

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 11, NUMÉRO 1, AVRIL 2006

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

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

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

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

voir page 5

Dans ce numéro

Santé Canada autorise l'accès à des médicaments expérimentaux 11

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

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

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

Le Lesotho entreprend le test universel du VIH 29

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



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

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

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

publiée par le Réseau juridique canadien VIH/sida
1240 Bay Street, Suite 600
Toronto, Ontario
Canada M5R 2A7
Tél. : +1 (416) 595-1666
Télec. : +1 (416) 595-0094
Courriel : info@aidslaw.ca
www.aidslaw.ca

La *Revue VIH/sida, droit et politiques* offre des analyses et des sommaires de récents développements juridiques et des politiques, en lien avec le 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,
Développements au Canada :
David Garmaise, dgarmaise@rogers.com

Rédacteur en chef, Développements internationaux :
Richard Pearshouse, rpearshouse@aidslaw.ca

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

Rédactrice en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux – International :
Alana Klein, aklein@aidslaw.ca

Coordonnateur : Vajdon Sohaili
Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault et
Johanne Forget
Mise en page : Liane Keightley, Taien Ng

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2006. 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 : 2000
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.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs ou des chercheurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence de santé publique du Canada 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

DOSSIER

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

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

Santé Canada autorise l'accès à des médicaments expérimentaux, au terme d'une longue lutte	11
Période de questions : comment le nouveau gouvernement minoritaire du Canada abordera-t-il le VIH/sida?	13
Une femme poursuit en justice l'homme qui lui aurait transmis le VIH, de même que sa famille et la police	15
Encore des obstacles légaux pour les utilisateurs de marijuana à des fins médicinales	16
Lois sur le prélèvement forcé d'échantillons de sang : nouveaux développements	18
Des professionnels de la santé réclament des seringues hypodermiques plus sûres	19
LSI de Vancouver : autres résultats positifs	20
Un homme gai intente une poursuite pour le refus de son don de sang	21
En bref	22
Vancouver – Opération policière ciblant les utilisateurs de drogue et le LSI	
Toronto – Le conseil municipal adopte une stratégie sur les drogues	

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

L'OMC approuve l'amendement aux ADPIC pour l'importation sous licence obligatoire	24
Qui a tué le militant anti-sida Steve Harvey?	26
Des Thaïlandais manifestent contre les pourparlers de libre-échange É.-U.-Thaïlande	27
Le Lesotho entreprend le test universel du VIH	29
Europe centrale et de l'Est/Asie centrale – Un rapport recommande de décriminaliser le travail sexuel	30
Royaume-Uni – Action en justice contre les directives gouvernementales sur la prophylaxie post-exposition non professionnelle	32
Lituanie – Réunion sur le projet de législation modèle du Réseau juridique	33
En bref	34
Fédération de Russie – Le Duma révoque la réforme du Code criminel	
Royaume-Uni – Le ministère de l'Intérieur annonce une nouvelle initiative de politiques sur la prostitution	
Allemagne – Une étude démontre l'efficacité de l'échange de seringues en prison	
Royaume-Uni – Des organismes demandent une réponse complète au VIH et aux hépatites en prison	
Australie – Le TCA envisage un programme d'échange de seringues en prison	
Namibie – Une loi anti-homosexualité entrave la prévention du VIH en prison	
Inde – Une loi criminalisant l'homosexualité nuit à la prévention du VIH, selon l'ONUSIDA	

.../4

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

La Cour suprême précise la disposition sur la non-admissibilité médicale à l'immigration	39
Les décisions de 2005 concernant la protection fédérale des renseignements sur la santé	41
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : cinq nouvelles affaires	44

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL

R.-U. – La Cour d'appel confirme les ordonnances d'expulsion de quatre personnes séropositives	46
Inde – Un tribunal administratif juge inconstitutionnelle l'exclusion de personnes séropositives des services de police	49
Australie – Une cour d'appel reconnaît que les personnes séropositives affrontent des difficultés particulières en prison	50
É.-U. – Un tribunal du Kansas invalide une loi qui imposait un châtement plus sévère pour les rapports homosexuels entre mineurs	51
Le droit criminel et le VIH/sida : quatre nouvelles affaires	53
En bref	54
Australie – Un candidat séropositif à la résidence permanente est soustrait à l'inadmissibilité médicale	
Australie – Une cour annule la peine d'un homme déclaré coupable de transmission du VIH	
É.-U. – Un juge ordonne à l'Arizona de payer la greffe d'organe d'une femme séropositive	
R.-U. – La Chambre des Lords refuse la permission d'appeler d'une condamnation pour transmission du VIH	
Libye – Les peines de mort des travailleurs de la santé étrangers sont annulées	

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

de la page 1

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

Situation changeante

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le test de routine soulève de sérieuses inquiétudes

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

Le test sans les trois C : violation de droits humains

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sans les trois C, le test perd sa valeur préventive

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conclusion

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

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

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

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

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

– Joanne Csete et Richard Elliott

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

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

² *Ibid.*

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

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

⁵ *Ibid.*, p. 69.

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

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

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

⁹ *Ibid.*, art. 19(2).

¹⁰ *Ibid.*, art. 17(1).

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

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

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

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

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

¹⁶ *Ibid.*, p. 305.

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

¹⁸ De Cock et coll., p. 71.

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

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

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

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. La correspondance pertinente aux Développements au Canada doit être adressée à David Garmaise, à dgarmaise@rogers.com. On peut joindre Glenn Betteridge à gbetteridge@aidslaw.ca.

Santé Canada autorise l'accès à des médicaments expérimentaux, au terme d'une longue lutte

Cinq hommes vivant avec le VIH/sida, qui ont développé une résistance aux antirétroviraux conventionnels et qui sont gravement malades, ont finalement obtenu l'accès à deux médicaments expérimentaux.

En mars 2004, le Dr Julio Montaner, chercheur renommé dans le domaine du VIH, a soumis au nom de cinq patients une requête au Programme d'accès spécial (PAS) de la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada, pour obtenir les médicaments TMC 114 et TMC 125.¹ Le PAS permet aux médecins de

demander l'accès à des médicaments qui ne sont pas disponibles pour la vente au Canada.²

Les deux médicaments réclamés par le Dr Montaner sont fabriqués par Tibotec Inc., une firme de recherche établie en Belgique et appartenant au géant pharmaceutique états-unien Johnson & Johnson. Ils se sont mon-

trés prometteurs lors d'essais distincts mais n'avaient jamais été utilisés en combinaison.³

Dans sa requête au PAS, le Dr Montaner a indiqué que les médicaments seraient utilisés en combinaison. Santé Canada a rejeté la demande en raison d'une insuffisance de données sur l'innocuité des produits.⁴

Ses responsables ont expliqué que les médicaments sont encore trop expérimentaux et que leur combinaison pourrait comporter un risque pour la santé des patients. De plus, ils ont souligné que le PAS n'est pas conçu pour les médicaments à un stade de développement aussi préliminaire.⁵

En septembre, le D^r Montaner a porté la décision de Santé Canada en appel – mais sa demande a été refusée pour les mêmes raisons.⁶

Dans un communiqué, la British Columbia Society of Persons with AIDS Society (BCPWA) a exhorté le ministre de la Santé de l'époque, M. Ujjal Dosanjh, « à sauver les vies des Canadiens séropositifs au VIH qui ont besoin d'un accès humanitaire au... TMC 114 et TMC 125... Ces patients n'ont aucun autre choix de médicament efficace; une personne est même décédée dans l'attente. »⁷

Pendant la campagne électorale fédérale, en décembre 2005, la BCPWA a organisé une manifestation devant le bureau de circonscription du ministre Dosanjh pour dénoncer la décision de Santé Canada.

Le 20 décembre 2005, Santé Canada a annoncé qu'il avait trouvé un autre moyen de rendre les médicaments disponibles. Il a approuvé un usage humanitaire du protocole d'essai clinique du TMC 114 et du TMC 125. Les seuls participants à l'essai seront les cinq hommes de la C.-B. Santé Canada a noté que toutes les personnes vivant avec le VIH/sida qui pourraient éventuellement avoir besoin de ces médicaments bénéficieront des données générées par un tel essai clinique en milieu contrôlé.⁸

Le D^r Montaner espère pour sa part offrir sous peu le TMC 114 et le TMC 125 à quelque 600 patients à travers le Canada, dans le cadre d'un essai clinique plus vaste.⁹

Commentaire

Les motifs pour lesquels la demande d'accès au TMC 114 et au TMC 125 n'a pas pu être approuvée en vertu du PAS ne sont pas clairs. La raison citée par Santé Canada était l'insuffisance de données quant à l'innocuité de l'usage combiné des médicaments.

Selon un feuillet d'information de Santé Canada, l'accès par le biais du PAS « est limité au traitement de patients atteints d'une affection grave ou potentiellement mortelle, pour des raisons humanitaires ou urgentes, lorsque les traitements habituels s'avèrent inefficaces, inadéquats ou qu'ils ne sont pas disponibles ». On y précise qu'il « incombe au praticien de faire la demande au nom d'un patient et de veiller à ce que la décision de prescrire le médicament soit étayée de données probantes sûres qui proviennent de documents médicaux ou qui sont fournies par le fabricant. »¹⁰

Les directives de Santé Canada à l'intention des médecins, pour le recours au PAS, stipulent que

L'autorisation du PAS ne constitue pas une opinion ou une déclaration selon laquelle un médicament est sûr, efficace et de bonne qualité. Le PAS ne fait pas l'évaluation complète de la validité de l'information sur les médicaments ou des attestations du fabricant sur l'innocuité, l'efficacité et la qualité. Or, il est important que les médecins tiennent compte de ces facteurs lorsqu'ils recommandent l'utilisation d'un médicament et lorsqu'ils doivent prendre une décision en fonction des risques et des bienfaits dans l'intérêt du patient.¹¹

Le PAS vise à favoriser l'accès à des médicaments expérimentaux lorsque les traitements convention-

nels s'avèrent inefficaces. Il contribue à prolonger la vie dans l'attente que d'autres options deviennent disponibles. Les médecins et leurs patients savent que les risques sont importants et qu'il n'y a aucune garantie de succès.

Santé Canada ne peut garantir l'innocuité des médicaments approuvés en vertu du PAS. Lors d'une requête de médicament auprès du PAS, la principale responsabilité de ce dernier en matière de sûreté devrait être de s'assurer qu'il n'existe aucune preuve de danger imminent.

– David Garmaise

¹ « AIDS patients dying waiting for Health Canada approval », communiqué de presse, Vancouver, British Columbia Persons with AIDS Society, 24 novembre 2005 (www.bcpwa.org/articles/news_release_aids_patients_dying.pdf).

² Santé Canada, « Programme d'accès spécial – médicaments », feuillet d'information, novembre 2002 (http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogues/sapfs_pasfd_2002_f.html).

³ P. O'Neil, « HIV patients get drugs, politicians vie for credit », *Vancouver Sun*, 21 décembre 2005.

⁴ « AIDS patients dying waiting for Health Canada approval ».

⁵ P. O'Neil, « B.C. man first Anglican cleric in Canada to come out: Priest dying of AIDS pleads for new drug », *Vancouver Sun*, 3 décembre 2005.

⁶ « AIDS patients dying waiting for Health Canada approval ».

⁷ *Ibid.*

⁸ « AIDS patients in Vancouver get Health Canada approval for new drugs », *Presse canadienne*, 20 décembre 2005.

⁹ D. Hansen, « Artist lives on a promise: A month after starting a new therapy for AIDS, Tiko Kerr shows encouraging results – and he feels "really good." », *Vancouver Sun*, 4 février 2006.

¹⁰ Santé Canada, feuillet d'information.

¹¹ Santé Canada, « Programme d'accès spécial (PAS) – Directives pour faire une demande d'accès spécial », août 2003 (http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/acces/drugs-drogues/sapg2_pasg2_f.html).

COMMENTAIRE

Période de questions : comment le nouveau gouvernement minoritaire du Canada abordera-t-il le VIH/sida?

La récente campagne électorale fédérale au Canada, particulièrement longue (55 jours) et négative, fut marquée dès le départ par une série d'annonces quasi quotidiennes du Parti conservateur à propos de ses politiques – dont aucune ne portait sur le VIH/sida. De fait, le VIH/sida n'était mentionné que brièvement dans les plates-formes des libéraux, des néo-démocrates, des bloquistes et des verts. Quant aux conservateurs, ils n'en ont tout simplement rien dit.

En soi, l'échec des partis politiques, des médias et des électeurs à considérer le VIH/sida comme un enjeu digne de débat national est décevant. Le silence des chefs des partis fédéraux sur le sujet a été assourdissant, notamment au regard du rôle prochain du Canada en tant qu'hôte du XVI^e Congrès international sur le sida (SIDA 2006).

Le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Coalition interagence sida et développement (CISD) ont conjointement exhorté les chefs des partis à définir leur approche de lutte au VIH/sida. La Société canadienne du sida (SCS) a emboîté le pas. Les questions étaient détaillées et précises; les réponses (lorsque nous en avons obtenues), faut-il s'en étonner, étaient loin de l'être.¹

Les partis ont tous appuyé la nécessité d'augmenter l'aide internationale, mais aucun n'a expliqué comment il procéderait et dans quels délais. Alors que les libéraux ont continué d'invoquer la prudence fiscale comme motif pour ne pas s'engager à un plan détaillé, le Nouveau Parti démocratique (NPD)

et le Bloc québécois ont promis de maintenir la pression sur le prochain gouvernement afin qu'il établisse un échéancier exécutoire pour augmenter d'ici 2015 l'aide internationale versée par le Canada, en vue d'atteindre l'objectif de 0,7 % du revenu national brut fixé par l'ONU.

À la question touchant la fourniture de médicaments abordables aux pays en développement, seul le NPD a fourni une réponse claire et concrète, affirmant qu'il réduirait la durée des brevets de médicaments d'ordonnance au Canada, qu'il tripletrait la contribution canadienne au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, et qu'il travaillerait « avec les Nations Unies à réformer le Fonds monétaire international et la Banque mondiale afin d'éliminer les conditions de prêt trop strictes, qui limitent les investissements en santé et en éducation dans les pays en développement et qui amputent souvent les programmes de prévention et de traitement pour le VIH/sida ».

Bien que tous les partis aient vaguement parlé d'augmenter le

financement pour réduire le risque d'infection par le VIH chez les femmes, seul le NPD nous a clairement répondu qu'il prendrait des mesures à cet effet. Quant aux programmes d'échange de seringues en prison, les partis étaient unanimes sur la nécessité de recherches supplémentaires, mais aucun n'est allé jusqu'à promettre la mise en œuvre de telles initiatives.

Finalement, une fois les bulletins de vote remplis, les bureaux de scrutin fermés et les résultats compilés, le Canada s'est retrouvé avec un deuxième gouvernement minoritaire d'affilée – cette fois-ci, dirigé par les conservateurs.

Fait inquiétant, le Parti conservateur est le seul à ne pas avoir répondu aux questions du Réseau juridique et de la CISD. Et bien qu'il ait répondu à la SCS, sa lettre d'une page donnait l'impression d'une simple formalité de politesse. On pouvait notamment lire que :

Le Parti conservateur sympathise avec les quelque 50 000 Canadiens qui vivent avec le sida... Nous continuons

à croire que tous les Canadiens ont le droit de s'épanouir pleinement et de profiter des bienfaits découlant de la générosité de notre société. Si nous sommes élus, nous serons heureux d'entendre vos idées et suggestions pour le suivi de cet important dossier.

Les conservateurs étaient peut-être réticents à répondre aux questions d'organismes de lutte contre le VIH/sida, mais leur chef, Stephen Harper, s'est montré sans équivoque quant à la position de son parti sur un enjeu lié au VIH/sida : l'injection de drogue. Dans les premières semaines de la campagne électorale, on a rapporté que M. Harper avait qualifié le financement de l'Insite (le seul lieu sécuritaire pour l'injection en Amérique du Nord) de « subvention des contribuables à l'usage de drogue » – et qu'il avait promis de le faire fermer. (L'exemption de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, accordée à l'établissement de Vancouver, échoit en septembre 2006.)

La première des cinq questions posées par le Réseau juridique et la CISD aux chefs des partis était « Mettrez-vous en place un cadre légal permanent pour permettre à l'Insite de continuer son travail salvateur? ». Il semble que la réponse du chef conservateur – s'il en avait donné une – aurait été « non ».

Toutefois, la campagne électorale et la gouverne post-électorale sont deux choses différentes. Une

semaine après les élections, le *Globe and Mail* a fait état d'une étude publiée dans le *British Medical Journal*, confirmant l'impact positif de l'Insite et dissipant la crainte que les lieux sécuritaires pour l'injection entraînent des méfaits accrus pour les utilisateurs de drogue.² L'article a donné un brin d'espoir aux défenseurs de l'Insite :

« La promesse de M. Harper ne sonne pas la mort de l'établissement », a noté John Reynolds, ancien co-président de la campagne des conservateurs en [Colombie-Britannique]. « Une fois son cabinet assermenté, M. Harper ira en discuter avec Sam [Sullivan] [maire de Vancouver]. »

L'issue de cette discussion pourrait être décisive pour l'avenir (ou le non-avenir) de l'Insite. Elle pourrait aussi donner le ton à la politique du nouveau gouvernement conservateur en matière de VIH/sida. Le Canada gardera-t-il la même approche à l'égard du VIH/sida, ou prendra-t-il un virage à droite, vers des stratégies fondées sur l'abstinence comme aux États-Unis?

En août prochain, plus de 15 000 délégués du monde entier, y compris des présidents et des premiers ministres, ainsi que des médias, sont attendus à Toronto pour SIDA 2006. En tant que pays hôte du congrès, le Canada peut s'attendre à ce que tous les yeux soient tournés vers sa réponse à l'épidémie du VIH/sida. Que dira le premier ministre du

Canada au monde entier, à propos de sa réponse à l'urgence sanitaire que représente la crise du VIH/sida parmi les personnes qui s'injectent des drogues? Son gouvernement s'engagera-t-il à appuyer des mesures efficaces de protection de la santé – comme l'Insite?

– Leon Mar

Leon Mar est directeur des communications au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à lmar@aidslaw.ca.

¹ Pour le texte complet des questions et réponses, voir www.aidslaw.ca et www.icad-cisd.com.

² « Study plays down fears over safe injection site », *The Globe and Mail*, 31 janvier 2006.

Une femme poursuit en justice l'homme qui lui aurait transmis le VIH, de même que sa famille et la police

Dans une déclaration datée du 18 avril 2005, une femme de Windsor intente une action en justice contre l'homme qui lui aurait transmis le VIH et des membres de sa famille,¹ ainsi que contre le Service de police de Windsor.

En juin 2004, l'homme a été arrêté par la police de Windsor et accusé de divers chefs criminels pour avoir exposé des femmes au VIH. La femme qui a initié la poursuite au civil allègue que l'homme lui aurait fait subir des actes de violence à plusieurs reprises. L'acte de violence est un délit civil semblable au délit criminel de voies de fait; il s'agit essentiellement d'un toucher non consenti d'une personne sur une autre.

La plaignante soutient également que l'homme a fait preuve de négligence en omettant de l'informer de sa séropositivité, en ayant des rapports sexuels non protégés avec elle et en ne l'informant pas du risque de transmission du VIH. Elle aurait eu 16 ans au moment de sa rencontre avec l'homme, qui avait alors 26 ans.

La femme allègue par ailleurs que quatre membres de la famille de l'homme étaient au courant de sa séropositivité et savaient qu'il avait transmis le VIH à d'autres femmes – et qu'ils ont donc fait preuve de négligence en omettant de lui divulguer cette information. Quant à la police, la plaignante soutient que le

Service de police de Windsor a été négligent en n'avisant pas le public que cet homme exposait systématiquement des femmes au VIH, les privant, ainsi que le reste de la communauté, d'une occasion de protéger leur santé.

