivité. Catholiques dévots, ils craignaient que mon ouverture ternisse l'image de notre famille au sein de l'Église.

À mon huitième mois de grossesse, le fœtus que je portais est mort in

utero. Trois jours après, j'ai donné naissance à un enfant mort-né par accouchement provoqué. Ce fut une expérience horrible. Le lendemain, mon conjoint perdait un enfant qu'il avait eu avec une autre femme. Cet enfant était également mort-né, à la suite d'une infection in utero. J'ai commencé à prendre conscience de la présence du VIH et des lents dommages qu'il causait dans mon corps.

La perte de deux bébés inquiétait mon conjoint. Jusque-là, il avait nié la possibilité qu'il soit lui aussi séropositif. Il s'est mis à se demander comment cela s'était produit et à m'accuser d'avoir apporté le VIH dans sa vie. Ça ne s'est pas arrêté là. Il est allé dire à sa famille que j'étais séropositive au VIH, sans mentionner qu'il l'était aussi. Il a dit que si quelque chose lui arrivait, ce serait de ma faute.

Les abus s'amplifiaient à chaque jour. Il me battait parce qu'il était séropositif et frustré. Je devais accepter la façon dont il me traitait – en contestant ses gestes, j'aurais montré que je ne me souciais pas de lui. Il m'a demandé de le soutenir en dépit des abus. C'est à cette époque que nous nous sommes mariés. Nous vivions ensemble depuis un certain temps; il a versé une *lobola* (dot) à mes parents. Même si je savais la relation abusive, je ne voyais d'autre choix que de l'épouser.

Même si je savais la relation abusive, je ne voyais d'autre choix que de l'épouser.

Le mariage n'a rien changé. Il était de plus en plus fâché contre moi,

parce que j'assistais à des rencontres sur le VIH/sida et que je parlais de mon expérience personnelle. Il était jaloux que je rencontre d'autres personnes séropositives et que je leur apporte des soins et du soutien plutôt qu'à lui.

Même si nous recevions tous deux du counselling et de l'information sur l'importance du sécurisexe pour éviter la réinfection, il me forçait à avoir des rapports sexuels non protégés parce que j'étais son épouse et qu'il avait payé ma *lobola*. Ma vie est devenue un cycle infini de violence et de rapports sexuels non protégés, surtout lorsqu'il avait bu. Je n'en pouvais plus et je l'ai quitté, malgré la honte culturelle que cela impliquait.

Trois mois plus tard, je suis devenue malade. Les médecins ont détecté un kyste dans mon col utérin. Quand j'ai été hospitalisée pour qu'on l'enlève, les médecins ont découvert que j'étais enceinte. Je ne voulais pas d'enfant à ce moment-là; j'ai donc demandé un avortement. Les médecins ont accepté à condition que je consente à être stérilisée. Je n'avais pas d'autre choix. À cause de l'attitude des sœurs infirmières, j'ai dû patienter trois jours avant de subir l'avortement. J'ai dû composer avec les préjugés des employés médicaux, notamment avec leur incrédulité devant le fait qu'une femme séropositive soit enceinte.

Mon histoire met en relief quelques aspects négatifs et problèmes rencontrés par les femmes qui vivent avec le VIH/sida. Mais tout n'est pas perdu. Il est possible de vivre positivement avec le VIH, le stigmatisation et la discrimination; et les obstacles peuvent être surmontés.

Divulgarion et relations

Les activistes, les professionnels de la santé et les personnes vivant avec le

VIH/sida discutent depuis longtemps de la question de la divulgation. On a déjà dit que la divulgation est une épée à double tranchant. D'une part, elle peut être constructive et aider les personnes vivant avec le VIH/sida à obtenir le soutien et les services dont elles ont besoin. D'autre part, elle peut être très destructive. Certaines femmes séropositives au VIH sont chassées de leur domicile lorsqu'elles divulguent leur séropositivité; d'autres perdent leur emploi; et plusieurs se voient refuser des soins lorsqu'elles mentionnent leur séropositivité au personnel médical. Il y a diverses raisons de promouvoir la divulgation : par exemple, pour réduire la transmission du VIH ou pour favoriser l'accès à des soins et du soutien.

Si nous voulons promouvoir la divulgation, il nous faut créer une culture des droits humains qui permettra aux personnes vivant avec le VIH/sida de divulguer leur séropositivité sans crainte de conséquences négatives. Nous devons établir de solides services et structures de soutien, avant d'embarquer dans une vaste campagne pour la divulgation.

Il faut créer une culture des droits humains qui permettra aux personnes vivant avec le VIH/sida de divulguer leur séropositivité sans crainte de conséquences négatives.

La confidentialité est un droit fondamental pour tous. Les personnes vivant avec le VIH/sida devraient pouvoir jouir des mêmes droits que quiconque. Nous devons commencer

par donner aux gens les compétences nécessaires pour divulguer leur état et encourager la divulgation volontaire. Personne ne devrait être forcé à la divulgation. Il faudrait plutôt fournir aux gens une préparation à la façon de divulguer, pour qu'ils le fassent au moment qui leur convient. Les professionnels de la santé et autres qui encouragent la divulgation devraient écouter les personnes vivant avec le VIH/sida. Si une femme estime qu'elle ne peut pas divulguer sa séropositivité parce qu'elle craint la réaction de son partenaire, elle devrait être appuyée dans sa décision.

Le VIH peut vous enlever la santé, mais pas l'amour. En tant que femme qui vit avec le VIH/sida, j'ai encore des relations avec des amis, des proches et des collègues. Toutefois, ces relations peuvent être détruites par la peur et le manque de connaissance du VIH/sida.

Puisque le test du VIH est offert dans les cliniques prénatales, la femme est souvent la première à recevoir un diagnostic de séropositivité, dans un couple. Elle a alors la responsabilité de divulguer son état et de voir à la pratique du sécurisexe. Les rapports sexuels sont un sujet difficile à aborder pour les femmes vivant avec le VIH/sida. Plusieurs d'entre nous ne savent pas comment négocier l'usage du condom. Comme la plupart des femmes, celles qui sont séropositives n'ont pas de pouvoir de contrôle sur leur vie sexuelle. Par surcroît, l'on s'attend à ce qu'elles pratiquent toujours le sécurisexe. Cela est extrêmement difficile, puisque des pratiques « sûres » impliquent la divulgation – dont plusieurs femmes craignent les conséquences.

Le fait d'avoir des rapports sexuels non protégés et de s'inquiéter d'une possible réinfection est traumatisant et

maintient ces femmes dans un cycle d'impuissance et de peur. Certaines décident de ne pas avoir de rapports sexuels mais subissent des abus. Elles peuvent même être victimes de viol et subir le blâme. Je connais une jeune femme vivant avec le VIH qui ne voulait pas avoir de rapports sexuels, et qui a été violée par un homme qui ne savait pas qu'elle était séropositive – après l'avoir appris, sa famille et celle de l'homme l'ont blâmée pour avoir transmis le VIH à son agresseur.

Droits génésiques

Selon mon expérience, on présume généralement que les femmes qui vivent avec le VIH/sida pratiquent le sécurisexe. En vérité, même si nous le voulons, cela n'est pas toujours possible.

Cette idée préconçue fait en sorte que les professionnels de la santé se mettent en colère lorsque nous devenons enceintes. Ils personnalisent l'enjeu et abusent de nos droits. Ils n'ont pas d'empathie. Or les femmes séropositives au VIH peuvent choisir d'avoir un enfant pour plusieurs raisons. Toutes les femmes ont le droit de se reproduire – y compris celles qui vivent avec le VIH/sida. Il est déplorable que nous soyons obligées de faire des compromis sur nos droits pour accéder à des services (par exemple, obtenir un avortement seulement à condition d'être stérilisée, comme il m'est arrivé).

Soins de santé

Les soins de santé sont encore problématiques pour les femmes vivant avec le VIH/sida. En dépit des nombreux appels à des politiques complètes de soins pour le VIH/sida (y compris des antirétroviraux, des traitements contre les infections opportunistes et des traitements prophylactiques), rares

sont les pays en développement qui en ont adopté.

Les initiatives d'expansion et de plaidoyer pour les traitements ne sont pas adaptées au sexe et laissent les femmes sans accès aux soins et médicaments. Cela doit changer.

Il existe des directives de politiques internationales sur l'accès aux soins pour les femmes vivant avec le VIH/sida. Malheureusement, elles n'ont pas force de loi. Certains gouvernements les adoptent, mais en précisant que leur application dépendra de la « disponibilité des ressources ». Si l'on choisit cette voie, l'accès aux traitements ne sera jamais équitable pour les deux sexes.

Les documents internationaux de droits humains et les constitutions de plusieurs pays citent la santé comme un droit humain fondamental. Mais dans la pratique, pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida, les soins de santé ne sont pas un droit mais un privilège. C'est inacceptable.

Recommandations spécifiques

En tant que femme vivant avec le VIH/sida qui a vécu le traumatisme de la divulgation initiale et la douleur et les préjudices qui s'ensuivent, qui a revendiqué son droit d'accès à des services de santé, et qui continue d'être généralement traitée comme une citoyenne de seconde classe –

mes recommandations pour la reconnaissance de mes droits et de ma dignité humaine, dans la pensée comme dans l'action, sont les suivantes :

- Les femmes vivant avec le VIH/sida doivent être informées de leurs droits. Pour réaliser ces droits et s'assurer qu'ils sont appliqués (et pas seulement énoncés sur papier), des services juridiques accessibles doivent être offerts.
- Des services de soutien doivent être fournis aux femmes qui vivent des conséquences négatives liées à la divulgation de leur séropositivité.
- Les violations de droits humains dans le contexte des soins de santé devraient être contestées et l'on devrait faire connaître publiquement ces actions en litige.
- Nous devons faire davantage, dans les organismes, les communautés et la société, pour contester les attitudes négatives à l'égard des femmes vivant avec le VIH/sida.
- Les questions de traitement spécifiques aux femmes devraient être documentées et ces renseignements devraient être disséminés.
- Les préoccupations de santé sexuelle et génésique des femmes vivant avec le VIH/sida devraient faire partie de l'ensemble du

plaidoyer pour les traitements.

- Nous devons revendiquer des plans complets de traitements pour le VIH/sida qui tiennent compte des besoins des femmes.
- La divulgation volontaire de la séropositivité assortie d'un soutien adéquat devrait être encouragée.
- Par l'éducation, nous devons contester les déséquilibres de pouvoir dans les relations, qui placent souvent les femmes en situation de vulnérabilité.
- Nous devrions miser davantage sur la diversification des options de prévention qui s'offrent aux femmes, y compris le condom féminin et les microbicides.

Unissons nos forces pour aider les femmes qui vivent avec le VIH/sida à réaliser leurs droits.

– *Promise Mthembu*

Promise Mthembu est agente de plaidoyer international pour les droits sexuels et génésiques à l'International Community of Women Living with HIV and AIDS.

¹ Kanjoo Mbaïndjikua est impliquée dans la préparation d'un document de vision sur les jeunes femmes séropositives au VIH, qui sera publié par l'International Community of Women. Elle a aussi participé au Dialogue des jeunes femmes tenu à Durban, Afrique du Sud, en 2004.

Une crise qui commande une réponse de droits humains

Le VIH/sida est une crise de droits humains; néanmoins, dans plusieurs pays la protection de ces droits ne fait pas encore partie intégrante de la réaction à l'épidémie. Or, en protégeant les droits de la personne, on peut aider à prévenir le VIH et à réduire l'impact individuel et social de l'épidémie. Dans cet article, tiré d'un exposé présenté en séance plénière lors de la XV^e Conférence internationale sur le sida à Bangkok, le 16 juillet 2004, Irene Khan explique comment la discrimination et les iniquités alimentent le VIH/sida, et comment les inégalités entre les sexes et la violence rendent les femmes particulièrement vulnérables à l'épidémie. Elle conclut en décrivant une série de mesures à adopter pour protéger les droits de la personne.

Quelques jours avant le début de la Conférence de Bangkok, quatre personnes séropositives ont été incarcérées à Shangqiu City, dans la province du Henan, en Chine, pour avoir tenté de protester contre les soins de santé et d'autres services inadéquats aux personnes vivant avec le VIH/sida dans cette ville. Deux d'entre elles étaient des parents qui voulaient dénoncer la fermeture de l'école de leurs enfants. Cette école avait été fondée par Li Dan, pour les enfants dont les parents étaient séropositifs au VIH ou décédés du sida, mais elle a été fermée après qu'il ait signalé aux autorités son intention d'assister à la Conférence.

Cet exemple illustre clairement pourquoi le VIH/sida est une crise de droits humains. La nécessité d'approches complètes au VIH/sida, fondées sur les droits humains, n'a probablement jamais été aussi vitale – en grande partie parce que les menaces que pose le VIH/sida pour les droits humains n'ont jamais été aussi importantes.

En dépit d'un financement accru, d'engagements politiques et de progrès dans la réaction à l'épidémie de VIH, l'ampleur et l'impact de la crise continuent de croître et de devancer les réponses mondiales et locales à la pandémie.

L'échec à protéger les droits et la dignité humaine alimente l'épidémie. Même si les activistes ont depuis longtemps compris que la protection des droits de la personne devrait être centrale à toute stratégie de lutte contre le VIH/sida, cet aspect est encore loin d'être intégré dans la réponse de nombreux pays.

Trop de gouvernements cherchent encore une solution instantanée au problème du VIH/sida. Ils échouent à reconnaître que les violations de droits humains accroissent la vulnérabilité au VIH, que des personnes vivant avec le VIH/sida se heurtent à de graves violations de leurs droits, et qu'il faut s'attaquer aux causes et conséquences de ces abus pour lutter efficacement contre l'épidémie.

Même là où l'on reconnaît que les violations de droits humains entraînent une vulnérabilité accrue au VIH, la nature changeante de l'épidémie nous oblige à réviser nos réponses fondées sur les droits de la personne.

Dans les pays où la prévalence du VIH est relativement faible, l'« approche des droits humains » est traditionnellement associée à des politiques et pratiques de réduction des méfaits, de protection légale contre la discrimination et dans certains cas contre la criminalisation, pour des groupes « vulnérables » comme les travailleurs

sexuels, les utilisateurs de drogue par injection, les hommes gais, les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes et, de plus en plus, les femmes.

Toutefois, l'émergence d'une épidémie radicalement différente, dans des pays où la prévalence du VIH est élevée, soulève la nécessité d'une compréhension plus approfondie de l'épidémie et de son lien avec les droits humains – qui va au delà de la prévention et de la réduction des méfaits, et qui respecte et promeut la dignité et l'égalité des personnes vivant avec le VIH/sida.

Lutter contre la discrimination

La discrimination accroît la vulnérabilité au VIH et peut entraîner des violations de droits chez des personnes séropositives. La non-discrimination est un principe fondamental des droits humains. En vertu du droit international, les gouvernements ont la responsabilité de veiller à ce que chaque personne reçoive un traitement égal et un accès équitable aux biens et services publics.

Le principe de la non-discrimination est crucial parce que les maladies, les handicaps et la mort ne se répartissent jamais de manière uniforme. Ils dépendent de la capacité de chacun

d'accéder à de l'information, de comprendre et de réduire ses risques, et d'accéder à des services préventifs ainsi qu'à des soins. Ils sont déterminés par des degrés variables de revenu, d'éducation et de pouvoir d'achat.

Le VIH/sida exacerbe les inégalités existantes et entraîne une combinaison fatale de stigmata et de négligence.

La discrimination et les iniquités catalysent l'épidémie du VIH. Lorsqu'il frappe, le VIH/sida exacerbe les inégalités existantes et entraîne une combinaison fatale de stigmata et de négligence.

Les individus qui souffrent le plus de la violation du droit à la santé sont ceux dont les besoins sont les plus grands. La vulnérabilité au VIH s'accroît lorsque le droit à l'information est brimé; que la liberté d'expression est réprimée; que l'on est forcé de fuir son domicile, de devenir une personne déplacée; et que l'on ne reçoit pas de soutien et de services adéquats.

Les communautés et les travailleurs privés de leur droit de s'organiser et de se mobiliser sont moins aptes à réagir adéquatement au VIH/sida et ils y deviennent plus vulnérables.

Par exemple, en Thaïlande, la discrimination et le harcèlement sanctionnés par l'État, à l'endroit des utilisateurs de drogue par injection, pousse ces individus vers la clandestinité et entrave leur accès aux services et au soutien dont ils ont besoin. Le gouvernement thaïlandais, largement

reconnu comme un chef de file de la lutte contre le VIH/sida, risque de payer chèrement les conséquences de son approche à la drogue et aux utilisateurs de drogue.

À cause de la discrimination, des personnes vivant avec le VIH/sida se heurtent à de graves et constantes violations de leurs droits. Certaines peuvent être congédiées, ostracisées par leur communauté et exclues de la protection du droit. Des enfants séropositifs, ou dont les parents le sont, peuvent être expulsés de leur école ou isolés.

Les femmes et le VIH/sida

Il n'est donc pas étonnant que le VIH/sida se trouve de nouvelles cibles parmi les personnes qui ont un statut inégal dans la société. Le lien entre les violations de droits humains, la vulnérabilité et le VIH/sida devient parfaitement clair lorsque l'on examine son impact sur les femmes.

Les inégalités entre les sexes et la violence faite aux femmes catalysent plus que jamais la propagation du VIH parmi les femmes et les filles. Les femmes représentent la moitié des personnes qui vivent avec le VIH/sida dans le monde. Toutefois, en Afrique subsaharienne, 57% des personnes séropositives sont des femmes; et les jeunes femmes de 15 à 24 ans sont deux fois et demie plus susceptibles de contracter le VIH que les hommes du même âge. En Afrique du Sud, une femme sur quatre est déjà séropositive à l'âge de 24 ans – une prévalence deux fois plus élevée que parmi les hommes.

Un statut politique, économique et social inégal rend plusieurs femmes plus vulnérables à la violence et moins capables de négocier le sexe. Des études ont montré que les femmes battues ou dominées par leur conjoint sont presque 50% plus sus-

ceptibles de contracter le VIH que celles qui vivent dans un milieu exempt de violence.

Le viol des femmes, en temps de guerre, dans la rue ou dans la chambre à coucher, les expose à un risque élevé d'infection par le VIH. Dans le contexte de la guerre en République démocratique du Congo, des centaines de femmes sont devenues séropositives après avoir été violées et abusées dans le cadre d'une stratégie intentionnelle visant à terroriser et à déplacer la population civile. Plusieurs de ces femmes ont été abandonnées par leurs époux, parce qu'elles ont été « contaminées » par l'ennemi.

En révélant leur séropositivité, des femmes risquent l'abandon, l'abus de leurs conjoints, de leurs familles et communautés, et même la mort. À Cape Town, Afrique du Sud, Lorna Mlofana, qui était éducatrice communautaire pour la Treatment Action Campaign, a été violée par un groupe d'hommes qui l'ont battue à mort après qu'elle leur ait révélé sa séropositivité.

En Afrique du Sud également, une femme qui s'appelait Nombulelo, venant d'apprendre qu'elle était séropositive, a annoncé la nouvelle à son époux et lui a demandé de se faire tester. Il l'a quittée, la laissant seule avec leurs quatre enfants et les huit enfants dont elle prenait soin pour son frère et sa sœur, morts du sida. Aux yeux de nombreux hommes, le VIH/sida est une menace lointaine qui les tuera dans dix ans; mais pour les femmes comme Nombulelo, c'est un danger quotidien qui guette leurs vies.

En Ouganda, des recherches sur le lien entre la violence domestique et le VIH/sida ont révélé que les hommes préfèrent battre leur épouse plutôt que de faire face à la réalité et d'accepter de passer le test ou de permettre à leur

épouse de demander un test et du counselling.

Une femme qui vit avec le VIH porte un multiple fardeau d'infection, d'abus, d'abandon, de marginalisation sociale et de pauvreté.

Les facteurs sociaux et économiques qui rendent les femmes vulnérables au VIH déterminent aussi les expériences de celles qui sont séropositives. Une femme qui vit avec le VIH porte un multiple fardeau d'infection, d'abus, d'abandon, de marginalisation sociale et de pauvreté. Elle doit s'occuper des personnes malades et éviter de transmettre l'infection à ses enfants, tout en s'inquiétant de savoir qui s'occupera de ses enfants après sa mort.

L'héritage du VIH/sida transcende les générations. Les filles de foyers pauvres, affectés par le VIH/sida, doivent souvent compromettre leur éducation pour prendre soin de leur famille. Leurs choix et possibilités peuvent être si limités que, pour survivre, certaines doivent s'en remettre au travail sexuel ou à un autre travail qui les expose à des abus et à la violence sexuelle – ce qui accroît leur risque devant le VIH. Plusieurs orphelins du sida sont exposés à un risque d'abus physique, de violence sexuelle, de trafic et d'emploi dangereux; mais les filles sont encore plus susceptibles de subir les pires conséquences de ces abus, en particulier la violence sexuelle et physique.

Les travailleurs migrants, les personnes déplacées et les réfugiés, les minorités ethniques et les communautés autochtones, les jeunes et les

personnes handicapées, les détenus, les travailleurs sexuels, les utilisateurs de drogue par injection et les minorités sexuelles sont tous confrontés à des défis semblables.

La voie du progrès

La protection des droits de la personne peut contribuer à prévenir le VIH, à protéger la dignité des personnes vivant avec le VIH/sida et autrement affectées, et à réduire l'impact individuel et social de l'épidémie.

Comment protéger le mieux possible les droits humains? Premièrement, les gouvernements doivent reconnaître qu'ils sont les principaux responsables du respect, de la protection et de la réalisation de ces droits. Ils doivent établir des mécanismes institutionnels clairs pour s'acquitter de cette responsabilité.

Deuxièmement, des gestes concrets doivent être posés pour assurer l'accès égal et la non-discrimination. Les lois, politiques et pratiques devraient être examinées de façon urgente, et révisées au besoin. Cela devrait impliquer la réforme de lois criminelles ainsi que sur la santé publique et les prisons, et l'adoption de lois qui protègent contre la discrimination – avec un accent particulier sur les groupes vulnérables et les personnes vivant avec le VIH/sida. Les lois qui régissent les biens et services publics, y compris les services médicaux et sociaux, devraient également être révisées de manière à assurer la provision efficace et optimale de biens et services à ceux qui en ont le plus besoin.

Troisièmement, on devrait créer un environnement de soutien pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables. Un élément vital est l'engagement à une implication active et significative des personnes vivant avec le VIH/sida et autrement affectées. Elles doivent avoir accès à des

services juridiques et de soutien qui les informeront de leurs droits et leur permettront de chercher des conseils et de l'aide pour réaliser ces droits. Cela implique un soutien pratique aux regroupements de personnes séropositives et de communautés affectées; et la reconnaissance du droit de ces groupes à l'expression d'un point de vue qui peut différer de celui des gouvernements, ainsi qu'à la provision de conseils à ces derniers, sans peur ni demande de faveur.

Quatrièmement, nous devons être prêts à écouter les personnes séropositives – peu importe les divergences de points de vue. La prohibition imposée par le gouvernement des États-Unis, dans le financement d'organismes qui ont une approche du travail sexuel fondée sur les droits humains, ne fait qu'empirer les choses; elle entrave notamment la provision d'information et de soutien aux travailleuses sexuelles, qui en ont grand besoin.