La femme réclame une somme compensatoire de 10 millions \$CAN pour préjudice permanent, dommages à sa santé, à sa sécurité, à son confort et à son aisance, perte de revenus et autres dépenses, y compris d'importants coûts médicaux, pharmaceutiques et autres liés à l'infection à VIH.

Un juge a ordonné un interdit de publication dans cette affaire, pour protéger l'identité de la plaignante et de sa famille. L'homme, sa famille et le Service de police de Windsor ont tous présenté une défense en réponse à la poursuite. La femme a demandé que l'affaire soit entendue par un jury. La date de début des audiences n'est pas encore connue.

Si l'affaire ne connaît pas de règlement hors cour, elle pourrait créer de nouveaux précédents. Ce serait la première fois qu'une cour canadienne

aborderait la question de l'obligation légale des individus et de la police de prendre des moyens pour prévenir l'exposition potentielle de certaines personnes à l'infection par le VIH. Ce serait aussi la première fois qu'une cour examinerait la responsabilité civile d'une personne vivant avec le VIH/sida qui échoue à divulguer sa séropositivité et qui transmet le VIH à une autre personne (ou l'y expose) par des rapports sexuels.

– Glenn Betteridge

¹ *Roe v Leone et al*, Windsor 05-CV-4732CM (Cour supérieure de justice de l'Ontario). La déclaration et d'autres documents de l'affaire sont en filière auprès de l'auteur.

Encore des obstacles légaux pour les utilisateurs de marijuana à des fins médicales

Quatre développements récents mettent en relief le fait que des personnes continuent de rencontrer d'importants obstacles juridiques et administratifs dans la tentative d'utiliser de la marijuana à des fins médicales – en dépit du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales (RAMM)*,¹ adopté par le gouvernement fédéral comme suite à des décisions de tribunaux, pour permettre aux personnes qui en ont besoin d'exercer leur droit constitutionnel à cette plante thérapeutique.

Dans une de ces affaires, trois hommes de la Colombie-Britannique ont intenté des poursuites contre la Ville de Vancouver après que la police a fait irruption dans une résidence privée, dotée d'un mandat de perquisition, à la recherche d'une culture illégale de cannabis.² Deux des hommes allèguent avoir été pointés du revolver par des policiers à leur arrivée et ultérieurement pendant la fouille de la résidence.

Aucune accusation n'a été portée contre les hommes; l'un d'entre eux détient une autorisation légale pour la culture et la possession de marijuana à des fins médicales. Cependant, la police a saisi de l'équipement et placé une interdiction d'occupation sur la résidence. La Ville de Vancouver soutient que les plants de cannabis trouvés dans la cour arrière n'étaient pas autorisés, et que la culture à l'intérieur, quoique autorisée, ne rentrait pas les normes établies dans le règlement municipal relativement au filage électrique.

Dans une autre affaire, également à Vancouver, un homme autorisé à cultiver et à posséder de la marijuana a déposé une plainte pour violation des droits de la personne, contre un propriétaire de logement qui a refusé

sa demande de location.³ L'utilisateur autorisé de marijuana médicale soutient que le propriétaire a fait preuve de discrimination illégale à son endroit, au motif du handicap, en refusant de lui louer un logement en sachant qu'il y ferait pousser du cannabis. L'affaire sera entendue par le British Columbia Human Rights Tribunal.

En Saskatchewan, par ailleurs, un homme dont l'autorisation pour la marijuana médicale avait expiré a été détenu par la police et apparemment menotté, ainsi que des membres de sa famille, pendant une descente à son domicile.⁴ L'homme, qui vit avec le VIH/sida et qui avait depuis cinq ans une licence pour la culture de cannabis, a signalé qu'il attendait de recevoir de Santé Canada le renouvellement de son autorisation. La police a saisi ses plants de cannabis ainsi que l'équipement pour sa culture, puis l'a accusé de production d'une substance contrôlée. Après la descente policière, l'homme a reçu par télécopie une attestation du renouvellement de sa licence, par Santé Canada.

En outre, il a récemment été rapporté que près de la moitié des personnes autorisées à posséder de la

marijuana médicale et qui se la procurent auprès du fournisseur désigné du gouvernement sont en retard dans leurs paiements.⁵ Un porte-parole du gouvernement a signalé que les comptes en souffrance sont confiés à une agence de recouvrement, après 180 jours. Dix-neuf utilisateurs autorisés ont vu leur approvisionnement arrêté, à cause de leur non-paiement.

Commentaire

Le point de référence, dans la considération d'enjeux liés à la marijuana médicale, est le corpus de décisions de tribunaux qui a établi l'existence du droit constitutionnel des personnes qui vivent avec une maladie grave de faire usage de marijuana à des fins médicales. Les tribunaux ont aussi établi clairement que ce droit n'est pas sans limite : le gouvernement a légalement le pouvoir de créer un programme pour déterminer qui peut en toute légalité posséder et produire (ou obtenir) de la marijuana à des fins médicales.

Or, comme l'illustrent les deux épisodes susmentionnés de descentes policières dans des résidences privées, les personnes qui cultivent ou utilisent de la marijuana médicale continuent d'être considérées par

la police comme de dangereux criminels. Dans le cadre d'un ensemble d'amendements au RAMM, Santé Canada s'est vu confier l'autorité de transmettre des renseignements à n'importe quel corps policier au Canada qui mène une enquête pertinente, sur toute personne autorisée à posséder ou à cultiver de la marijuana en vertu de ce programme.⁶ Les associations policières ont fait de vives pressions pour que cette disposition soit incluse dans le RAMM.

En décembre 2005, plus de 1 100 personnes avaient reçu une autorisation de posséder de la marijuana et plus de 850 étaient autorisées à en cultiver, à des fins médicales.⁷ Bien que la police puisse avoir accès à l'information sur les détenteurs de ces licences, les deux cas ci-dessus n'indiquent pas clairement si la police l'utilisera à présent pour protéger les droits constitutionnels des utilisateurs de marijuana médicale en cause ou, au contraire, afin d'intenter des poursuites contre eux – ou si elle négligera carrément de communiquer avec Santé Canada, dans le cadre d'enquêtes et de la décision de déposer ou non des accusations relatives à la marijuana.

Dans les deux incidents ci-dessus, les perquisitions étaient basées sur des mandats obtenus d'un juge de la paix. Les juges de la paix ne devraient-ils pas exiger que la police démontre qu'elle a des motifs raisonnables et probables de croire qu'un crime est commis – notamment qu'elle ait vérifié si le présumé exploitant d'une culture de cannabis détient une autorisation légale? On peut se demander si la police et les juges de la paix ont reçu une éducation adéquate au sujet du RAMM.

Les développements illustrent de plus comment des utilisateurs de

marijuana médicale pourraient se trouver empêtrés dans des batailles légales, alors qu'ils tentent d'exercer leur droit constitutionnel. Dans un des cas, il est allégué qu'un détenteur de licence contrevenait à un règlement municipal; dans un autre, l'utilisateur affirme qu'on a refusé de lui louer un logement à cause de son usage de marijuana pour alléger les symptômes de son handicap.

Santé Canada a fourni jusqu'ici peu d'information aux détenteurs de licences, voire aucune, au sujet des interactions possibles entre les licences accordées en vertu du RAMM, et les dispositions d'autres lois plus générales qui peuvent poser des obstacles légaux (p. ex., les règlements municipaux, les lois sur le logement) ou qui peuvent leur servir d'appuis juridiques (p. ex., les lois anti-discrimination).

Par ailleurs, les personnes qui font valoir les intérêts des utilisateurs de marijuana médicale continuent de signaler que le coût de la marijuana est un obstacle de plus en plus important dans la quête d'accès à cette substance. Les cours ont reconnu l'existence d'un droit légal de choisir d'utiliser de la marijuana à des fins médicales, mais elles n'ont pas ordonné au gouvernement d'en couvrir les coûts.

Contrairement aux médicaments d'ordonnance, la marijuana n'est pas couverte par les régimes provinciaux d'assurance médicaments ni par les régimes d'assurance privés. Pour les personnes pauvres qui vivent avec le VIH/sida, le coût de la marijuana peut les empêcher d'en obtenir alors qu'elle les aiderait à retrouver l'appétit ou le sommeil, à atténuer des douleurs ou la nausée, afin de pouvoir être fidèles aux régimes complexes des multithérapies antirétrovi-

rales contre le VIH/sida.

De ce point de vue, de solides arguments permettent de soutenir que les descentes policières à l'encontre de personnes autorisées à cultiver de la marijuana, impliquant à tout coup la saisie d'équipement de culture et la destruction de leurs plants de cannabis, constituent une violation inconstitutionnelle de deux droits garantis dans la Charte – le droit à la protection contre les fouilles, les perquisitions ou les saisies abusives, et le droit à la sécurité de la personne.

– Glenn Betteridge

¹ D.O.R.S./2001-227, tel qu'amendé. Pour un aperçu des principales affaires judiciaires touchant le statut constitutionnel de la marijuana à des fins médicales, voir G. Cruess, « La Cour d'appel de l'Ontario déclare inconstitutionnel le règlement sur la marijuana médicale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 8(3) : 59-62.

² D. Hansen, « City faces lawsuit over raid on legal marijuana growers », *Vancouver Sun*, 15 novembre 2005, A1.

³ « Medical pot user claims discrimination », *Presse canadienne*, 25 janvier 2006.

⁴ D. Bueckert, « Medical pot advocates angry », *Presse canadienne*, 2 février 2006; J. Pruden, « Ottawa bureaucrats blunder Regina AIDS patient's file », *Regina Leader-Post*, 3 février 2006.

⁵ D. Beeby, « Patents on disability chased by government collection agencies », *Presse canadienne*, février 2006.

⁶ *Règlement modifiant le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, D.O.R.S./2005-177, art. 28, 29. Pour plus d'information, voir D. Garmaise, « Approbation d'un nouveau règlement sur la marijuana médicale », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 23; G. Betteridge, « Les amendements proposés au règlement sur la marijuana médicale sont publiés pour commentaires », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2004, 9(3) : 28-29.

⁷ Voir Santé Canada, Médicaments et produits de santé, Usage de la marijuana à des fins médicales, Statistiques des intervenants (2 décembre 2005), (www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/stat/2005/dec_f.html).

Lois sur le prélèvement forcé d'échantillons de sang : nouveaux développements

En novembre 2005, le gouvernement libéral de l'Ontario a déposé un projet de loi¹ qui permettrait aux policiers, à d'autres employés de la sécurité publique et aux victimes d'actes criminels de savoir plus rapidement s'ils ont été exposés à certaines infections.² Par ailleurs, la Saskatchewan Medical Association s'oppose à une loi semblable dans sa province.

L'Ontario possède déjà une loi permettant aux policiers, aux victimes d'actes criminels et à d'autres individus de demander que soit contrainte à des tests sanguins toute personne qui a été la source de leur exposition à un liquide corporel.³ En vertu de la loi actuelle, un médecin hygiéniste peut ordonner une telle mesure si l'échantillon sanguin n'est pas fourni volontairement.

Le gouvernement de l'Ontario a noté que la procédure actuelle, de la requête jusqu'au test, peut durer « jusqu'à 70 jours, sinon plus ». ⁴ En vertu de la nouvelle loi :

- la Commission du consentement et de la capacité, une instance indépendante, se verrait accorder le pouvoir d'ordonner le prélèvement d'un échantillon de sang;⁵
- le délai de conformité volontaire serait écourté de sept à deux jours; et
- les décisions relatives aux requêtes seraient rendues dans un délai de sept jours.⁶

Les médecins hygiénistes demeureraient responsables des requêtes, de la demande d'échantillons volontaires et de la supervision des procédures après l'émission d'un ordre.⁷

Trois autres provinces – la

Nouvelle-Écosse, l'Alberta et la Saskatchewan – ont adopté des lois permettant d'imposer des prises de sang.⁸ La Saskatchewan Medical Association (SMA) s'est opposée à la nouvelle loi dans sa province.⁹ D'après le ministre de la Justice de la Saskatchewan, Frank Quennell, sa province est la première à accorder à un juge l'autorité d'ordonner un test.¹⁰ En vertu de cette loi, les médecins doivent fournir à la cour une évaluation du degré de risque causé par l'exposition.

« Cette loi comporte de graves lacunes à divers égards », signale la D^{re} Anne Doig, présidente du comité législatif de la SMA. Il est presque impossible d'évaluer un degré de risque sans détenir certaines informations clés à propos de la personne ayant causé l'exposition. Nous craignons que notre nom, notre réputation et notre jugement professionnel soient utilisés pour donner de la crédibilité à un processus qui n'est pas crédible en soi. »¹¹

Le D^r Keith Ogle, qui enseigne l'éthique médicale au Collège de médecine de l'Université de la Saskatchewan, affirme qu'il refuserait de remplir le formulaire d'évaluation : « Je ne suis pas certain que beaucoup de médecins accepteraient de signer ce formulaire,

sachant que cela pourrait faire en sorte qu'une personne subisse un test contre son gré. Cela place le médecin dans une position où il est presque complice d'un acte de force. » Le D^r Ogle s'inquiète également que le test donne aux requérants un faux sentiment de sécurité, puisque certaines infections comme le VIH sont indétectables pendant leur « période fenêtre ». ¹²

Arthur Schafer, éthicien médical et directeur du Centre d'éthique professionnelle et appliquée de l'Université du Manitoba, considère que la loi viole les libertés civiles individuelles. « Les cours canadiennes ont déterminé que nul ne peut faire quoi que ce soit au corps d'un adulte, contre son gré. Il faudrait une très bonne raison pour violer ce principe », souligne-t-il.¹³

– David Garmaise

¹ *Projet de loi 28 – Loi exigeant le prélèvement et l'analyse d'échantillons de sang afin de protéger les victimes d'actes criminels, le personnel des services d'urgence, les bons samaritains et d'autres personnes et apportant des modifications corrélatives à la Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé et à la Loi sur la protection et la promotion de la santé*, 2^e session, 38^e législature, Ontario 54 Elizabeth, 2005. Le texte complet du projet de loi est accessible via www.ontla.on.ca/library/bills/382/28382.htm.

² « Proposed legislation on blood testing means better protection for public safety workers », communiqué de

presse, Toronto, Ministère ontarien de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels, 15 novembre 2005.

³ L.R.O. 1990, ch. H.7, telle qu'amendée. Voir aussi R. Carey, « L'Ontario adopte une loi sur les « échantillons de sang » », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 44-45; 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.

⁴ « Proposed legislation on blood testing means better

protection for public safety workers ».

⁵ La Commission tient présentement des audiences en vertu de la *Loi sur la santé mentale*, la *Loi sur le consentement aux soins de santé*, la *Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé* et la *Loi sur la prise de décisions au nom d'autrui*.

⁶ « Proposed legislation on blood testing means better protection for public safety workers ».

⁷ *Ibid.*

⁸ S. Bahk, « Saskatchewan – Adoption d'une loi sur le test

obligatoire des « substances corporelles », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 22.

⁹ A.J. Ehman, « Saskatchewan MDs oppose new mandatory testing law », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2005, 173(12) : 1437-1438.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

Des professionnels de la santé réclament des seringues hypodermiques plus sûres

Des syndicats d'infirmiers et d'autres professionnels de la santé en Ontario et en Colombie-Britannique revendiquent l'usage de seringues hypodermiques plus sûres dans les hôpitaux, les centres de soins de longue durée et d'autres établissements médicaux.¹

En Ontario, trois syndicats représentant des professionnels de la santé ont lancé une campagne de publicité de plus de 100 000 \$CAN pour mobiliser l'appui du public à la modification des lois provinciales sur le travail et à l'obtention de nouveaux fonds pour des équipements plus sûrs. La députée du NPD Shelley Martel a présenté un projet de loi privé qui rendrait obligatoire l'usage de seringues sûres.²

Contrairement aux seringues ordinaires, les seringues sûres sont munies d'un capuchon en plastique et d'une pointe rétractable,³ limitant le risque de piqûre accidentelle qui peut causer une exposition à des infections hématogènes comme le VIH et l'hépatite C.

Linda Haslam-Stroud, présidente de l'Ontario Nurses Association,

a affirmé que 33 000 blessures par année pourraient être évitées grâce à l'utilisation de « matériel médical tranchant ou piquant muni d'un dispositif de sécurité ». Lors d'une conférence de presse à Toronto, des infirmier(ère)s et d'autres professionnels de la santé qui se sont déjà blessés au travail ont parlé de l'anxiété de l'attente des résultats de leurs tests.⁴

Mme Haslam-Stroud a signalé qu'une seringue ordinaire coûte environ 0,10 \$, tandis qu'une seringue sûre coûte 0,25 \$. En revanche, d'après la Services Employee International Union, chaque blessure par aiguille coûte au système de santé près de 2 000 \$CAN en tests et traitements, pour un total de 66 millions \$CAN par année en Ontario. Elle estime que les coûts de l'utilisation

obligatoire de seringues sûres dans les établissements de soins de courte durée s'élèveraient à environ 22 millions \$CAN par année.⁵

En Colombie-Britannique, la B.C. Nurses Union a dénoncé pour sa part un nouveau règlement qu'elle a qualifié de « lacunaire ». Il rendrait obligatoire l'usage de seringues sûres uniquement pour les injections vasculaires, comme la perfusion intraveineuse. Le syndicat souligne que les infirmier(ère)s passent les deux tiers de leur temps à donner des injections de médicaments ou des vaccins – une activité pour laquelle le règlement n'exigerait pas l'utilisation de seringues sûres.⁶

Entre-temps, la Vancouver Island Health Authority a approvisionné pratiquement tous ses établissements

de soins de santé en seringues sûres. Ses responsables estiment que cette mesure devrait réduire de jusqu'à 70 p. cent les cas de piqûre accidentelle. Un porte-parole du syndicat des infirmier(ère)s a applaudi cette décision, tout en précisant qu'il serait préférable d'utiliser des seringues à aiguille rétractable, vu qu'il persiste un risque de blessure avec les capu-

chons en plastique qui doivent être remplacés manuellement sur la pointe de l'aiguille.⁷

– David Garmaise

¹ A. Artuso, « Needles a threat: nurses; province's failure to mandate safer syringes puts workers at risk: unions », *Ottawa Sun*, 16 novembre 2005; R. Shaw, « Needle

regulation falls short: nurses », (*Victoria Times Colonist*, 9 décembre 2005.

² A. Artuso.

³ R. Shaw, « Needle switch aims to reduce injuries: old ones lack retractable heads, created high-risk of medical staff contacting blood-borne diseases », (*Victoria Times Colonist*, 9 décembre 2005.

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ R. Shaw, « Needle regulation falls short: nurses ».

⁷ R. Shaw, « Needle switch aims to reduce injuries ».

LSI de Vancouver : autres résultats positifs

Deux récents articles témoignent de l'impact positif de l'Insite sur l'usage de drogue parmi les personnes qui s'injectent des drogues.

Ouvert depuis septembre 2003 dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, l'Insite est le tout premier lieu sécuritaire pour l'injection (LSI) en Amérique du Nord. Il fournit du matériel d'injection stérile, des services d'intervention en cas de surdose, des soins de santé primaires, du counselling sur la toxicomanie et des références vers d'autres services sociaux et de santé.

Une étude a examiné si l'ouverture de l'Insite était associée à une augmentation des taux de rechute parmi les ex-utilisateurs de drogue par injection ou à une diminution des taux d'abandon de l'usage de drogue parmi les utilisateurs actuels.¹ Les chercheurs ont examiné le comportement de 871 personnes qui s'injectaient des drogues au cours

de l'année précédant et suivant l'ouverture de l'Insite.

Ils n'ont constaté « aucune augmentation substantielle du taux de rechute dans l'injection de drogue (17 p. cent vs 20 p. cent) et aucune diminution substantielle du taux d'abandon de l'injection de drogue (17 p. cent vs 15 p. cent) ». Ils ont toutefois noté une importante diminution des amorces de périodes de consommation intensive de drogue, après l'ouverture du LSI.

Dans une autre étude, les auteurs ont examiné les facteurs associés au partage de seringues parmi 594 clients de l'Insite.² Ils ont étudié l'emprunt de seringues par les participants séronégatifs au VIH et le prêt de seringues par les participants séropositifs au VIH, au cours des six

mois suivant l'ouverture de l'Insite.

Les résultats de l'étude indiquent qu'« une minorité de clients du LSI continuent de partager des seringues hors de l'établissement ». Dix p. cent des participants séronégatifs au VIH ont déclaré avoir emprunté une seringue usagée; et l'emprunt de seringues était associé à l'usage de drogue en public et au besoin d'aide pour s'injecter. Seize et demi p. cent des personnes séropositives au VIH ont affirmé avoir prêté une seringue usagée; et le partage de seringues était associé à l'injection de cocaïne et à la fréquentation quotidienne de piqueries illicites.

Les auteurs concluent que « le partage de seringues demeure prévalent parmi une minorité de clients du LSI, bien que les taux de partage de

seringues parmi cette population soient substantiellement inférieurs à ceux observés auparavant; et il est également important de noter que le recours exclusif au LSI était associé à un taux réduit de partage de seringues ».

Ces études donnent suite à d'autres recherches qui ont fait état d'impacts positifs de l'Insite, tant pour la com-

munauté que pour les personnes qui s'injectent des drogues.³

– Glenn Betteridge

¹ T. Kerr et coll., « Impact of a medically supervised safer injection facility on community drug use patterns:

a before and after study », *British Medical Journal*, 2006, 332 : 220-222.

² E. Wood et coll., « Factors associated with syringe sharing among users of a medically supervised safer injecting facility », *American Journal of Infectious Diseases*, 2005, 1(1) : 50-54.

³ Citées dans les études susmentionnées. Voir aussi G. Betteridge, « Première évaluation du LSI de Vancouver », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 22; et D. Garnaise, « Vancouver – Le LSI attire des utilisateurs de drogue par injection à risque élevé », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(3) : 21.

Un homme gai intente une poursuite pour le refus de son don de sang

Adrian Lomaga, un jeune étudiant gai à la Faculté de droit de l'Université McGill, poursuit Héma-Québec pour lui avoir refusé la possibilité de faire un don de sang. Héma-Québec, l'organisme provincial de collecte de sang, exclut indéfiniment comme donneur potentiel tout homme ayant eu des rapports sexuels avec un homme depuis 1977.¹ La Société canadienne du sang applique la même politique.

M. Lomaga, qui a porté plainte à la cour des petites créances du Québec en novembre 2005, en réclamant 1 500\$ pour « préjudice moral », allègue que cette exclusion viole les droits à l'égalité et à la non-discrimination enchâssés dans les chartes des droits du Canada et du Québec. Il affirme que le refus de son don de sang lui a donné le sentiment « d'être un citoyen de deuxième classe, comme si mon sang était un poison et que je ne pourrais jamais aider quelqu'un dans le besoin ».²

M. Lomaga dénonce le fait que le questionnaire qu'il a rempli au centre de collecte de sang ne ciblait pas le comportement à l'origine du risque. Il soutient que le questionnaire impose aux personnes gaies et bisexuelles une « norme de perfection »

plus élevée qu'aux hétérosexuels. Héma-Québec n'exige qu'une exclusion de 6 à 12 mois des personnes hétérosexuelles qui ont eu un rapport sexuel avec un-e prostitué-e ou avec un partenaire dont ils ne connaissaient pas les antécédents sexuels.

Héma-Québec n'a pas commenté directement l'affaire, mais a rappelé sa politique à l'effet que « faire don de sang est un privilège; en recevoir est un droit ».³ M. Lomaga a décidé d'intenter une poursuite après que la Commission des droits de la personne du Québec ait rejeté sa plainte.

Le Dr Norbert Gilmore, spécialiste du VIH/sida et professeur à l'Université McGill, a déclaré qu'il n'irait pas jusqu'à qualifier la politique actuelle de « discriminatoire », parce qu'elle vise la sûreté, mais il

considère néanmoins que l'exclusion à vie des hommes qui ont eu des rapports sexuels avec des hommes est « archaïque ».⁴ Il a souligné qu'un nouvel ensemble de règles devrait être élaboré pour tous les groupes à risque. Il a toutefois précisé que, puisque l'on dispose d'un seul bassin de produits sanguins pour toute l'Amérique du Nord, les normes devraient être les mêmes au Québec, au Canada et aux États-Unis.

Plusieurs experts en droit se demandent s'il y a matière à contestation en vertu de la Charte canadienne des droits et libertés, qui prévoit l'imposition de « limites raisonnables » aux droits.

La Table de concertation des lesbiennes et des gais du Québec, établie à Montréal et représentant

40 organismes, n'a pas pris officiellement position dans ce débat. Claude Côté, président de l'organisme, a affirmé qu'il comprend les deux points de vue – mais qu'il est personnellement d'avis que le questionnaire devrait cibler des comportements à risque plutôt que l'orientation sexuelle.⁵

Dans une autre affaire, en Ontario, la Société canadienne du sang

poursuit en justice un homme qui a faussement répondu « non » à la question de savoir s'il avait eu des rapports sexuels avec d'autres hommes depuis 1977.⁶

– David Garmaise

Gazette, 27 novembre 2005.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*

⁶ *Canadian Blood Services v. Freeman*, [2004] OJ No 4519 (C.S.J.) (QL). Voir B. Mysko, « La Société canadienne du sida autorisée à intervenir dans une affaire relative à un donneur de sang », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(1) : 59-60; G. Herget, « EGALE est autorisée à intervenir à titre de partie dans une affaire concernant un donneur de sang », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(3) : 43.

¹ I. Block, « Nothing wrong with gay blood: student; sues Héma-Québec for discrimination », *The (Montréal)*

En bref

Vancouver – Opération policière ciblant les utilisateurs de drogue et le LSI

En novembre 2005, le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) a dénoncé le déploiement d'une opération du Département de police de Vancouver à l'encontre des personnes qui utilisent des drogues en public dans le quartier Downtown Eastside¹ (où se trouve l'Insite, premier lieu sécuritaire pour l'injection en Amérique du Nord).

D'après VANDU, « les deux pâtés d'édifices entourant le LSI ont été envahis d'agents en civil et en uniforme, à pied et à cheval, qui arrêtent tout individu connu comme possédant ou utilisant des drogues ». VANDU rapporte aussi que des policiers en civil se faisant passer pour des utilisateurs de drogue sont entrés dans l'Insite. La police a affirmé que

son plan visait à accroître les arrestations de personnes qui s'injectent des drogues en public, afin de diriger le plus de gens possible vers l'Insite.²

Des organismes communautaires ont réagi à la présence et à l'activité policières accrues. VANDU a organisé deux manifestations. Le Réseau juridique canadien VIH/sida a émis un communiqué de presse et écrit au maire de Vancouver, Sam Sullivan, pour demander la fin de l'opération policière.³ Dans sa lettre au maire, le Réseau a noté :

[I]es personnes qui utilisent des drogues ont droit à la plus haute norme atteignable de biens et de services de santé, et l'Insite est un exemple de progrès vers la réalisation de ce droit. Or nous craignons que cette nouvelle pratique policière nuise à l'efficacité de l'Insite et de la stratégie à quatre piliers, plus généralement, en permettant aux considérations d'application de la loi d'avoir encore une fois préséance sur les mesures efficaces de santé publique.

Le Réseau juridique a également exhorté à l'expansion des ser-

vices de l'Insite, par l'ajout de l'injection assistée; à l'ajout de LSI dans le Downtown Eastside; et à l'implication accrue et significative des personnes qui utilisent des drogues dans les stratégies de réponse à l'usage de drogue.

– Glenn Betteridge

Toronto – Le conseil municipal adopte une stratégie sur les drogues

Tel que rapporté dans le numéro précédent de la *Revue*, le comité consultatif de la Stratégie sur les drogues de la Ville de Toronto a publié un rapport détaillé sur la réponse à l'usage de drogue dans la ville.⁴ Lors de sa rencontre du 14 décembre 2005, le conseil municipal de la Ville de Toronto a adopté le rapport, avec quelques modifications.⁵

La recommandation concernant les lieux supervisés pour la consommation de drogue (recommandation 65), qui exhortait la Ville de Toronto

à envisager l'introduction d'un lieu sécuritaire pour l'injection (LSI) semblable à celui de Vancouver, pour les utilisateurs de grandes quantités de drogues, a été amendée par le conseil. En vertu de l'amendement, l'étude d'évaluation des besoins et de faisabilité devra inclure des données sur l'impact de l'usage de drogue sur les communautés et quartiers avoisinants, les entreprises, la criminalité et la valeur des propriétés, ainsi qu'un examen exhaustif du programme mobile de pratiques sûres pour l'usage de drogue mené à Berlin. De plus, des groupes de résidents identifiés par des conseillers des quartiers devront être consultés dans le cadre de l'étude.

Un autre amendement exige que l'on obtienne l'approbation des gouvernements fédéral, provinciaux et municipaux ainsi que de la police avant d'établir un lieu supervisé pour la consommation de drogue. Le conseil a également adopté une recommandation visant à ce qu'une équipe d'intervenants de Toronto

(police, employés et conseillers municipaux) soit chargée d'évaluer le fonctionnement d'un LSI existant comme l'Insite de Vancouver.

Des recommandations qui ne faisaient pas partie du rapport du Comité ont aussi été ajoutées par le conseil municipal. Certaines recommandations portent sur les permis d'alcool; d'autres demandent des peines plus sévères pour les personnes accusées de trafic de drogue. Enfin, une recommandation propose que le Bureau médical de santé de la Ville de Toronto soit mandaté d'examiner « la promotion des cliniques d'abandon et des traitements d'abstinence à long terme » et d'en faire rapport au Conseil sur la santé.

Dans une lettre envoyée au conseil municipal avant ses discussions sur le rapport, le Réseau juridique canadien VIH/sida avait exprimé son appui « au rapport et aux recommandations visionnaires du comité consultatif de la Stratégie sur les drogues de la Ville de Toronto. »⁶ En particulier, le Réseau a dit appuyer la distribution

de trousse sécuritaires pour l'usage de crack et l'étude d'évaluation des besoins et de faisabilité en vue d'un lieu supervisé.

– Glenn Betteridge

¹ Correspondance personnelle de A. Livingston, 11 décembre 2005, en filière auprès de l'auteur.

² « No more shooting in public, Vancouver police tell junkies », *CBC News*, 29 novembre 2005 (www.cbc.ca/story/canada/national/2005/11/29/open-drug20051129.html).

³ « Le lieu sécuritaire pour l'injection ne devrait pas servir d'instrument policier », communiqué de presse, Toronto, Réseau juridique canadien VIH/sida, 30 novembre 2005. Ce communiqué et la lettre adressée au maire Sam Sullivan sont accessibles via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.

⁴ D. Garmaise, « Toronto – Un rapport réclame des mesures rehaussées de réduction des méfaits pour les utilisateurs de drogue », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(3) : 18-19.

⁵ *Fact sheet: Toronto Drug Strategy – City Council Motions*, Ville de Toronto, Santé publique, janvier 2006 (www.toronto.ca/health/drugstrategy/index.htm).

⁶ La lettre du Réseau juridique, datée du 12 décembre 2005, et le communiqué de presse qui l'accompagne (« Le Réseau juridique appuie la stratégie « visionnaire » de Toronto en matière de drogue ») sont accessibles via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm.

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

Cette rubrique contient des dépêches sur des développements du droit et des politiques touchant le VIH/sida à l'extérieur du Canada. (Les affaires confiées à des cours ou tribunaux des droits de la personne sont classées dans une autre rubrique : Le VIH devant les tribunaux – International). Nous nous intéressons à toute information sur d'autres développements, pour les numéros ultérieurs de la Revue. Adressez vos correspondances à Richard Pearshouse, rédacteur en chef de la présente rubrique, à rpearshouse@aidslaw.ca.

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

Le 6 décembre 2005, l'Organisation mondiale du commerce (OMC) a amendé l'Accord sur les aspects de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) pour permettre aux États membres de l'OMC de produire, en vertu de licences obligatoires, des produits pharmaceutiques génériques à bas prix destinés à des pays n'ayant pas la capacité d'en fabriquer.¹ Cet amendement « donne un caractère permanent » à la décision du 30 août 2003 – un mécanisme dont l'efficacité pour favoriser la fourniture de médicaments et produits pharmaceutiques plus abordables, aux pays qui en ont besoin, n'a pas été démontrée.

L'histoire de cet amendement a débuté en novembre 2001, lorsque les États membres de l'OMC ont adopté à l'unanimité la Déclaration de Doha

sur les ADPIC et la santé publique,² où il est affirmé que l'Accord sur les ADPIC « peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière

qui appuie le droit des Membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments ».³

Cette déclaration était une réponse à l'accord initial sur les ADPIC, qui permettait aux gouvernements des possibilités de recours à des licences obligatoires, mais avec de lourdes restrictions. (Une licence obligatoire est une autorisation à un fabricant de produire, utiliser et vendre un produit breveté sans avoir obtenu la permission du titulaire du brevet.)

Un des principaux éléments contraignants de l'article 31(f) de l'Accord sur les ADPIC était l'exigence que l'attribution de licences obligatoires serve « principalement » à l'approvisionnement domestique.⁴ Ultérieurement, dans la Déclaration de Doha, les États membres de l'OMC ont reconnu que cela rendait difficile aux pays sans capacité de fabrication pharmaceutique d'avoir un recours efficace aux licences obligatoires, étant donné que les exportateurs potentiels, dans d'autres États membres, s'ils parvenaient à obtenir des licences obligatoires, ne pourraient les utiliser principalement que pour approvisionner leurs propres pays.⁵ Les États membres s'étaient engagés à résoudre rapidement ce cul-de-sac.

Après 21 mois de négociations, le Conseil général de l'OMC a adopté, le 30 août 2003, une décision prévoyant un mécanisme permettant qu'un pays membre exporte, en quantité considérable, des produits pharmaceutiques fabriqués en vertu de licences obligatoires assorties de critères précis.⁶ La décision de 2003 suspendait provisoirement la restriction (formulée à l'art. 31(f) de l'Accord sur les ADPIC) à l'effet qu'une licence obligatoire ne serve qu'à approvisionner principalement le marché domestique du pays où elle a été émise. Cette décision était supposée n'être en vigueur que jusqu'au

moment où un amendement permanent à l'Accord sur les ADPIC serait adopté pour la remplacer.⁷

Or, le 6 décembre 2005, l'OMC a tout simplement rendu permanente la décision du 30 août 2003.⁸ Plusieurs organismes s'opposaient à cette conclusion en raison de l'absence de preuves que cette dérogation puisse améliorer concrètement l'accès aux médicaments pour les pays en développement; en effet, dans les deux années suivant son adoption, le mécanisme n'a pas servi une seule fois.⁹ Plusieurs militants sont d'avis que l'amendement, désormais permanent, n'améliorera pas l'accès aux médicaments pour les pays en développement.¹⁰

Médecins sans frontières (MSF) a critiqué l'amendement comme étant excessivement lourd et inefficace.¹¹ En vertu de l'amendement, les pays importateurs devront notifier le Conseil des ADPIC (l'instance responsable de l'administration et du fonctionnement de l'Accord) de leur intention d'avoir recours au mécanisme, préciser le nom de produit et les quantités qu'ils prévoient importer, démontrer l'insuffisance de leur capacité de produire ce produit (s'ils ne sont pas des pays parmi les moins développés) et confirmer qu'ils émettront une licence obligatoire.¹²

Tout pays exportateur devra aussi signaler au Conseil des ADPIC son intention d'émettre une licence obligatoire, le nom et l'adresse de l'éventuel titulaire, les produits pour lesquels la licence est accordée, la quantité en cause, le pays destinataire ainsi que la durée de la licence.¹³ D'autres exigences s'ajoutent, notamment l'inscription, sur un site Internet à cette fin, de renseignements sur les médicaments exportés ou importés,

en plus de mesures pour éviter les abus systémiques. Plusieurs pays devront en outre amender leurs lois avant de pouvoir exporter des médicaments fabriqués en vertu de licences obligatoires.

MSF a affirmé :

[L]'amendement rend permanent un processus décisionnel lourd, un médicament à la fois, un pays à la fois, qui ne tient pas compte du fait que des économies d'échelle sont nécessaires pour susciter l'intérêt des fabricants de médicaments. Sans l'attrait d'un marché viable pour les produits pharmaceutiques génériques, les fabricants génériques ne sont pas susceptibles de s'intéresser à participer à un système à grande échelle pour une production destinée à l'importation.¹⁴ [trad.]

Si cette prédiction est juste, le mécanisme qu'établit ce nouvel amendement sera inefficace, et il n'a que très peu de chances d'atteindre son objectif de fournir aux pays en développement un meilleur accès à des médicaments qu'ils ne sont pas capables de fabriquer.

– Greg Herget

Greg Herget, étudiant en deuxième année à la Faculté de droit de l'Université de Toronto, est également stagiaire au Réseau juridique, par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

¹ « Approbation de l'amendement rendant permanente la flexibilité dans le domaine de la santé » (communiqué), Genève, Organisation mondiale du commerce, 6 décembre 2005.

² Organisation mondiale du commerce, *Déclaration ministérielle sur la santé publique et l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce*, WT/MIN(01)/DEC/2, 14 novembre 2001. Pour une analyse plus détaillée, voir R. Elliott, « Conférence ministérielle de l'OMC : adoption d'une Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé

publique », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 57-59.

³ OMC, Déclaration ministérielle, par. 4.

⁴ Accord sur les ADPIC, art. 31 (f).

⁵ OMC, Déclaration ministérielle, par. 6.

⁶ Organisation mondiale du commerce, *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, WT/L/540, 1 septembre 2003. Accessible

via www.wto.org. Voir aussi 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.

⁷ *Ibid.*, par. 11.

⁸ Organisation mondiale du commerce, *Implementation of Paragraph 11 of the General Council Decision of 30 August 2003 on the Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, IP/C/41, 6 décembre 2005.

⁹ « Amendment to WTO TRIPS agreement makes access to affordable medicines even more bleak » (communiqué), Genève, Médecins Sans Frontières, 6 décembre 2005.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

¹² OMC, Mise en œuvre du paragraphe 6, au par. 2(a).

¹³ *Ibid.*, par. 2(c).

¹⁴ MSF, « Amendment to WTO TRIPS agreement ».

COMMENTAIRE

Qui a tué le militant anti-sida Steve Harvey?

Le 30 novembre 2005, Steve Harvey, un militant jamaïcain pour la lutte contre le VIH/sida, a été trouvé assassiné. M. Harvey était un ardent défenseur des droits humains des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui y sont vulnérables. Il travaillait depuis 1997 pour l'organisme Jamaica AIDS Support. Dans le présent commentaire, Garry Mullins examine les causes profondes de l'homophobie, son acceptation sociale, et ses conséquences dans la société jamaïcaine.

À un certain moment entre 23 heures et minuit le 30 novembre 2005, Steve Harvey a été capturé par un gang de la communauté du ghetto jamaïcain de Grants Pen. Nous ne savons pas exactement tout ce qui s'est produit, mais des témoins oculaires attestent que vers une heure du matin, le groupe s'est introduit dans sa maison, avec lui captif, et a interrogé ses colocataires sous la menace d'un fusil, en affirmant que parce que Steve était gai, il serait tué.