Enfin, nous devons bâtir une société civile saine et forte, qui appuiera les efforts pour faire progresser les droits humains dans le contexte du VIH/sida.

Il n'y a peut-être pas de solution instantanée au problème du VIH/sida, mais il existe une voie du progrès. Elle exige un engagement soutenu des gouvernements, des entreprises, des organismes internationaux et de la société civile à collaborer et à placer les droits de la personne et la dignité humaine au cœur de leur réponse. Pour réussir, la lutte au VIH/sida devra être une lutte pour les droits et les intérêts des plus marginalisés de ce monde.

– Irene Khan

Irene Khan est secrétaire générale d'Amnistie internationale. On peut la joindre à secgen@amnesty.org.

Les travailleuses sexuelles et la réforme du droit en Afrique du Sud

Le mouvement Sisonke de l'Afrique du Sud vise à mobiliser les travailleuses sexuelles à lutter pour l'égalité de leurs droits et pour l'amélioration de leurs conditions de vie et de travail. Le présent article, tiré de l'exposé présenté par Jayne Arnott en séance plénière, à la XV^e Conférence internationale sur le sida, à Bangkok, le 14 juillet 2004, traite des lois pertinentes au travail sexuel en Afrique du Sud; examine les développements en matière de droit et de politiques survenus depuis la fin de l'Apartheid en 1994; décrit la situation actuelle; et souligne la contribution de travailleuses sexuelles à la lutte pour la réforme du droit.

Dix ans après la chute de l'Apartheid et l'avènement de la démocratie en Afrique du Sud, les travailleuses sexuelles sont encore harcelées. Voici ce que certaines en racontent à Cape Town, en 2004 :

Certaines femmes évitent l'arrestation si elles offrent des rapports sexuels gratuits.

Ils m'ont arrosée avec leur vaporisateur et frappée le corps à coups de pieds.

Ils ont vaporisé du gaz lacrymogène dans la camionnette et nous ont conduites en prison.

La police m'arrête environ quatre ou cinq fois par mois.

On nous garde dans une cellule pour la nuit et on nous libère le lendemain après 11 heures; on ne voit jamais de juge.

On se fait embarquer même quand on ne travaille pas.

Contexte

La Sexual Offences Act¹ (anciennement l'Immorality Act) pénalise la tenue d'une maison de débauche, la sollicitation des services de travailleuses sexuelles, la sollicitation

par les travailleuses sexuelles et le travail sexuel comme gagne-pain. En 1988, on a ajouté un article à la loi,² qui criminalise les rapports sexuels ou la pratique d'actes indécents contre rémunération.

Puisqu'il est très difficile d'intenter des poursuites et d'avoir gain de cause en vertu de cette loi, les autorités ont souvent recours à des règlements municipaux, pour contrôler le travail sexuel. Les règlements sont utilisés pour cibler, harceler et arrêter des travailleuses sexuelles, en particulier celles de la rue. Des règlements généraux sont utilisés de façon sélective pour cibler des travailleuses sexuelles; et d'autres règlements abordent spécifiquement le travail sexuel, par exemple celui sur la « flânerie pour fins de prostitution ».

La Constitution de l'Afrique du Sud est parmi les plus progressistes du monde. Elle comprend une charte des droits qui assure la protection de tous. Initialement, après 1994, on tolérait le travail sexuel; le contrôle policier était minimal. Des mesures policières étaient appliquées principalement en réponse à des plaintes du public. Sur le plan des politiques gouvernementales, on s'orientait vers la révision des lois relatives au travail sexuel. En 1995, par exemple, le mi-

nistère de la Santé a commandé une ébauche de projet de loi sur le travail sexuel. En 1996, un groupe de travail mis sur pied par le ministère de la Sûreté et de la Sécurité de la province du Gauteng a préparé une ébauche de document de politiques. Ces initiatives ont reçu un certain appui du Congrès national africain (le parti politique au pouvoir) en 1997, mais l'élan s'est perdu en 1998 et rien n'a dépassé le stade des discussions à l'interne.

Après l'année 2000, malgré l'absence de révision législative, un contexte de décriminalisation *de facto* prévalait; le travail sexuel était toléré. La plupart des arrestations et du harcèlement des travailleuses sexuelles touchaient celles qui travaillent dans la rue, les plus en vue et les plus vulnérables, et c'était surtout comme suite à des plaintes au sein de la communauté. La Sexual Offences Act était rarement utilisée pour accuser des travailleuses sexuelles. Pendant cette période, les membres du Sex Worker Education and Advocacy Task Force (SWEAT), un organisme à but non lucratif établi à Cape Town, qui œuvre depuis 1994 à la santé et aux droits de la personne des travailleuses sexuelles, recontraient principalement des cas d'arrestations et de violations

de droits qui découlait de règlements municipaux.

Le SWEAT a impliqué des travailleuses sexuelles dans des actions collectives contre le harcèlement et les procédures d'arrestation inappropriées.

Le SWEAT est arrivé à impliquer des travailleuses sexuelles dans des actions collectives contre le harcèlement et les procédures d'arrestation inappropriées. Le climat était propice à s'impliquer auprès de tribunes communautaires, comme les Community Policing Forums, dans divers secteurs de la métropole du Cap. Il était clair qu'il y avait une marge de négociation, en dépit des déséquilibres de pouvoir et du milieu criminalisé.

Développements juridiques et autres, en 2002

1. Jordan contre l'État : mars 2002

En 2002, une contestation a été déposée quant à la constitutionnalité de la Sexual Offences Act, par une propriétaire de bordel nommée Ellen Jordan.³ La contestation visait les articles criminalisant la travailleuse sexuelle et la tenue d'un bordel. La Haute cour a conclu que l'article criminalisant les travailleuses sexuelles était inconstitutionnel. Le jugement a alors été référé à la Cour constitutionnelle (voir ci-dessous).⁴

2. Document sur le travail sexuel d'adultes : août 2002

Ensuite, la Commission sud-africaine de réforme du droit (SALRC) a publié

un document thématique, en août 2002, sur la Sexual Offences Act en lien avec le travail sexuel d'adultes. Bien que ce document ne contienne aucune recommandation en matière de changement législatif, il présente de manière juste et complète le contexte du travail sexuel en Afrique du Sud. Trois modèles législatifs pour aborder le travail sexuel y sont décrits : la criminalisation, la décriminalisation et la légalisation. Dans son mémoire à la Commission, la SWEAT a appuyé la décriminalisation.

Dans le sillage de ce document, la SWEAT était optimiste quant aux possibilités de révision législative. Elle a entrepris une intervention intensive pour résumer le document et faire connaître aux travailleuses sexuelles et au milieu du commerce sexuel cette occasion de prendre part au processus législatif. Cela a culminé dans la première Rencontre nationale de travailleuses sexuelles, à la mi-octobre 2002, où ont été présentées neuf soumissions indépendantes par des collectifs de travailleuses sexuelles.

Un deuxième document de la SALRC, qui est supposé contenir des recommandations de changements législatifs a été grandement retardé. En septembre 2004, il n'avait pas encore été rendu public.

3. Jugement de la Cour constitutionnelle dans l'affaire Jordan : octobre 2002

Puis vint le verdict de la Cour constitutionnelle dans l'affaire *Jordan*.⁵ Par une marge de 6 contre 5, les juges ont conclu que la Sexual Offences Act résistait à l'examen constitutionnel, infirmant le jugement de mars 2002 de la Haute cour. Les juges ont signalé que, bien que l'article contesté était jugé constitutionnel, cela ne signifiait pas nécessairement qu'il soit aussi « efficace » que possible. Ils ont

ajouté que la SALRC devrait examiner la législation.

Le jugement a été un grand pas à reculons, pour les initiatives de réforme légale. Il a engendré une somme considérable de publicité négative envers le travail sexuel, qui a conduit à une intensification de l'activité policière, ciblant principalement les travailleuses sexuelles de rue, aux quatre coins du pays. Les gouvernements locaux ont été influencés par le jugement, qu'ils ont utilisé pour justifier des augmentations de la surveillance policière et des lois locales axées sur le contrôle. Le jugement a influencé l'opinion publique; il en a résulté une réaction brutale, immédiate et persistante, contre les travailleuses sexuelles et le secteur du commerce sexuel.

Le jugement a suscité une réaction brutale, immédiate et persistante, contre les travailleuses sexuelles et le secteur du commerce sexuel.

Situation actuelle

Nous sommes aux prises avec des initiatives de surveillance policière intensifiée, par les autorités locales, en conséquence de leur approche de « tolérance zéro », couplées à des appels à « débarrasser les rues du crime et de la saleté » – des incitations appuyées par une Campagne de régénération morale qui est dirigée par le Gouvernement de l'Afrique du Sud.

Les travailleuses sexuelles sont des cibles vulnérables à ce genre d'approche; elles deviennent d'utiles sta-

tistiques sur les nombres d'arrestations, pour affirmer que les autorités passent aux actes contre les « éléments criminels ».

Les travailleuses sexuelles et la réforme du droit

Lors d'une réunion nationale convoquée par la SWEAT en octobre 2002, des travailleuses sexuelles des quatre coins de l'Afrique du Sud ont préparé leur réponse au premier document de la Commission de réforme du droit. En ce qui a trait au VIH/sida, elles ont fait, collectivement, les affirmations suivantes :

- Nous considérons le VIH/sida comme une maladie qui tue. Chaque individu a la responsabilité de s'en protéger.
- Nous ne considérons pas qu'il devrait y avoir de lois visant à contrôler les travailleuses sexuelles pour qu'elles ne propagent pas le VIH/sida, puisque de telles lois pourraient finir, en fait, par nous supprimer. Par exemple, connaître votre état sérologique est votre droit, mais vous ne devriez pas être forcée de le divulguer sans votre consentement.
- Nos droits à des services de santé devraient être respectés et réalisés.
- Nous avons besoin d'information et d'éducation sur la santé.
- Nous souhaitons être traitées comme les autres travailleurs, et ne pas faire l'objet d'un traitement spécial.

En ce qui touche la réforme du droit, les travailleuses sexuelles ont déclaré collectivement :

- La prostitution devrait être décriminalisée, car ce n'est pas un crime. La loi de 1957 sur les crimes sexuels devrait être révisée afin de décriminaliser le travail sexuel.
- Toutes les lois et tous les règlements appliqués devraient se fonder sur les principes de la Déclaration des droits.
- Les tarifs pour les services sexuels devraient être standardisés.
- La police devrait cesser de nous harceler et elle devrait être disponible pour nous protéger de crimes violents lorsque nous en avons besoin.
- Les établissements de santé devraient être accessibles et les fournisseurs de soins de santé devraient être éduqués à fournir un service plutôt de nous intimider.

Lors d'une deuxième réunion nationale, en 2003, le mouvement Sisonke a été créé. L'énoncé de mission du Sisonke va comme suit : « En tant que Sisonke, notre but est d'unifier les travailleuses sexuelles afin d'améliorer nos conditions de vie et de travail et afin de lutter pour l'accès égal aux droits ».

En 2004, la SWEAT a soutenu des réunions nationales de représentants de groupes de travailleuses sexuelles

de partout au pays, en vue de développer un leadership et de se préparer à la participation aux prochaines étapes d'une révision législative.

Conclusion

Avant que puisse avoir lieu une réforme du droit au palier national, la SALRC doit publier son deuxième document (assorti de recommandations de changements à la loi). La SWEAT s'activera à un lobbying auprès des parlementaires, en lien avec la réforme législative. La SWEAT appuiera aussi la croissance du Sisonke, à l'échelle nationale, pour favoriser l'auto-représentation dans les processus de réforme légale. Entre-temps, au palier de gouvernement local, elle demeurera active à contester les violations des droits de la personne et à promouvoir la santé et la sécurité dans le secteur du travail sexuel.

– Jayne Arnott

Jayne Arnott est directrice de la SWEAT. On peut la joindre à sweat@iafrica.com.

¹ The Sexual Offences Act 23 of 1957.

² Article 20 [1] [aA].

³ *S v Jordan and Others* 2002 [1] SA 797 [T].

⁴ *S v Jordan and Others* 2002 [6] SA 642 [CC].

⁵ *S v Jordan and Others* 2002 [11] BCLR 1117 [CC].

Les jeunes : trop souvent écartés de la réponse au VIH/sida

Les réactions au VIH/sida doivent inclure les jeunes et reconnaître leur diversité. Dans son exposé présenté en séance plénière à la XV^e Conférence internationale sur le sida à Bangkok, le 14 juillet 2004, Raoul Fransen explique pourquoi il est important d'impliquer les jeunes dans l'élaboration des politiques et à toutes les étapes de la conception et de la mise en œuvre des programmes. Il met en relief la nécessité que les jeunes puissent faire des choix éclairés, en matière de sexualité, appuyés par l'information et le soutien nécessaires.

On dit souvent que les jeunes, c'est l'avenir. Le Secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan, a affirmé que les jeunes sont la clé de la lutte contre le VIH/sida. Nous sommes peut-être l'avenir et la clé, mais nous ne sommes pas un groupe homogène. Les jeunes ne vivent pas tous les mêmes réalités et n'apprécient pas qu'on les place tous dans le même panier.

Les stratégies qui s'adressent aux jeunes en tant que groupe homogène sont inefficaces. Elles ne tiennent pas compte des différences liées au sexe, à la culture, aux normes et valeurs, à la sexualité, etc. Les jeunes ne présentent pas tous les mêmes facteurs de vulnérabilité au VIH. La vulnérabilité d'une jeune femme défavorisée qui vit dans un village rural d'Afrique est différente de celle d'un jeune gai des favelas de Rio.

Les jeunes peuvent se trouver dans des situations particulières qui les rendent vulnérables, comme le choix d'une éducation ou d'une carrière, la découverte de leur sexualité ou une relation avec un (premier) partenaire. Toutefois, leur vulnérabilité n'est pas tant liée à leur âge qu'à la situation et aux circonstances qu'ils vivent.

Pour les jeunes, bâtir et développer sa vie est toujours une démarche difficile; mais pour un jeune séropositif au

VIH, les défis sont encore plus grands.

Quand j'ai reçu mon diagnostic de séropositivité à 15 ans, il n'existait pas de services spécifiques de soutien pour les jeunes. C'était difficile de trouver quelqu'un à qui m'identifier. En plus des aspects émotifs, j'avais des problèmes particuliers à gérer, comme l'école et la recherche d'une assurance santé. Aucun adulte séropositif que je connaissais n'avait d'expérience à ce chapitre. Je ne crois pas que ça ait beaucoup changé aujourd'hui.

Les jeunes sont peut-être l'avenir, mais ils sont aussi le présent – et ce présent révèle que :

- 50% des 15 000 nouveaux cas de VIH quotidiens touchent des jeunes de 15 à 24 ans, dont 75% sont des filles;
- plus du tiers des personnes vivant avec le VIH/sida sont des jeunes de 15 à 24 ans, dont près des deux tiers sont des filles; et
- en Afrique subsaharienne, on estime que plus de la moitié des personnes vivant avec le VIH/sida ont moins de 18 ans.

Or, il y a deux ans, à la Conférence internationale sur le sida de Barcelone, seulement 200 des 15 000

participants avaient moins de 30 ans. Il est grand temps qu'une conférence comme celle-ci mette les jeunes à l'avant-plan de son ordre du jour; et nous félicitons les organisateurs de la Conférence de Bangkok de l'avoir fait.

Implication des jeunes

Pour favoriser l'implication à part entière des jeunes, nous devons délaissier la pratique et la croyance que les organismes et les « vraies » questions s'adressent exclusivement aux adultes. Nous devons comprendre que les jeunes peuvent contribuer à tous les paliers, de l'activisme jusqu'aux politiques et à la défense des droits; et nous devons leur donner l'occasion de le faire. Autrement, ils ne prendront pas les devants.

Les jeunes sont des partenaires viables et absolument essentiels, mais souvent écartés de la réponse au VIH/sida. Trop de programmes et de projets jeunesse sont dirigés par des personnes qui, quoique compétentes, ne sont clairement pas jeunes.

Il faut intégrer les jeunes pour plusieurs raisons. Dans la plupart des régions, il s'agit de la population la plus durement frappée par l'épidémie de VIH. Les jeunes font partie de la solution et non du problème. Ils ne veulent pas de la compréhension; ils

veulent participer. Les jeunes sont un groupe cible, mais aussi une ressource pour l'intervention.

Les jeunes sont un groupe cible, mais aussi une ressource pour l'intervention.

L'implication de jeunes peut améliorer, et de fait améliore, l'efficacité d'une intervention. Lorsqu'elles sont adaptées à nos besoins et à nos aspirations, les interventions deviennent nôtres et nous pouvons voir à leur succès. L'habilitation des jeunes rehausse l'estime de soi, les compétences, les connaissances et la confiance. L'implication des jeunes crée de véritables opportunités pour l'avenir, qui profitent à l'organisme, à l'école ou à la communauté en question.

Comment les jeunes devraient-ils s'impliquer? Une implication symbolique, qui leur ferait une place sans qu'ils aient vraiment leur mot à dire, n'est pas souhaitable. Une réelle participation ne touche pas seulement la mise en œuvre, mais aussi la planifi-

cation de la démarche et des buts à atteindre. Cela signifie que des jeunes doivent être impliqués dans l'élaboration des politiques et dans la planification, la mise en œuvre et l'évaluation des activités. S'ils ne participent pas à toutes ces étapes, les initiatives à leur intention ne reflèteront jamais leurs idées. Par contre, celles qui impliquent des jeunes aboutiront à des activités par et pour cette population.

En février 2004, lors d'une Conférence ministérielle de l'Union européenne intitulée « Breaking the Barriers – Partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia », un groupe de jeunes a recommandé :

- que des jeunes soient inclus dans les comités nationaux sur le VIH/sida et dans d'autres instances qui ont un pouvoir décisionnel au chapitre de l'élaboration des politiques;
- que le pouvoir des organismes jeunesse soit canalisé dans l'élaboration de programmes à tous les paliers;
- que les jeunes soient inclus en tant que partenaires égaux dans les

conférences et discussions futures;

- que les regroupements jeunesse soient invités aux discussions concernant des documents clés de politiques (comme des déclarations nationales et régionales); et
- que les organismes fassent preuve de transparence quant aux moyens qu'ils adoptent pour impliquer des jeunes et quant à leur degré de réussite.

En tant que jeunes, nous avons des limites qui doivent être reconnues. Les gens plus âgés peuvent détenir des connaissances et des compétences plus étoffées à certains égards. Nous avons besoin d'un véritable partenariat entre les jeunes – avec leurs connaissances et expériences spécifiques, leur enthousiasme et leur capacité de joindre leurs pairs – et des professionnels qui reconnaissent et respectent leur contribution.

La plupart des jeunes n'ont pas beaucoup d'argent et ont besoin de ressources. Certains croient que les jeunes accepteront sans hésiter un travail bénévole. Bien que cela puisse être vrai dans une certaine mesure, les jeunes ont quand même besoin d'un gagne-pain.

Élaboration d'une perspective nationale

À la séance plénière du 14 juillet 2004, Ricky Tonbing, du Delhi Network of Positive People (Inde), a également abordé les préoccupations des jeunes. Voici des extraits retouchés de son exposé :

- De la même façon que l'on fait appel aux jeunes en temps de guerre, les gouvernements devraient mobiliser les jeunes à lutter contre le VIH/sida.
- Puisque près de la moitié des nouveaux cas de VIH touchent les 15 à 24 ans, la moitié des ressources devraient être consacrées à des programmes pour eux.

- Les jeunes devraient s'impliquer de manière significative dans la réponse au VIH/sida. L'implication va au delà des emplois subalternes; elle inclut une contribution à l'élaboration des politiques qui touchent les jeunes.
- Les jeunes vivant avec le VIH/sida ont un rôle important dans la prévention du VIH.
- Plusieurs jeunes apprennent leur séropositivité par le biais de programmes de test et de counselling volontaires qui ont de piètres normes de counselling et de référence.

– Ricky Tonbing

Puisqu'on ne reste pas jeune toute la vie, le leadership doit être durable. Il nous faut un système pour transmettre les connaissances et l'expertise aux jeunes leaders de l'avenir. Cela nécessite une mémoire organisationnelle unique et des ressources supplémentaires.

Les jeunes et la prévention

Les jeunes sont souvent considérés comme une simple cible, pour la prévention. La prévention fait alors figure d'intervention que l'on fait subir aux jeunes, plutôt que de démarche que chaque génération devrait accomplir d'elle-même. Il n'est pas étonnant que les efforts de prévention continuent d'échouer.

Bien des jeunes sont fatigués d'entendre des messages de prévention du VIH qui sont désuets et/ou irréalistes. Par exemple, l'approche « ABC » ne correspond tout simplement pas à la vision ou aux expériences de vie de nombreux jeunes. Elle ne reconnaît

L'approche « ABC » ne correspond tout simplement pas à la vision ou aux expériences de vie de nombreux jeunes.

pas leurs droits sexuels et génésiques. L'approche « ABC » est un exemple frappant de la projection de la moralité hypocrite d'une génération sur une autre.

Les jeunes n'ont pas été témoins des premières décennies de

l'épidémie, mais ils sont confrontés à des formes nouvelles et différentes d'idées préconçues, de préjugés et de discrimination. Même en Europe occidentale – où peu de personnes meurent du sida et où beaucoup de tabous ont été brisés – le stigmatisme et la discrimination font encore partie du quotidien des personnes qui vivent avec le VIH/sida.

Dans le monde industrialisé, l'accès relativement facile aux antirétroviraux a transformé l'image du sida, d'une maladie mortelle en une « infection transmissible sexuellement comme les autres ». Le VIH/sida est disparu de l'ordre du jour des gouvernements. Cela a entraîné une nouvelle vague d'infection parmi les jeunes.

Récemment, on a commencé à persécuter les personnes vivant avec le VIH/sida qui ne divulguent pas leur séropositivité lors de rapports sexuels non protégés. Cela nuit aux efforts de prévention, en donnant un faux sentiment de sécurité aux personnes qui ne connaissent pas l'état sérologique de leur partenaire et qui assument que les personnes vivant avec le VIH/sida divulguent toujours leur séropositivité avant un rapport sexuel.

Quand j'ai appris que j'avais le VIH, je pensais ne plus jamais avoir de rapports sexuels, surtout par peur de transmettre l'infection. Il m'a fallu du temps pour être prêt à revivre une relation intime. Si j'avais reçu du soutien spécifique, les choses auraient peut-être été plus faciles ou j'aurais peut-être fait d'autres choix. L'une des flagrantes omissions de notre réaction internationale est la prévention positive. Je ne connais que quelques programmes et organismes

qui abordent les besoins de santé sexuelle et génésique des jeunes séropositifs.

Chacun devrait pouvoir décider librement d'avoir ou non des rapports sexuels, et avec qui. Plutôt que d'être incités à *ne pas* avoir de rapports sexuels, les jeunes – séropositifs ou non – devraient être habilités à *choisir* ce qui leur convient – que ce soit l'abstinence, la limite du nombre de partenaires ou l'usage du condom. Il faut leur donner le choix, et pas une idéologie. Les jeunes devraient être soutenus dans la découverte de leur sexualité. Ce soutien devrait comprendre de l'information élémentaire sur la sexualité et une éducation fondée sur les compétences de vie; l'accès à des mesures comme des condoms, d'autres contraceptifs et des seringues stériles; et l'accès à un éventail de services de soutien.