Dans le cas d'autres victimes, avant et après Steve, l'intention était de les voler puis de les libérer. Steve allait cependant mourir. À l'arrestation du groupe, un débat a fait rage, à savoir si le meurtre de Steve était un crime haineux. Malgré

les témoignages de personnes qui ont vu la scène, la police a décidé qu'il ne s'agissait pas d'un crime haineux; et la Jamaïque fut bien soulagée.

Un déni aussi entêté n'a rien d'étonnant. La présence même de ce débat est la conséquence de changements récents et critiques, dans la mentalité publique et privée, en Jamaïque, où l'on a débattu parfois chaudement, parfois froidement, des répercussions de l'homophobie. Avec la campagne de l'été 2004 visant les artistes de *dancehall* dont les paroles de chansons célèbrent l'agression et le meurtre de gens des minorités sexuelles, la Jamaïque avait commencé à prendre conscience des significations plus profondes de la musique qui baigne sa vie de tous les jours, et

de ce que cela signifie de faire partie d'un village global dont les normes sont en conflit avec cette haine qu'on avait fini, localement, par considérer anodine.

Lorsque Human Rights Watch (HRW) a publié son rapport sur la violence homophobe, plus tard dans l'année,¹ documentant en faits vécus ce que les paroliers glorifiaient en chanson, le pays est entré dans une crise d'autodéfense. Nombre de leaders d'opinion, notamment des professeurs d'université, des journalistes et médias, des leaders religieux et des leaders politiques ont affirmé, dans certains cas en rigolant, dans d'autres cas avec véhémence, que non seulement ces accusations de violence homophobe étaient un odieux men-

songe, mais qu'il n'y avait pas de place en Jamaïque pour les homosexuels de toute façon.

Un nerf de la nation avait été pincé. Et cette chose que plusieurs considéraient comme un aspect inoffensif du tissu social se retrouvait maintenant, dans des cercles gouvernementaux d'Europe et d'Amérique du Nord ainsi que dans la presse internationale, étiquetée comme une pathologie de proportions à choquer le monde. La Jamaïque avait l'habitude de s'offrir au marché mondial comme un paradis où des couples souriants jouent dans le sable blanc, au bord d'eaux turquoises et cristallines. À présent, quelque chose qui détonnait s'était introduit dans ce concept, aux yeux du monde. On a avancé que la survie d'hommes célèbres dont l'homosexualité n'était pas secrète prouvait bien qu'aucune de ces centaines d'histoires de violence, de la part de la police tout autant que de la communauté, ne pouvait être véridique.

Dans certains cercles locaux plus cultivés, la réalité plus lamentable

liée au rapport de HRW résidait dans le fait que la violence avait été excusée comme quelque chose de justifié, par les responsables et instances dont le rôle était de préserver l'ordre et la stabilité de la nation. Des institutions officielles et informelles qui formaient l'épine dorsale de la société jamaïcaine étaient entachées. Dans la mêlée, on n'a pas même remarqué la contradiction entre l'outrage devant les accusations et les déclarations à la défense de l'homophobie.

Mais revenons à cette question – qui a tué Steve Harvey? – en changeant de lentille. Certains affirment dur comme fer que c'est un gang homophobe des plus lointaines profondeurs du ghetto. Pour d'autres, un tel gang d'hommes et de femmes n'est toujours qu'un produit de son milieu. Un milieu d'endurcissement par la pauvreté, de violence mercenaire et de sentiment qu'aucune vie n'a d'importance ou de valeur. Où l'on peut s'amuser à tuer certaines personnes, comme les clochards, les prisonniers, les malades mentaux, les gais, les pauvres, etc. Où des

gens comme les meurtriers de Steve Harvey transforment des personnes en fantômes, pour passer le temps en attendant d'être eux-mêmes fusillés et de mourir.

Mais lorsque des éditorialistes, des prêtres, des professeurs et des politiciens chantent en chœur pour condamner les homosexuels, peut-on considérer que les personnes qui sont au bas de l'échelle sociale, et qui ont mené la chanson à sa brutale conclusion, sont les seules coupables?

– Garry Mullins

Garry Mullins est un membre fondateur de Jamaica Forum for Lesbians, All-Sexuals and Gays (www.jflag.org) et y est actif depuis 1998. On peut le joindre à admin@jflag.org.

¹ Human Rights Watch, *Hated to death: homophobia, violence and Jamaica's HIV/AIDS epidemic*, 2004.

Des Thaïlandais manifestent contre les pourparlers de libre-échange É.-U.-Thaïlande

Le 11 janvier 2006, des milliers de citoyens et des organismes thaïlandais de lutte au VIH/sida se sont réunis à Chiang Mai, en Thaïlande, pour protester contre les plus récentes négociations liées à l'Accord de libre-échange (ALE) proposé entre les États-Unis et la Thaïlande.¹ L'ALE inclurait des dispositions sur la propriété intellectuelle qui menaceraient le programme thaïlandais de traitement anti-VIH/sida fondé sur la production locale de médicaments génériques peu coûteux.

L'ALE É.-U.-Thaïlande est soi-disant conçu pour organiser et intensifier le commerce entre les deux pays en réglementant un certain nombre d'industries, notamment l'agriculture et les produits pharmaceutiques. Les discussions de janvier constituaient la

sixième ronde de négociation en deux ans, entre les É.-U. et la Thaïlande.

Des citoyens et des organismes thaïlandais sont préoccupés par le manque de transparence des négociations, qui ont exclu la participation du Parlement thaïlandais et soulevé des allégations d'infraction à la constitution de 1997.² Le 17 janvier 2006, le négociateur en chef du Gouvernement de la Thaïlande a démissionné, devant des pressions politiques et sociales croissantes et le manque de progrès des négociations.³

On n'a pas encore annoncé la date d'une septième ronde de négociation.

Les dispositions de l'ALE incluraient une prolongation de la durée régulière des brevets, de 20 ans à 25 ans, ce qui allongerait la période d'interdiction de produire des versions génériques de « nouveaux » médicaments. Elles comprendraient aussi un programme d'exclusivité des données qui empêcherait pendant cinq ans la Food and Drug Administration de la Thaïlande de communiquer des résultats d'essais cliniques aux fabricants de médicaments génériques.

De plus, d'aucuns craignent que l'accord ne vienne limiter la capacité du gouvernement thaïlandais d'octroyer des licences obligatoires pour la production de médicaments génériques en cas d'urgence comme la crise actuelle du VIH/sida.⁴

Les dispositions de l'ALE sur la propriété intellectuelle pourraient compromettre le programme thaïlandais de traitement anti-VIH/sida en empêchant la concurrence de fabricants génériques et en prolongeant

le monopole du prix. À l'heure actuelle, l'Organisation pharmaceutique du Gouvernement de la Thaïlande produit des médicaments antirétroviraux à un coût correspondant à 4 p. cent du prix de leurs équivalents brevetés.⁵

L'accès aux soins de santé est un droit garanti par la Constitution de la Thaïlande de 1997.⁶ Quelque 70 000 personnes vivant avec le VIH/sida reçoivent des antirétroviraux financés par le secteur public dans le cadre d'un programme national de traitement anti-VIH/sida que le gouvernement thaïlandais espère élargir au cours des prochaines années.⁷ L'initiative joint environ 10 p. cent des 700 000 citoyens thaïlandais vivant avec le VIH/sida,⁸ dont 30 000 enfants qui l'ont contracté par voie périnatale.⁹

Médecins Sans Frontières (MSF) estime que le coût annuel des multi-thérapies antirétrovirales de deuxième ligne pourrait grimper à 3 500\$ par patient, en vertu de l'ALE proposé,¹⁰ ce qui minerait sérieusement les ressources du programme gouvernemental. MSF soutient que les dispositions de l'ALE sur la propriété intellectuelle vont bien au delà des normes internationales établies en 2001 par l'Organisation mondiale du commerce dans la *Déclaration de Doha sur l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) et la santé publique*.¹¹

D'après Oxfam, les ALE antérieurs entre les É.-U. et d'autres pays ont resserré les protections de brevets et réduit l'importation de médicaments

abordables en limitant le droit des détenteurs de brevets d'importer et d'exporter des produits déjà vendus.¹²

– Tim Franklin

Tim Franklin est étudiant de première année à la Faculté de droit de l'Université de Toronto; il fait du bénévolat au Réseau juridique par le biais d'Étudiants pro bono du Canada.

¹ D. Borak, « US seeks to conclude Thai trade talks », *United Press International*, 12 janvier 2006.

² P. Hongthong et J. na Thalang, « Thai-US FTA stumbling blocks », *The Nation* (Thaïlande), 12 janvier 2006.

³ C. Pongvuthitham, « Free trade: top FTA official throws in the towel », *The Nation* (Thaïlande), 18 janvier 2006.

⁴ P. Hongthong.

⁵ 3D -> Three, *International trade, health, and children's rights – Thailand*, décembre 2005 (www.3dthree.org/en/).

⁶ Asia Pacific Health Economics Network, *The universal coverage police of Thailand: an introduction*, 19 juillet 2001.

⁷ D. Borak.

⁸ *Ibid.*

⁹ 3D -> Three.

¹⁰ « US-Thailand free trade agreement: MSF calls on Thailand to protect access to medicines in the face of US pressure », communiqué de presse, Médecins Sans Frontières, Bangkok, 11 janvier 2005.

¹¹ *Ibid.*

¹² D. Borak.

Le Lesotho entreprend le test universel du VIH

Le 1^{er} décembre 2005, le Lesotho a entamé une initiative nommée *Know Your Status* [Connaissez votre état], pour la fourniture de conseils et de tests volontaires (CTV) pour le VIH, à l'échelle nationale. Dans un pays de deux millions d'habitants au taux de prévalence du VIH de 29 %, l'initiative de test universel pourrait aider à prévenir une crise humanitaire et économique susceptible de détruire le pays. Or elle n'est pas sans soulever des inquiétudes sur le plan des droits humains.

L'initiative de TCV est un effort conjoint entre l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le ministère de la Santé du Lesotho. Les responsables locaux et internationaux espèrent que chacun des résidents du Lesotho âgé de plus de 12 ans aura passé un test du VIH d'ici la fin de 2007. Le roi du Lesotho, Letsie III, y prend part et devient le premier roi d'Afrique à passer publiquement le test.

L'un des aspects les plus novateurs de l'initiative est le fait que des intervenants en soins de la santé font du porte-à-porte avec des trousseaux de dépistage, pour que cela soit aussi pratique que possible pour les gens. Le gouvernement prévoit embaucher 7 500 intervenants supplémentaires pour procéder à ces tests sur le terrain. Pour la conception du programme, on a impliqué des aînés des communautés ainsi que des personnes vivant avec le VIH/sida, afin que le test soit offert d'une manière sensible à la culture et qu'il soit confidentiel et volontaire.

Au Lesotho, l'incitation à passer le test gratuitement, dans divers lieux d'accès pratique, est considérée par plusieurs comme une occasion d'impliquer la population qui le veut bien dans un effort pour endiguer des taux d'infection endémiques. L'identification des individus qui

autrement ne recevraient pas de service de test présente un intérêt clair sur le plan de la santé publique, notamment en termes de potentiel de prévention d'éventuels nouveaux cas d'infection par transmission sexuelle et verticale.

Par ailleurs, une identification précoce des nouveaux cas pourrait permettre à certains l'accès à un traitement antirétroviral, au traitement d'infections opportunistes et à une meilleure éducation sur la santé et la nutrition. Le counselling qui doit accompagner le test peut s'avérer une excellente occasion d'éducation plus poussée sur les comportements sexuels sécuritaires.

Cependant, le test universel est une mesure controversée.¹ Préoccupation primordiale : dans quelle mesure le test sera-t-il réellement administré sur la base d'un consentement volontaire? En vertu des normes du droit international des droits de la personne ainsi que du plan du Lesotho, le test ne devrait pas être obligatoire.² Or il se peut qu'en l'offrant de foyer en foyer, les intervenants en soins de santé fassent preuve d'un excès de zèle à promouvoir les bienfaits du test – un problème qui a déjà affecté les droits individuels des personnes vivant avec le VIH/sida, dans ce pays.³

Administrer le counselling et le test dans des conditions qui respectent la vie privée pourrait s'avérer un défi, étant donné la petitesse de la majorité des habitations dans ce pays où la pauvreté est répandue. Il semble par ailleurs clair qu'en plus d'un counselling sur le VIH/sida, il faille s'efforcer de réduire l'inégalité entre les sexes car, si leur séropositivité vient à être connue de leurs partenaires et/ou de la communauté, les femmes et les filles sont les plus susceptibles au stigmatisation, à la violence et aux abus.⁴

En promouvant une approche au test qui est fondée sur les droits, l'OMS a souligné l'importance de liens directs entre le test, d'une part, et pour les personnes trouvées séropositives, des traitements et un système capable de leur fournir des soins de santé appropriés.⁵ Considérant que le nombre de médecins au Lesotho est actuellement de 100 (soit cinq médecins par 100 000 habitants),⁶ et qu'environ seulement 5 000 personnes reçoivent un traitement antirétroviral parmi les 56 000 personnes qui en ont un besoin immédiat,⁷ il semble peu probable que l'éventualité de recevoir des soins serve d'incitatif à passer le test.

Une expansion urgente des possibilités de traitement est nécessaire, si l'on souhaite que les patients soi-

ent prêts à prendre les risques de la stigmatisation, de l'anxiété et de la dépression qui peuvent s'associer à la découverte que l'on est séropositif au VIH. Sans accès aux traitements, les patients assument tous les risques qui accompagnent le test, mais sans grand bienfait consécutif sur le plan individuel.

Sur le plan de la collectivité dans son ensemble, les bienfaits potentiels de l'initiative du Lesotho en matière de test universel sont clairs; en revanche, le potentiel de répercussions néfastes dans les vies des individus est également présent. Les initiatives de test à grande échelle peuvent arriver à couvrir de vastes populations en peu de temps, mais seulement les initiatives qui promeuvent les droits des individus et qui

fournissent aussi des traitements, comme incitatifs, parviendront à encourager les gens à avoir recours à d'autres tests, en suivi, et ainsi à réduire les comportements à risque et leur vulnérabilité au VIH sur une plus longue période.⁸

– Edward J. Mills et Stephanie Chong

Edward J. Mills est le directeur général du Centre for International Health and Human Rights Studies, un projet conjoint de recherche entre cinq universités : Cape Town, Toronto, Johns Hopkins, Oxford et Rhodes. On peut le joindre à ed.mills@conted.ox.ac.uk. Stephanie Chong est rapporteure juridique pour le Centre.

Voir aussi « Expansion du test du VIH : les droits humains et les coûts cachés », un article de fond dans le présent numéro.

¹ S. Rennie, F. Behets, « Aspects éthiques du dépistage systématique du VIH dans les pays à faibles revenus : une définition difficile des objectifs », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2006, 84 : 52-55.

² *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, articles 5 et 12. Voir aussi Centers for Disease Control, « Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral », *MMWR Recommendations and Reports*, 2001, 19 : 1-58 (accessible via www.cdc.gov).

³ Pia Caspersen, *Stigma kills in drought-hit Lesotho*, Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 29 octobre 2002 (accessible via www.ifrc.org).

⁴ Human Rights Watch, « Expanding resources, narrowing approaches: moralizing the epidemic (2000-2005) », janvier 2006 (accessible via www.humanrightswatch.org).

⁵ OMS/ONUSIDA, *Policy statement on HIV testing*, juin 2004 (accessible via www.who.int).

⁶ Voir A. Hagopian et coll., « The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain », *Human Resources for Health*, 2004, 2 : 17. Le Tableau 1 illustre la distribution de l'ensemble des médecins et le nombre de facultés de médecine, pour chaque pays d'Afrique.

⁷ ONUSIDA, *Lesotho fact sheet*, 2005 (accessible via www.who.int).

⁸ Human Rights Watch.

Europe centrale et de l'Est/Asie centrale – Un rapport recommande de décriminaliser le travail sexuel

En décembre 2005, le Central and Eastern European Harm Reduction Network (CEEHRN) a rendu public un rapport exhortant à la décriminalisation du travail sexuel dans les 27 pays de l'Europe centrale et de l'Est ainsi que de l'Asie centrale.¹ Le rapport compile un ensemble de données antérieures et nouvelles sur le travail sexuel, les lois en la matière, l'épidémiologie du VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS), les services offerts aux travailleuses et travailleurs sexuels et les violations de leurs droits humains.

Le rapport signale que presque tous les pays de la région ont observé une augmentation du travail sexuel stimulée par le besoin économique, depuis la chute de l'Union soviétique.

Dans ce contexte, il souligne la propagation rapide du VIH et d'autres ITS dans plusieurs pays de cette région (où l'épidémie de VIH croît le plus rapidement au monde). Il examine la

situation des travailleuses sexuelles et note qu'elles appartiennent à trois catégories : travailleuses sexuelles de rue, d'appartement et d'hôtel (« de luxe »).

Le rapport a pour point de mire les travailleuses sexuelles de rue, le groupe « le plus susceptible de s'injecter des drogues, de présenter un plus faible taux d'usage du condom et d'être composé de personnes migrantes – tous des facteurs qui contribuent à s'éloigner des services de prévention et de soins pour le VIH et les ITS. »² De plus, les auteurs ont noté que les travailleuses sexuelles de rue détiennent moins de connaissances sur la transmission du VIH et des ITS que les autres groupes.

Les données sur le travail sexuel, les travailleuses et travailleurs sexuels et les lois pertinentes ont été recueillies principalement auprès (et avec l'aide) de programmes non gouvernementaux de réduction des méfaits destinés aux utilisateurs de drogue par injection et aux travailleuses et travailleurs sexuels, ou œuvrant dans le domaine des droits humains, de même qu'auprès d'informateurs experts.

Tous les pays de l'Europe centrale et de l'Est ainsi que de l'Asie centrale interdisent le proxénétisme et la tenue de maisons de débauche. Toutefois, la prostitution individuelle est traitée différemment dans certains pays. Dans 14 d'entre eux, la prostitution individuelle est illégale (comme infraction criminelle ou administrative); dans 11 pays, elle n'est pas réglementée; et en Hongrie de même qu'en Lettonie, les individus ont le droit de pratiquer le travail sexuel dans un cadre réglementé. Dans certains contextes, les travailleuses et travailleurs sexuels doivent subir des examens médicaux, y compris un test du VIH, pour pouvoir exercer légalement leur métier. Les auteurs notent que, dans ces pays, l'application de la loi et les pratiques policières s'écartent largement des lois en vigueur.

Le rapport documente de nombreuses violations de droits humains rencontrées par les travailleuses et travailleurs sexuels de la région, comme conséquence directe d'abus de la part de policiers ou d'acteurs gouvernementaux et autres. Compte tenu de leur statut légal précaire, les travailleuses et travailleurs sexuels migrants sont particulièrement vulnérables aux abus. « Dans les 27 pays étudiés, des observateurs locaux et des employés de projets ont signalé que le harcèlement policier est l'un des plus importants facteurs contribuant à la vulnérabilité des travailleuses et travailleurs sexuels à la violence et aux risques pour la santé. »³

Le harcèlement policier prend plusieurs formes : violence physique; détention ou déportation sans procédure adéquate, à cause de documents manquants; coercition à des fins sexuelles, de corruption et d'extorsion; déplacement de travailleuses et travailleurs sexuels; test du VIH ou dépistage d'ITS forcé; et défaut d'appliquer la loi aux personnes qui victimisent des travailleuses et travailleurs sexuels. La violence de la part de clients et de proxénètes et le harcèlement médiatique sont également cités en tant qu'abus répandus.