Nous devons habiliter les jeunes à prendre des décisions sûres et saines – des décisions qui leur appartiennent.

Je nous mets au défi – générations jeunes et adultes, société civile et autres secteurs – de mettre en œuvre les stratégies que nous savons efficaces, de modifier celles qui ne le sont pas, et de contester les politiques qui ignorent les réalités des jeunes.

– Raoul Fransen

Raoul Fransen, 26 ans, vit avec le VIH depuis l'âge de 15 ans et a cofondé Young Positives, un réseau international qui soutient des organismes dirigés par et pour des jeunes vivant avec le VIH/sida et qui est affilié au Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+). On peut le joindre à Rfransen@StopAidsNow.nl.

Utilisateurs de drogue vivant avec le VIH/sida : une double discrimination

En Russie, les utilisateurs de drogue vivant avec le VIH/sida se voient souvent refuser des services médicaux et sociaux élémentaires, en plus d'être systématiquement exclus des programmes de traitement antirétroviral. Dans son exposé présenté à la rencontre satellite « HIV Treatment for Drug Users – A Realistic Goal », le 15 juillet 2004, dans le cadre de la XV^e Conférence internationale sur le sida, Dmitry Samoilov fait état de la discrimination que subissent les personnes vivant avec le VIH/sida, en général, et celles qui consomment des drogues en particulier. Il présente de troublants témoignages de personnes séropositives au VIH. Il décrit les obstacles que rencontrent les utilisateurs de drogue dans l'accès aux soins de santé, puis il propose des mesures pour y remédier.

Selon des experts internationaux, l'épidémie de VIH qui frappe la Russie se propage à un rythme des plus élevés au monde. Près d'un million d'individus y vivent déjà avec le VIH/sida. Environ 75% de ceux-ci sont des utilisateurs de drogue qui ont contracté l'infection par la voie de seringues ou d'aiguilles contaminées. Le VIH se propage maintenant plus rapidement en Russie qu'en Afrique. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime à environ 50 000 le nombre de Russes qui ont besoin d'antirétroviraux; moins de 1 000 d'entre eux en reçoivent.

L'un des aspects les plus problématiques de l'épidémie de VIH, en Russie, est la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida. On nous refuse des traitements médicaux, des emplois et l'admission à l'université. Devant l'intolérance et l'ignorance de médecins, de psychologues, de travailleurs sociaux et du grand public, à l'égard des problèmes et du mode de vie de notre communauté, nous sommes nombreux à nous tourner vers la clandestinité. Nous devenons

inatteignables, pour les professionnels de la santé et d'autres services publics, et nous cessons de rechercher de l'information sur la santé. Les personnes séropositives sont donc peu informées; elles deviennent impuissantes.

Les utilisateurs de drogue qui vivent avec le VIH sont assujettis à une double discrimination. En Russie, beaucoup de gens considèrent les utilisateurs de drogue comme des citoyens de seconde classe, qui ne méritent pas d'être aidés. Ainsi, on leur refuse souvent des services sociaux élémentaires, notamment l'assistance médicale. Les témoignages suivants illustrent ce problème :

(Mikhail) J'ai appelé l'ambulance parce que j'avais besoin d'être transporté immédiatement à l'hôpital. Après que j'aie dit aux ambulanciers que j'avais le VIH, comme l'exige la loi russe, ils m'ont répondu qu'ils n'étaient pas un « taxi » et ont refusé de me donner une assistance médicale.

(Olga) À la clinique pour femmes où j'ai reçu mon diagnostic, tous les médecins en devoir sont venus m'ex-

aminer. J'étais comme une marginale de la société, pour eux – une utilisatrice de drogue séropositive et enceinte. Tous les employés de la clinique se faisaient un devoir de m'expliquer à quel point ma situation était désespérée et pourquoi je ne devrais même pas envisager de devenir mère : la société n'a certainement pas besoin de mères – et encore moins de bébés – qui ont le VIH.

« Ils m'ont dit que je finirais en prison de toute façon, alors à quoi bon me traiter? »

(Yekaterina) Ils m'ont dit que je finirais en prison de toute façon, alors à quoi bon me traiter? Ils ont dit qu'ils préféreraient traiter d'autres personnes – qui ne consomment pas de drogue et n'en ont jamais consommé. Je ne comprends pas. Nous sommes tous des êtres humains, après tout. Ensuite, j'ai recommencé à m'injecter. J'avais de grands projets d'avenir, mais j'étais incapable de faire face à la situation.

(Andrey) À la clinique VIH/sida, tu dois prouver ton « apport à la société » pour recevoir un traitement – même des soins palliatifs.

Accès aux traitements

Puisque les utilisateurs de drogue ont été durement frappés par la première vague de VIH/sida en Russie, ils constituent maintenant le plus vaste groupe ayant besoin d'antirétroviraux – pourtant, ils sont encore systématiquement exclus des programmes de traitement antirétroviral.

(Fedor) Ils disent que si tu ne vis pas avec tes parents, tu es « instable », donc tu ne recevras pas de traitement.

(Pavel) J'ai eu un caillot de sang à cause d'une mauvaise injection. Je tremblais et j'avais mal à la tête. J'ai appelé l'ambulance. Deux gars sont venus et m'ont demandé ce que j'avais. Ils ont précisé que je devrais payer pour certains médicaments. Puis ils m'ont dit qu'il était grand temps que je crève.

Tout citoyen russe a un droit égal à des soins médicaux, sans égard au fait qu'il consomme ou non des drogues.

(Anton) J'ai eu un accident d'auto. Un os cassé dans ma jambe transperçait ma peau. Quand l'ambulance est arrivée, j'ai dit aux techniciens que j'avais le VIH. Ils ont discuté pendant un long moment de la façon dont ils me transporteraient à l'hôpital, parce

qu'ils avaient peur de me toucher. Après 40 minutes, ils ont mis leurs gants de caoutchouc, m'ont placé sur une civière et conduit à l'hôpital – où l'on m'a nourri à travers une petite fenêtre.

L'accès des utilisateurs de drogue aux soins de santé est compliqué par certains facteurs. Premièrement, les utilisateurs de drogue sont souvent non inscrits, n'ont pas de passeport ni d'assurances. Deuxièmement, certains médecins ne comprennent pas pourquoi, en principe, les utilisateurs de drogue devraient être aidés.

Troisièmement, ceux qui fréquentent une clinique de traitement de la dépendance à la drogue sont officiellement identifiés comme utilisateurs de drogue. Craignant la stigmatisation pouvant découler d'un tel diagnostic, un grand nombre d'utilisateurs de drogue évitent de s'adresser aux établissements de santé.

Quatrièmement, il existe un grave manque d'accès au traitement de substitution, qui rehausse la santé générale ainsi que la fidélité au régime antirétroviral. Les individus qui suivent un traitement de substitution peuvent noter une amélioration significative de leur état physique et émotif de même que de leurs relations sociales. Le traitement de substitution assorti de soutien devrait être lié à des interventions et services préventifs ainsi qu'à des efforts pour fournir des traitements aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Mesures à adopter

Pour remédier à la situation, il est essentiel de mettre sur pied des pro-

grammes de réduction des méfaits; de créer un lien entre ces programmes et le système de soins de santé, en particulier les instances responsables de la fourniture d'antirétroviraux; et d'assurer une interaction avec les organismes de défense des droits humains aux paliers national et international.

Il faut aussi organiser et développer des associations d'utilisateurs de drogue et de personnes vivant avec le VIH/sida, afin de défendre leurs droits et de protéger leurs intérêts à tous les paliers décisionnels. Nous avons créé la Communauté des personnes vivant avec le VIH/sida en Russie, pour mobiliser des gens à agir contre la discrimination et la stigmatisation et à lutter pour l'accès aux traitements.

En modifiant les attitudes de la société, nous pourrions créer un climat de plus grande tolérance, pour nos proches et amis, et pour nous-mêmes. Il est également essentiel de modifier les politiques nationales, y compris sur le financement des traitements. Rien ne sert d'attendre que quelqu'un d'autre se porte à la défense des intérêts des personnes qui vivent avec le VIH/sida et de celles qui consomment des drogues. Nous devons nous unir et lutter pour nous-mêmes et pour autrui. Sans un effort collectif, rien ne changera.

– Dmitry Samoilov

Dmitry Samoilov est directeur de la Communauté des personnes vivant avec le VIH/sida en Russie. On peut le joindre à dimasam25@mail.ru.

Contrôle de la drogue, droits humains et réduction des méfaits à l'ère du sida

Dans plusieurs pays, la prévalence du VIH parmi les personnes qui utilisent des drogues illégales est élevée. Néanmoins, de nombreux gouvernements résistent à mettre en œuvre des mesures efficaces pour la prévention du VIH; et l'accès aux soins, aux traitements et au soutien, pour les utilisateurs de drogue, est souvent insuffisant. Un corpus croissant de données montre que l'approche prédominante en matière de drogues illicites, la prohibition, est inefficace – voire contre-productive, puisqu'elle bloque ou sape des mesures qui se sont avérées efficaces à réduire les méfaits chez les utilisateurs de drogue et dans des communautés affectées par des lieux de consommation de drogue à ciel ouvert. Le débat croissant à propos des politiques sur le contrôle mondial des drogues pourrait nous détourner, collectivement, des prescriptions qui ont échoué, vers un cadre plus rationnel, pragmatique et propice à la promotion de la santé : la réduction des méfaits. Le présent article, préparé par Richard Elliott, est un sommaire d'un document rédigé pour la rencontre satellite « Droits humains dans l'exclusion : le VIH/sida, les détenus, les utilisateurs de drogue et le droit » (Bangkok, 9 juillet 2004) organisée par le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit (Inde).¹ Il décrit brièvement les retombées de ces deux différentes approches des politiques; examine le droit international sur le contrôle de la drogue; explique comment la réduction des méfaits reflète une approche aux drogues qui est fondée sur les droits humains; et évalue certaines stratégies visant la réforme des politiques mondiales en matière de drogues illicites.

L'injection de drogue et le VIH/sida : des enjeux sanitaires mondiaux

L'injection de drogue est répandue, dans le monde, et elle est associée à de graves conséquences sanitaires et sociales. Les utilisateurs de drogue par injection (UDI) sont aux prises avec des taux très élevés, et disproportionnés, de VIH/sida et d'autres maladies infectieuses ainsi que de surdoses et de violence policière. En général, les données semblent indiquer que, bien que les UDI n'aient pas un accès adéquat aux traitements antirétroviraux et qu'ils rencontrent des difficultés supplémentaires dans le respect du traitement, ces défis peuvent être surmontés par un soutien approprié.

La prohibition vs la réduction des méfaits

L'application de la prohibition demeure prépondérante dans les réactions nationales et internationales à l'usage de drogue. Or les données existantes mettent en relief le fait que cette approche est déficiente à plusieurs égards. Dans certains cas, l'effet de la prohibition est d'augmenter le degré de risque dans les pratiques d'injection et d'inciter à l'entreposage de drogues. La surveillance policière peut empêcher des utilisateurs de drogue d'avoir accès à des services et programmes de santé, comme l'échange de seringues. Des politiques d'application de la loi poussent des utilisateurs de drogue, qui jusque-là ne s'injectaient pas, à se

tourner vers l'injection – une méthode plus efficace et moins propice à ce que l'on détecte la drogue dans le sang. L'application de la prohibition échoue à atteindre les buts auxquels elle prétend, soit la réduction de l'usage de drogue et l'amélioration de l'ordre public. L'allocation de ressources considérables à des approches aussi improductives, voire nocives, n'est pas efficace et comporte un coût d'opportunité, notamment la perte d'investissements dans des services policiers plus utiles.

De plus, la « guerre aux drogues » entraîne des coûts désastreux sur le plan des droits de la personne. Les cas documentés de violations de droits humains par des agents gouvernementaux incluent : le harcèlement, les fouilles illégales, l'extorsion, la vio-

lence et la torture (y compris l'exploitation de la dépendance d'utilisateurs de drogue afin de tirer des confessions frauduleuses).² La Thaïlande offre un exemple des plus extrême – une déclaration nationale de guerre aux drogues a été associée à l'exécution extrajudiciaire de plus de 2 000 présumés vendeurs de drogue, dont plusieurs n'étaient probablement que des personnes dépendantes de la drogue.³ D'autres cas documentés d'abus incluent la désintoxication forcée, l'imposition de tests du VIH et le travail forcé en détention.⁴ La guerre aux drogues est également marquée de discrimination raciale.⁵ À l'opposé de la prohibition,

la réduction des méfaits est une approche pragmatique et humaniste, pour réduire les préjudices individuels et sociaux associés à l'usage de drogue, notamment le risque d'infection par le VIH. Cette approche cherche à atténuer les problèmes liés à l'usage de drogue, au moyen de méthodologies qui respectent la dignité, l'humanité et les droits humains des personnes qui font usage de drogue.⁶

La réduction des méfaits n'exclut pas le but de l'abstinence, mais elle accepte que l'utilisation de drogues illicites est présente et le restera, au sein de nombreuses cultures, aux quatre coins du monde, et que des efforts devraient être faits pour réduire les méfaits qui guettent les personnes qui continuent d'en consommer. Dans la pratique, les mesures incluent les programmes d'intervention sur le terrain, les interventions misant sur le travail de pairs et de regroupements d'utilisateurs, les programmes d'échange de seringues, le traitement de substitution (entretien à la méthadone, par exemple) et les lieux sécuritaires pour l'injection.

Des données montrent que les mesures de réduction des méfaits peuvent avoir un impact positif sur la prévention de l'infection par le VIH parmi les personnes qui utilisent des drogues illicites et parmi leurs partenaires sexuels et de consommation; que ces mesures peuvent améliorer l'accès de ces personnes à des services de santé et d'autres types; et qu'elles sont plus respectueuses de la dignité et des droits.⁷ Mais ces approches sont bloquées ou entravées, dans plusieurs pays ou autres ressorts, par un manque d'appui politique et financier.

Les approches de réduction des méfaits sont bloquées ou entravées, dans plusieurs ressorts, par un manque d'appui politique et financier.

Le contrôle des drogues et la réduction des méfaits, en droit international

Le système mondial de contrôle des drogues repose sur trois conventions des Nations Unies qui requièrent que les États signataires adoptent diverses mesures pour criminaliser les activités liées aux drogues : la Convention unique de 1961 sur les stupéfiants, la Convention de 1971 sur les substances psychotropes et la Convention de 1988 contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes.

Trois organes internationaux administrent ces traités.

- La Commission des stupéfiants des Nations Unies (CSNU), com-

posée de 53 États membres de l'ONU, est l'organe central en matière d'élaboration des politiques du système onusien en lien avec le contrôle des drogues; elle a le pouvoir de proposer des amendements aux traités existants ou de proposer de nouveaux traités. La CSNU fonctionne actuellement par consensus, c'est-à-dire qu'il suffit d'un seul pays pour bloquer une résolution ou une autre initiative.

- L'Office contre la drogue et le crime des Nations Unies (ODCNU) « assiste les États membres de l'ONU dans leur lutte contre les drogues illicites, le crime et le terrorisme » [trad.]; il est récemment devenu co-parrain du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et a exprimé un certain appui à des mesures de réduction des méfaits – du moins en ce qui a trait à prévenir la transmission du VIH.⁸ Cependant, les dirigeants de l'ODCNU critiquent les tenants de la réduction des méfaits, dont ils prétendent qu'ils nuisent au « multilatéralisme ».⁹ Les contradictions intrinsèques à l'ODCNU ainsi qu'entre lui et d'autres « valeurs centrales » à l'ONU restent à résoudre.¹⁰
- L'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) se compose de 13 individus; il se décrit comme « un organe de contrôle indépendant et quasi-judiciaire chargé de l'application des conventions des Nations Unies sur les drogues ». Les membres opposés à la réduction des méfaits dominent cet organe qui persiste à critiquer les « salles d'injection » en refusant

de reconnaître leurs fins médicales et scientifiques, et en affirmant que tout gouvernement qui autorise des lieux sécuritaires pour l'injection « facilite le trafic de drogue » et contrevient aux traités.¹¹ Les interprétations de l'OICS n'ont pas force d'application légale mais influencent le climat politique dans lequel les décideurs au sein des pays élaborent des politiques nationales.

La criminalisation et les pénalités, en lien avec les activités liées à la drogue, sont le point de mire des conventions. Mais ces dernières renferment aussi d'importantes nuances qui peuvent, du moins si elles sont interprétées et mises en œuvre de manière courageuse par les responsables des politiques, faire une place à des initiatives de réduction des méfaits, bien que la « marge de manœuvre » soit limitée.¹²

En particulier, les conventions de 1961 et de 1971 permettent la production, la distribution et la possession de substances contrôlées, à des « fins médicales et scientifiques ». Elles permettent aussi aux États de voir à des mesures pour le traitement, la réhabilitation et la réintégration sociale en tant qu'alternatives ou suppléments aux sanctions pénales. Bien que la convention de 1988 requière que chaque État criminalise la possession de toute substance contrôlée, même à des fins de consommation personnelle, on y reconnaît aussi que cette obligation est imposée « sous réserve [des] principes constitutionnels » des États et des « concepts fondamentaux de [leurs] systèmes juridiques ». Diverses mesures de réduction des méfaits peuvent être mises en œuvre, pour peu que l'État soit disposé à adopter de

telles dispositions afin de défendre son choix d'interprétation plus flexible et plus propice à la santé.

La réduction des méfaits et les droits humains

Dans un des premiers articles établissant le bien-fondé de la réduction des méfaits à partir des normes des droits de la personne, Alex Wodak a examiné comment la prohibition entraîne des violations de droits et contribue aux méfaits pour les utilisateurs de drogue :

Le recours aux sanctions pénales, comme principale réponse à l'usage de drogues illicites, conduit inévitablement à nier les droits humains de la population des UDI, puisque la consommation de drogue continue d'être définie comme une question d'application de la loi, plutôt qu'un enjeu de santé. Il s'ensuit de piètres résultats sanitaires au sein de cette population, puisque la promotion de la santé et les services de soins de santé sont plus difficiles à fournir à une population qui est à présent stigmatisée et poussée dans la clandestinité. La protection des droits humains est un préalable essentiel à l'amélioration de la santé des utilisateurs de drogue et à l'amélioration de la santé publique au sein des communautés dans lesquelles ils vivent.¹³

En dépit de l'importance des droits humains pour les efforts de réduction des méfaits, Andrew Hathaway soutient que le mouvement de la réduction des méfaits a adopté un point de vue trop strictement empirique, et qu'il a prétendu se situer au « centre du spectre » en matière de drogue, en articulant ses principes comme étant issus d'un « modèle sanitaire scientifique » et « faisant fi indûment de la moralité sous-jacente, avec sa préoccupation fondamentale pour les

droits humains ». ¹⁴ Sam Friedman et coll. ont signalé que le mouvement de la réduction des méfaits a vu le jour pendant une période marquée par « une économie politique exploitant des boucs émissaires » qui a ciblé notamment les utilisateurs de drogue comme des responsables des maux de société. Ils ont affirmé que « ce climat a conditionné et limité les perspectives, les stratégies et les tactiques des tenants de la réduction des méfaits, presque partout ». ¹⁵ Dans un contexte hostile à la notion que les droits universels de la personne s'appliquent aussi aux utilisateurs de drogue, une réaction pragmatique aux méfaits immédiats associés aux excès prohibitionnistes consiste à camper le problème dans un langage et des données de santé publique – reconnaissant, bien sûr, qu'en de telles circonstances la nécessité de défendre les droits de la personne l'emporte.

La préoccupation de Hathaway est exprimée avec une emphase libérale traditionnelle sur les droits civils et politiques que les gouvernements ne devraient pas enfreindre. Nadine Ezzard invoque quant à elle la nécessité d'aborder aussi les « vulnérabilités » sous-jacentes, notamment divers facteurs qui « contraignent les choix et limitent le rayon d'action individuel », augmentant par le fait même les risques de méfaits associés à la drogue. ¹⁶ En soi, son incitation à relier la réduction des méfaits et les droits humains met en relief le devoir des gouvernements d'adopter des mesures positives afin d'aborder les droits humains d'ordre économique, social et culturel, dans la réponse à l'usage de drogue.

Comment devrions-nous concevoir la relation entre les droits humains et la réduction des méfaits? Ces concepts sont, ou peuvent être,

liés entre eux d'au moins quatre manières qui sont, ou peuvent être, connexes :

Dans les réactions à l'usage de drogue, les gouvernements doivent adopter des mesures positives afin d'aborder les droits humains d'ordre économique, social et culturel.

- le mouvement de la réduction des méfaits reflète de façon inhérente les principes des droits humains, en insistant sur la dignité de personnes qui sont souvent marginalisées et vulnérables à la violation de droits humains;
- d'un point de vue purement pragmatique, le respect des droits humains est nécessaire à ce que les interventions de réduction des méfaits soient réalisables et efficaces;
- les normes des droits humains incitent à axer sur la réduction des méfaits, plutôt que sur la prohibition, nos politiques en matière d'usage de drogue;
- les tenants de la réduction des méfaits peuvent et devraient faire appel aux normes des droits humains, dans l'argumentation pour une réforme des politiques sur la drogue.

Cette dernière proposition requiert des explications plus poussées : comment s'articule l'argument des droits humains, à l'appui de la réduction des méfaits?

La réduction des méfaits : une approche fondée sur les droits humains, pour les politiques sur la drogue

Une approche fondée sur les principes des droits humains, dans le cadre des politiques sur les drogues, permet – et, de fait, soutient activement – l'application des mesures de réduction des méfaits. À titre d'exemple, examinons brièvement deux sources internationales d'orientations.

Premièrement, les États signataires du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDÉSC) « reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». ¹⁷ De plus, les États sont légalement tenus de prendre des mesures pour progresser graduellement vers le plein exercice de ce droit, notamment « les mesures nécessaires pour assurer ... la prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques ... ; [et] la création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie. » ¹⁸ Le comité onusien chargé de surveiller le respect du PIDÉSC a précisé que les États sont tenus de *respecter, de protéger et de mettre en œuvre* ce droit. ¹⁹ Les États contreviennent à leur obligation de respecter le droit à la santé, s'ils posent toute action ou adoptent des politiques ou des lois « susceptibles de provoquer ... une morbidité inutile et une mortalité qu'il serait possible de prévenir ». ²⁰ Compte tenu du corpus croissant de données, combien de temps attendrons-nous encore qu'une figure ou une instance de stature suffisante à

avoir un impact politique reconnaisse que la prohibition, du moins en tant qu'approche isolée, constitue une violation de l'obligation des États à l'égard du droit à la santé?

Deuxièmement, les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne, qui « ont pour objet d'aider les États à traduire les normes internationales des droits de l'homme en mesures d'application concrètes dans le contexte du VIH/sida », identifient des « mesures pragmatiques à prendre[,] par les gouvernements ... en vue d'assurer la protection des droits de l'homme et d'atteindre les objectifs de santé publique liés au VIH ». ²¹ Ces directives devraient éclairer les politiques sur le contrôle des drogues illicites. Par exemple, on y recommande que « [l]a législation pénale ne doit pas faire obstacle aux mesures prises par les États pour réduire le risque de transmission du VIH entre toxicomanes par voie intraveineuse et pour assurer à ces derniers les soins et le traitement requis par le virus ». ²²

Modifier le régime : stratégies pour réformer les politiques mondiales sur les drogues

Comment pourrait-on réformer le régime mondial du contrôle des drogues afin de prendre un virage résolu pour que la prohibition ne soit plus l'approche dominante?

Il est maintenant largement reconnu que les programmes de traitements substitutifs ainsi que d'échange de seringues sont permis en vertu des traités internationaux sur le contrôle des drogues. Mais d'autres mesures, comme la création de lieux sécuritaires pour l'injection, demeurent contestées et le climat général de prohibition qui découle de

ce régime légal crée un « froid » sur diverses mesures. Par ailleurs, l'exigence de la Convention de 1988 à l'effet que les États criminalisent même la possession pour usage personnel – faisant ainsi des criminels de tous les utilisateurs de drogue – laisse peu de place à l'interprétation.

Même si les États ont une certaine marge de manœuvre interprétative, et s'il faut encore rassembler la volonté politique au palier domestique pour aller de l'avant avec des initiatives de réduction des méfaits, la largeur de l'« espace politique » qu'ils peuvent ouvrir est limitée par l'environnement politique plus général. L'inertie structurelle de la CSNU, les contradictions internes de l'ODCNU ainsi que l'opposition idéologique de l'OICS ne forment pas un cadre global que l'on peut qualifier d'habilitant. Ajoutons à cette base la puissante influence de pays voués à l'agenda prohibitionniste, notamment les États-Unis, et il est évident qu'il s'agit d'un dossier politique autant que juridique. Comme l'a observé Robin Room, « l'impact du système réside plutôt dans l'application des traités et dans la politique internationale qui l'entoure ». Room décrit « un contexte international où les États sont réticents à se distancier d'une orthodoxie dominante qui décrit le contrôle de la drogue en termes de guerre ».²³

Des « failles dans le consensus » semblent toutefois commencer à se manifester.²⁴ Un nombre croissant de pays s'écartent de la criminalisation en tant qu'approche dominante à l'égard de l'usage de drogue, ou du moins ils en réduisent la prépondérance. Le prochain débat de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les politiques mondiales en matière de drogue est prévu en 2008;

les prochaines années offrent donc une occasion propice à la poursuite de stratégies pour une réforme du régime actuel. Quelles sont les options?

En général, les chances de parvenir à l'adoption d'*amendements* aux conventions actuelles sont pour le moins minces, vu l'exigence d'un consensus. Le projet à long terme d'adopter une *nouvelle convention* sur la réduction des méfaits se heurte

Un nombre croissant de pays s'écartent de la criminalisation en tant qu'approche dominante à l'égard de l'usage de drogue.

à la même embûche. Le processus pourrait faire évoluer graduellement la conscientisation politique, mais ces avenues ne conviennent pas à l'urgence des crises sanitaires actuelles.

En théorie, on pourrait convaincre certains États de *dénoncer* une ou plusieurs conventions (i.e. de s'en retirer), mais cela est peu probable. Hormis des considérations politiques domestiques, tout État qui agirait ainsi serait décrié comme un paria, un « narco-État », et il « devrait s'attendre à de vives critiques de la part des États-Unis et des Nations Unies ainsi qu'à la menace ou à l'application de certaines sanctions états-unies ».²⁵

Une approche plus réaliste consisterait à promouvoir une stratégie de *retrait collectif* : une masse critique d'États concertés qui décrèteraient conjointement, dans un document

déposé devant les instances onusiennes pertinentes, leur interprétation à l'effet que des mesures de réduction des méfaits sont permises en vertu des conventions – en identifiant, au besoin, les aspects des conventions dont ils se retirent et en proposant des éléments de réforme. Cela procurerait une certaine sécurité, en raison du nombre de signataires, et offrirait encore plus de chances de réussite si cette éventuelle « coalition des décidés » incluait des pays industrialisés et des pays en développement.

Une telle initiative est peu probable sans un plaidoyer coordonné et transnational, de la part des organismes de la société civile. Un travail de fond, pour fournir un appui documenté, serait également souhaitable de la part des instances onusiennes pertinentes.²⁶ Par exemple :

- Les conseils de direction de l'ONUSIDA et de l'OMS pourraient adopter des politiques incitant les États à mettre en œuvre les mesures de réduction des méfaits.
- Les six comités onusiens sur les droits de la personne, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme et les rapporteurs spéciaux pourraient intégrer dans leur travail les enjeux relatifs aux conséquences de la « guerre aux drogues » sur les droits humains ainsi qu'aux conséquences positives des mesures de réduction des méfaits.
- Des résolutions pourraient être proposées à la Commission des droits de l'homme de l'ONU et à l'Assemblée mondiale de la santé, affirmant les droits humains des utilisateurs de drogue et reconnaissant le droit

des États souverains de mettre en œuvre les mesures de réduction des méfaits.

- Des agences de l'ONU pourraient déposer un rapport conjoint à la Commission des stupéfiants des Nations Unies, pour son « débat thématique » lors de sa session de 2005, signalant leur ferme appui aux mesures de réduction des méfaits, pour des motifs de santé publique et de droits humains.
- Les militants de la société civile pourraient intervenir directement ou indirectement, dans ces diverses démarches, au moyen de données, de témoignages, d'arguments et de documentation, afin de démontrer la nécessité et le bien-fondé d'adopter un cadre pour les politiques en matière de drogues qui soit plus rationnel et mieux harmonisé aux droits de la personne.

Conclusion

Toutes les personnes qui constatent les ravages humains et économiques résultant de la « guerre aux drogues » doivent se préoccuper du régime mondial de contrôle de la drogue. Les activistes doivent revendiquer une approche plus propice à la santé, dans l'interprétation et l'application des traités sur le contrôle de la drogue, et élaborer des stratégies pour la réforme de ces traités. Le mouvement de la réduction des méfaits et celui des droits de la personne ont d'importantes affinités; la mission de chacun pourrait bénéficier d'une exploration plus approfondie de cette relation. La collaboration ne pourra qu'accroître nos chances de

saisir avec succès les occasions qui se présenteront, pour parvenir à un « changement de régime ».

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche juridique au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à relliott@aidslaw.ca. Cet article est basé sur un document qu'il a coécrit avec Thomas Kerr, Joanne Csete et Evan Wood, avec l'aide à la recherche de Debbie Mankowitz, et qui est accessible en anglais sur le site Internet du Réseau juridique (voir note 1, ci-dessous).

¹ Le document intitulé « Regime Change?: Drug Control, Human Rights and Harm Reduction in the Age of AIDS » est accessible sur le site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca) dans la section consacrée aux lois et politiques en matière de drogue. Dans le présent abrégé, la majeure partie des références est omise; le document intégral est assorti de notes détaillées et d'une bibliographie.

² *To serve and protect: A report on policing in Vancouver's Downtown Eastside*, Vancouver, Pivot Legal Society, 2003; *Abusing the user: police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver*, New York, Human Rights Watch, mai 2003.

³ *Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights in Thailand*, New York, Human Rights Watch, 2004.

⁴ *Fanning the Flames: How Human Rights Abuses are Fueling the AIDS Epidemic in Kazakhstan*, New York, Human Rights Watch, 2003; B. Adams, J. Csete, *Locked doors: The human rights of people living with AIDS in China*, New York, Human Rights Watch, 2003.

⁵ E. Drucker, « Drug prohibition and public health: 25 years of evidence », *Public Health Reports*, 1999, 114(1) : 14-29.

⁶ *What is harm reduction?*, New York, International Harm Reduction Development Program, 2004.

⁷ Pour des détails sur les bienfaits de chacune de ces interventions, consulter le document intégral, *supra*, note 1.

⁸ Voir, p. ex., *WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention*, Genève, 2004.

⁹ ODCNU, *Rapport mondial sur les drogues 2004*, Vienne, 25 juin 2004.

¹⁰ D. Bewley-Taylor, *Emerging policy contradictions between the UNODC "universe" and the core values*

and mission of the UN, document préparé pour l'International Symposium on Global Drug Policy de 2003, à Lisbonne (23-26 octobre 2003), (www.senlisocouncil.net/documents/Taylor_paper).

¹¹ OICS, « Les salles d'injection sont contraires aux conventions internationales », 23 février 2000; *Rapport de l'Organe international de contrôle des stupéfiants pour 1999*, E/INCB/1999/1, paragr. 176-7.

¹² N. Dorn, A. Jamieson, *Room for Manoeuvre: Overview of Comparative Legal Research Into National Drug Laws of France, Germany, Italy, Spain, the Netherlands and Sweden and Their Relation to Three International Drugs Conventions*, étude réalisée par DrugScope pour l'enquête indépendante britannique sur *The Misuse of Drugs Act 1971*, mars 2000.

¹³ A. Wodak, « Health, HIV Infection, Human Rights, and Injecting Drug Use », *Health & Human Rights: An International Journal*, 2(4) : 24-41, aux p. 38-39.

¹⁴ A.D. Hathaway, « Shortcomings of harm reduction: toward a morally invested drug reform strategy », *International Journal of Drug Policy*, 2001, 12 : 125-37, à la p. 125.

¹⁵ S.R. Friedman et coll., « Harm reduction – a historical view from the left », *International Journal of Drug Policy*, 2001, 12 : 3-14.

¹⁶ N. Ezzard, « Public health, human rights and the harm reduction paradigm: from risk reduction to vulnerability reduction », *International Journal of Drug Policy*, 2001, 12 : 207-219, à la p. 213.

¹⁷ PIDÉSC, article 12.

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ Comité [onusien] des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale 14, Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, UN Doc E/C.12/2000/4 (2000).

²⁰ *Ibid.*, paragr. 50.

²¹ *Le VIH/sida et les droits de l'homme : directives internationales*, Genève, ONUSIDA et HCNUDH, 1998, paragr. 10.

²² *Ibid.*, Directive 4 (« Législation pénale et régime pénitentiaire »), paragr. 29(d).

²³ R. Room, *Impact and implications of the international drug control treaties on IDU and HIV/AIDS prevention and policy*, document préparé pour le 2nd International Policy Dialogue on HIV/AIDS, Varsovie, Pologne, 12-14 novembre 2003.

²⁴ M. Jelsma et P. Metaal, « Cracks in the Vienna Consensus: The UN Drug Control Debate », *Drug War : A WOLA Briefing Series*, janvier 2004, Washington (D.C.), Washington Office on Latin America, 2004.

²⁵ R. Bewley-Taylor, « Challenging the UN drug control conventions: problems and possibilities », *International Journal of Drug Policy*, 2003, 14 : 171, aux p. 176-177.

²⁶ Pour une discussion plus étoffée sur cette proposition, voir D. Spivack, *Conclusions from Workshop III: International cooperation on drug policy, forming part of the 2002 Lisbon International Symposium on Drug Policy*, 23-26 octobre 2003 (http://www.senlisocouncil.net/documents/Spivack_paper).

Les utilisateurs de drogue thaïlandais doivent lutter pour leurs droits

En Thaïlande, les utilisateurs de drogue par injection ont été écartés de la réponse du gouvernement au VIH/sida, mais pas de sa guerre contre la drogue. Ils se heurtent constamment à du harcèlement policier et des services inefficaces, ainsi qu'au stigmate et à la discrimination dans la société et dans les soins de santé. Paisan Suwannawong, du Thai Drug Users' Network, a été invité à prendre la parole à la cérémonie d'ouverture de la XV^e Conférence internationale sur le sida, à Bangkok, le 11 juillet 2004 – mais le dernier, à la fin d'une longue liste d'orateurs qui comprenait notamment le premier ministre thaïlandais Thaksin Shinawatra, le Secrétaire général des Nations Unies Kofi Annan, et Miss Univers. Quand son tour est arrivé, tous les dignitaires et presque tous les délégués avaient quitté la salle. Dans cette version remaniée de son exposé, Paisan témoigne de son expérience personnelle d'utilisateur de drogue vivant avec le VIH/sida en Thaïlande; il explique les problèmes que comporte la réponse gouvernementale; puis il décrit d'autres obstacles à la provision de traitements et de services aux utilisateurs de drogue.

Cela représente beaucoup, pour moi, de parler du point de vue d'un utilisateur de drogue vivant avec le VIH.

J'ai grandi dans un des plus grands bidonvilles de Bangkok, près d'ici. J'ai vu bien des gens se droguer, mais je n'avais jamais imaginé que je deviendrais moi-même un utilisateur de drogue. La première fois que j'ai fumé de la marijuana, c'était comme un défi : toutes les campagnes publiques disaient que la drogue était « mauvaise » et « dangereuse ». J'ai trouvé que cela n'était pas vrai, alors j'ai continué de fumer.

Puis j'ai fumé de l'héroïne et j'en suis devenu dépendant sans m'en rendre compte. Je n'avais pas d'argent, j'avais des symptômes de manque, et mon ami m'a proposé de partager son héroïne et m'a fait une injection. C'était effrayant la première fois.

J'ai été arrêté au moins vingt fois par la police; la plupart du temps je n'avais aucune drogue sur moi. Mais la police la mettait elle-même dans mes affaires, elle m'obligeait à

avouer, et me battait si je ne signais pas ses documents.

Je ne pouvais pas porter une seringue sur moi car en cas d'arrestation la condamnation aurait été encore plus lourde. Je savais que le partage de seringue augmente le risque d'infection par le VIH, mais quand vous êtes en manque d'héroïne, vous ne pensez pas à autre chose. Votre seule préoccupation est de trouver comment vous faire une injection.

Je suis allé deux fois en prison. Les conditions étaient terribles et nous devions rester dans nos cellules pendant plus de 15 heures par jour. À mon avis, il n'y a rien de pire que de perdre ses droits et sa liberté. Je ne suis pas étonné que les gens se droguent en prison, même ceux qui ne le faisaient pas avant leur incarcération. Je crois que j'ai contracté le VIH en prison, parce que je me faisais des injections presque chaque jour.

Arrêter de prendre la drogue n'est pas facile. Plus d'une fois, j'ai com-

mencé une cure – pas parce que je voulais arrêter de prendre de la drogue, mais uniquement pour plaire à ma famille, être loin de la police, ou faire une pause parce que je n'avais plus les moyens d'obtenir la quantité de drogue dont j'avais besoin. L'attitude du personnel médical n'a rien arrangé.

D'autres fois, j'ai réellement voulu arrêter. Mais, savez-vous ce que c'est de terminer un sevrage et de retourner chez soi sans avoir rien à faire? Combien il est difficile de trouver un emploi et de justifier une trop longue absence? Ma propre famille épiait chacun de mes déplacements. Je pouvais lire dans leurs regards qu'ils ne me faisaient pas confiance. J'étais trop gêné pour revoir mes amis parce que leur vie me semblait réussie. J'étais si seul et je me sentais si démuné à ces moments-là. La seule chose à laquelle je pouvais penser c'était la drogue.

Finalement, j'ai totalement décroché, il y a maintenant 13 ans. Je

savais que j'allais réellement avoir besoin d'aide. J'ai décidé d'aller dans une « TC » ou « thérapie communautaire ». C'est ainsi que j'ai découvert que j'avais le VIH, car le test était (et demeure) une des conditions d'admission à cette thérapie. Mais, il n'y avait pas de counselling pré- ou post-test et le résultat a été transmis à ma sœur plutôt qu'à moi.

Il n'y avait pas de counselling pré- ou post-test et le résultat a été transmis à ma sœur plutôt qu'à moi.

Situation actuelle des utilisateurs de drogue

Aujourd'hui, rien n'a vraiment changé. Les utilisateurs de drogue sont toujours considérés comme des personnes moralement faibles et des gens mauvais. Nous sommes confrontés à la stigmatisation et à la discrimination dans la société et dans les services de santé. Chaque jour, nous devons affronter les persécutions incessantes de la police.

En Thaïlande, la prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogue par injection (UDI) est de 50% et nous sommes le seul groupe pour lequel ce taux n'a pas changé en 15 ans. Un tiers des nouvelles infections concerne les UDI et ce nombre ne cesse de croître. Jusqu'à présent, il n'y a eu aucune réponse efficace du gouvernement.

Lors des trois premiers mois de la dernière guerre contre la drogue

menée en Thaïlande, plus de 2 200 personnes ont été assassinées sans procès; plus de 50 000 personnes ont été arrêtées et des centaines de milliers d'autres ont été enrôlées de force dans des centres militaires de réadaptation. Les utilisateurs de drogue ont été poussés dans la clandestinité et éloignés des services de santé auxquels ils avaient déjà un accès difficile.¹

L'an dernier, le Thai Drug Users' Network a élaboré une proposition d'intervention dirigée par des pairs, pour la prévention du VIH et l'accès aux soins et au soutien pour les UDI. Nous avons soumis ce projet au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Nous avons dû contourner l'Instance de coordination de pays (mécanisme habituel pour le dépôt d'une proposition au Fonds mondial) et solliciter l'appui d'activistes internationaux de lutte contre le VIH/sida pour obtenir un soutien politique à notre proposition. En octobre 2003, nous avons obtenu 1,3 millions \$ US en subvention, mais nous n'avons toujours pas reçu cet argent.

Même si le gouvernement thaïlandais dit que sa politique actuelle nous considère comme des « patients » et non comme des « criminels », nous sommes toujours dans l'illégalité. Nous continuons d'être arrêtés et nous n'avons le choix qu'entre la prison et les centres de réadaptation militaire. Est-ce de la réduction des méfaits ou bien une production de risque?

Chaque minute, une personne contracte le VIH en utilisant une seringue usagée. À l'échelle mondiale – hors pays africains –, un tiers des nouvelles infections à VIH est lié à l'injection de drogue. En Europe de l'Est et en

Asie, les seringues contaminées sont à l'origine de la majeure partie des nouvelles infections.

Les utilisateurs de drogue n'ont le choix qu'entre la prison et les centres de réadaptation militaire. Est-ce de la réduction des méfaits ou bien une production de risque?

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les utilisateurs de drogue ont le même droit aux soins à tous les niveaux. Mais en pratique, on nous refuse l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) ainsi qu'à des programmes préventifs de distribution de seringues stériles. La méthadone est encore illégale dans beaucoup de pays, alors qu'elle devrait figurer sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS.

Il existe de nombreux programmes de réduction des méfaits qui prévoient un accès aux seringues stériles et à la méthadone, dont on a prouvé l'efficacité à prévenir de nouvelles infections par le VIH. Nous voulons que ces modes de prévention soient mis en place maintenant, et nous voulons avoir accès aux traitements maintenant!

Les utilisateurs de drogue, comme tout autre groupe marginalisé politiquement, socialement, ou économiquement, sont facilement abusés par le gouvernement et ses alliés qui les exploitent pour l'argent ou les services. Nous ne jouissons

même pas de la plupart des droits humains fondamentaux. En Thaïlande, ceci est également vrai pour les travailleurs sexuels, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les travailleurs migrants et les citoyens sans papiers.

Contexte mondial

Le monde dans lequel nous vivons aujourd'hui n'est pas un monde du partage, mais celui de la recherche du profit et de la compétition. C'est un monde motivé par l'appât du gain et dirigé par des multinationales qui ne reconnaissent pas la valeur de l'être humain. Tandis qu'une petite élite amasse d'énormes richesses, les besoins vitaux sont refusés à plusieurs millions de personnes.

Aujourd'hui, plusieurs de nos gouvernements sont dirigés par ces élites, qui sont plus enclines à protéger leurs investissements personnels qu'à favoriser le bien-être public. Ils investissent les fonds publics dans des projets dont les bénéficiaires iront dans les poches de leurs amis, sans jamais se préoccuper du bien-être de la société. Les gouvernements privatisent nos équipements collectifs publics tout comme l'éducation et nos systèmes de santé.

Les programmes de protection sociale et les autres formes d'aide sociale sont à présent considérés comme de la charité, plutôt que comme des droits acquis. Aussi, nos hôpitaux publics sont surchargés et sous financés, ce qui met en péril la qualité des traitements et des soins offerts.

Bien entendu, combattre le sida ne se réduit pas aux seules questions d'accès aux soins et aux traitements. La prévention, la réduction des

méfais, la réduction de la pauvreté et une augmentation de la qualité de vie sont des éléments essentiels, mais de nombreux pays comme les États-Unis, et des organismes internationaux comme l'Organisation mondiale du commerce, rendent la tâche beaucoup plus difficile.

Les politiques néolibérales et les tenants de l'abstinence comme approche unique ont prouvé leur nocivité ou, au mieux, leur totale inutilité. Il est inacceptable que les conservateurs, notamment états-uniens, diffusent une idéologie moraliste qui s'oppose à des politiques de prévention dont les bénéfices sont scientifiquement démontrés. Et bien que les condoms et les seringues stériles soient les outils les plus appropriés pour empêcher la transmission du VIH, les programmes de prévention et de réduction des méfaits ne sont pas financés ou se voient retirer leurs fonds.

La démonstration a été faite qu'un vaste accès aux ARV conduit à une amélioration considérable de la santé et de la qualité de la vie et entraîne des économies significatives pour le système de soins, parce qu'il améliore la santé et la productivité des personnes vivant avec le VIH et de leurs familles. L'expérience la plus douloureuse à laquelle je puisse penser, après 13 ans de séropositivité, c'est d'être pauvre et séropositif. À de nombreuses reprises, j'ai vu beaucoup d'amis mourir devant moi, d'infections opportunistes épouvantables, simplement parce qu'ils étaient pauvres et ne pouvaient se payer un traitement.

Ce qui nous tue n'est pas le sida mais la cupidité. Les multinationales pharmaceutiques gonflent les prix de

leurs médicaments sans avoir une seule pensée pour les pauvres. Elles profitent de leur opulence pour influencer les politiques des gouvernements européens et états-uniens et s'assurer que les lois sur la propriété intellectuelle évoluent en leur faveur.

J'ai vu beaucoup d'amis mourir devant moi, d'infections opportunistes épouvantables, simplement parce qu'ils étaient pauvres et ne pouvaient se payer un traitement.

D'autres gouvernements prétendent se soucier des questions d'observance et de résistance aux médicaments avant de permettre l'accès aux traitements, mais la vérité est qu'ils ne veulent pas en payer le prix ou subir les représailles de leurs partenaires commerciaux pour avoir enfreint des brevets.

Il y a quatre ans, les personnes thaïlandaises vivant avec le VIH ont demandé au gouvernement d'octroyer une licence obligatoire pour la ddI, mais les autorités redoutaient les sanctions commerciales des États-Unis. Finalement, nous avons intenté un procès à Bristol-Myers-Squibb et nous avons gagné le droit de produire localement des comprimés de ddI. Lors du jugement final, la cour thaïlandaise a décidé que, puisque les brevets peuvent conduire à des prix élevés et limitent l'accès aux médicaments, les patients ont le droit de poursuivre les détenteurs des brevets.