Le droit des travailleuses et travailleurs sexuels à la plus haute norme atteignable de santé est brimé quotidiennement par leur manque d'accès à des services de santé. Un important obstacle qui empêche les travailleuses et travailleurs sexuels migrants d'accéder aux systèmes nationaux de soins de santé est leur absence de statut et leur manque de documents. Même les travailleuses et travailleurs sexuels qui ont le droit d'accéder aux services de santé nationaux signalent des taux élevés de discrimination de la part des

professionnels de la santé.

Le rapport adresse des recommandations aux responsables des politiques, aux autorités de la santé et de l'application de la loi, aux fournisseurs de services et aux donateurs externes. Ces recommandations visent à reconnaître et à protéger les droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels en leur donnant accès à des services complets et pragmatiques. Les auteurs indiquent que cela aiderait à réduire la propagation du VIH non seulement parmi les travailleuses et travailleurs sexuels et leurs clients, mais aussi parmi d'autres membres de la communauté – puisque les travailleuses et travailleurs sexuels sont possiblement une « charnière » pour la transmission du VIH entre les personnes qui s'injectent des drogues et d'autres individus.

Fait connexe, un ONG a signalé que le Bureau du Procureur général et le ministère des Affaires internes du Kirghizstan envisageraient des mesures législatives pour alourdir les sanctions imposées aux personnes impliquées dans le travail sexuel.⁴

– Glenn Betteridge

Glenn Betteridge est analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à gbetteridge@aidslaw.ca.

¹ CEEHRN, *Sex work, HIV/AIDS, and human rights in Central and Eastern Europe and Central Asia*, juillet 2005 (www.ceehtm.org).

² *Ibid.*, p. 20.

³ *Ibid.*, p. 41.

⁴ G. Kurmanova, « Kyrgyzstan: Measures for more severe sanctions for sex-work », *Central and Eastern European Harm Reduction Network News Digest*, 31 décembre 2005 (via www.ceehtm.org).

Royaume-Uni – Action en justice contre les directives gouvernementales sur la prophylaxie post-exposition non professionnelle

En décembre 2005, deux hommes gais ont reçu une aide juridique de la Legal Services Commission, pour raison d'intérêt public, afin de poursuivre en justice le ministère de la Santé du Royaume-Uni pour sa politique relative à la prophylaxie post-exposition non professionnelle (PPENP) contre le VIH.

L'un des hommes a contracté le VIH lorsque le condom de son partenaire s'est brisé pendant un rapport sexuel. Les deux hommes (qui ont choisi de garder l'anonymat) soutiennent qu'étant donné qu'ils ne connaissaient pas l'existence de la PPENP, ils n'ont pas pu la demander. Ils estiment de plus que leurs médecins auraient dû les informer de la PPENP – ce qui leur aurait permis de demander le traitement au moment opportun.¹

L'avocat du couple demande un examen judiciaire des directives du ministère de la Santé du R.-U. sur l'usage de la PPENP, alléguant que des directives adéquates devraient être publiées et qu'une campagne de publicité devrait être déployée à ce sujet. L'affaire devrait être entendue en février 2006 par la Division du Banc de la Reine de la Haute Cour, un tribunal administratif chargé de questions d'examen judiciaire.

La prophylaxie post-exposition (PPE) peut réduire considérablement le risque d'infection par le VIH si elle est administrée immédiatement après l'exposition. Des lignes directrices sur l'administration de la PPE ont été publiées par le ministère de la Santé du R.-U.² Elles portent princi-

palement sur l'exposition professionnelle et n'incluent pas de procédure sur la provision de la PPE en cas d'exposition sexuelle au VIH.

Les arguments du ministère de la Santé à l'encontre de l'accès répandu à la PPENP sont (a) le manque de données démontrant l'efficacité de cette mesure et (b) la conséquence possible d'une hausse des comportements à risque pour le VIH.³

Or, en réponse au premier argument, de récentes données montrent que la PPE est efficace dans les cas d'exposition sexuelle au VIH,⁴ en particulier si elle est administrée dans les 72 heures – mais idéalement dans les 24 heures suivant l'exposition.⁵ Quant au second argument, les données disponibles indiquent que la PPENP n'est pas associée à une hausse des comportements sexuels à risque.⁶

Le défaut du ministère de la Santé du R.-U. de mentionner la PPENP va à l'encontre des premières directives sur la PPENP publiées par la British Association of Sexual Health and HIV, une association non gouvernementale de médecins, de scientifiques et de professionnels de la santé intéressés par le domaine du VIH/sida. Les directives de l'Association

fournissent des indications claires quant aux personnes qui devraient recevoir de l'information sur la PPENP et à quel moment, et quant à l'importance de discuter avec elles d'autres stratégies efficaces de réduction des risques.⁷

Toutefois, la PPENP a été décrite dans les médias et dans le communiqué du cabinet d'avocats comme une « pilule du lendemain pour le VIH ».⁸ Cela suggère à tort que la PPENP pourrait se substituer au sécurisexe et à l'usage du condom – ce qui est propice à une complaisance accrue à l'égard du VIH. La PPENP devrait plutôt être présentée comme une mesure d'urgence pour la prévention du VIH, à utiliser seulement lorsqu'une méthode conventionnelle et éprouvée a échoué (p. ex., bris du condom). Si le couple obtient gain de cause, les directives ou campagnes de sensibilisation ultérieures devront véhiculer un message clair et responsable à propos de l'usage de la PPENP.

– Delphine Valette

Delphine Valette est directrice du UK AIDS and Human Rights Project. On peut la joindre à delphine.valette@aidsrightsproject.org.uk.

¹ « HIV "morning after pill" battle », *BBC News* (en-ligne), 19 décembre 2005 (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/4541582.stm>).

² Department of Health, *HIV post-exposure prophylaxis: guidance from the UK Chief Medical Officer's Expert Advisory Group on AIDS*, février 2004 (via www.dh.gov.uk).

³ « HIV "morning after pill" battle ».

⁴ M. Schechter, R.F. Iago, R. Ismerio et coll., « Acceptability, behavioural impact, and possible efficacy of post sexual exposure chemoprophylaxis (PEP) for HIV », 9th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Seattle, Washington, 2002 (abrégé #15). Voir aussi M. Schechter, « Occupational and sexual PEP – benefit/risk? », 6th International Conference on Drug Therapy in HIV Infection, Glasgow, R.-U., 2002 (abrégé #PL 6.1); et S.D. Pinkerton et coll., « Cost-effectiveness of postexposure prophylaxis after sexual or injection-drug exposure to human immunodeficiency virus », *Archives of Internal Medicine*, 2004, 164 : 46-54.

⁵ Department of Health.

⁶ Voir l'étude résumée dans D.K. Smith et coll., « Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the US Department of Health and Human Services », *MMWR Recommendations and Reports*, 2005, 54(RR-2) : 1-20.

⁷ British Association of Sexual Health and HIV, *UK national guideline for the use of post-exposure prophylaxis for HIV following sexual exposure*, avril 2004 (www.bashh.org/guidelines/ceguidelines.htm).

⁸ « Couple denied "morning after" pill launch action against Department of Health », communiqué de presse, Londres, Leigh Day & Co. (avocats), 19 décembre 2005 (via www.leighday.co.uk).

Lituanie – Réunion sur le projet de législation modèle du Réseau juridique

Les 7 et 8 novembre 2005, le Réseau juridique a tenu une réunion à Vilnius, en Lituanie, dans le cadre de son projet de législation modèle.

L'événement a réuni quelque 20 experts juridiques, militants pour la réduction des méfaits et représentants gouvernementaux de la région de l'ex-Union soviétique/Europe centrale et de l'Est – notamment de la Russie, de l'Ukraine, du Tadjikistan, de la Géorgie, du Kirghizstan, du Kazakhstan, de la Hongrie, de la Slovaquie, de la Bulgarie et de la République tchèque. Tenue en anglais et en russe, cette réunion a été financée par le Secrétariat des conférences de l'Agence canadienne de développement international et par l'International Harm Reduction Programme de l'Open Society Institute.

Le Réseau juridique travaille à l'élaboration d'une législation modèle qui fournira un cadre de travail pour

aborder les services à l'intention des personnes qui utilisent des drogues, dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida. La législation renferme des chapitres qui présentent chacun des lois modèles propices à la provision de services aux personnes qui utilisent des drogues et à la protection de leurs droits humains. Le document intègre les principes pertinents de droits humains et il est éclairé par des exemples des quelques pays qui ont adopté des lois progressistes en matière de politiques sur les drogues et de réduction des méfaits.

Certains chapitres abordent des services particuliers de réduction des méfaits, comme le traitement de substitution des opioïdes (et le traitement de la dépendance à la drogue), les programmes d'échange

de seringues et les lieux sécuritaires pour l'injection. Un autre propose des modifications au droit criminel, relativement au statut juridique des substances contrôlées, ainsi que des mesures alternatives à l'incarcération pour les personnes trouvées coupables d'infractions mineures liées à la drogue.

Un autre chapitre aborde le stigmatiser et la discrimination que rencontrent les personnes qui utilisent des drogues, et propose d'y étendre la couverture des lois anti-discrimination actuelles. Dans un autre chapitre, on aborde spécifiquement le VIH (et les autres pathogènes transmissibles par le sang) et l'usage de drogue en prison.

Le Réseau juridique était représenté par Richard Elliott et Richard

Pearshouse. Le groupe d'experts régionaux a commenté l'ébauche de législation modèle et fourni des idées sur la manière dont le document pourrait aborder plus directement le VIH et les politiques sur les drogues dans la région de l'ex-Union soviétique/Europe centrale et de l'Est.

La législation modèle est encore au stade d'ébauche; d'autres révi-

sions et consultations sont prévues avant la préparation de sa version finale. Une fois la législation modèle achevée, le projet passera à l'étape du plaidoyer pour la réforme du droit sur des enjeux liés au VIH/sida dans les pays de l'ex-Union soviétique/Europe centrale et de l'Est, où l'épidémie est catalysée par l'injection de drogue et où les lois actuelles nuisent à

l'efficacité des politiques pour la prévention du VIH.

– Richard Pearshouse

Richard Pearshouse est analyste principal des politiques au Réseau juridique; il s'occupe principalement du projet de législation modèle. On peut le joindre à rpearshouse@aidslaw.ca.

En bref

Fédération de Russie – Le Duma révoque la réforme du Code criminel

Le 21 décembre 2005, le Duma (parlement national) a approuvé un amendement au Code criminel de la Fédération de Russie qui révoquerait de récentes réformes à la loi nationale sur les narcotiques.¹ Adopté en troisième et dernière lecture, le projet de loi devra à présent être approuvé par le Conseil de la Fédération de Russie, la plus haute chambre du parlement russe, avant de devenir loi.

Entrées en vigueur le 14 mai 2004, les réformes ont introduit au Code criminel le concept de « dose individuelle moyenne » pour déterminer les niveaux de responsabilité liés à la possession de diverses quantités de drogue. Cet outil permet de faire la distinction entre la possession de

drogue pour usage personnel et celle à des fins de trafic ou de vente.

Les peines pour la possession de petites quantités de drogue ont été réduites et celles pour les quantités importantes ont été durcies.² La sentence pour possession de moins de dix « doses individuelles moyennes » est devenue une amende, plutôt qu'une responsabilité criminelle ou une peine d'incarcération.³ Marquant la transition du recours massif à l'incarcération vers des politiques fondées sur les droits humains et la santé publique, l'introduction de ces réformes a été saluée.⁴

Le projet de loi proposé éliminera le concept de « dose individuelle moyenne » du Code criminel russe. Cela enlèvera toute base pour différencier entre l'usage de drogue pour consommation personnelle et les activités liées au trafic – ce qui accroîtra le nombre de cas d'incarcération.

L'on s'attend également à ce que le Duma révisé les définitions juridiques des notions de « quantité importante » et « particulièrement importante » de drogue, avant

l'entrée en vigueur de l'amendement, ce qui pourrait conduire à des peines plus sévères pour la possession de quantités de drogue excédant la dose individuelle.⁵

Les taux élevés d'incarcération parmi les personnes qui s'injectent des drogues soulèvent d'importantes préoccupations, vu le risque croissant d'exposition au VIH que comporte l'injection de drogue en prison. Le partage de seringues est répandu, dans les prisons de Russie, et il entraîne un risque accru de contracter le VIH.⁶ Par ailleurs, les personnes qui ont contracté le VIH par injection de drogue rencontrent davantage de stigmatisation, en raison de la criminalisation.⁷

– Tim Franklin

Royaume-Uni – Le ministère de l'Intérieur annonce une nouvelle initiative de politiques sur la prostitution

Le 17 janvier 2006, le Home Office du Royaume-Uni a rendu publique

une nouvelle stratégie sur la prostitution,⁸ qui est le fruit d'un mécanisme de consultation de 18 mois auprès d'organismes gouvernementaux et qui a impliqué une contribution significative du public.

La stratégie comporte cinq composantes clés : la prévention, pour empêcher les gens de s'impliquer dans la prostitution; la lutte à la demande de services de prostitution; le développement d'avenues pour aider les gens à quitter le milieu de la prostitution; la poursuite des individus impliqués dans l'exploitation ou dans la violence à l'endroit de personnes qui pratiquent la prostitution; et la lutte contre l'exploitation des personnes qui pratiquent la prostitution hors-rue, en particulier celles qui sont jeunes ou trafiquées.

Cette stratégie mise sur la collaboration entre divers paliers d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. Le rôle principal du Gouvernement du Royaume-Uni est de fournir des orientations de politiques et de programmes en lien avec les cinq composantes clés. Même si la prostitution n'est pas illégale en Angleterre et au pays de Galles, plusieurs infractions criminelles et d'autre nature sont appliquées aux travailleuses et travailleurs sexuels, à leurs clients et aux autres individus impliqués dans la prostitution.

Le document de la stratégie propose deux changements législatifs. Premièrement, les infractions de flânerie et de sollicitation énoncées dans la *Street Offences Act 1959* seraient modifiées pour permettre aux personnes accusées en vertu de ces dispositions d'être dispensées de poursuites criminelles et pour autoriser les cours à leur ordonner un programme particulier, comme

un traitement obligatoire pour la toxicomanie. Deuxièmement, le Gouvernement du Royaume-Uni propose de modifier la définition de « bordel » établie par la Cour, de manière à ce que deux ou trois travailleuses ou travailleurs sexuels puissent s'associer légalement. Il est présentement illégal pour ces personnes de travailler ensemble.

L'English Collective of Prostitutes a critiqué la stratégie du Royaume-Uni : « [L]e gouvernement annonce aujourd'hui qu'il abandonne sa consultation et son examen proposé des lois sur la prostitution, en faveur d'une application rehaussée de la loi. Cela va à l'encontre de toutes les données montrant que la criminalisation et les descentes policières rendent les travailleuses et travailleurs sexuels plus vulnérables au viol et à la violence, voire au meurtre ».⁹

Pendant la consultation, l'organisme a dénoncé le « fort préjugé à l'encontre des travailleuses et travailleurs sexuels », dans le document consultatif, ainsi que l'échec de ce dernier à aborder les conséquences négatives des lois qui criminalisent certains aspects de la prostitution.¹⁰ Le groupe a réclamé l'abolition de la criminalisation des travailleuses et travailleurs sexuels et de leurs clients.

– Glenn Betteridge

Allemagne – Une étude démontre l'efficacité de l'échange de seringues en prison

Un article de décembre 2005 fait état des résultats d'une étude sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues dans deux prisons d'Allemagne.¹¹ L'étude a été

menée d'octobre 1998 à juin 2001, dans une prison pour hommes et une autre pour femmes, à Berlin. Tout détenu ayant déjà utilisé des drogues illégales était admissible à l'étude.

Les participants ont passé des tests du VIH, de l'hépatite B (VHB) et de l'hépatite C (VHC) au moment de leur enrôlement, puis subséquemment à tous les quatre mois – ce qui a fait de ce projet d'étude l'un des seuls à examiner systématiquement le lien entre l'échange de seringues en prison et la [non-]séroconversion. Les seringues étaient fournies par le biais d'une machine distributrice, dans la prison pour femmes, et échangées de main à main par des employés d'un ONG, dans celle pour hommes.

Parmi les 174 participants (sur une population totale de 213 détenu-e-s, dans les deux prisons, durant l'étude), 91 p. cent ont affirmé s'être injecté des drogues dans les six mois précédant leur enrôlement dans l'étude. Soixante et onze p. cent des détenus qui s'étaient déjà injecté des drogues ont signalé avoir déjà partagé des seringues en prison avant leur enrôlement. Le fait de s'être déjà injecté des drogues en prison avant le début de l'étude a été identifié comme un important prédicteur indépendant de l'infection à VIH et à VHC.

Pendant l'étude, 67 p. cent des femmes et 90 p. cent des hommes ont continué de s'injecter de l'héroïne et de la cocaïne. Toutefois, les auteurs ont observé une « impressionnante diminution du partage de seringues », qui a chuté à 11 p. cent au quatrième mois de l'étude, à 2 p. cent au huitième mois et à 0 p. cent lors des suivis subséquents. Aucun participant séronégatif au VIH ou au VHB n'a subi de séroconversion pendant l'étude. Quatre participants sur 22 qui étaient séronégatifs au VHC au

début de l'étude ont séroconverti. De ceux-ci, trois ont signalé avoir partagé du matériel pour la préparation de drogues.

Aucun incident négatif (p. ex., augmentation générale de l'injection de drogue, ou attaque à la seringue contre un employé ou un pair détenu) n'a été signalé au cours de l'étude. La principale limite de cette recherche est la durée relativement courte du suivi (médiane de 12 mois), qui empêché les auteurs d'évaluer les effets préventifs à long terme des programmes d'échange de seringues.

– Glenn Betteridge

Royaume-Uni – Des organismes demandent une réponse complète au VIH et aux hépatites en prison

En décembre 2005, deux organismes ont publié un rapport conjoint sur l'état des épidémies de VIH et d'hépatites et sur la réponse inadéquate des systèmes carcéraux en Angleterre, au Pays de Galles, en Écosse et en Irlande du Nord.¹² Le rapport du National AIDS Trust et du Prison Reform Trust se fonde sur des données tirées d'une enquête auprès de responsables des soins de santé en prison, de correspondances individuelles et de discussions de groupe avec des détenus, et de réunions consultatives impliquant des responsables des soins de santé en prison et des organismes non gouvernementaux œuvrant auprès de détenus.

Le rapport documente les taux élevés de VIH et d'hépatite C (VHC) dans les prisons du Royaume-Uni, catalysés principalement par l'injection de drogue et

l'emprisonnement d'utilisateurs de drogue par injection, dans un contexte de hausse du taux d'incarcération. L'épidémie de VIH dans les prisons est aussi exacerbée par le taux élevé d'incarcération parmi la population africaine noire, au Royaume-Uni – un groupe où la prévalence du VIH est élevée.

Le rapport décrit le pitoyable échec des services carcéraux du Royaume-Uni à adopter des mesures pour ralentir la propagation du VIH et du VHC en prison, à fournir des soins, des traitements et du soutien adéquats aux détenus vivant avec le VIH ou le VHC, et à éduquer adéquatement les détenus et le personnel. Là où il existe des politiques sur la provision de programmes – comme la distribution de condoms et de tablettes désinfectantes, l'entretien à la méthadone pour traiter la dépendance aux opiacés, et l'éducation – l'existence et la mise en œuvre de tels programmes ne sont pas uniformes à travers les quatre pays.

Le rapport réclame un « cadre de pratiques exemplaires pour la prévention, les traitements, les soins et le soutien liés au VIH et au VHC », qui servirait de base aux politiques de chaque établissement correctionnel du Royaume-Uni. Les auteurs soulignent que le cadre devrait se fonder sur le principe que les détenus ont droit à des soins de santé (y compris les services préventifs) équivalents à ceux offerts dans la communauté, ainsi que sur le principe de la réduction des méfaits liés à l'injection de drogue et aux rapports sexuels.

Les recommandations spécifiques du rapport incluent : l'expansion du traitement d'entretien à la méthadone à toutes les prisons; l'accès à des tablettes désinfectantes pour nettoyer les seringues; la réduction des

pratiques de tests de drogue obligatoires; l'accès élargi et gratuit à des condoms masculins et féminins, à des digues dentaires et à du lubrifiant; et la provision d'information et d'éducation sur le VIH et les hépatites aux détenus et au personnel. Le rapport exhorte aussi à l'introduction de programmes pilotes d'échange de seringues et de tatouage sécuritaire.

– Glenn Betteridge

Australie – Le TCA envisage un programme d'échange de seringues en prison

En novembre 2005, le ministre de la Santé du Territoire de la capitale australienne (TCA) a annoncé qu'il envisageait l'introduction d'un programme d'échange de seringues dans une prison du territoire.¹³ La décision du gouvernement du TCA est attendue plus tard en 2006.¹⁴

S'il est approuvé, le programme impliquerait de fournir aux détenus des seringues stériles pour prévenir le partage de seringues usagées, ce qui réduirait la transmission d'infections hématogènes. Dans les prisons du pays, plus du tiers des détenus masculins et plus de la moitié de ceux qui s'injectent des drogues ont le virus de l'hépatite C.¹⁵ Des organismes de défense de l'intérêt public ont aussi exprimé des préoccupations quant à la menace que posent les infections hématogènes pour la population générale.¹⁶ La peine d'emprisonnement moyenne étant inférieure à 12 mois,¹⁷ les infections contractées en prison posent un risque significatif pour la santé publique lorsque les détenus retournent dans leurs communautés.

Des programmes d'échange de seringues existent dans certaines villes et communautés de l'Australie; ils ont résulté en d'importantes baisses des taux d'infections hématogènes.¹⁸ Les tenants de la proposition espèrent que l'on pourra étendre ces bienfaits au système carcéral.¹⁹

– Tim Franklin

Namibie – Une loi anti-homosexualité entrave la prévention du VIH en prison

Des militants pour les droits humains ont dénoncé le fait que la criminalisation de la sodomie, dans la loi namibienne, nuit à la distribution de condoms en prison – un outil essentiel à la prévention du VIH.²⁰ Un porte-parole du Service des prisons du ministère de la Sécurité publique de la Namibie a écarté la possibilité de distribuer des condoms aux détenus, affirmant qu'« en [leur] donnant des condoms, on les encouragerait à passer aux actes ».²¹ Des ministres du gouvernement namibien ont maintes fois réitéré que la loi nationale criminalise la sodomie, considérée comme un « acte contre nature »; et certains ont même affirmé que « l'homosexualité est un crime ».²²

L'article 10 de la Constitution de la Namibie stipule que « tous sont égaux devant la loi » et « ont droit à une protection contre la discrimination fondée sur le sexe, la race, la couleur de la peau, l'origine ethnique, la religion et le statut social ou économique ».²³ Toutefois, l'orientation sexuelle n'y est pas explicitement citée en tant que motif prohibé de discrimination.

Le système juridique de la

Namibie est étroitement dérivé de celui de l'Afrique du Sud. Dans ce pays, jusqu'à récemment, la sodomie était criminalisée en vertu de la *common law*, de l'article 20A de la *Sexual Offences Act* et de la *South African Criminal Procedure Act 1977*.²⁴ Toutefois, en 1998, la Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud a déclaré que ces lois violaient la Constitution sud-africaine, puis elle les a invalidées.²⁵ Contrairement à la Namibie, l'Afrique du Sud interdit explicitement la discrimination fondée sur l'« orientation sexuelle », dans sa Constitution.²⁶

En Namibie, l'article 144 de la Constitution stipule que les traités internationaux signés par la Namibie « font partie de la loi du pays ».²⁷ Le 28 novembre 1994, la Namibie a ratifié le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIRDPC)*.²⁸ Le comité des droits de la personne qui supervise le PIRDPC a déjà signalé que le motif du « sexe » énoncé dans la disposition du PIRDPC sur la non-discrimination devrait être interprété comme incluant l'« orientation sexuelle ».²⁹ Cela porte à croire que le PIRDPC interdit la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle; et puisque la Namibie a ratifié ce traité, elle devrait aussi appliquer l'interdiction. Jusqu'ici, il n'y a eu aucune contestation constitutionnelle de la loi namibienne à ce chapitre.

– Greg Herget

Inde – Une loi criminalisant l'homosexualité nuit à la prévention du VIH, selon l'ONUSIDA

Le 4 janvier 2006, à Lucknow (capitale de l'État d'Uttar Pradesh, dans

le Nord de l'Inde), quatre hommes ont été arrêtés par la police pour avoir violé l'article 377 du Code pénal indien.³⁰ L'article 377 définit l'homosexualité comme un acte contre nature, passible d'une peine d'emprisonnement de 10 ans.³¹ Les hommes ont été accusés de s'être adonnés à des actes homosexuels et de diriger un club homosexuel sur Internet.³²

L'ONUSIDA a dénoncé l'action de la police de Lucknow et exhorté le Gouvernement de l'Inde à révoquer l'article 377 du Code pénal.³³ Denis Broun, coordonnateur de l'ONUSIDA en Inde, a souligné que « la criminalisation des personnes les plus vulnérables à l'infection par le VIH est propice au stigmatisme et à la discrimination, des catalyseurs de l'épidémie du VIH/sida ».³⁴ L'Inde est au deuxième rang mondial pour la prévalence du VIH – on estime à 5,1 millions le nombre d'Indiens vivant avec le VIH.³⁵

Ce n'est pas la première fois que la police de Lucknow procède à des arrestations controversées en vertu de l'article 377. En juillet 2001, des policiers ont arrêté deux employés de la Naz Foundation International (NFI) et deux employés du Bharosa Trust, alléguant que ces organismes faisaient une « exploitation clandestine de cercles homosexuels ».³⁶ Les employés avaient été formellement accusés de divers chefs, notamment de sodomie, en vertu de l'article 377. Ils avaient été détenus dans des conditions exécrables pendant 47 jours, avant d'être libérés.³⁷ Les deux organismes étaient des ONG enregistrés et reconnus par la Société de contrôle du sida de l'État d'Uttar Pradesh pour leur travail de prévention du VIH.³⁸

En 2001, la NFI a initié un recours d'intérêt public pour contester la

constitutionnalité de l'article 377.³⁹ L'organisme a soutenu que la loi violait les droits à l'égalité, à la liberté et à la vie enchâssés dans la Constitution indienne.⁴⁰ En septembre 2003, la Haute Cour de New Delhi a rendu une ordonnance de non-recevoir, concluant « qu'on ne peut déposer une pétition simplement pour tester la validité d'une loi [sic] ». ⁴¹ À la fin de 2004, le même tribunal a rejeté une pétition lui demandant de réexaminer sa décision dans l'affaire NFI.⁴² L'affaire n'a jamais été entendue et la loi demeure en vigueur.

– Greg Herget

document consultatif, un énoncé d'impact sur la réglementation et un communiqué de presse sont accessibles via www.homeoffice.gov.uk/documents/cons-paying-the-price/.

⁹ English Collective of Prostitutes, *Paying the price of criminalization: a response to the government consultation paper on prostitution by the English Collective of Prostitutes*, 18 novembre 2004.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ K. Stark et coll., « A syringe exchange programme in prison as prevention strategy against HIV infection and hepatitis B and C in Berlin, Germany », *Epidemiology and Infection*, 2005. Aperçu électronique, version imprimée à paraître.

¹² Prison Reform Trust et National AIDS Trust, *HIV and hepatitis in UK prisons: addressing prisoners' healthcare needs*, 2005 (via www.nat.org.uk).

¹³ « First for Australia: needle exchange program for ACT prison », communiqué de presse, Canberra, Australian Hepatitis Council, 18 novembre 2005. Des détenus du TCA sont présentement logés dans des prisons de la Nouvelle-Galles du Sud, une situation qui devrait changer d'ici quelques années avec la construction d'une nouvelle prison dans le TCA.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ « Hep C in Australian prisons: minimizing the risk », communiqué de presse, Sydney, University of New South Wales, 25 novembre 2005.

¹⁶ « First for Australia: needle exchange program for ACT prison ».

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ B.J. Almond, « Opponents of needle-exchange programs should think about their message to drug users », *Medical News Today* (en-ligne), 24 mars 2005.

¹⁹ « Govt mulls needle exchange for prison inmates », *ABC News Online* (Australie), 15 novembre 2005.

²⁰ Michaela Hübscle, de l'ONG Criminals Return to Society, cité dans Natasha Tibinyane, « In prison, a little latex could go a long way », *Inter Press News Service* (en-ligne), 3 janvier 2006.

²¹ Ignatius Mainga, porte-parole du Service de prison du ministère de la Sécurité publique de la Namibie, cité dans « In prison, a little latex could go a long way ».

²² Human Rights Watch et International Gay and Lesbian Human Rights Commission, *More than a name: state-sponsored homophobia and its consequences in southern Africa*, 2003 (via www.hrw.org). HRW précise que c'est la *common law* namibienne qui criminalise la prostitution.

Cette *common law* vient de l'Afrique du Sud. Il semble que la Namibie utilise aussi la *South African Criminal Procedure Act 1977 (Act 51 of 1977)*. Cette loi qualifie la sodomie d'infraction, à l'Annexe 1, qui détermine la manière dont la police et d'autres individus peuvent traiter les personnes qui pratiquent la sodomie.

²³ Constitution de la Namibie, article 10 (www.gmnnet.gov.na/intro.htm).

²⁴ *Criminal Procedure Act 1977 (Act 51 of 1977)*, Annexe 1. Voir *National Coalition for Gay and Lesbian Equality & another v Minister of Justice & others*, 1998 (2) SACR 102 (W) (via www.worldlii.org).

²⁵ *Ibid.*, parag. 106.

²⁶ Constitution de l'Afrique du Sud, 1996, article 9 (via www.worldlii.org).

²⁷ *Ibid.*, article 144.

²⁸ Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *État des ratifications : Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, 2004 (via www.ohchr.org).

²⁹ Nations Unies, *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, CCPR/C/50/D/488/1992, 4 avril 1994. Voir *Nicholas Toonen v Australia*, U.N. GAOR, Commission des droits de l'homme, 15e session, cas n°488/1992, UN Doc. CCPR/C/50/D/488/1992.

³⁰ P. Kumar, « Arrest of gay men in India fuels AIDS epidemic: UN », *Reuters Health* (en-ligne), 11 janvier 2006.

³¹ « Homosexuality is punishable: HC », *The Times of India* (en-ligne), 3 novembre 2004.

³² P. Kumar.

³³ « UNAIDS concerned over arrests of men who have sex with men in India », communiqué de presse, New Delhi, ONUSIDA, 9 janvier 2006 (via www.unaids.org).

³⁴ *Ibid.*

³⁵ ONUSIDA, 2004 – *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*, juillet 2004 (via www.unaids.org).

³⁶ Human Rights Watch, *Epidemic of abuse: police harassment of HIV/AIDS outreach workers in India*, juillet 2002 (via www.hrw.org).

³⁷ *Ibid.*

³⁸ *Ibid.*

³⁹ « Homosexuality is punishable: HC ».

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Ibid.*

¹ A. Kozenko, « Parliamentarians against drugs: State Duma adopted anti-drug amendments to Criminal Code », *Kommersant* (en-ligne), 22 décembre 2005.

² Voir L. Levinson, « Fédération de Russie – Régression dans les politiques sur les drogues », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 30-31.

³ « Russia: parliament approved anti-drug amendments to the penal code », *Kommersant*, 22 décembre 2005 (www.ceeprn.org/index.php?itemID=15591#2).

⁴ H. Cartner, J. Cohen, « Russia: letter protesting repeal of recent drug reforms », Human Rights Watch, 11 mai 2005 (via www.hrw.org).

⁵ « Russia: parliament approved anti-drug amendments to the penal code ».

⁶ H. Cartner.

⁷ *Ibid.*

⁸ Home Office, Government of the United Kingdom, *A coordinated prostitution strategy and a summary of responses to Paying the price*, janvier 2006. La stratégie, le

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 suprême précise la disposition sur la non-admissibilité médicale à l'immigration

Le 21 octobre 2005, la Cour suprême du Canada a rendu une décision qui oblige les autorités de l'Immigration à tenir compte de la situation financière du demandeur pour déterminer si une personne à sa charge, atteinte d'une déficience physique ou mentale, peut entraîner un « fardeau excessif » pour les services sociaux au Canada.¹ Toutefois, l'effet potentiel de la décision sur la situation des personnes vivant avec le VIH/sida qui demandent la résidence permanente est incertain.

L'affaire concernait deux familles dont le père avait présenté une demande de résidence permanente à titre de membre de la catégorie « gens d'affaires »

de la *Loi sur l'immigration*. M. Hilewitz a présenté une demande dans la catégorie « investisseurs », qui exige que le demandeur dispose

d'un avoir net de 800 000 \$CAN ou plus. M. de Jong a présenté sa demande dans la catégorie « travailleurs autonomes », où le demandeur

doit démontrer qu'il pourra établir une entreprise ou créer un emploi pour lui-même à son arrivée au Canada.

Chaque famille avait un enfant atteint de déficience intellectuelle. Selon l'article 19(1)(a)(ii) de la *Loi sur l'immigration*, les agents d'immigration doivent refuser la résidence permanente aux personnes qui, de l'avis d'un médecin agréé, souffrent d'une maladie ou d'une déficience qui « entraînerait ou risquerait d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé ».² Avant la décision, les autorités de l'Immigration rejetaient automatiquement les demandes de résidence permanente si un médecin agréé avait conclu que l'état pathologique pouvait entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux.

Les agents de visa ont refusé les demandes de résidence permanente des deux demandeurs en se fondant sur la conclusion que la déficience de leur enfant imposerait un « fardeau excessif » aux services sociaux et de santé du Canada. Chaque famille avait démontré qu'elle disposait de ressources financières importantes et qu'elle avait pris des dispositions pour que l'enfant déficient ne dépende pas des services sociaux, notamment d'écoles financées par l'État.

Pour la Cour suprême, la question en litige consistait à « déterminer si les ressources financières qui justifiaient par ailleurs l'admission au pays de ces deux familles pouvaient néanmoins être écartées dans l'évaluation de l'incidence, sur les services sociaux canadiens, de la déficience de leurs enfants ».³ La majorité de la Cour (sept juges sur neuf) a conclu que la *Loi sur l'immigration* commande des « appréciations individualisées »⁴ et que le terme

« fardeau excessif » appelle la comparaison et l'évaluation de critères médicaux et non médicaux.⁵

Par conséquent, la situation personnelle et les ressources financières sont des facteurs pertinents dans l'évaluation des conséquences possibles de la déficience d'une personne sur les services sociaux. La Cour a conclu que les autorités de l'Immigration avaient eu tort de ne pas tenir compte de la situation financière des familles, qui avaient la possibilité d'atténuer le fardeau qu'elles risquaient d'entraîner pour les services sociaux du Canada. La Cour a renvoyé les demandes des deux familles au ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration pour réexamen et nouvelle décision.

Commentaire

La *Loi sur l'immigration* a été abrogée en juin 2002 et remplacée par la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés, 2001 (LIPR)*.⁶ Toutefois, la Cour suprême a dit expressément que ses motifs s'appliquaient à l'interprétation de la disposition concernant la non-admissibilité pour des raisons médicales prévue à l'article 38(1)(c) de la *LIPR*. Selon cet article, le « fardeau excessif » représente un coût supérieur à la moyenne des dépenses par habitant pour les services de santé et les services sociaux au Canada.⁷

D'un point de vue général, la décision est positive en ce que la Cour a mis un terme aux évaluations génériques fondées strictement sur l'état pathologique du requérant à l'immigration, en faveur d'appréciations individualisées qui tiennent compte de facteurs médicaux et non médicaux relatifs à sa situation particulière.⁸ Les requérants

qui ont, ou dont un membre de la famille a, l'infection à VIH devraient avoir la possibilité de démontrer que leurs ressources financières personnelles sont susceptibles d'atténuer le fardeau que leur état pourrait entraîner pour les services sociaux, comme l'aide sociale ou le soutien du revenu pour les personnes invalides.⁹

Cependant, l'application de la décision à la situation des personnes qui vivent avec le VIH/sida pourrait être limitée. Premièrement, l'obligation de tenir compte des ressources financières dans l'évaluation du « fardeau excessif » concerne uniquement les services sociaux. On ne sait pas dans quelle mesure la décision sera appliquée dans l'examen du fardeau que les demandeurs pourraient entraîner pour les services de santé publique du Canada, qui est le principal obstacle auquel sont exposés de nombreux requérants à la résidence permanente vivant avec le VIH/sida. On peut imaginer que, pour déterminer si une personne entraînera un « fardeau excessif » pour les services de santé, les agents d'immigration pourraient devoir tenir compte du fait que la personne est en mesure de payer le coût de ses médicaments ou de ses soins médicaux, soit par ses ressources personnelles, soit au moyen d'une assurance.

Deuxièmement, la décision a été rendue dans le cas d'hommes d'affaires immigrants. Ceux-ci doivent démontrer qu'ils disposent de ressources économiques et financières considérables pour être admis au Canada. Pour les demandeurs qui ont peu de ressources, la décision peut simplement créer une ouverture dont ils ne peuvent pas se prévaloir.

– Tim Franklin

Tim Franklin est étudiant en première année à l'Université de Toronto et stagiaire au Réseau juridique par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

Citoyenneté et de l'immigration), 2005 C.S.C. 57.

² *Loi sur l'immigration*, LRC 1985, ch. I-2, art. 19.

³ *Hilewitz*, aux par. 7, 73.

⁴ *Ibid.*, aux par. 56, 57.

⁵ *Ibid.*, au par. 54.

⁶ *LPR*, L.C. 2001, ch. 27.

⁷ *Règlements sur l'immigration et la protection des réfugiés*,

D.O.R.S. 2002/227, art. 1(1).

⁸ *Hilewitz*, au par. 56.

⁹ Pour de plus amples renseignements sur les questions relatives à la séropositivité en rapport avec la *LPR*, voir Réseau juridique canadien VIH/sida. *Les politiques canadiennes sur l'immigration et leur impact sur les personnes vivant avec le VIH/sida*, juin 2005 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/Immigration/ImmigrationQ&A2005-f.pdf).

¹ *Hilewitz c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'immigration)*; *De Jong c. Canada (Ministre de la*

Les décisions de 2005 concernant la protection fédérale des renseignements sur la santé

La *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE)* régit la cueillette, l'utilisation et la communication des renseignements personnels au Canada.¹ La *LPRPDE* est un texte de loi important pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida : elle établit des règles concernant le traitement des renseignements personnels, y compris les renseignements personnels sur la santé. La *LPRPDE* s'applique aux renseignements personnels dont disposent les entreprises commerciales dans l'exercice de leurs activités commerciales au Canada, sauf dans les provinces qui ont adopté des lois similaires.² C'est le Commissaire à la protection de la vie privée (CP) qui instruit les plaintes portées selon la *LPRPDE*.³ Le présent article examine comment on a interprété et appliqué la *LPRPDE* en 2005 dans le cas des plaintes concernant des renseignements sur la santé.