C'est une bataille cruciale que nous avons gagnée, mais la guerre n'est pas terminée. En ce moment, le gouvernement thaïlandais négocie un accord de libre-échange avec les États-Unis. Nous savons que les États-Uniens font pression pour durcir au delà des conventions internationales la législation relative à la propriété intellectuelle.

Cela signifie que la Thaïlande ne pourra plus maintenir la production indispensable d'antirétroviraux génériques pour les personnes qui en ont besoin. Nous exigeons du gouvernement thaïlandais qu'il refuse de marchander la santé de son peuple par un durcissement de la législation sur la propriété intellectuelle relative aux médicaments.

Les politiques du gouvernement états-unien sont en opposition avec les droits et besoins fondamentaux des gens du monde entier. De nombreux pays pauvres sont incapables de répondre à des besoins aussi fondamentaux que la santé pour leur peuple parce qu'ils doivent rembourser une dette colossale aux États-Unis et aux banques occidentales.

Tandis que l'absence de financement pour lutter contre le sida provoque chaque jour la mort de milliers de personnes, les budgets de guerre sont illimités. Des milliards de dollars sont volontiers disponibles pour le massacre et la destruction en

Irak, et en même temps le Fonds mondial est au bord de la banqueroute – parce que les pays donateurs ne tiennent pas leurs promesses et ne paient pas leurs contributions.

Le rôle des activistes

Il y a quatre ans, lors de l'UNGASS, après que les activistes avaient exigé une réaction urgente à la crise mondiale du VIH/sida, Kofi Annan appelait les gouvernements du monde entier à mettre en place ce qu'il a décrit comme un « fonds de guerre », et qui est devenu le Fonds mondial. Lors de la dernière Conférence internationale sur le sida, l'OMS lançait son initiative « 3X5 »; aujourd'hui, 6 millions de personnes attendent toujours leurs médicaments.

Le sida n'attend pas et nous non plus. Confrontés aux abus de pouvoir et à la cupidité corporative, nous ne pouvons pas attendre que nos gouvernements agissent. Les autorités et les industriels détestent les activistes, parce que nous savons de quoi ils sont capables, et que nous faisons tomber leurs masques et révélons leur vraie nature.

Selon moi, l'honneur est de notre côté. Les activistes sont mes vrais amis, ils se tiennent près de moi quand je fais face à la discrimination et à l'injustice. Ils ont le courage de tenir tête aux puissants qui usent de leur position pour augmenter leurs

profits personnels. C'est grâce aux activistes que la lutte contre le sida progressera et que l'injustice sera éradiquée.

« L'accès pour tous », thème de cette conférence, est le rêve de plusieurs d'entre nous. Dans le monde où nous vivons, ce ne sera pas facile à réaliser, mais il nous appartient à tous de changer ce monde.

Il y a cinq ans, des médecins et des infirmiers nous ont dit, à moi et à mes amis, que les ARV étaient un rêve impossible. Récemment, la Thaïlande a annoncé qu'elle fournirait à terme ces traitements à tous ceux qui en ont besoin, en commençant par 50 000 personnes d'ici la fin de 2004. Aujourd'hui, je vous invite à espérer que le monde soit un jour fait d'amour, de partage et de paix. Et je crois que si nous rêvons ensemble, nos rêves se réaliseront.

– Paisan Suwannawong

Paisan Suwannawong est membre fondateur du Thai Drug Users' Network et directeur du Thai AIDS Treatment Action Group. On peut le joindre à ott1@ksc.th.com.

¹ Voir « Thaïlande – Un rapport documente des violations de droits humains chez les utilisateurs de drogue », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2004, 9(2) : 33-34. Voir aussi *Not enough graves: The war on drugs, HIV/AIDS, and violations of human rights*, Human Rights Watch, juin 2004 (www.hrw.org/campaigns/aids/2004/thai.htm).

L'expansion des programmes de réduction des méfaits au Brésil

Au Brésil, en 1998, l'application d'une loi sur la réduction des méfaits dans l'État de Sao Paulo a ouvert la voie à l'établissement d'un vaste réseau national de programmes de réduction des méfaits. Dans son exposé présenté en séance plénière à la XV^e Conférence internationale sur le sida à Bangkok, le 16 juillet 2004, Luiz Paulo Teixeira a relaté l'historique de la réduction des méfaits à Sao Paulo et expliqué comment le gouvernement brésilien a fait de cette approche une politique nationale; il a également formulé des recommandations pour élargir la portée des politiques sur la réduction des méfaits et pour cibler des aspects clés de la réforme des lois sur les drogues. M. Teixeira a souligné que le leadership des acteurs politiques et de la société civile est essentiel à la mise en œuvre réussie d'une approche de réduction des méfaits.

Changer la loi n'est pas facile, mais c'est possible. Comme l'affirme le dicton, « quand on veut, on peut ».

Les utilisateurs de drogue sont vulnérables au VIH. La solution concrète à ce problème est la réduction des méfaits. Cette approche englobe un ensemble complet de pratiques qui réduisent les méfaits liés à la drogue, en particulier le VIH/sida et les hépatites. Elle implique la provision de services efficaces, humains et conviviaux aux utilisateurs de drogue. Ces services incluent l'échange de seringues, la provision de condoms, l'éducation sur les drogues et le VIH, l'intervention par les pairs, le traitement de substitution et d'autres traitements.

La réduction des méfaits dans l'État de Sao Paulo

Au Brésil, un premier programme de réduction des méfaits a été introduit en 1989 dans la Ville de Santos (État de Sao Paulo), où presque 60% des utilisateurs de drogue étaient séropositifs au VIH. Lorsque la municipalité a lancé ce programme, les autorités judiciaires ont entamé une poursuite contre

des responsables de la santé publique, alléguant que l'échange de seringues stimulerait l'usage de drogue. En 1995, le programme a été interrompu sous ordonnance du tribunal et les responsables ont été inculpés en vertu des lois existantes sur les drogues.

Afin d'éliminer les obstacles illustrés par cette situation, j'ai présenté un projet de loi sur la réduction des méfaits devant le Parlement de l'État. Ce projet de loi se fondait sur des arguments juridiques, sanitaires, financiers et politiques. Premièrement, nous avons signalé qu'il ne visait pas à accroître l'usage de drogue, mais plutôt à modifier les comportements à risque des utilisateurs de drogue. Des données démontrent que la réduction des méfaits aide à réduire la propagation du VIH et à accroître l'accès aux services de santé, y compris au traitement de la toxicomanie.

Deuxièmement, nous avons souligné que le coût des programmes de prévention est minime, comparativement à celui des traitements du VIH/sida et des hépatites. Enfin, nous avons précisé que les utilisateurs de drogue sont aussi des citoyens, et

qu'ils ont le droit à la santé et à la protection contre la discrimination.

Trois ans plus tard, en 1998, la loi a été approuvée par le Parlement. Divers facteurs ont contribué à notre victoire. Premièrement, la société civile a revendiqué la prévention et l'accès aux antirétroviraux pour tous. Deuxièmement, des mesures de réduction des méfaits avaient déjà été mises en œuvre (illégalement); on disposait donc de bases et d'expériences en la matière.

Enfin, les médias ont joué un rôle. Ils ont maintenu l'attention sur la propagation du VIH et des hépatites et sur son lien avec les pratiques d'injection non sécuritaires. Ils ont aussi publié des histoires de succès d'autres pays. Cela a rehaussé les pressions publiques à l'endroit des leaders politiques.

La nouvelle loi de Sao Paulo a entraîné la légalisation des programmes de réduction des méfaits, y compris de l'échange de seringues. Elle a permis l'allocation de fonds gouvernementaux à la réduction des méfaits, ce qui a assuré aux programmes un financement durable. Grâce à cette loi, les utilisateurs de

drogue et les fournisseurs de services ne se font plus arrêter par la police lorsqu'ils participent à des programmes de réduction des méfaits.

Déploiement national

Les projets pilotes à petite échelle étaient formidables, mais ils ne pouvaient pas freiner l'épidémie à eux seuls. Le Brésil l'a bien compris. Après 1998, la loi sur la réduction des méfaits a été approuvée dans d'autres États du pays. On a observé une diminution du taux de VIH, parmi les utilisateurs de drogue, ainsi qu'une amélioration des indicateurs de santé et de la dignité de ces citoyens vulnérables.

Au Brésil, depuis l'approbation d'une loi et d'une politique nouvelles sur les drogues, en 2003, la réduction des méfaits est devenue une stratégie nationale.

Au Brésil, on compte maintenant 125 programmes de réduction des méfaits (comparativement à 5 en 1998), qui desservent 65 000 utilisateurs de drogue. De 1988 à 2003, 631 projets ont été financés par le gouvernement. Dix-sept États sont desservis par autant d'associations de réduction des méfaits. La réduction des méfaits a été mise en œuvre dans les prisons. En 2003, une loi et une politique nationales sur les drogues ont été adoptées, faisant de la réduction des méfaits une stratégie nationale.

La réponse communautaire est primordiale. Un cadre juridique et de politiques adéquat permet aux communautés de s'organiser, d'impliquer des utilisateurs de drogue et de renforcer l'exceptionnelle réaction au VIH dans cette population. Trois réseaux ont vu le jour : la Brazilian Outreach on Harm Reduction Association (ABORDA), le Brazilian Harm Reduction Network (REDUC) et le Latin American Harm Reduction Association Network (RELARD). Le RELARD a été créé en collaboration avec d'autres pays de l'Amérique latine. De plus, un réseau brésilien d'utilisateurs de drogue a été formé en 2004.

D'autres actions sont requises

Néanmoins, nous devons faire plus, et mieux. Il demeure crucial de lutter pour une politique progressiste, axée sur la santé et les droits humains et fondée sur des expériences avancées et réussies dans plusieurs pays. Cela nécessitera l'engagement des systèmes de santé et l'implication proactive des utilisateurs de drogue.

Le Brésil doit poser un certain nombre de gestes. Premièrement, il doit élaborer des programmes qui incluent des lieux sécuritaires pour l'injection, comme on l'a fait en Australie, aux Pays-Bas, en Suisse et ailleurs. Cela pourrait réduire les risques, à des points stratégiques des réseaux d'injection de drogue, donc freiner la transmission du VIH et des hépatites.

Deuxièmement, le Brésil doit mettre à l'essai divers projets pilotes de traitement de substitution. Troisièmement, il doit adopter des lois qui décriminalisent les utilisateurs de drogue, comme on l'a fait dans plusieurs pays.

Quatrièmement, le Brésil doit développer une stratégie pour coordonner les programmes de réduction des méfaits et les soins de santé élémentaires. Cinquièmement, des partenariats plus étroits doivent être créés entre les programmes de réduction des méfaits et de santé mentale. Enfin, le système d'éducation brésilien doit se doter de programmes de prévention plus efficaces, en lien avec l'usage de drogue, les pratiques non sécuritaires et la réduction des méfaits.

De plus, il est essentiel d'élaborer une stratégie plus vaste et à plus long terme pour réduire la vulnérabilité et l'exclusion sociale, en combinant des programmes pour les utilisateurs de drogue, les travailleurs sexuels et d'autres groupes marginalisés. Ces programmes devraient englober l'éducation, la réduction des méfaits, la production de revenus et le micro-crédit, la protection des droits des citoyens, l'habilitation des femmes et des jeunes, et l'implication de la communauté.

Des données montrent que les projets de réduction des méfaits portent fruit. Nous devons mettre sur pied de tels programmes à l'échelle nationale, leur octroyer des ressources suffisantes et veiller à l'implication entière des utilisateurs de drogue, des autorités et des responsables de la santé. Mais cela nécessite un cadre juridique et de politiques positif, qui ne stigmatise, ne marginalise et ne criminalise pas les utilisateurs de drogue.

Le VIH/sida est un problème mondial. Les efforts nationaux ne suffisent pas. Nous avons besoin d'une nouvelle politique internationale sur les drogues qui fournira un cadre positif pour l'élaboration de politiques et de programmes complets de réduction

des méfaits. Nous n'avons qu'à dire non à la guerre contre la drogue.

Nous devons éliminer la stigmatisation et la discrimination. Nous devons assurer l'accès équitable à la prévention, aux soins et aux traitements pour le VIH/sida. Luttons ensemble contre

la maladie et la discrimination, même si cela exige des changements aux lois.

En tant que leaders, demandons-nous : « En faisons-nous assez? ». Si nous pouvons le faire dans notre pays, d'autres le peuvent aussi.

– Luiz Paulo Teixeira

Luiz Paulo Teixeira a siégé au Parlement d'État de Sao Paulo pendant 8 ans. Il fut aussi secrétaire du Logement et du Développement urbain à Sao Paulo. Depuis 2001, M. Teixeira est directeur du département du Développement urbain et du Logement, à la Ville de Sao Paulo. On peut le joindre à agenda@pauloteixeira13.com.br.

La santé et les droits humains des détenus dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida

Les détenus vivent en marge de la société, souvent privés de l'accès à des services de prévention, de soins, de traitement et de soutien pour le VIH. Le fait de refuser aux détenus les moyens de se protéger contre l'infection par le VIH, de même que des services de soins, de traitement et de soutien équivalents à ceux offerts dans la communauté, contrevient à des normes internationales sur les droits de la personne. Le présent article de Glenn Betteridge résume une ébauche de document préparée pour la conférence satellite « Droits humains dans l'exclusion : le VIH/sida, les détenus, les utilisateurs de drogue et le droit », tenue à Bangkok le 9 juillet 2004 et organisée par le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit (Inde). Le document final intégral, assorti de références, est disponible en anglais sur le site Internet du Réseau juridique.¹ Cet article décrit des lois et instruments internationaux qui protègent les droits des détenus et qui établissent des normes minimales pour leur traitement; des activités qui rendent les détenus vulnérables au VIH, en milieu carcéral; ainsi que des politiques et facteurs sociaux qui alimentent l'épidémie du VIH/sida en prison. Enfin, il propose un ensemble de mesures spécifiques à adopter dès maintenant pour réagir à cette crise.

Le VIH/sida en prison

Mondialement, les taux d'infection à VIH dans les populations incarcérées tendent à être beaucoup plus élevés que dans la population générale. Plusieurs pays signalent des taux de VIH qui varient entre 10% et 25%. Une grande partie des données sur le VIH/sida en prison vient de pays industrialisés et à revenu élevé; on trouve relativement peu d'information à ce sujet, en provenance de pays en développement et en transition.

La violence, l'activité sexuelle et l'injection de drogue en prison comportent toutes un risque de transmis-

sion du VIH. Les rapports sexuels forcés (viol) y sont courants et posent souvent un risque élevé de transmission du VIH en raison de la non-disponibilité de condoms et de la nature violente des rapports sexuels forcés. Des rapports sexuels non protégés, forcés et consentuels, se produisent aussi en prison. Mis à part les pays où sévissent des épidémies de VIH à grande échelle parmi les hétérosexuels, les ressorts où l'on rencontre les taux les plus élevés d'infection à VIH en prison sont ceux où l'infection à VIH dans la communauté générale est fortement répandue parmi les utilisateurs de drogue par

injection. L'incarcération d'utilisateurs de drogue par injection est courante; et l'injection de drogues illégales, en prison, est répandue. Bien que les utilisateurs de drogue s'injectent moins fréquemment en prison, des études ont démontré que ces injections tendent à être plus risquées que dans la communauté. Par exemple, une seule seringue pourrait être partagée par plusieurs détenus.

D'autres maladies transmissibles affectent les détenus de façon disproportionnée. La prévalence élevée des hépatites B et C et de la tuberculose est particulièrement préoccupante.

Le droit international des droits de la personne et les normes juridiques

En vertu des normes internationales, les détenus conservent tous les droits humains qui ne leur sont pas retirés du fait de leur emprisonnement. Il existe deux catégories d'instruments de protection des droits humains. Chacune a des implications différentes pour les gouvernements. Le *droit* international des droits de la personne a force d'application légale, pour les gouvernements; en revanche, les *règles, normes et directives* internationales ne sont pas des instruments du droit et, par conséquent, n'imposent pas d'obligations aux gouvernements.

Le droit international des droits de la personne

Plusieurs lois internationales, quoique générales en essence, sont pertinentes aux droits des détenus dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida (par exemple, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples et la Charte sociale européenne).² Les États qui ont ratifié un de ces documents, ou qui en sont devenus parties, sont légalement tenus de respecter, de protéger et de réaliser notamment les droits humains des détenus à l'égalité et à la non-discrimination, à la vie, à la sécurité de la personne, à la norme de santé physique et mentale la plus élevée qui soit atteignable, à la vie privée, et à un redressement efficace des violations de droits humains; et le droit de ne pas être soumis à la torture ou à une peine cruelle, inhumaine ou dégradante.

Règles, normes et directives internationales

Des règles, normes et directives spécifiques à la situation des détenus

imposent aux États des obligations négatives et positives, quant aux conditions de détention et au traitement des détenus. Les plus importantes sont :

- les Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus
- l'Ensemble de principes pour la protection de toutes les personnes soumises à une forme quelconque de détention ou d'emprisonnement
- l'Ensemble de règles minima pour le traitement des détenus
- et la Recommandation n° R (98)7 du comité des ministres aux États membres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.

Deux instruments internationaux additionnels sont pertinents à la situation des détenus dans le contexte du VIH/sida : les Directives de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons (1993) et les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne.

Les Directives de l'OMS « proposent des normes – dans une perspective de santé publique, que devraient observer les autorités pénitentiaires désireuses de prévenir la transmission du VIH en milieu carcéral et de prendre en charge les individus infectés par le VIH/sida ». Elles décrivent des principes généraux et abordent des aspects particuliers comme le test du VIH, les mesures de prévention, la gestion des détenus séropositifs, la confidentialité, les soins et le soutien des détenus séropositifs, les femmes incarcérées, la détention juvénile, la liberté surveillée, la remise en liberté et la libération anticipée, les contacts communautaires, les ressources, l'évaluation ainsi que la recherche.

Les gouvernements qui respectent leurs obligations à l'égard des droits humains des détenus favorisent aussi des retombées positives pour la santé publique.

Les Directives internationales identifient les mesures spécifiques suivantes, en lien avec les prisons :

Les autorités pénitentiaires doivent prendre toutes les mesures nécessaires – engagement d'un personnel suffisant, surveillance efficace, mesures disciplinaires, etc. – pour protéger les prisonniers contre le viol et la violence et la coercition sexuelles. Elles doivent aussi assurer aux prisonniers (ainsi qu'au personnel pénitentiaire, le cas échéant) l'accès, en matière de VIH, à une information sur la prévention, à l'éducation requise, aux tests facultatifs, aux conseils, aux moyens prophylactiques (préservatifs, hypochlorite de soude et matériel d'injection stérile), au traitement et aux soins, et à la participation librement consentie à des essais cliniques liés au VIH, de même qu'assurer la confidentialité et interdire les tests obligatoires, la ségrégation et le refus [de permettre aux détenus séropositifs l'accès aux] installations de la prison et [aux] privilèges et programmes de libération prévus pour [eux]. Il faudrait étudier la possibilité d'accorder une libération anticipée aux prisonniers atteints du sida[,] pour des motifs humanitaires.³

Dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida, les gouvernements qui respectent leurs obligations à l'égard des droits humains des détenus favorisent aussi des retombées positives pour la santé publique. Les mesures adoptées pour prévenir la propagation du VIH et d'autres infec-

tions sont bénéfiques aux détenus, aux employés de prisons ainsi qu'à la population générale. Les détenus ne devraient pas être exposés à contracter une maladie mortelle simplement parce qu'ils sont incarcérés. La réduction des taux d'infections en prison signifie que le risque d'exposition professionnelle des employés de prisons diminuera aussi. La plupart des détenus ne sont incarcérés que pour une courte période et retournent dans leurs communautés. Pour protéger la population générale, on doit fournir aux détenus des mesures préventives équivalentes à celles offertes dans la communauté.

Facteurs qui alimentent la propagation du VIH en prison

Les politiques prohibitionnistes se sont avérées inefficaces à freiner ou à réduire l'usage de drogue, en plus de perpétuer la violation de droits humains et l'incarcération des utilisateurs de drogue. Les lois domestiques et les traités internationaux qui établissent le statut illégal de la drogue servent de fondement à des gouvernements pour justifier leur échec à fournir une gamme complète de mesures de réduction des méfaits aux personnes qui s'injectent des drogues, y compris aux détenus.

L'homophobie et la stigmatisation des relations homosexuelles sont un important obstacle à la distribution de condoms et de lubrifiant (ainsi que de digues dentaires) en prison. Des autorités correctionnelles justifient souvent leur refus de fournir ces mesures aux détenus en alléguant l'absence de relations de même sexe et de rapports homosexuels en prison – ou elles soutiennent que puisque les rapports sexuels entre détenus sont illégaux, la provision de condoms pourrait être perçue comme un signe

de tolérance à l'égard d'un comportement considéré illégal.

Dans plusieurs pays, les prisons sont gérées par des forces militaires ou de sécurité, ou relèvent de ministères ou départements responsables de celles-ci. Même dans les pays où les prisons ne sont pas liées aux forces militaires ou de sécurité, les autorités correctionnelles sont généralement strictes et inflexibles sur les règles. Cela décourage l'ouverture au changement, l'innovation et les liens avec la communauté où la prison est située. Paradoxalement, en prison, l'importance accordée au respect des règles implique souvent des règlements sous-entendus et un code de conduite qui violent des lois et politiques domestiques applicables aux prisons, en plus de certaines normes internationales sur les droits de la personne.

Dans plusieurs pays, le principal but de l'emprisonnement est le châtiement, en vertu de la loi ou, du moins, dans le discours politique et populaire. Dans cette perspective, d'aucuns considèrent que des conditions de détention médiocres et inférieures aux normes sont acceptables. Or, pour les personnes qui vivent avec le VIH, l'incarcération peut réduire l'espérance de vie, voire entraîner le décès, en raison de soins de santé inadéquats, de la surpopulation, d'une nutrition inadéquate et de la prévalence d'infections (en particulier la tuberculose).

Dans la plupart des systèmes correctionnels du monde entier, les soins de santé sont fournis par le ministère ou le département responsable de l'administration des prisons, et non par celui qui s'occupe des soins de santé dans la communauté. Les prisons n'ont pas été conçues, et ne sont généralement pas outillées, pour soigner des détenus qui ont une maladie chronique et potentiellement mortelle comme le VIH/sida, les

hépatites ou la tuberculose. Le nombre et la formation des employés et l'équipement disponible sont inappropriés aux besoins de santé des détenus qui vivent avec ces maladies. Lorsque les soins de santé sont contrôlés à l'interne ou asservis à l'administration de la prison, il est peu probable que les détenus fassent confiance à ces services. Ce manque de confiance contribue à des soins de santé inférieurs aux normes, en prison.

Le grand public et, par extension, les politiciens, n'appuient généralement pas les détenus ni leurs droits. On manque d'information et de compréhension quant aux réalités et conditions de la vie en prison. De plus, le public ne connaît pas suffisamment les normes internationales de droits de la personne et autres qui s'appliquent aux prisons et aux détenus. Les détenus et les ex-détenus forment rarement un groupe capable d'influencer l'opinion ou les politiques publiques, ou de susciter des changements politiques. Cela s'explique probablement par la marginalisation de cette population et des groupes d'individus qui présentent un taux élevé d'incarcération.