La divulgation de renseignements sur la santé dans les demandes de règlement d'assurance

Deux affaires font ressortir que les gens doivent connaître les détails des formulaires de consentement qu'ils signent dans le cadre de demandes de prestations et d'indemnité liées aux avantages de leur emploi. Selon le principe 4.3 de la *LPRPDE*, toute personne doit être informée de

la collecte, de l'utilisation ou de la communication de renseignements personnels qui la concernent et doit y avoir consenti.⁴ Dans une décision, il s'agissait de déterminer si une société d'assurance avait violé l'aspect communication du principe 4.3 en envoyant, à l'insu de l'employé, une copie d'une lettre qui proposait des emplois de substitution à un spécialiste des avantages sociaux au lieu de travail de l'employé.⁵ La lettre ne contenait pas de renseignements de nature déli-

cate sur la santé de l'employé, qui recevait des prestations d'invalidité prolongée.

Le CP a conclu que le principe 4.3 n'avait pas été violé. L'employé avait signé le formulaire de demande et d'autres formulaires d'évaluation médicale qui comprenaient une autorisation de communiquer les renseignements. Selon le CP, « le plaignant avait consenti à ce que la société d'assurance communique à son employeur des renseigne-

ments concernant l'évaluation de sa demande, son aptitude au travail et ses capacités fonctionnelles. »

Le même employé a porté plainte contre un médecin, pour le motif que le médecin aurait inopportunément communiqué un rapport médical à la société d'assurance.⁶ Le médecin était un médecin consultant indépendant de la société d'assurance, et il avait préparé le rapport médical après avoir examiné le dossier médical de l'employé. Le CP a conclu que le formulaire de consentement que l'employé avait signé lorsqu'il avait fait sa demande de prestations d'invalidité autorisait l'échange de renseignements personnels entre n'importe quel médecin et la société d'assurance, dans l'évaluation de ses demandes de prestations d'assurance.

L'accès aux renseignements personnels dans les demandes de règlement d'assurance

Le principe 4.9 prévoit que toute personne doit être informée, sur demande, de l'existence de renseignements personnels qui la concernent, de l'usage qui en est fait et de leur communication à des tiers. Elle doit en outre avoir la possibilité de consulter ces renseignements.⁷ L'article 2 de la *LPRPDE* définit ainsi le terme renseignement personnel : « Tout renseignement concernant un individu identifiable ». Le CP a récemment jugé que les notes prises par un médecin durant un examen sont des « renseignements personnels » au sens de cet article.⁸ Par conséquent, à moins que le médecin puisse se prévaloir d'une exception prévue par la *LPRPDE*, celui-ci doit, conformément au principe 4.9, per-

mettre la consultation sur demande des notes contenues dans un dossier médical.

Le CP a également conclu que, comme le médecin n'avait pas noté la liste de questions qui avaient été posées durant l'examen, il ne pouvait donner ce renseignement.⁹ Le CP n'a pas précisé si une personne pourrait exiger que le médecin note toutes les questions posées durant un examen médical.

En l'espèce, le médecin avait tenté de faire valoir diverses exceptions pour refuser l'accès aux renseignements personnels. Selon le paragraphe 9(3)(a) de la *LPRPDE*, une organisation n'est pas obligée de communiquer des renseignements personnels protégés par le secret professionnel qui lie l'avocat à son client.¹⁰ Le CP a jugé que le médecin n'était pas formellement engagé par une société d'assurance à titre d'expert dans un litige *en cours*, et qu'en conséquence il ne pouvait invoquer cette exception pour refuser de communiquer les renseignements personnels.¹¹

Le paragraphe 9(3)(d) de la *LPRPDE* prévoit qu'une organisation ne peut communiquer des renseignements qui ont été fournis à l'occasion d'une procédure officielle de règlement des différends.¹² Le CP a jugé que l'examen médical initial effectué pour évaluer une demande ne constitue pas un renseignement fourni pour régler un différend.¹³

Dans une autre affaire, un médecin non traitant avait refusé de laisser une personne consulter son dossier médical.¹⁴ Le médecin était lié par contrat à une société d'assurance pour examiner des dossiers médicaux et donner une évaluation. Le CP a conclu que, comme le médecin n'avait ni la

possession, ni le contrôle des renseignements contenus dans les dossiers de la société d'assurance, son refus de communiquer les renseignements à la personne ne violait pas le principe 4.9.¹⁵

La politique de protection de la vie privée d'une pharmacie

Une personne a porté plainte au CP contre une pharmacie qui voulait lui imposer sa politique relative à la protection de la vie privée comme condition de ses services.¹⁶ La pharmacie donnait aux clients un dépliant où sa politique était expliquée en détail. Le dépliant contenait des précisions sur les types de renseignements en possession de la pharmacie, la protection des dossiers de la pharmacie, les obligations juridiques des pharmaciens, les personnes auxquelles des renseignements pourraient être communiqués, les circonstances dans lesquelles cette communication pourrait se produire, et les procédures que doivent suivre les patients désireux de consulter ou de faire corriger les renseignements personnels à leur sujet.

Le CP a conclu que la pharmacie n'avait pas violé le principe 4.3.3, qui interdit à une organisation d'exiger d'une personne, comme condition à la fourniture d'un produit ou d'un service, qu'elle consente à la collecte, à l'utilisation ou à la communication de renseignements autres que ceux qui sont nécessaires pour réaliser les fins légitimes et explicitement indiquées.¹⁷ La politique de la pharmacie concernant la protection de la vie privée spécifiait que celle-ci recueillait les renseignements de manière à satisfaire les exigences professionnelles, juridiques et réglementaires relatives à la vente de médicaments, à garantir

l'exactitude et à prévenir les erreurs, et à communiquer avec les clients dans l'éventualité où un médicament est rappelé ou retiré du marché.¹⁸

La pharmacie donnait aux clients la possibilité d'accepter la politique soit oralement, soit par écrit, et son personnel était formé pour expliquer la politique aux personnes qui ne voulaient pas lire le dépliant. Le CP a déclaré que la politique n'était pas trop générale et qu'elle satisfaisait les principes 4.3 et 4.3.3.¹⁹

L'aptitude au travail

Un employé a porté plainte au CP, parce qu'il croyait que son employeur l'obligeait à fournir plus de renseignements d'ordre médical que ce qui était nécessaire.²⁰ L'employé était retourné au travail après une maladie et on lui avait d'abord confié des travaux légers. Un an après son retour au travail, parce que l'employé occupait un poste critique pour la sécurité (c'est-à-dire un poste qui comportait des risques pour sa sécurité et celle d'autres employés), on lui a demandé de fournir des renseignements médicaux qui garantissaient qu'il ne risquait pas d'être atteint d'une incapacité soudaine. Les demandes de renseignements de l'employeur furent étalées sur plusieurs mois. Durant cette période, l'employé a refusé de fournir les renseignements demandés et en conséquence on l'a suspendu sans salaire pendant cinq mois.

Selon le principe 4.4.1, les organisations ne doivent pas recueillir de renseignements personnels de façon arbitraire, et la cueillette de renseignements doit être restreinte à ce qui est nécessaire pour réaliser les

fins déterminées.²¹ Le paragraphe 5(3) prévoit qu'une organisation peut recueillir, utiliser ou communiquer des renseignements personnels uniquement à des fins qu'une personne raisonnable estimerait acceptables dans les circonstances.²² Le CP a jugé que l'entreprise n'avait pas violé le principe 4.4.1 ou l'article 5(3) en demandant à l'employé de fournir des documents médicaux dans le cadre de l'évaluation annuelle de son aptitude au travail, parce que c'était nécessaire pour protéger sa sécurité et celle d'autres employés.

Commentaire

Bien que les plaignants n'aient pas eu gain de cause dans plusieurs cas, les motifs du CP contribuent à préciser les limites de la protection de la vie privée en ce qui a trait aux renseignements d'ordre médical. Ces décisions aident les personnes qui vivent avec le VIH/sida à mieux connaître leurs droits et obligations en matière de renseignements personnels relatifs à leur santé, particulièrement dans le domaine de l'emploi et de l'assurance-invalidité collective. Lorsqu'ils sont pertinents et favorables, les résumés de décisions du CP peuvent aider les gens à faire valoir leurs droits à la vie privée, lorsqu'ils font face à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de renseignements personnels d'ordre médical qui les concernent.

– Greg Herget

Greg Herget est étudiant en deuxième année à l'Université de Toronto et stagiaire au Réseau juridique par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

¹ LPRPDE, L.C. 2000, c-5. Pour de plus amples informations sur la protection des renseignements médicaux et les personnes qui vivent avec le VIH/sida, voir Réseau juridique canadien VIH/sida, *La protection de la vie privée et la divulgation de renseignements sur la santé : enjeux juridiques pour les personnes vivant avec le VIH/sida au Canada*, 2002.

² LPRPDE, art. 26(2)(b). Le gouvernement fédéral a légalement reconnu que le Québec (voir DORS/2003-374), l'Alberta (voir DORS/2004-219) et la Colombie-Britannique (voir DORS/2004-220) ont adopté des lois essentiellement similaires concernant la protection des renseignements personnels; par conséquent la LPRPDE ne s'applique pas aux entreprises commerciales de nature purement provinciale dans ces provinces. L'Ontario a adopté une loi essentiellement similaire qui régit les renseignements personnels sur la santé, et par conséquent les dépositaires de renseignements sur la santé en Ontario sont soustraits à l'application de la LPRPDE (voir DORS/2005-399).

³ LPRPDE, art. 11. On peut consulter les résumés des décisions du Commissaire à la protection de la vie privée du Canada à l'adresse suivante: www.privcom.gc.ca.

⁴ LPRPDE, Annexe I, Principe 4.3.

⁵ Résumé de conclusions d'enquête #293, [2005] CPCSF, No 7 (Commissaire à la protection de la vie privée du Canada) (QL).

⁶ Résumé de conclusions d'enquête # 294, [2005] CPCSF No 8 (Commissaire à la protection de la vie privée du Canada) (QL).

⁷ LPRPDE, Annexe I, Principe 4.9.

⁸ Résumé de conclusions d'enquête #306, [2005] CPCSF, No 20 (Commissaire à la protection de la vie privée du Canada) (QL).

⁹ *Ibid.*

¹⁰ LPRPDE, art. 9 (3)(a).

¹¹ Résumé de conclusions d'enquête #306.

¹² LPRPDE, art. 9(3)(d).

¹³ Résumé de conclusions d'enquête #306.

¹⁴ Résumé de conclusions d'enquête #294.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Résumé de conclusions d'enquête #302, [2005] CPCSF No 16 (Commissaire à la protection de la vie privée du Canada) (QL).

¹⁷ LPRPDE, Annexe I, Principe 4.3.3.

¹⁸ Résumé de conclusions d'enquête #302.

¹⁹ *Ibid.*

²⁰ Résumé de conclusions d'enquête #287 [2005] CPCSF, No 1 (Commissaire à la protection de la vie privée du Canada) (QL).

²¹ LPRPDE, Annexe I, Principe 4.4.1.

²² LPRPDE, art. 5(3).

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : cinq nouvelles affaires

Un déficient intellectuel séropositif échappe à l'emprisonnement

En janvier 2006, un déficient intellectuel séropositif a plaidé coupable à Ottawa à des accusations d'agression sexuelle contre une femme déficiente intellectuelle.¹ Le juge a prononcé une condamnation avec sursis et condamné l'homme à trois ans de probation. Parmi les conditions de sa peine, l'homme doit dire à ses partenaires sexuelles qu'il est séropositif et porter une note qui dit qu'il est séropositif.

L'homme avait d'abord été accusé d'agression sexuelle grave contre deux déficientes intellectuelles. Les femmes, dont l'une avait régulièrement des relations sexuelles avec l'accusé, ne savaient pas qu'il était séropositif. L'accusation d'avoir eu des relations sexuelles non protégées dans le contexte de fréquentations a été retirée, et l'autre accusation a été réduite par suite d'une négociation de plaidoyer. Les deux femmes n'ont pas contracté le VIH.

Un homme séropositif est reconnu coupable d'agression sexuelle grave

Un résident de Colombie-Britannique a été déclaré coupable en décembre 2005 d'agression sexuelle grave, parce qu'il a eu des relations sexuelles non protégées avec de nombreuses femmes sans leur dire qu'il était séropositif.² L'accusé a reconnu qu'il n'avait jamais parlé de son état aux

femmes, parce qu'elles ne lui avaient jamais demandé et qu'il ne savait pas qu'il avait l'obligation juridique de le faire. Les femmes ont témoigné que l'homme n'avait pas utilisé de condom durant les rapports sexuels.

Trois des anciennes partenaires sexuelles de l'homme sont maintenant séropositives.³ L'homme a été déclaré coupable de cinq chefs d'agression sexuelle grave, d'un chef de tentative de voies de fait graves et d'un chef d'agression sexuelle.⁴ La date du prononcé de la sentence n'a pas encore été fixée.

Une femme coupable d'agression sexuelle grave est assignée à résidence

Le 25 novembre 2005, une femme séropositive a plaidé coupable à une accusation d'agression sexuelle grave, après avoir eu des relations sexuelles non protégées avec un homme.⁵ L'incident s'est produit à la Base des Forces canadiennes Borden et a suscité des inquiétudes dans les bases militaires canadiennes que la femme avait fréquentées. La femme avait été d'abord accusée de deux chefs d'agression sexuelle grave et de deux chefs de voies de fait graves concernant deux hommes différents.

Selon la preuve présentée à la cour, la femme souffrait d'un trouble neurologique qui pourrait avoir été exacerbé par son état séropositif et avoir provoqué un comportement imprévisible.⁶ Le 9 décembre 2005, la femme a été condamnée à 12 mois d'emprisonnement avec sursis,

qu'elle devra purger en assignation à domicile, et à trois ans de probation. Son nom sera inscrit pendant 20 ans dans le registre national des délinquants sexuels.⁷

L'agresseur d'un agent de police s'est prétendu séropositif

Un résident de la Nouvelle-Écosse a été condamné en décembre 2005 à cinq mois de prison, après avoir été reconnu coupable de voies de fait causant des lésions corporelles.⁸ L'homme, un travesti, avait été arrêté par un agent de police pour le vol d'un sac à main. Pendant qu'il était détenu, l'homme a griffé l'agent et déclaré qu'il avait le sida. Au procès, l'agent a témoigné qu'il avait vécu les mois suivants dans la crainte d'avoir contracté le virus, mais le juge a observé qu'il est très peu probable que le VIH se transmette par une égratignure. L'accusé a ultérieurement subi un test de VIH, qui s'est révélé négatif.

Un homme séropositif qui utilisait une seringue pour commettre des vols qualifiés a été condamné à cinq ans de prison

En novembre 2005, un homme séropositif âgé de 31 ans a été condamné à cinq ans d'emprisonnement après avoir plaidé coupable à 18 chefs de vol qualifié.⁹ L'homme utilisait une seringue comme arme pour voler des

magasins de quartier. On a rapporté qu'il était atteint du sida en phase terminale et que son espérance de vie était de six mois à un an.

– *Tim Franklin*

¹ S. McKibbin, « No jail time for sex attack; mentally handicapped, HIV-positive man must carry note », *The*

Ottawa Sun, 5 janvier 2006.

² « Jury convicts HIV-positive man of aggravated sexual assault », *CBC.ca News*, 15 décembre 2005.

³ T. Theodore, « Man guilty of aggravated sexual assault for spreading HIV to three women », *The Edmonton Journal*, 14 décembre 2005.

⁴ *Ibid.*

⁵ T. McLaughlin, « No jail for HIV assault against soldiers », *The Toronto Sun*, 10 décembre 2005.

⁶ R. Avery, « House arrest for HIV-sex with soldier; had sex with soldier at Borden », *The Toronto Star*, 10 décembre 2005.

⁷ T. McLaughlin.

⁸ R. Cuthbertson, « Transvestite gets five months for clawing a cop, telling him he has AIDS », *The Daily News (Halifax)*, 7 décembre 2005.

⁹ A. Hanes, « Five years for holdups with syringe: addict in terminal phase of AIDS », *The Gazette (Montreal)*, 29 novembre 2005.

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 Alana Klein, rédactrice en chef de cette rubrique, à aklein@aidslaw.ca.

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

En novembre 2005, la Cour d'appel du Royaume-Uni a confirmé les ordonnances d'expulsion prononcées contre quatre personnes séropositives qui soutenaient que leur renvoi vers leurs pays d'origine, où elles seraient incapables d'obtenir des soins, violait leur droit à la vie privée et leur droit à la protection contre les traitements inhumains garantis par la *Convention européenne des droits de l'homme*. La Cour d'appel a déclaré que seules des circonstances exceptionnelles pourraient justifier le recours à la *Convention européenne* pour éviter l'expulsion de personnes atteintes du VIH. La situation d'aucun des demandeurs n'a été jugée exceptionnelle. La décision reflète l'interprétation étroite que réservent les tribunaux du Royaume-Uni à la *Convention*. Compte tenu de cette interprétation, la vaste majorité des personnes qui vivent avec le VIH ont peu de chances de contester avec succès les ordonnances d'expulsion rendues contre elles, même si l'expulsion les expose à la maladie et à la mort.

L'affaire principale, *ZT c Secretary of State for the Home Department*,¹ concernait une Zimbabwéenne

séropositive entrée légalement au Royaume-Uni en juillet 2000 avec un visa de visiteur. Peu après son

arrivée, elle a reçu un diagnostic de VIH et a commencé un traitement antirétroviral qui a été efficace.

Elle faisait valoir que, comme elle serait vraisemblablement incapable d'obtenir le traitement nécessaire à sa survie si on la renvoyait au Zimbabwe, son expulsion violerait l'article 3 de la *Convention européenne*, qui prévoit que « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants »,² et l'article 8 de la Convention, selon lequel « [t]oute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance ».³

Les trois autres personnes, NT, Mando⁴ et Nsubuga,⁵ se trouvaient dans des situations similaires et soulevaient des arguments semblables. La cour a conclu que l'expulsion des quatre demandeurs était justifiée.

Le traitement inhumain

Lord Justice Baxton, avec l'accord du reste de la cour, a jugé que l'expulsion de ZT ne violerait pas l'article 3 de la *Convention*. Dans sa décision, il s'est fortement appuyé sur l'arrêt de la Chambre des Lords dans l'affaire *N(FC) c Secretary of State for the Home Department*.⁶ La Chambre des Lords avait conclu dans ce cas que l'expulsion d'une personne qui vit avec le VIH/sida vers un pays où le traitement pour le VIH serait interrompu était justifiée en l'absence de « circonstances exceptionnelles », comme la mort imminente. Comme N était en bonne santé et que sa mort n'était pas imminente, sa situation n'a pas été jugée « exceptionnelle ».

Le critère selon lequel la maladie d'une personne *doit* avoir atteint un stade critique pour que sa situation soit jugée exceptionnelle représente une interprétation étroite d'une

décision antérieure où la Cour européenne des droits de l'homme avait conclu que l'article 3 empêchait l'expulsion d'un homme atteint du sida vers Saint-Kitts, où il ne pourrait pas recevoir de soins.⁷

Lord Justice Buxton a souligné « l'élément paradoxal » de la règle : « Comme madame N et d'autres personnes séropositives qui sont dans la même situation, madame ZT n'est pas mourante; mais c'est seulement parce qu'elle reçoit un traitement qui cessera vraisemblablement lorsqu'elle sera de retour au Zimbabwe ».⁸ À son avis, toutefois, la règle était nécessaire pour respecter le principe établi dans la jurisprudence antérieure voulant que « l'article 3 n'exige pas que les États contractants s'obligent à fournir indéfiniment aux étrangers des traitements médicaux qui n'existent pas dans leurs pays d'origine ».⁹

L'avocat de ZT avait soutenu que son cas était différent de celui de N, parce que le pays d'origine de N, l'Ouganda, faisait des efforts adéquats pour enrayer l'épidémie de VIH. Au Zimbabwe, par contre, disait-il, le gouvernement était partiellement responsable de la situation des Zimbabwéens en ce qui a trait au VIH, à cause de son « attitude malveillante, de ses pratiques discriminatoires dans l'administration des soins de santé, et de ses violations systématiques des droits de la personne ». L'avocat de ZT a établi une analogie avec une décision de la Cour européenne des droits de l'homme qui avait interdit l'extradition vers les États-Unis d'une personne qui y aurait été exposée à une attente excessivement longue dans l'antichambre de la mort.¹⁰

La cour a rejeté l'argument et déclaré que le comportement de

l'État récepteur n'est pas déterminant *en soi* pour établir si une personne pourrait être exposée à des souffrances injustifiées. Lord Justice Buxton a cependant précisé qu'il pourrait « envisager un cas où le traitement particulier réservé à une personne atteinte du sida à son retour dans son pays, compte tenu de l'ostracisme, de l'humiliation, ou de la négation des droits fondamentaux qui s'ajouteraient à ses problèmes médicaux existants, pourrait créer une situation exceptionnelle ».¹¹

Finalement, la cour a rejeté l'argument que le cas de ZT n'est peut-être pas exceptionnel au Zimbabwe, mais que sa situation devrait être comparée à celle des citoyens du Royaume-Uni.