Les détenus et les ex-détenus forment rarement un groupe capable d'influencer l'opinion ou les politiques publiques, ou de susciter des changements politiques.

À quelques exceptions près, les élus et autres décideurs se font lents à réagir à l'épidémie de VIH/sida en prison, ou échouent tout simplement à agir. Dans la majorité des pays en développement et en transition, on ne dispose pas d'estimation fiable des

taux d'infection à VIH en prison. Ce manque d'information permet aux autorités demeurer dans l'inaction. Dans les prisons d'autres pays, en dépit de taux d'infection à VIH largement supérieurs à ceux de la population générale, et de preuves de transmission du VIH derrière les barreaux, les décideurs échouent souvent à agir. Sauf en de rares cas d'exception, les élus et les responsables des prisons ne subissent aucunement les conséquences de leur inaction.

Initiatives prioritaires pour 2004-2006

Parallèlement au plaidoyer à long terme (comme la réforme du droit et les actions judiciaires), des mesures immédiates sont requises pour réagir à l'épidémie du VIH/sida en prison. Des organismes non gouvernementaux, des agences internationales (comme l'OMS et l'ONUSIDA) et d'autres bailleurs de fonds devraient envisager d'accorder la priorité aux initiatives suivantes, d'ici la Conférence internationale sur le sida de Toronto, Canada, en 2006 (AIDS 2006) :

Créer un mouvement fondé sur les droits humains, les droits des détenus et le VIH/sida. Plusieurs organismes, de longue date, défendent les droits de la personne et les droits des détenus. Depuis 20 ans, plusieurs organismes de défense et de promotion des droits et intérêts, en lien avec le VIH/sida et la vulnérabilité, ont vu le jour aux paliers national, régional et international. À tous les paliers, les organismes de défense des droits humains et des droits des détenus et les organismes de lutte contre le VIH/sida devraient envisager des alliances et des opportunités de collaboration.

Révision des Directives de l'OMS. Les Directives de l'OMS ont besoin

d'une mise à jour et leur promotion est inadéquate. En partenariat avec l'ONUSIDA, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime ainsi que des ONG, l'OMS devrait réviser ses directives, puis élaborer et mettre en œuvre un plan de dissémination et de promotion.

Initiative « 3X5 » de l'OMS et autres initiatives d'accès aux traitements. Pour s'assurer que les initiatives d'accès aux traitements rejoignent les détenus vivant avec le VIH/sida qui en ont besoin, elles devraient comporter un volet spécifique aux prisons.

Dialogues sur les politiques liées au VIH/sida en prison, aux échelons supérieurs. Des dialogues aux échelons supérieurs, impliquant des représentants d'ONG et de gouvernements nationaux et internationaux, pourraient contribuer à l'avancement des politiques publiques. On devrait envisager l'organisation d'un dialogue sur le VIH/sida en prison.

AIDS 2006 et conférences régionales sur le VIH/sida. On devrait collaborer avec les organisateurs d'AIDS 2006 et des conférences régionales sur le VIH/sida pour rehausser l'attention accordée à la problématique du VIH/sida en prison.

Rapports d'étape et évaluation des droits humains. Des rapports d'étape et des évaluations des droits de la personne dans les systèmes correctionnels pourraient servir de base à la collaboration de tous les dépositaires d'enjeux, pour susciter des changements positifs. Lorsque des violations de droits et leurs causes sont identifiées, on peut proposer des solutions et obtenir plus facilement des ressources pour leur mise en œuvre.

Visites d'étude et assistance technique en prison. Les expériences de réponses fructueuses au VIH/sida, y compris la mise en œuvre réussie de programme de réduction des méfaits, doivent être partagées. Les bailleurs de fonds internationaux et les gouvernements de pays à revenu élevé ont une responsabilité de favoriser le partage d'expertise et d'expérience en finançant des visites d'étude et la provision d'assistance technique.

Déclarations d'ONG. Les déclarations peuvent fournir aux ONG une plate-forme pour réclamer les réformes et les programmes nécessaires au respect, à la protection et à la réalisation des droits humains des détenus dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida. On devrait envisager une collaboration avec les auteurs de documents existants, comme la Déclaration de Dublin, pour élargir leur portée aux autres régions du monde et les promouvoir à l'échelle mondiale.

– Glenn Betteridge

Glenn Betteridge est analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à gbetteridge@aidslaw.ca. Le document dans lequel puise cet article a été rédigé par M. Betteridge avec l'assistance de Ralf Jürgens. Une assistance à la recherche pour la rédaction du document a été fournie par Hari Subramaniam et Joanna Wells. Le document intégral est accessible sur le site Internet du Réseau juridique (voir note 1, ci-dessous).

¹ Le document « Prisoners' Health and Human Rights in the HIV/AIDS Epidemic » est accessible via www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/prisons.htm.

² On reconnaît largement l'argument selon lequel la Déclaration universelle des droits de l'homme, UN GA res 217A (III), UN Doc A/810, 71 (1948), a force d'application légale pour tous les États membres des Nations Unies, en vertu de son statut d'instrument du droit international coutumier.

³ Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales, UNCHR res 1997/33, UN Doc E/CN.4/1997/150 (1997), paragraphe 29(e).

Questions et préoccupations d'actualité liées au test du VIH – Une approche basée sur la santé et les droits humains

Dans la hâte d'accroître le recours au test du VIH, qui est en partie justifiée par l'accessibilité croissante de traitements, on remet de plus en plus en question la perspective de longue date selon laquelle ce test doit être volontaire et accompagné de counselling pré- et post-test. Cependant, tant et aussi longtemps que persisteront la stigmatisation et la discrimination, de même que les disparités dans l'accès aux traitements, la décision éclairée et personnelle de passer un test du VIH devra constituer une étape intégrale de la pratique médicale. Dans le présent article, qui puise dans son exposé lors d'une séance d'abrévés oraux de la XV^e Conférence internationale du sida à Bangkok, le 14 juillet 2004, Sofia Gruskin décrit les développements qui ont conduit certaines personnes à remettre en question la notion de test et counselling volontaire (TCV); elle présente un aperçu des facteurs à prendre en considération dans l'analyse examinant si une proposition de stratégie de test du VIH est efficace à la fois en termes de santé et de droits humains; elle incite à la clarté dans l'utilisation des termes « test de routine », « test optionnel » et « option de refus »; et énumère des considérations à prendre en compte pour la réussite de toute initiative visant à élargir le recours au test du VIH.

Introduction

Des points de vue de la santé publique et des droits humains, le comment et le pourquoi du test du VIH sont des préoccupations pertinentes, ainsi que celle de savoir si les personnes comprennent les implications d'un résultat positif à ce test, notamment sur le plan du comportement et des services. Aux premières années de l'épidémie du VIH, les membres des communautés affectées et les défenseurs des droits de la personne ont constaté que le test du VIH doit se faire de manière volontaire [i.e. avec le consentement de la personne concernée] et qu'un choix éclairé est crucial à l'avènement d'un climat de confiance entre la personne qui passe le test et les fournisseurs de services. La pression croissante, à l'époque, en faveur de rendre obligatoire le test du VIH, s'est résorbée à mesure que la plupart des professionnels de la santé public ont compris cette simple vérité. Le TCV a

été et demeure une composante nécessaire et centrale de la réponse au VIH/sida.

De nos jours, peu d'intervenants oseraient prétendre que le test obligatoire du VIH en milieu de soins de santé est une option acceptable. Il semble toutefois que la volonté récente, et justifiable, d'élargir l'accès au test du VIH a conduit à un discours fortement politisé qui, de nouveau, semble placer en opposition les buts de la santé publique et les normes des droits humains. Or nous ne pouvons pas permettre que la santé publique et les droits humains soient présentés comme des concepts divergents, dans l'approche au VIH/sida. Tout effort d'expansion du recours au test du VIH doit intégrer les bonnes pratiques – tant sur le plan sanitaire qu'humanitaire.

Le TCV est habituellement considéré comme une démarche qui inclut un counselling pré-test et un counselling post-test. Mais avec le temps,

principalement en raison des coûts financiers et de ressources humaines, on s'est mis à remettre en question la nécessité du counselling pré- et post-test. À l'heure actuelle, on propose des stratégies, qui vont de la tentative – certes compréhensible – de réduire les coûts en essayant divers modèles de counselling pré-test en groupe, jusqu'à des suggestions – plus problématiques – de tout simplement administrer automatiquement un test du VIH à quiconque a recours à un service de santé, à moins qu'il soit suffisamment informé des procédures pour demander expressément à ce qu'on ne le fasse pas.

On entend aussi de plus en plus souvent, de la part de professionnels et de médias grand public, des allégations qui portent à croire que le test du VIH, en soi, est la chose la plus importante (sous-entendant que les autres éléments, notamment le counselling et le caractère volontaire du test, seraient moins importants ou

sans pertinence, voire des obstacles au test).

De pair avec ces tendances, un certain nombre de pays ont amorcé un virage vers des approches plus agressives, en matière de test, que l'on classe fréquemment sous l'étiquette générale de « test de routine ». Regrettamment, le flou de ce terme obscurcit la distinction entre un test « systématiquement offert » ou « systématiquement imposé », ainsi que la question de savoir si l'on permet ou non à l'individu de faire un choix éclairé devant l'option d'accepter ou de refuser le test. Nous devons veiller à ce que le langage du « test de routine », qui s'imisce de plus en plus dans les discussions sur le VIH/sida, ne fasse pas en sorte que cette approche soit ou devienne un déguisement pour ce qui serait dans les faits un test « obligatoire » ou « requis ».

Nous devons veiller à ce que le langage du « test de routine » ne devienne pas un déguisement pour ce qui serait, dans les faits, un test « obligatoire ».

Où en sommes-nous?

La poussée fondamentale de ce changement d'approche en matière de TCV peut être attribuée à une gamme de facteurs et de frustrations. Dans plusieurs réponses nationales au VIH/sida, on n'a pas suffisamment mis l'accent sur le TCV; et, même dans les endroits où ce service est offert, on y a généralement peu recours. Il est important de se rappel-

er toutefois que les exemples d'efforts fructueux n'ont pas été répliqués à bien des endroits. Des données attribuent la faible demande de TCV en grande partie au manque d'options de traitement, de même qu'à la stigmatisation et à la discrimination qui entraînent chez des individus une réticence à s'avancer et à demander ce test pour savoir s'ils sont séropositifs.

De plus, seule une fraction – peut-être 5% – des personnes vivant avec le VIH/sida dans des pays en développement sont informées de leur séropositivité. À présent que les traitements commencent enfin à devenir plus accessibles, il est important que les services de test soient considérablement élargis, puisqu'il faut généralement être au courant de sa séropositivité avant d'avoir accès à un traitement.

Par ailleurs, certains intervenants dans la réaction au VIH/sida semblent bel et bien convaincus que, plus de 20 ans après le début de cette épidémie, le virage vers la « routinisation » du test du VIH ferait partie d'une normalisation croissante du VIH qui – d'après le raisonnement de ses tenants – pourrait contribuer à réduire graduellement la stigmatisation et la discrimination.

L'objectif de santé publique consistant à élargir le recours au test, dans le contexte actuel, est assez bien défini – mais les méthodes pour y parvenir, elles, ne sont pas définies pour l'instant. Des considérations de santé publique *et* de droits humains requièrent que l'expansion des services de test du VIH se fasse de manières aussi propices que possible à assurer que les individus puissent obtenir les services dont ils ont besoin et qu'ils gardent contact avec eux.

Des stratégies qui font entrave à des droits (comme le droit à la vie privée) pourraient être acceptables si de telles restrictions étaient prévues en droit, et s'il y avait des données faisant foi de la stricte nécessité de telles approches et démontrant qu'il s'agirait de l'option la moins restrictive et intrusive pour atteindre un objectif clair et légitime. Le cas échéant, les avantages sanitaires présumés d'une abolition du caractère volontaire du test du VIH – notamment par l'imposition du test aux individus sans obtenir leur consentement à cet effet – pourraient, en soi, justifier que l'on procède à une certaine limitation de certains droits. Cependant, ces hypothèses ne sont pas démontrées.

Ceux qui proposeraient qu'il est nécessaire de limiter les droits humains, de quelque façon que ce soit, ont l'obligation d'en démontrer le bien-fondé, et c'est à eux qu'incombe le fardeau de la preuve. Cela impliquerait d'évaluer :

- les bienfaits perçus et réels, ainsi que les risques à long terme, de l'approche souhaitée;
- la solidité des données sur lesquelles la décision serait fondée; et
- les soins et traitements fournis dans le cadre de la stratégie prônée, pour les populations et individus concernés, à des endroits spécifiques, à long terme.

Ces critères ne sont pour l'instant satisfaits par aucun des tenants d'un virage qui nous éloignerait du TCV en tant qu'approche privilégiée pour le test du VIH. Par ailleurs, au cours de la récente année, les fondements du TCV ont été sévèrement scrutés

par un certain nombre d'acteurs désireux de vérifier si cette stratégie est encore la plus efficace dans le contexte actuel. Notamment, l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont dévoilé une politique révisée, relativement au test du VIH, qui présente une certaine spécificité en lien avec le milieu des soins de santé et qui affirme les stratégies recommandées à l'échelle mondiale pour le test du VIH. De plus, les opposants à l'imposition du test du VIH comme routine ont signalé que, tant et aussi longtemps que persisteront la stigmatisation, la discrimination et l'iniquité dans l'accès aux soins et traitements, la décision individuelle et informée de passer un test du VIH doit continuer de faire partie intégrante de la pratique médicale – sans quoi on risquerait de provoquer des effets délétères, non seulement sur le plan individuel mais aussi pour le recours au système des soins de santé, plus généralement.

La décision individuelle et informée de passer un test du VIH doit continuer de faire partie intégrante de la pratique médicale.

Le test du VIH – qui, quoi, où et pourquoi?

Bien que les discussions actuelles à propos du test du VIH se fassent souvent en termes généraux, une analyse des aspects à l'intersection de la santé et des droits humains nécessite que l'on détermine si, dans toute situation particulière, une stratégie proposée serait la plus efficace en

termes sanitaires et humanitaires. Cela nécessite de porter attention à une gamme de facteurs, notamment les raisons pour lesquelles on administre un test du VIH, la manière dont on le fait ainsi que les implications qui découlent d'un résultat positif à ce test, dans divers contextes légaux et de politiques.

Premièrement, pourquoi administre-t-on le test, à tel ou tel endroit? Quel est le but de la stratégie du test? Hormis le but d'une surveillance épidémiologique, le test aux individus à des fins diagnostiques est pratiqué pour diverses raisons; notamment :

Parce que des personnes veulent, de plein gré, connaître leur état sérologique. Ceci est habituellement au cœur des stratégies de test du VIH. C'est au terme d'une décision éclairée, que l'on veut connaître son état sérologique au VIH. Le consentement éclairé et le counselling pré- et post-test sont encore des éléments cruciaux de cette stratégie.

Parce que ce test fait partie des dépistages « de routine » dans les services de santé. Ici réside la plus grande confusion. L'enjeu principal est le suivant : dans ce contexte, le test du VIH est-il imposé de routine ou plutôt offert de routine par le fournisseur de soins?

Pour réduire le risque de transmission périnatale. Une grande préoccupation se manifeste lorsque le test du VIH est administré près du moment de l'accouchement. Les enjeux dont il faut tenir compte incluent de veiller à ce que la femme consente au test; la manière dont le counselling pré- et post-test sera fourni; comment et quand elle serait infor-

mée d'un résultat positif; et comment la confidentialité du résultat de test sera protégée. De plus, il faut accorder une attention beaucoup plus importante à l'existence de liens aux services et traitements, pour la mère et le nourrisson – non seulement sur le site de l'accouchement, mais à plus long terme.

En raison d'attitudes sociétales et de préjugés à l'égard de certains individus et groupes de la population. Même lorsque le test est soi-disant accessible généralement pour ceux qui désirent le passer, certaines normes juridiques ou communautaires peuvent limiter son accès à certaines personnes, par exemple au motif de l'âge ou du sexe. Il existe aussi un risque que l'empressement à étendre l'accès au test soit invoqué pour justifier son imposition à certaines populations (comme les utilisateurs de drogue par injection ou les travailleurs sexuels) dont des actes sont considérés illégaux, et que l'on néglige toutefois de veiller à ce que le test soit lié aux traitements, et à ce que les individus profitent des bienfaits des efforts d'expansion – peu importe si le test est effectué en milieu des soins de santé ou non.

Pour établir l'admissibilité à des activités, services et biens. Le terme « de routine » s'imisce de plus en plus dans les discussions concernant l'administration du test comme condition de l'accès à des services ou des biens, comme l'admission à l'université.

Deuxièmement, où s'effectue le test? Il est souvent administré dans des cliniques de soins de premier recours ou dans des endroits spécialisés, comme des cliniques prénatales

– mais aussi dans des milieux qui ne sont pas des établissements de soins de santé : en milieu de travail, dans des universités, des bureaux de l’immigration, des postes de police ou des prisons. La manière dont le test est effectué, dans chacun de ces endroits, doit être prise en considération, notamment en ce qui a trait au consentement éclairé, à la confidentialité et aux conséquences d’un résultat positif pour une personne – y compris de veiller à ce qu’un traitement lui soit rendu accessible.

Troisièmement, un aspect du test du VIH qui est critique et qui revêt d’importantes implications pour la protection et la promotion des droits de la personne concerne l’éventualité d’un résultat positif au test. On doit considérer la question de savoir si, et comment, un résultat positif est communiqué au patient, mais aussi de savoir si le consentement à une divulgation de cette information est explicite, implicite, ou sans pertinence; et de savoir si, et comment, ce résultat est communiqué aux fournisseurs de soins, aux partenaires, aux membres de la famille, aux employeurs, et à l’État.

Suggestions pour progresser

La définition et l’interprétation du qualificatif « de routine » varient grandement, et les discussions se poursuivent à un niveau de généralité qui n’est pas propice à une analyse et à une mise en œuvre rigoureuses; cela pourrait conduire à des abus. La clarté est nécessaire, à savoir si le test du VIH est systématiquement offert, ou systématiquement imposé; si l’on fournit du counselling pré- et post-test; s’il y a option d’accepter ou de refuser le test, et, dans un ou l’autre cas, s’il y a des conséquences négatives sur la capacité de l’indi-

vidu d’avoir accès à des soins, du soutien et un traitement, à terme.

Certaines définitions proposées ci-dessous peuvent être utiles à clarifier les nombreuses et différentes stratégies que peut évoquer le terme fourre-tout de « test de routine » :

- test offert systématiquement : initiative du fournisseur de soins; nécessite un counselling pré-test et post-test pour permettre à la personne concernée de prendre une décision éclairée;
- test imposé systématiquement : administré à la discrétion du fournisseur de soins, sans nécessairement veiller à ce que la personne y donne son consentement;
- acceptation de passer le test [*opting-in*] : consentement éclairé de la personne à passer le test qu’on lui offre;
- acceptation par défaut : test imposé systématiquement, à moins que, de sa propre initiative, la personne demande à ce qu’on ne lui administre pas le test;
- refus de passer le test : affirmation, par la personne, de son refus de passer le test qu’on lui offre.

Les stratégies devraient évoluer vers l’offre de routine du test du VIH en milieu de soins de santé.

Toute administration de routine, ou systématique, du test du VIH lorsque l’on n’a pas demandé la décision éclairée de la personne à passer ce test, y compris l’« acceptation par

défaut », doit être expressément rejetée. Les stratégies devraient plutôt évoluer vers l’*offre de routine* du test du VIH en milieu de soins de santé. Toute expansion du test du VIH nécessite une attention particulière, non seulement à la logistique de l’expansion, mais aussi aux conditions nécessaires pour faire en sorte que les personnes aient accès au test et restent en contact avec le système de santé, après en avoir reçu le résultat.

Tout effort d’expansion du test du VIH doit assurer le caractère *volontaire* du test; les services de soins de santé devraient s’orienter vers une *offre* systématique de test du VIH. Le Groupe de référence de l’ONUSIDA en matière de VIH/sida et de droits de la personne, qui surveille le dossier, a identifié des facteurs qui doivent être abordés simultanément et de manière compréhensive, afin que toute expansion du test du VIH puisse être réussie, à long terme :

- la procédure de test proprement dite, y compris le but et la pratique, ainsi que les implications d’un résultat positif;
- le degré d’accès durable à un traitement et aux soins, pour les personnes qui apprennent qu’elles sont séropositives;
- la capacité des infrastructures des soins de santé de supporter l’augmentation de la demande si un plus grand nombre d’individus se découvrent séropositifs;
- les degrés de stigmatisation et de discrimination liées au VIH/sida, dans la région, et les efforts déployés pour les réduire; et
- le contexte légal et des politiques dans le cadre duquel cet effort d’expansion s’effectue, y compris la question de savoir si les lois et politiques en lien avec le

VIH, en particulier, et en lien avec des populations vulnérables, comme les travailleurs sexuels et les utilisateurs de drogue, sont en conflit ou en harmonie avec une approche semblable de réduction des méfaits.

Conclusion

Une expansion doit avoir lieu simultanément dans chacune de ces catégories. La considération isolée de l'un ou l'autre de ces éléments ne sera pas suffisante pour assurer que le test du VIH conduise à une augmentation du nombre de personnes qui, non seulement, sauraient qu'elles sont séropositives, mais aussi recevraient les soins et le soutien dont elles ont besoin. Des tentatives isolées ou désordonnées d'augmenter le recours au test du VIH

peuvent avoir d'importantes conséquences négatives sur la lutte contre le VIH/sida et le recours plus général aux systèmes de soins de santé et de services sociaux.

Le caractère volontaire doit demeurer au cœur de toutes les stratégies en matière de test – non seulement pour respecter les principes des droits humains, mais aussi pour assurer que ces stratégies portent fruit sur le plan de la santé publique. Les travailleurs de la santé publique ont une obligation légale de ne pas passer outre à des droits humains sans qu'il existe des données établies et faisant foi d'avantages importants à le faire, pour la santé publique; en lien avec le test du VIH, il n'existe pas de données en ce sens. Bien qu'en apparence, il puisse sembler

raisonnable d'utiliser l'expression « de routine » pour désigner une procédure qui est administrée systématiquement en milieu de soins, l'usage non qualifié de « test de routine » est dangereux et doit être abandonné.

– Sofia Gruskin

Sofia Gruskin est professeure associée en matière de santé et de droits humains, et directrice du programme sur la santé internationale et les droits humains, au François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health. On peut la joindre à sgruskin@hsph.harvard.edu. Elle remercie les membres du Groupe de référence de l'ONUSIDA en matière de VIH/sida et de droits de la personne, dont les discussions à propos de l'expansion du test du VIH ont enrichi cet article.

Les minorités sexuelles, la violence et le VIH/sida en Afrique

Dans la plupart des pays à faible revenu, l'existence de rapports sexuels entre hommes et entre femmes est généralement ignorée ou niée par l'opinion publique, les gouvernements et la communauté internationale. Cela entraîne des violations systématiques de droits humains des minorités sexuelles, un degré élevé de violence à leur endroit, et la négligence de la propagation du VIH/sida parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) et les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes (FRSF). Dans cet article tiré d'une présentation orale d'abrégé à la XV^e Conférence internationale sur le sida, à Bangkok, le 14 juillet 2004, Ronald Lwabaayi décrit la double épidémie de violence et de VIH/sida qui frappe les HRSH et les FRSF dans les pays à faible revenu, avec un point de mire particulier sur l'Afrique; il formule des recommandations pour réagir à ces problématiques dans un cadre de droits humains et de réduction de la pauvreté.¹

Dans les pays à faible revenu en général, et en Afrique en particulier, peu d'individus qui ont des relations sexuelles avec des personnes du même sexe s'identifient comme gais,

lesbiennes, bisexuels ou transgenre (GLBT). Dans ce groupe, on distingue deux catégories : ceux qui socialisent et ont des relations sexuelles avec des personnes qui s'identi-

fient comme GLBT, et les autres. Ces derniers incluent des étudiants de pensionnats, des travailleurs migrants, des hommes de camps de travailleurs (comme les mineurs), des hommes du

service militaire, des garçons de la rue et des détenus. La population de HRSH et de FRSH, dans les pays à faible revenu, est donc fortement hétérogène.

La violence et les autres risques sociaux

Le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a interprété la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques comme incluant la protection des droits des minorités sexuelles à l'égalité et à la non-discrimination devant la loi; à la liberté et à la sécurité de la personne; à ne pas subir de peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants; et à ne pas être arbitrairement arrêté, détenu ni exilé.² D'autres commissions de l'ONU ont abordé les vulnérabilités particulières des minorités sexuelles et l'impact extrêmement néfaste des lois qui criminalisent les comportements homosexuels. Pourtant, perpétuant la prohibition des comportements homosexuels introduite par les pouvoirs coloniaux au 20^e siècle, plus des deux tiers des pays africains continuent de criminaliser les comportements homosexuels et de nier les droits humains fondamentaux des HRSH et des FRSH.³

Renforçant ce cadre juridique hostile, des politiciens et (en particulier) des chefs religieux des quatre coins de l'Afrique condamnent activement les gais et lesbiennes et les relations homosexuelles, et autorisent la persécution et l'ostracisation des minorités sexuelles ainsi que les abus à leur endroit, en toute impunité.⁴ Même là où les politiciens n'attaquent pas l'homosexualité, le degré d'intolérance et de violence à l'égard des

minorités sexuelles peut être terriblement élevé.⁵

Fait alarmant, les HRSH et les FRSH, en particulier ceux et celles qui s'identifient comme gais ou lesbiennes, ou qui ne peuvent cacher leur identité, sont souvent la cible de victimisation sexuelle.⁶ L'agression sexuelle de HRSH est répandue et se produit à la maison, à l'école, dans la rue, dans l'armée, en période de guerre, en prison et dans les postes de police. Le risque de viol des lesbiennes pourrait être plus élevé que celui des femmes hétérosexuelles, puisqu'elles peuvent devenir des cibles particulières de viol si leur identité sexuelle est connue.⁷

En Afrique, les lesbiennes risquent de devenir des cibles particulières de viol si leur identité sexuelle est connue.

Par ailleurs, l'intolérance et la stigmatisation entraînent d'autres risques sociaux pour les HRSH et les FRSH qui affirment leur préférence sexuelle ou ne peuvent la dissimuler – notamment la perte d'emploi ou de gagne-pain, l'expulsion du foyer ou du logement, et la perte du filet de sécurité sociale généralement fourni par la famille et des groupes sociaux ou religieux plus vastes. L'isolement social rend ces personnes très vulnérables à des difficultés comme le chômage et la maladie, qui peuvent mener à la misère, à l'incapacité, à la pauvreté et à la mort. Ces risques sociaux accroissent la probabilité de s'en remettre au travail sexuel, qui comporte des risques de violence,

d'infections transmissibles sexuellement et de VIH.

Le VIH/sida

La discordance entre l'identité sexuelle et les comportements sexuels, chez les HRSH, implique l'existence d'une importante « passerelle » de transmission du VIH entre ces hommes et la population générale.⁸ Pour dissimuler leur identité sexuelle, une forte proportion de personnes GLBT ont des partenaires sexuels du sexe opposé, épousent une personne de sexe opposé ou ont des enfants.⁹ C'est également le cas des HRSH, qui ne s'identifient pas à la communauté GLBT et qui recherchent naturellement des relations avec le sexe opposé. Par conséquent, les HRSH qui contractent le VIH lors de rapports sexuels avec des hommes le transmettent souvent à leurs partenaires sexuelles féminines, dont les enfants peuvent être infectés durant la grossesse, à la naissance ou à l'allaitement.¹⁰

En outre, compte tenu des risques particuliers que comportent les rapports sexuels anaux, la prévalence du VIH parmi les HRSH est probablement beaucoup plus élevée que dans la population générale. La probabilité de transmission du VIH par des rapports anaux est au moins cinq fois plus élevée que par des rapports vaginaux.¹¹

Une récente étude, dans huit pays africains anglophones, a mesuré une prévalence élevée du VIH parmi les HRSH et révélé que leur risque de mourir du sida varie de moyen à élevé, dans tous ces pays, sans égard à la situation juridique ou politique.¹² Les plus durement frappés par le VIH/sida sont les travailleurs sexuels masculins, dont le risque de mourir du sida est élevé dans tous ces pays.

Chez les hommes gais qui ne sont pas travailleurs sexuels, le risque varie de moyen à élevé dans la plupart de ces pays. Chez les femmes lesbiennes, le risque est élevé dans plus de la moitié des pays étudiés, et moyen dans presque tous les autres. Contrairement à la plupart des FRSF des pays industrialisés, celles de l'Afrique épousent des hommes, ou ont des partenaires sexuels masculins, et sont donc exposées aux mêmes risques d'infection que les femmes hétérosexuelles. Leur risque de viol est également élevé, comme on l'a déjà mentionné.

En outre, les messages de prévention du VIH destinés aux HRSH/FRSF ont souvent pour unique source les associations GLBT. En revanche, les soins et traitements pour le VIH ne ciblent et ne rejoignent habituellement pas la communauté GLBT, même dans les villes où ces services sont offerts au grand public. La discrimination existe donc même dans le secteur de la santé publique.

Vers une stratégie inclusive contre la violence et le VIH/sida

Plutôt que de tenter de réagir isolément aux problèmes des minorités sexuelles, l'intégration de ces enjeux dans les ordres du jour d'organismes qui s'intéressent au genre sexuel, à la violence, aux droits humains et au VIH/sida serait plus propice au progrès. Cette approche miserait sur une vaste gamme d'alliances et atténuerait les réactions négatives que peut provoquer un programme à enjeu unique, de la part de responsables de politiques, de groupes religieux et parmi la population générale. Dans une perspective encore plus large, ces problématiques

devraient être intégrées dans les cadres existants des droits humains et de la réduction de la pauvreté.

Les acteurs clés susceptibles d'améliorer la condition des minorités sexuelles sont les États, la société civile, les personnes et associations GLBT et les donateurs. Les personnes et associations GLBT devraient être au centre d'efforts ciblés de prévention et de défense des droits. Les organismes de la société civile qui ne s'adressent pas aux GLBT devraient être incités à fournir des services de prévention, de soins et de traitement du VIH/sida à des populations spécifiques de HRSH, comme les migrants, les détenus et les jeunes de la rue.

Les États et la société civile devraient défendre et protéger les droits humains des minorités sexuelles.

Les États et la société civile devraient défendre et protéger de façon proactive les droits humains des minorités sexuelles. Les États devraient être incités à fournir aux minorités sexuelles un accès égal aux opportunités économiques, à la protection des systèmes juridiques¹³ et aux services, notamment en matière de santé, d'éducation, de prévention, de soins et de traitements pour le VIH/sida. À l'heure actuelle, dans une grande partie de l'Afrique, il est presque impossible pour les regroupements de GLBT de se réunir ou de s'organiser en raison de lois oppressives, de campagnes officielles dirigées contre eux, d'un manque d'information, d'une couverture

médiatique négative, d'une profonde désapprobation culturelle et religieuse, de l'absence de lieux de rencontre sûrs, d'un manque de soutien financier, et de risques de violence, de perte de gagne-pain et d'isolement social.¹⁴

Enfin, la communauté des donateurs et les organismes internationaux doivent s'impliquer plus activement dans la promotion d'améliorations à la vie des minorités sexuelles. Les donateurs et les gouvernements doivent créer un environnement propice au travail sur les questions liées aux HRSH et aux FRSF, aux paliers national et international. La communauté des donateurs doit aussi contribuer au financement d'une réaction rigoureuse au VIH/sida parmi les HRSH, y compris de programmes ciblés de fourniture de services.

De plus, les établissements universitaires, les organismes de la société civile et la communauté internationale devraient entreprendre des recherches approfondies sur les conditions et problèmes des minorités sexuelles. Mais la capacité de ces acteurs d'amorcer des recherches et d'élaborer des politiques et programmes sur les minorités sexuelles est pratiquement nulle. Il faut donc une combinaison de formation officielle, d'apprentissage pratique et d'habilitation, en particulier pour les regroupements de GLBT, dont l'organisation et le soutien sont piètres.

Conclusion

Jusqu'ici, les États africains, la société civile et les organismes et donateurs internationaux n'ont pas encore répondu aux besoins des minorités sexuelles. Pourtant, la vulnérabilité accrue des HRSH et des FRSF à la violence et au VIH/sida

est un problème panafricain qui nécessite une action immédiate. La marginalisation de ces individus accroît leur fardeau de maladie ainsi que leurs risques de perte de gagne-pain et de décès. Par ailleurs, la prévalence (probablement) élevée du VIH parmi les HRSH, et sa propagation rapide parmi les femmes et les enfants, exigent une réponse de toute urgence.

– Ronald Lwabaayi

Ronald Lwabaayi est directeur et cofondateur de Livelihood Development International, un organisme non gouverne-

mental de l'Ouganda. On peut le joindre à director@livelihooddevelopmentafrica.org.

¹ Cet article et l'exposé présenté à la Conférence de Bangkok sont basés sur un document de M. Lwabaayi, H. Binswanger, C. Anyamele et T. Van Nguyen, intitulé « Sexual Minorities, Violence and AIDS in Africa ». On peut en obtenir copie auprès de M. Lwabaayi.

² Human Rights Watch et International Gay and Lesbian Human Rights Commission, *More than a Name: State-Sponsored Homophobia and Its Consequences in Southern Africa*, Human Rights Watch, États-Unis, 2003.

³ Afrol News, 3 mai 2004, http://www.afrol.com/Categories/Gay/index_legal.htm.

⁴ *Supra*, note 2.

⁵ All Africa HIV/AIDS and Human Rights Symposium, *LGBT Risk Assessment for Eight Selected African Countries*, février 2004, Afrique du Sud (sous presse).

⁶ *Rapport mondial sur la violence et la santé*, Organisation

mondiale de la santé, 2002.

⁷ *Supra*, note 5.

⁸ ONUSIDA, *Le SIDA et les rapports sexuels entre hommes : point de vue ONUSIDA*, juillet 1998. Voir aussi C.I. Niang et coll., *Meeting the Sexual Health Needs of Men Who Have Sex With Men in Senegal*, Horizons Program, USAID, The Population Council Inc., New York, 2002; All Africa, *supra*, note 5; et Robertson J., *The Black Swans of Africa: AIDS and Sex Between Men in Sub-Saharan Africa*, The Harvard School of Public Health, Harvard University, 2003 (sous presse).

⁹ Niang, *supra*, note 8. Voir aussi Brody S. et Potterat, J., « Assessing the Role of Anal Intercourse in the Epidemiology of AIDS in Africa », *International Journal of STD and AIDS*, 2003, 14 : 431-436.

¹⁰ ONUSIDA, *supra*, note 8.

¹¹ Robertson, *supra*, note 8.

¹² *Supra*, note 5.

¹³ *Supra*, note 2.

¹⁴ *Supra*, note 5.

Bangkok 2004 : Abrégés sur des thèmes de droit, d'éthique et de droits humains

À la XV^e Conférence internationale sur le sida, plus de 175 abrégés portaient sur des questions juridiques, éthiques et de droits de la personne. Ils ont abordé des sujets comme les stratégies pour réduire le stigmatisation et la discrimination liés au VIH/sida; l'impact de la guerre à la drogue en Thaïlande; la protection de la vie privée et la divulgation de renseignements médicaux; et la défense des droits des femmes vivant avec le VIH. Un nombre limité d'abrégés a été sélectionné pour publication dans ce numéro spécial de la Revue. Ils ont été retenus [et traduits] parce que, de pair avec d'autres articles du présent numéro, ils forment un échantillon représentatif des nombreuses questions de ces domaines abordées à la Conférence.

Trois abrégés portent sur la réduction de la vulnérabilité et la défense des droits des femmes et des filles; un autre traite de la réduction des méfaits chez les femmes détenues. Un abrégé aborde le recours au plaidoyer pour promouvoir les droits des utilisateurs de drogue par injection et des personnes vivant avec le VIH/sida, tandis qu'un autre illustre la valeur et l'importance des efforts de plaidoyer menés par les personnes séropositives.

Deux abrégés décrivent l'utilisation d'une approche fondée sur les droits : l'un dans le contexte de l'élaboration de programmes de prévention; l'autre en lien avec la provision de soins et de soutien. Deux abrégés portent sur le recours au droit et à des services juridiques pour faire progresser la réponse au VIH/sida. Enfin, d'autres abrégés abordent l'accès aux antirétroviraux, la prophylaxie post-exposition pour les victimes de vio-

lence sexuelle, des questions éthiques liées à la recherche et au développement de vaccins anti-VIH, et le test obligatoire du VIH pour les travailleurs migrants. Parmi les 14 abrégés qui suivent, 10 traitent de pays en développement; trois autres décrivent des problématiques mondiales. D'autres abrégés sont accessibles sur le site Internet de la Conférence via www.AIDS2004.com.

Abrégé E4040 : Défendre le droit des femmes séropositives à des soins de santé génésique en Ukraine

Sujet : En Ukraine, les femmes séropositives rencontrent des obstacles dans l'accès aux soins de santé. Elles ne reçoivent pas toujours une information complète et exacte pour prendre des décisions éclairées en matière de santé génésique; elles se heurtent à de la stigmatisation et de la discrimination; et leur confidentialité n'est pas respectée.

Description : Le projet visait à élaborer un mécanisme pour éliminer les obstacles de politiques opérationnelles, afin de promouvoir un environnement plus habilitant pour les femmes séropositives qui ont besoin de soins de santé. Le cadre de travail a fourni un modèle de plaidoyer impliquant un comité consultatif communautaire (CCC) composé notamment de personnes vivant avec le VIH/sida, en plus d'adopter une approche de droits humains. L'initiative comportait cinq activités connexes : (1) un atelier d'orientation sur les droits de la personne, à propos des droits humains et génésiques garantis au palier international; (2) une enquête qualitative auprès de femmes vivant avec le VIH/sida et de fournisseurs de services, pour documenter des violations de droits humains et des obstacles dans l'accès aux services de santé génésique, chez les femmes séropositives; (3) un examen ciblé de lois ukrainiennes; (4) une comparaison entre les lois ukrainiennes et les pactes régionaux et internationaux dont l'Ukraine est signataire; et (5) un dialogue de politiques et des efforts de plaidoyer.

Leçons : (1) L'implication de personnes affectées par le VIH/sida et d'autres dépositaires d'enjeux, dès le début de la mise en œuvre d'un projet, est vitale. (2) Il est essentiel d'aller au delà des données anecdotiques et de documenter les problèmes que rencontrent les personnes vivant avec le VIH/sida, comme première étape vers des changements aux politiques. (3) Il est nécessaire d'approcher des responsables de politiques le plus tôt possible, pour qu'ils s'impliquent dans l'amélioration de la situation. (4) Pour être acceptées comme des partenaires égaux, les personnes vivant avec le VIH/sida ont besoin de compétences et de connaissances liées à certains enjeux.

Recommandations : Ce mécanisme pilote recommande le plaidoyer, la création d'un CCC et le recours à une approche de droits humains pour réagir aux enjeux complexes découlant de la modification des politiques. Cela permet la participation significative des personnes vivant avec le VIH/sida à l'élaboration des politiques, tout en sensibilisant les dépositaires d'enjeux à des questions de droits humains et de santé.

Abrégé présenté par O. Semerik, M. Medrek, A. Eckman, L. Porter, POLICY Project.

Abrégé E4088 : Revendication du traitement antirétroviral universel pour les personnes vivant avec le VIH/sida au Guatemala

Sujet : Le Guatemala, où la prévalence du VIH est estimée à environ 2 p. cent, est un des pays de

l'Amérique latine qui tarde à reconnaître officiellement les quelque 100 000 personnes qui vivent avec le VIH/sida sur son territoire. Depuis 2001, le Département de la santé publique du Guatemala a ignoré de nombreuses requêtes écrites et pétitions pour une audience à des personnes vivant avec le VIH/sida qui revendiquent la couverture universelle du traitement antirétroviral.

Description : Exaspérées de constater en moyenne 10 décès par jour liés au sida, au Guatemala, sans réaction publique significative, des personnes vivant avec le VIH/sida se sont organisées avec l'aide de la Fernando Iturbide Foundation for the Prevention of AIDS et de l'Association for Integrated Health. Elles ont envoyé une pétition au président du Guatemala, à l'époque Alfonso Portillo, réclamant le traitement urgent de 26 personnes séropositives ainsi qu'un engagement à l'accès universel aux thérapies médicamenteuses dans un délai de 30 jours. Le Comité des droits de la personne du Guatemala a entièrement appuyé la pétition, mais le président n'a pas répondu. En réponse à son inaction, une poursuite judiciaire a été entamée contre le président Portillo. Grâce aux efforts de la communauté des ONG, on l'a convaincu d'écouter les plaintes; puis il a signé le Décret 27-2000, octroyant 62 500\$US au traitement d'un nombre limité de personnes vivant avec le VIH/sida. En janvier 2003, la Cour constitutionnelle du Guatemala a annulé la poursuite en alléguant l'absence de précédents juridiques. En août 2003, la National Alliance for Persons Living with HIV/AIDS et d'autres ONG ont déposé une requête devant la Commission internationale des droits de l'homme, à

l'effet que le gouvernement du Guatemala ne portait pas une attention suffisante à ses citoyens vivant avec le VIH/sida. Le dossier demeure en instance.

Leçons : Devant des agences gouvernementales réticentes, la ténacité est la seule façon d'obtenir des résultats.

Recommandations : Les précédents juridiques à l'appui de la couverture universelle du traitement antirétroviral pour toutes les personnes vivant avec le VIH/sida devraient être considérés comme un droit humain universel et ne devraient donc pas dépendre de procédures légales lentes au palier national.

Abrégé présenté par F.J. Cabrera, Fundacion Fernando Iturbide, Guatemala City, Guatemala.

Abrégé E4180 : Défendre les droits des utilisateurs de drogue par injection et des personnes vivant avec le VIH/sida

Sujet : En Ukraine, la loi qui régit les questions de l'usage non médical de drogues et du VIH/sida est plutôt progressiste. Toutefois, en pratique, sa mise en œuvre se heurte à de graves problèmes. Les violations systématiques des droits des utilisateurs de drogue par injection (UDI) et des personnes vivant avec le VIH/sida sont répandues.

Description : En avril 2003, l'Ukrainian Harm Reduction Association (UHRA) a amorcé un projet de défense des droits avec 22 ONG participants. Le but premier de ce projet est d'établir un réseau de services opérationnels qui fourniront

aux UDI et aux personnes vivant avec le VIH/sida une aide juridique par le biais d'initiatives de réduction des méfaits. On a mené des enquêtes auprès d'UDI, de personnes vivant avec le VIH/sida, de travailleurs sociaux, d'employés médicaux et d'avocats afin d'identifier les violations de droits et des méthodes adéquates pour l'organisation de l'aide juridique. Du matériel d'information a été développé pour chacun des groupes ciblés. Un atelier de formation sur la défense des droits sera organisé. Le second but du projet est d'améliorer les lois et politiques actuelles en matière de VIH/sida et d'usage non médical de drogues en Ukraine. On a examiné le degré de conformité des lois et politiques ukrainiennes sur le VIH/sida aux normes internationales de droits humains. Une évaluation rapide des politiques a été menée pour identifier les raisons de la non-conformité de lois actuelles. Des audiences publiques et parlementaires ont été tenues. Des recommandations pour l'amélioration des lois et pratiques juridiques ont été formulées. Des ébauches de lois seront préparées.

Leçons : Les violations des droits d'UDI et de personnes vivant avec le VIH/sida découlent de lacunes et de contradictions dans les lois et règlements criminels et de santé publique. Il n'existe pas de véritable mécanisme pour appliquer les lois.

Recommandations : Des stratégies à niveaux multiples devraient être élaborées pour revendiquer des changements aux lois et pour mettre en œuvre les recommandations du projet.

Abrégé présenté par O.V. Kucheruk, UHRA, Kiev, Ukraine.

Abrégé E4187 : Le lobbying communautaire et direct organisé par des militants séropositifs

Sujet : Les réponses gouvernementales au VIH/sida sont souvent inadéquates aux besoins existants. L'obtention de financement et d'un statut prioritaire pour une intervention exige plusieurs tactiques de plaidoyer. Parmi les tactiques efficaces, il y a celles qui amènent des responsables gouvernementaux à écouter les expériences d'intervenants communautaires et leurs commentaires sur des décisions de politiques.

Description : La National Association of People with AIDS (NAPWA-US) dirige AIDSWatch, la plus vaste campagne états-unienne de lobbying parlementaire direct en matière de VIH. Plus de 500 personnes, dont la majorité sont séropositives, se réunissent à Washington (D.C.) pour un événement de trois jours de formation en lobbying et de breffage sur les politiques liées au VIH, avant de rencontrer des membres du Congrès. Des personnes vivant avec le VIH/sida dirigent les rencontres auprès de délégations parlementaires, pour illustrer comment les décisions de politiques affectent leur santé, leur sécurité et leur bien-être. AIDSWatch accroît la capacité de plaidoyer en permettant à des organismes de la société civile d'identifier des militants compétents, efficaces et volontaires, pour intensifier leurs efforts de plaidoyer; en favorisant la confiance des personnes vivant avec le VIH/sida; et en élaborant des modèles de tactiques qui peuvent être adaptés aux efforts locaux et étatiques.

Leçons : L'accroissement de la capacité de lobbying communautaire est favorisé lorsque le recrutement et la formation affirment le droit de tous les citoyens à rencontrer des élus et fonctionnaires. Les élus sont plus susceptibles de répondre aux besoins non satisfaits et de demander des informations de suivi et des conseils lorsqu'ils comprennent comment les décisions de politiques affectent leur population. Les compétences de plaidoyer fournies par AIDSWatch sont transférables à d'autres campagnes et accroissent la capacité aux paliers local et étatique.

Recommandation : Des efforts législatifs à grande échelle, menés par des citoyens, sont indiqués à la fois dans les pays industrialisés et en développement pour rehausser l'éducation des décideurs quant à l'impact de l'action ou de l'inaction en matière de VIH sur leur population et leur nation.

Abrégé présenté par P. Feldman, T. Anderson, NAPWA-US, Washington, États-Unis.

Abrégé E4201 : Lois sur le VIH/sida en Inde – Un mécanisme participatif pour la société civile

Sujet : Les mécanismes démocratiques d'élaboration de lois doivent refléter les préoccupations de la société civile pour être un moyen constructif de changement social, efficace dans la pratique. Cela est particulièrement vrai dans le contexte du VIH/sida, où divers enjeux, souvent concurrents, ont émergé et mis en relief des inégalités sociales, de profonds préjugés, du bigotisme ainsi que des faiblesses du système de santé publique. Étant donné la diver-

sité d'enjeux à aborder, il est impératif de se doter d'un mécanisme consultatif et participatif, impliquant des experts du domaine, lors de l'ébauche de lois omnibus sur le VIH/sida.

Description : Ce document explique le mécanisme unique développé par la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit, en 2002-2003, pour l'ébauche de lois sur le VIH/sida à la demande du Gouvernement de l'Inde. Ce mécanisme s'est déroulé en trois étapes. D'abord, on a examiné d'importantes questions juridiques liées au VIH/sida ainsi que leur traitement dans des régimes légaux semblables à celui de l'Inde. Ensuite, on a procédé à l'ébauche d'une loi fondée sur les droits; puis à des consultations nationales auprès de divers dépositaires d'enjeux pour connaître leurs commentaires, préoccupations et critiques à propos de celle-ci. Ce mécanisme consultatif, sous forme d'ateliers auprès de personnes vivant avec le VIH/sida, de membres de communautés vulnérables et d'interventions ciblées, de professionnels de la santé, de syndicats et d'employeurs, de regroupements de femmes, d'enfants et d'autres, a été influencé par le but manifeste d'être inclusif, holistique, participatif et ouvert.

Leçons : Pour qu'une loi soit significative et applicable, il est essentiel de consulter les individus qui seront les plus touchés et les plus susceptibles de l'utiliser. Le mécanisme participatif stimule également l'appui au projet de loi et un sentiment de prise de possession.

Recommandations : Pour être efficaces, les lois qui abordent des enjeux sociaux comme le VIH/sida

doivent s'enraciner dans ces réalités, en se fondant sur les expériences concrètes.

Abrégé présenté par V. Divan, Lawyers Collective HIV/AIDS Unit, Mumbai, Inde.

Abrégé E4208 : Enjeux juridiques et éthiques liés à la recherche et au développement de vaccins anti-VIH au Kenya

Fondement : Bien que le Kenya ait élaboré des politiques et lignes directrices générales sur la tenue de recherches biomédicales impliquant des êtres humains, pour répondre aux questions juridiques, éthiques et de droits humains pouvant émerger, il ne dispose pas encore de loi ou de politique claire sur les essais cliniques de vaccins anti-VIH. Des chercheurs ont recruté des travailleuses sexuelles de Nairobi comme participantes à leurs essais vaccinaux. Il est donc nécessaire de vérifier si la recherche effectuée auprès d'une population dont les pratiques sont considérées illégales, en vertu des lois du Kenya, est conforme aux normes juridiques et éthiques de la recherche de vaccins anti-VIH.

Sujet : Les thèmes abordés incluent la valeur de la recherche pour le Kenya, sa validité scientifique, l'équité dans la sélection des participants, le ratio risques/bienfaits pour les participants, le protocole de recherche, le consentement éclairé et le respect des participants, la rémunération et le recours à des groupes vulnérables.

Méthode : On a procédé à l'examen du protocole, qui a servi de base à l'étude; puis on a réalisé des entre-

vues auprès de chercheurs et de participants à l'étude. On a examiné les lois, politiques et lignes directrices existantes pour déterminer si elles correspondent aux besoins de recherche du pays.

Leçons : (1) La couverture juridique de la recherche en général, et de la recherche de vaccins anti-VIH en particulier, est incomplète et inadéquate. (2) La protection accordée au groupe vulnérable et stigmatisé des travailleurs sexuels est inadéquate. (3) La surveillance et l'évaluation sont laissées à la discrétion des chercheurs.

Recommandations : On doit (1) s'assurer que la réforme du droit intègre les normes juridiques et éthiques sur la recherche de vaccins anti-VIH énoncées dans divers instruments internationaux; (2) réviser le statut juridique des travailleurs sexuels au Kenya; et (3) élaborer des mécanismes de surveillance et d'évaluation de la recherche, pour assurer sa conformité aux normes juridiques et éthiques.

Abrégé présenté par ADO Rachier, Kenya Ethical and Legal Issues Network, Nairobi, Kenya.

Abrégé D5081 : La réduction des méfaits liés au VIH parmi les détenues du système correctionnel canadien : besoin de pratiques exemplaires dans l'action

Contexte : En dépit des énormes coûts économiques et sociaux du VIH pour les individus, la communauté et le gouvernement, l'accès à des mesures adéquates de prévention du VIH parmi les femmes détenues

demeure controversé et précaire. L'étude avait pour but d'examiner l'accès à des mesures de réduction des méfaits parmi un échantillon de détenues du système correctionnel fédéral du Canada.

Méthodes : Des entrevues approfondies ont été réalisées auprès de 156 femmes incarcérées dans 9 des 11 prisons fédérales du pays, représentant environ 40% de la population totale des détenues de ressort fédéral au Canada. Ces entrevues avaient pour but d'explorer les expériences vécues par ces femmes, dans l'accès à des initiatives de réduction des méfaits en prison. Les données tirées des entrevues ont été transcrites et analysées de façon thématique.

Résultats : L'accès à des mesures de réduction des méfaits comme des condoms, du lubrifiant et de l'eau de Javel n'était pas uniforme dans les prisons étudiées. Soixante-dix p. cent des femmes qui s'injectent des drogues ont rapporté des problèmes d'accès à l'eau de Javel. Soixante-neuf p. cent des détenues sexuellement actives ont exprimé de l'insatisfaction quant à la provision et à l'accessibilité actuelle des moyens de protection. Le tatouage et le perçage étaient des comportements à risque couramment signalés par les répondantes – mais l'éducation à la réduction des méfaits est rare.

Conclusions : L'accès des détenues aux initiatives de réduction des méfaits doit être uniformisé, à travers le système correctionnel fédéral. Il existe un besoin urgent de mesures de réduction des méfaits comme l'échange de seringues, les pratiques sécuritaires de tatouage et l'information sur la taillade. Le programme

actuel de distribution d'eau de Javel doit être amélioré; et des projets pilotes d'échange de seringues devraient être établis dans des prisons pour femmes et adopter des pratiques exemplaires. Les normes de soins en prison, y compris la provision de mesures de réduction des méfaits et de pratiques exemplaires, ne devraient pas différer de celles qui sont accessibles aux femmes dans la communauté.

Abrégé présenté par J.C. Gahagan, L. Rehman, Université Dalhousie, Halifax, Canada; A.M. DiCenso, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), Toronto, Canada.

Abrégé D5231 : Utilisation d'un cadre de droits dans l'examen des soins et du soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida

Sujet : Le VIH/sida est associé à un éventail de droits – principalement le droit à la santé. Des lois et engagements internationaux comme la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida font la promotion de ces droits et/ou les protègent. Une approche fondée sur les droits reconnaît les obligations des États de respecter, de promouvoir et de réaliser les droits humains, ainsi que le rôle d'autres acteurs dans l'appui de cette relation ou la demande de comptes aux gouvernements.

Description : En 2003, une étude a examiné les facteurs qui influencent les soins et le soutien aux personnes vivant avec le VIH/sida qui sont mobiles et à celles dont la mobilité est influencée, dans trois pays du Grand Mekong (le Cambodge, le Viêt-Nam et le Laos), afin de déter-

miner ce que seraient des services de soins et de soutien acceptables, accessibles et adéquats. L'étude a utilisé des méthodes qualitatives et participatives ainsi qu'une définition des soins et du soutien adaptée de celles de l'ONUSIDA et de l'Organisation mondiale de la santé. Un cadre de droits a fourni une structure générale à l'étude, orienté la recherche et servi de base à l'analyse. Celui-ci misait sur huit droits principaux : à la santé, à la participation, à la confidentialité, à la dignité, à la protection contre la discrimination, à l'information, à la vie privée et à l'autonomie. L'étude a reconnu que ces droits étaient indivisibles et que d'autres pouvaient émerger. On a examiné les points de vue de fournisseurs de services, de décideurs, de soignants et de personnes vivant avec le VIH/sida, à partir de thèmes communs. On a également procédé à une analyse sous-jacente des relations de pouvoir entre les personnes vivant avec le VIH/sida et les individus avec lesquels elles interagissent pour recevoir des soins et du soutien.

Leçons : Le cadre de droits était approprié à la réalisation de cette étude et à l'analyse de ses résultats. Les droits à la santé, à la participation, à la confidentialité, à la dignité, à la protection contre la discrimination, à l'information, à la vie privée et à l'autonomie des personnes vivant avec le VIH/sida poussées à la mobilité n'étaient ni respectés, ni réalisés. La marginalisation exacerbait la mobilité.

Recommandations : On doit réagir à la vulnérabilité des personnes mobiles aux violations de droits.

Abrégé présenté par N. Thuan, CARE International, Viêt-Nam; M. Munro, CARE

Canada; C. Esposito, B. Press, CARE International, Bangkok, Thaïlande; S. Pun, K. Green, CARE International, Phnom Penh, Cambodge; K. Souvannaphoum, CARE International, Vientiane, Laos; O. Souksavanh, Fonds des Nations Unies pour la population, Vientiane, Laos; G. Fletcher, consultant, Melbourne, Australie.

Abrégé D5244 : Le test obligatoire des travailleurs migrants : une violation de leurs droits

Sujet : À l'heure actuelle, 60 pays imposent le test obligatoire du VIH aux migrants. Le test obligatoire s'accompagne souvent d'une notification et d'une déportation. Il est discriminatoire et son administration viole souvent le droit du migrant à la vie privée, à la confidentialité, à un consentement éclairé et à un gain-pain. Le recours au test obligatoire comme stratégie pour gérer l'épidémie du VIH de même que l'éthique et le fondement de cette pratique sont discutables. Le test obligatoire et la déportation privent les migrants d'un accès aux traitements.

Description : Le CARAM est un réseau d'organismes communautaires de 11 pays de l'Asie qui mènent des recherches participatives sur les migrants et leurs familles. Devant le nombre croissant de migrants qui retournent chez eux avec le VIH, le CARAM a amorcé des études qui portent sur les préoccupations des migrants séropositifs au VIH et qui examinent les politiques liées au test obligatoire, à la notification et à la déportation.

Résultats : Les recherches et interventions du CARAM montrent que les migrants sont peu (ou pas du tout)

informés du fait qu'on leur administre un test du VIH; que le counselling pré- et post-test est piètre ou nul; que la provision d'information sur le VIH aux migrants sortants, par le biais d'agences dans les pays de destination, est minimale; que la notification est suivie d'une déportation (immédiate, dans certains pays) sans counselling, références ni soins; et que même si un examen médical pré-embauche témoigne de l'excellente santé d'un migrant, un environnement déshabillant dans le pays de destination pourrait entraîner son infection par le VIH ainsi que le stigmate et la discrimination qui en découlent.

Recommandations : (1) Le test obligatoire et la déportation des migrants devraient être abolis. (2) Un test volontaire et du counselling pré- et post-test devraient être offerts aux migrants, conformément aux normes internationales reconnues. (3) Les migrants devraient être autorisés à continuer de travailler. (4) Les migrants devraient avoir accès aux traitements et à de l'information sur la santé. (5) Des services d'orientation, notamment en matière de santé et de VIH, devraient être offerts aux migrants lors de leur départ et de leur arrivée.

Abrégé présenté par A. Tan, Kuala Lumpur, Malaisie; I. Wolffers, Amsterdam, Pays-Bas; M.L. Marin, Quezon City, Philippines; J. Pollock, Chiang Mai, Thaïlande.

Abrégé E5433 : Comprendre les dynamiques d'une approche communautaire fondée sur les droits, pour la prévention du VIH

Sujet : Le Karagwe est un district rural de la région de Kagera (en

Tanzanie). En 1994, des centaines de milliers de réfugiés rwandais ont traversé la frontière vers le Karagwe pour fuir le génocide en cours dans leur pays. Cela a contribué à l'augmentation des infections à VIH dans le district.

Description : L'Association de coopération et de recherche pour le développement (ACORD) vise à promouvoir les droits des communautés les plus pauvres et les plus marginalisées de l'Afrique subsaharienne. Elle reconnaît que l'éducation efficace des pairs passe par une approche fondée sur les droits, essentielle à la promotion de changements comportementaux durables pour la prévention du VIH. L'ACORD a commencé à travailler dans le district du Karagwe en 1996, en y introduisant un système d'éducation à la santé des pairs. Ce système a permis à divers groupes de la communauté de se protéger contre le VIH et de réduire la stigmatisation et la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida. Le plaidoyer communautaire et des programmes d'information, d'éducation et de communication (IÉC) ont servi à rehausser la sensibilisation au VIH/sida et à stimuler des changements comportementaux.

Leçons : L'apport de l'approche communautaire fondée sur les droits, pour la prévention du VIH et la réduction du stigmate, a joué un rôle important dans l'éducation à la santé des pairs. Les leçons apprises sont les suivantes : (1) une approche fondée sur les droits rejoint beaucoup d'individus, dans le cadre d'efforts de plaidoyer communautaire et de programmes d'IÉC; (2) elle est un important mécanisme pour réduire la transmission du VIH et d'infections

transmissibles sexuellement; et (3) elle aide les membres de la communauté à comprendre et à protéger leurs droits.

Recommandations : L'éducation à la santé des pairs peut être répliquée dans d'autres communautés; une mise à jour régulière de la formation des pairs éducateurs et une implication communautaire fondée sur l'approche des droits sont recommandées.

Abrégé présenté par C. Magere, ACORD, Mwanza, Tanzanie.

Abrégé D6448 : « Barefoot lawyers » élargit ses services aux personnes qui vivent avec le VIH/sida en milieu rural

Sujet : Les veuves et les orphelins sont vulnérables à la saisie de propriété, à l'exhérédation, au divorce, au rejet social, à la marginalisation et aux pratiques culturelles néfastes. Cette vulnérabilité est exacerbée par une piètre sensibilisation aux droits, des services de soutien inadéquats et un manque de connaissances juridiques. La tradition veut qu'à la mort d'un homme, un proche épouse sa femme, prenne la responsabilité de leurs enfants, et gère les actifs du foyer. Le VIH/sida a compliqué cette tradition. Le nombre croissant de personnes séropositives qui meurent a surchargé les familles de veuves et d'orphelins laissés pour compte, faute de testament. La préparation d'un testament est taboue, dans la société – elle est perçue comme prédictive de la mort. Les veuves héritent rarement de la propriété de leur défunt époux.

Méthode : (1) Planification de la succession – i.e., aider les familles affectées par le VIH/sida à établir un plan clair pour voir aux besoins fondamentaux des enfants après la mort des parents. Cela implique la préparation de testaments et de carnets de mémoires. (2) Aide juridique aux personnes vivant avec le VIH/sida, y compris l'organisation de séances de sensibilisation au droit; la formation de bénévoles communautaires à la provision d'information juridique élémentaire et d'aide pour la préparation de testaments et de carnets de mémoires; la distribution de documents et de dépliants juridiques simplifiés et rédigés dans la langue locale; la création de cliniques juridiques mobiles; et la représentation d'individus devant les tribunaux ou la résolution de conflits à l'amiable.

Résultats : On a aidé des personnes vivant avec le VIH/sida à récupérer leur propriété. Des enfants et leurs mères ont regagné leur logis, leur sécurité alimentaire et leur gagne-pain. Des pères ont été persuadés de payer les soins et l'éducation de leurs enfants. Des enfants ont pris l'initiative d'approcher des avocats pour obtenir de l'aide.

Conclusion : Ce projet a habilité les groupes les plus vulnérables de la société à obtenir la justice sociale et la reconnaissance égale devant la loi. Il a élargi l'accessibilité des connaissances juridiques, dans les communautés rurales, et atténué les tabous liés à la préparation d'un testament. Les demandes de test volontaire du VIH ont augmenté parce que les gens savent qu'ils peuvent recevoir des services juridiques gratuits, au besoin.

Abrégé présenté par R. Oketch, Plan Uganda.

Abrégé D6479 : Réduire la vulnérabilité des filles maasai au VIH/sida : une question de rapports entre les sexes

Sujet : Les rôles sexuels et les rapports entre les sexes influencent le cours et l'impact de l'épidémie du VIH/sida. Des identités et rôles sexuels façonnés par la culture caractérisent la sous-structure de communautés qui perpétuent des traditions d'exploitation, et limitent l'accès aux moyens qui réduisent la vulnérabilité. En particulier, dans les communautés traditionnelles qui valorisent une idéologie patriarcale, les femmes sont encore plus vulnérables en raison de l'identité et des rôles sexuels qu'elles adoptent ainsi que des facteurs structurels qui distribuent le pouvoir de façon inégale.

Description : Ce document décrit un projet financé par l'Agence canadienne de développement international, intitulé « A Gender Issue: Reducing the Vulnerability of Girls to HIV/AIDS », qui s'est déroulé pendant cinq mois dans la communauté pastorale de Maasai, dans le Nord de la Tanzanie. Il présente une analyse des croyances traditionnelles et culturelles, des mœurs et des facteurs structurels qui accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles devant le VIH. Il décrit aussi des défis et des stratégies proposées pour mettre en œuvre des programmes de prévention parmi les communautés traditionnelles.

Leçons : Dans ces communautés, la vulnérabilité des femmes s'enracine dans la tradition; elles sont confrontées à un « ordre sacré », sur les plans social, économique et politique, qui exacerbe leur vulnérabilité.

Les approches conventionnelles de prévention du VIH, qui proposent des valeurs étrangères en matière de comportement et d'organisation sociale, sont souvent inefficaces.

Recommandations : Les approches conventionnelles de sensibilisation et de promotion de changements comportementaux positifs sont des stratégies intérimaires, et l'habilitation des femmes et des filles est primordiale. Toutefois, les interventions durables doivent inclure (et sont favorisées par) une étroite collaboration avec les leaders traditionnels masculins qui préservent les traditions et la sous-structure idéologique de la communauté. Les interventions doivent éviter la dimension de « planification sociale » propre à plusieurs approches contemporaines, et miser plutôt sur des principes de « développement local » – i.e., la participation élargie, la coopération, le bénévolat, l'éducation et les initiatives et buts déterminés par la communauté.

Abrégé présenté par V.C. Wright, Wilfrid Laurier University, Waterloo, Canada; S. Austin, Vision mondiale Canada; M.C. Masatu, Centre for Educational Development, Arusha, Tanzanie.

Abrégé E6863 : Le droit des victimes de violence sexuelle à la prophylaxie post-exposition – Étude de cas sud-africaine

Sujet : En Afrique du Sud, dans le contexte de l'épidémie explosive du VIH/sida, la violence sexuelle peut être une sentence de mort. La promesse formulée par le gouvernement en 2002, de fournir la prophylaxie post-exposition (PPE) aux victimes de violence sexuelle, pourrait devenir un modèle pour ensei-

gner aux autres pays le respect de leur obligation de protéger les victimes de viol – mais d'importants obstacles demeurent.

Description : Une enquête menée par Human Rights Watch en 2003 a révélé que l'échec du gouvernement à fournir de l'information et une formation adéquates sur la PPE fait en sorte que les policiers, les professionnels de la santé, les conseillers et les victimes de viol ne connaissent presque rien de cette option. L'opposition gouvernementale aux antirétroviraux (ARV) s'est poursuivie après la mise en œuvre du programme, ce qui a conduit certains professionnels à ne pas fournir de PPE, croyant qu'elle allait à l'encontre des politiques gouvernementales. Les enfants de moins de 14 ans ne peuvent pas consentir [légalement] à la PPE ou au test du VIH, ce qui pose problème à ceux qui ne sont pas accompagnés d'un parent ou d'un tuteur. L'échec des policiers et des professionnels de la santé à suivre les directives nationales liées aux enquêtes et aux traitements pour la violence sexuelle a également affecté les services de PPE.

Leçons : La documentation des obstacles à la mise en œuvre de la PPE et leur analyse en lien avec les normes internationales de droits humains mettent en relief des solutions juridiques et de politiques pour les pays qui élaborent des programmes de PPE. Ces leçons s'appliquent également aux défis semblables de la provision d'ARV aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Recommandations : Les obligations de l'Afrique du Sud d'assurer le droit au plus haut niveau atteignable de

santé et de protéger contre la violence et ses conséquences exigent la mise en œuvre urgente d'un programme de PPE. Le gouvernement doit développer une campagne d'éducation du public sur les services de PPE pour les victimes de violence sexuelle, y compris des énoncés clairs à l'appui des ARV; fournir une formation sur la PPE et la violence sexuelle aux policiers, aux professionnels de la santé et à d'autres fournisseurs de services; établir des procédures pour l'obtention rapide d'un consentement à la PPE et au test du VIH pour les enfants; et renforcer la réponse du système de justice pénale à la violence sexuelle.

Abrégé présenté par R.A. Schleifer, Human Rights Watch, New York, États-Unis.

Abrégé E8142 : Le VIH/sida et la violence sexuelle : tisser des liens entre secteurs de plaidoyer communautaire

Sujet : Dans l'arène mondiale des politiques, on reconnaît de plus en plus le lien entre le VIH/sida et la

violence à l'endroit des femmes. On a noté que la violence sexuelle peut accroître la vulnérabilité au VIH, et que l'infection à VIH peut accroître le risque de violence interpersonnelle. Plusieurs initiatives portent sur les femmes et le VIH/sida, et sur l'élimination de la violence à leur endroit et la provision de services aux victimes de violence. Toutefois, peu de programmes abordent les liens entre les deux, d'une façon intégrée et durable. Il est essentiel de donner suite aux discussions théoriques et de politiques sur ces liens en rehaussant les programmes sur le VIH/sida et l'élimination de la violence sexuelle.

Description : Ce document examine les données sur les liens entre le VIH/sida et la violence sexuelle, ainsi que les programmes qui abordent ces liens. Il propose des recommandations pour promouvoir l'élaboration de politiques et de programmes qui établissent un lien efficace entre les deux.

Leçons : Les efforts de plaidoyer, de provision de services et de promotion

de la santé en matière de VIH/sida et de violence sexuelle peuvent être améliorés par la reconnaissance, l'identification et la mise à profit des liens entre ces deux secteurs et leurs intervenants respectifs.

Recommandations : La formation mutuelle et les communications rehaussées entre les intervenants en matière de VIH/sida et de violence sexuelle mèneront à des interventions améliorées et plus efficaces. Il faut porter attention aux instruments et ressources de chaque domaine, qui pourraient avoir une utilité réciproque, ainsi qu'à ceux qui pourraient répondre simultanément aux problématiques du VIH/sida et de la violence sexuelle, tout en soulignant leur complémentarité et l'amélioration possible de leur efficacité.

Abrégé présenté par M.J. Roseman, S. Gruskin, International Health and Human Rights Program, FXB Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, Boston, États-Unis; S.T. Fried., International Gay and Lesbian Human Rights Commission, New York, États-Unis.