Le droit à la vie privée et familiale

La Cour d'appel a également rejeté l'argument que l'expulsion de ZT porterait indûment atteinte à son droit à la vie privée et familiale garanti par l'article 8 de la *Convention*. L'article 8 a été interprété largement. Par exemple, ZT s'est appuyée sur l'affaire *Razgar*,¹² une décision récente de la Chambre des Lords selon laquelle un homme souffrant d'une déficience mentale ne pouvait être expulsé, parce que son extradition nuirait à sa santé mentale, contrairement à ses droits protégés par l'article 8.

Dans ce cas, la Chambre des Lords a jugé que « les droits protégés par l'article 8 peuvent entrer en jeu compte tenu des conséquences prévisibles pour la santé d'une expulsion du Royaume-Uni par suite d'une décision de l'immigration, même si l'expulsion ne viole pas l'article 3, si les faits évoqués par le demandeur sont suffisamment solides ».¹³

Encore une fois, la Cour d'appel a conclu que le cas de ZT ne permettait pas de conclure à la violation des droits à la vie privée et familiale protégés par l'article 8. Elle a confirmé la conclusion du Tribunal d'appel de l'immigration qu'il n'y avait pas de violation « flagrante ou fondamentale » des droits de ZT, et que son cas n'appartenait pas à « l'infime minorité des cas exceptionnels » permettant de conclure à la violation des droits, comme l'exige l'arrêt *Razgar*.¹⁴

Les trois autres appels de personnes séropositives, tous fondés sur les articles 3 et 8 de la *Convention européenne*, ont été rejetés pour des motifs similaires.

Commentaire

Les décisions de la Cour d'appel dans ZT et les affaires complémentaires rendent presque impossible le recours à la *Convention européenne* par les personnes qui vivent avec le VIH/sida pour éviter l'expulsion vers des pays où elles mourront probablement à cause de l'inexistence des soins de santé. La demande de ZT a échoué parce que son cas n'était pas suffisamment exceptionnel – et non parce que la situation à laquelle elle devrait faire face à son retour au Zimbabwe n'était pas suffisamment sombre. Il y a ici une certaine incohérence. Comme l'a observé Lord Sedley dans ses commentaires concordants :

Si le VIH était une rare affliction, facile à traiter au Royaume-Uni mais non traitable sauf pour une poignée de privilégiés dans plusieurs autres pays, les tribunaux n'hésiteraient pas à conclure que le renvoi des personnes souffrantes dans ces pays est un traitement inhumain qui viole l'article 3. C'est la simple quantité de

souffrances qui atteint maintenant ces rives qui a conduit le Home Office, l'Autorité d'appel de l'immigration et les tribunaux à trouver des motifs jurisprudentiels pour conclure que ni l'article 3, ni l'article 8 ne peuvent être utiles aux personnes qui ont VIH et sont menacées d'expulsion. Seuls les cas qui excèdent de façon marquée le niveau de souffrance connu peuvent maintenant se prévaloir de ce type cette protection.

Nous avons en conséquence dû fixer un seuil exceptionnellement élevé dans les cas d'expulsion contestés en vertu des articles 3 et 8.¹⁵

Par suite de ces décisions, il devient presque impossible pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida d'invoquer la Convention européenne pour éviter la déportation.

En effet, ce sont des questions de commodité, plutôt que des questions de principe, qui ont amené la cour à adopter une règle voulant que la situation « exceptionnelle » d'une personne ne dépende pas de son degré de souffrance, mais du degré d'inconvénients qu'elle représenterait pour le Royaume-Uni. Comme l'a dit Lord Sedley : « S'il en découle des règles plutôt que la loi, c'est sans doute un inévitable prix à payer pour le maintien du système de la *Convention*. Il aurait été préférable qu'il en fût autrement ».¹⁶

En outre, les décisions éliminent

le recours à l'article 8 de la *Convention* comme unique motif de contestation des ordonnances d'expulsion. Après l'arrêt *Razgar*, il avait semblé possible pour une personne séropositive de s'appuyer sur l'article 8 lorsque l'article 3 était inapplicable.¹⁷ Mais l'interprétation par la cour des circonstances exceptionnelles dans lesquelles les demandeurs peuvent plaider avec succès l'article 8, lorsque leurs arguments fondés sur l'article 3 sont rejetés, a établi un seuil extrêmement élevé pour l'application de l'article 8 aux décisions concernant les soins de santé dans le contexte de l'immigration.

Le demandeur devrait démontrer que ses souffrances sont en quelque sorte différentes de celles des autres personnes qui se trouvent dans une situation similaire du point de vue de la santé. En pratique, le standard qu'une personne devrait satisfaire pour établir une violation de l'article 8 en l'absence d'une violation de l'article 3 est devenu quasi inaccessible.¹⁸

– Alana Klein

Alana Klein est analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut la joindre à aklein@aidslaw.ca.

¹ ZT c. *Secretary of State for Home Department*, [2005] EWCA Civ 1425.

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 septembre 1953, modifiée, article 3.

³ *Ibid.*, article 8.

⁴ Les cas de KM et de Mando sont jugés ensemble dans la cause de KM c. *Secretary of State for Home Department*, [2005] EWCA Civ 1682.

⁵ *Nsuguba c Secretary of State for Home Department*, [2005] EWCA Civ 1683.

⁶ (2005) UKHL 31. Voir K. Gibson, « R.-U. – La Chambre des Lords confirme une ordonnance d'expulsion », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 52-54.

⁷ D. c. *United Kingdom* (1997) 24 EHRR 425. Voir « Un tribunal européen empêche l'expulsion d'un homme ayant le sida », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1998, 3(4) : 48-49.

⁸ ZT c. *Secretary of State for the Home Department*, au par. 12.

⁹ *Ibid.*, s'autorisant de Lord Nicholls dans *N(FC) c. Secretary of State for the Home Department*.

¹⁰ *Soering c. United Kingdom* (1989) 11 EHRR 439.

¹¹ ZT c. *Secretary of state for the Home Department*, au par. 18.

¹² R (on the application of *Razgar*) c. *Secretary of State for the Home Department*, [2004] UKHL 27.

¹³ *Ibid.* au par. 10.

¹⁴ *Ibid.* au par. 30.

¹⁵ *Ibid.* au par. 41.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Voir A. Ketter, « R.-U. – La Chambre des Lords reconnaît que le droit à la vie privée comprend la protection de la santé mentale », *Revue VIH/sida, droit et politique*, 2004, 9(3) : 69-70.

¹⁸ Voir ZT c. *Secretary of State for the Home Department*, au par. 31.

Inde – Un tribunal administratif juge inconstitutionnelle l'exclusion de personnes séropositives des services de police

Le Tribunal administratif de Karnataka en Inde, un tribunal étatique quasi judiciaire, a récemment conclu que le refus par l'État d'engager un candidat séropositif dans un service de police était inconstitutionnel.¹ Si cette décision était confirmée, les personnes qui vivent avec le VIH/sida dans un des États de l'Inde où la prévalence de la maladie est la plus élevée seraient protégées contre l'exclusion discriminatoire dans le domaine de l'emploi dans le secteur public.

L'affaire concernait RR, un homme inscrit sur une courte liste de candidats pour un poste d'agent de police à Shimoga, un district de Karnataka. Le choix des agents était assujéti à des examens médicaux, qui comprenaient un test VIH sans le consentement éclairé des candidats. Le résultat du test de RR a indiqué la présence du VIH; sa sélection préliminaire a été annulée en vertu d'une directive émise par le Directeur général et Inspecteur général de la police. La directive obligeait le service de police à prendre toutes les précautions nécessaires pour exclure les personnes séropositives des services de police et imposait le dépistage obligatoire pour certains postes particuliers.

RR a présenté une requête au tribunal pour faire annuler le rejet

de sa candidature. Il a soutenu que l'exclusion des personnes séropositives de l'emploi dans les services de police portait atteinte aux articles 14 et 16 de la Constitution de l'Inde, qui garantissent l'égalité devant la loi et l'égalité des chances dans l'emploi public. En outre, le requérant soulignait qu'il est peu probable que le test obligatoire du VIH atteigne ses objectifs de santé publique, et qu'il contrevient à la politique nationale sur la prévention et le contrôle du sida. RR a demandé au tribunal de le nommer au poste d'agent de police; il demandait également que les avantages du poste lui soient accordés rétroactivement à la date de son exclusion.

Les intimés ont fait valoir que le maintien de l'ordre public doit être

assuré par des personnes médicalement aptes.

Le juge Reddy et M. Kotilingangoud, qui furent saisis du cas, se sont référés à la jurisprudence de l'Inde et de l'étranger. La décision du Tribunal a reposé sur la question de l'aptitude physique et mentale. Ils ont conclu que les actions du surintendant de la police étaient « arbitraires, illégales et inconstitutionnelles » en vertu des articles 14 et 16. Plus précisément, le Tribunal a réaffirmé le principe établi par la jurisprudence antérieure selon lequel l'état séropositif au VIH, en soi, sans égard à l'aptitude de la personne à respecter les exigences de l'emploi et au fait que la personne ne constitue pas une menace pour les autres, est un motif d'exclusion arbitraire, déraisonnable et illégitime.

Toutefois, le Tribunal ne s'est pas arrêté là. Il a également exigé qu'un poste soit créé pour le requérant, même s'il n'y en avait pas de vacant pour celui-ci, et que des directives adéquates soient données aux agences d'embauche et de recrutement, pour faire en sorte que de telles entorses à la Constitution ne puissent se produire à l'avenir dans le processus d'embauche. Le Tribunal a ordonné

que ces directives soient mises en application dans les 100 jours de la réception de l'ordonnance.

Cette décision représente un important pas en avant pour les personnes qui vivent avec le VIH/sida à Karnataka et contribue à l'essor de la jurisprudence indienne sur la discrimination dans l'emploi dans le contexte du VIH.

– Priti Radhakrishnan

Priti Radhakrishnan est agent principal de projet pour le Lawyers Collective HIV/AIDS Unit. On peut le joindre à spo.bangalore@lawyerscollective.org.

¹ RR c. Superintendent of Police & others (2005), Karnataka Administrative Tribunal.

Australie – Une cour d'appel reconnaît que les personnes séropositives affrontent des difficultés particulières en prison

Une cour d'appel australienne a accordé une libération sous caution à un homme qui faisait face à deux accusations d'avoir mis la vie d'autrui en danger en ayant des rapports sexuels non protégés avec deux personnes sans leur dire qu'il était séropositif.¹ L'homme, qui avait plaidé non coupable aux deux accusations, est accusé d'avoir commis la deuxième infraction pendant qu'il était en liberté sous caution en attendant son procès pour la première. Dans sa décision, la cour a tenu compte, entre autres, des difficultés particulières auxquelles sont exposées les personnes qui vivent avec le VIH/sida en prison.

Le juge Bleby, de la Supreme Court of South Australia, a infirmé une décision antérieure de la même cour, qui avait refusé d'accorder la libération. Il a conclu que, dans les circonstances de sa libération, il était peu probable que l'homme constitue un danger pour la société. Il a également déterminé que l'accusé « serait vraisemblablement... exposé à des facteurs de stress auxquels les personnes remises en liberté sous caution et celles qui ne vivent pas avec le VIH en prison ne seraient pas

assujetties », ce qui, compte tenu de son état de santé, « pourrait lui nuire considérablement dans la préparation de son procès ».

Le juge Bleby a jugé peu probable que l'homme commette, pendant sa libération sous caution, des infractions comme celles dont il était accusé, et cela pour diverses raisons. Tout d'abord, les deux infractions dont l'homme a été accusé ont été commises dans le contexte de relations monogames distinctes (et non de « relations sans lendemain ») et,

au moment de l'enquête sur le cautionnement, l'accusé poursuivait une troisième relation stable analogue avec une femme qui connaissait son état. Si cette relation se terminait ou qu'elle n'existait pas, le juge Bleby n'aurait pas été enclin, « dans l'intérêt de la population de sexe féminin », à envisager la libération sous caution de l'homme.

De plus, les conditions rigoureuses de la libération contribueraient à empêcher l'accusé de commettre la même infraction en attendant son

procès. Ces conditions comprenaient la surveillance électronique et la détention au lieu de résidence de sa fiancée, avec l'interdiction de quitter la maison sans être accompagné de sa mère, de sa fiancée, ou d'un professionnel engagé dans la lutte contre le sida, et alors seulement pour des rendez-vous médicaux ou des motifs officiellement approuvés.

En outre, la mère de l'homme a déposé un cautionnement de 50 000 \$AUS, sa fiancée a déposé un cautionnement de 2 000 \$AUS, et toutes deux ont convaincu le juge de la cour de district qu'elles dénonceraient toute infraction aux conditions de la libération.

Le juge Bleby a également tenu compte des difficultés que connaît l'accusé en prison du fait qu'il vit avec le VIH/sida. Il a reconnu que son état exigeait une surveillance constante et divers traitements

médicamenteux, et il a accordé une attention particulière au risque accru d'infection opportuniste lié à l'évolution de sa maladie. Le juge a examiné soigneusement, mais sans l'accepter totalement, le témoignage d'un travailleur communautaire engagé dans la lutte contre le VIH, selon lequel le système carcéral est incapable de répondre à l'exigence fondamentale que représente l'accès régulier et en temps opportun à des professionnels de la santé pour la surveillance de l'évolution de la maladie et les traitements qui s'imposent.

Le juge Bleby a conclu, après examen du témoignage du directeur des services cliniques du South Australia Prison Health Service et du dossier médical de l'accusé, qu'il y a « certaines rigidités dans le système carcéral qui nuisent à la gestion et à la surveillance optimales des prisonniers qui souffrent du VIH/sida par com-

paraison aux personnes à l'extérieur du système carcéral », mais que le désavantage n'était « pas important ». Toutefois, le juge Bleby a retenu le témoignage du travailleur social selon lequel les personnes vivant avec le VIH en prison sont généralement victimes de plus de discrimination et de harcèlement que les autres prisonniers.

En accordant la libération sous caution, le juge Bleby a en outre ordonné à l'accusé de s'abstenir de toute activité sexuelle avec une autre personne sans d'abord informer cette personne qu'il vit avec le VIH/sida et que le virus peut être transmis par l'activité sexuelle.

– Alana Klein

¹ R c P, AC [2005] SASC 451 (29 novembre 2005).

É.-U. – Un tribunal du Kansas invalide une loi qui imposait un châtement plus sévère pour les rapports homosexuels entre mineurs

En octobre 2005, la Kansas Supreme Court a invalidé une loi qui imposait un châtement plus sévère pour le viol, au sens de la loi, lorsqu'il s'agissait d'une personne du même sexe.¹ En concluant que la distinction n'avait pas de fondement rationnel, la cour a noté que les rapports homosexuels entre mineurs ne risquaient pas plus que les rapports sexuels entre adultes ou les rapports hétérosexuels d'entraîner la transmission du VIH.

Matthew Limon avait 18 ans depuis une semaine lorsque, en juillet 2000, il a eu des rapports sexuels oraux

consensuels avec un adolescent de 14 ans à l'école pour adolescents handicapés par un retard de

développement, où ils vivaient tous les deux. Il a été déclaré coupable de sodomie criminelle et condamné

à 17 ans d'emprisonnement. Si Matthew Limon avait commis le même acte avec une adolescente de 14 ans, il aurait été condamné à 15 mois d'emprisonnement, parce qu'il aurait pu se prévaloir de ce que l'on appelle la loi « Roméo et Juliette » du Kansas. Cette loi, qui réduit le châtement pour le viol au sens de la loi lorsqu'une personne de 19 ans ou moins a des rapports sexuels consensuels avec une personne âgée entre 14 et 16 ans, ne s'applique qu'aux relations hétérosexuelles.

La juge Luckert, de la Kansas Supreme Court, a conclu que la loi violait le Quatorzième Amendement de la Constitution des États-Unis et il a invalidé le critère de l'hétérosexualité. Elle a écarté la conclusion de la Court of Appeals selon laquelle l'exclusion protégeait la santé publique et que « certains risques pour la santé étaient plus généralement associés à l'activité homosexuelle qu'à l'activité hétérosexuelle ». ² Premièrement, elle a conclu qu'il n'y avait pas de motif de croire que les risques pour la santé publique étaient plus grands dans le cas de rapports homosexuels entre mineurs que dans le cas de rapports entre adultes. Deuxièmement, elle a noté qu'un acte sexuel précis n'est pas plus susceptible d'entraîner la transmission de maladie lorsqu'il est accompli par des homosexuels que s'il est accompli par des hétérosexuels.

En ce qui concerne le risque de transmission du VIH à l'occasion de rapports sexuels entre adolescents, la juge Luckert a cité le témoignage suivant présenté à la cour :

[P]armi la population d'adolescents de 13 à 19 ans séropositifs au VIH, ce qui inclut la plage d'âge visée par la loi Roméo et Juliette, 61 pour cent sont de sexe féminin. Pourtant, le risque de transmission de l'infection à VIH par un contact de femme à femme est négligeable. Compte tenu du fait que le VIH se transmet par l'échange de seringues dans l'injection de drogue et d'autres mécanismes étrangers à la transmission sexuelle, le plus grave risque de transmission sexuelle pour les personnes de sexe féminin réside dans les rapports hétérosexuels.

La possibilité de contracter le VIH par la conduite à l'origine de la présente affaire (les rapports sexuels oraux entre personnes de sexe masculin) ou par le cunnilingus est pratiquement nulle. Et, bien que la loi impose un châtement moins sévère pour le coït anal hétérosexuel, le risque de transmission du VIH durant un coït anal avec une personne séropositive est le même pour les hétérosexuels et les homosexuels. ³

La juge Luckert a conclu que la distinction entre les relations homosexuelles et hétérosexuelles dans la loi « Roméo et Juliette » créait

« une classification législative large, exagérée et non différenciée qui n'a aucun lien rationnel avec les intérêts légitimes de l'État ». ⁴ Elle a annulé la peine de Matthew Limon et la disposition excluant les relations homosexuelles dans le texte de loi. Une nouvelle peine devra être déterminée pour Matthew Limon, mais il sera probablement libéré compte tenu du temps qu'il a déjà passé en prison. ⁵

– Alana Klein

¹ *State c Limon*, (2005) 280 Kan 275.

² *State c Limon*, (2004) 32 Kan.App.2d 369 à la p. 379.

³ *State c Limon*, (2205) à la p. 299.

⁴ *Ibid.* à la p. 302.

⁵ D. Klepper, « "Romeo and Juliet" exemption struck: harsher gay-sex sentence rejected », *Kansas City Star*, 22 octobre 2005.

Le droit criminel et le VIH/sida : quatre nouvelles affaires

Australie – Un homme est condamné à 12 ans de prison pour avoir transmis le VIH à deux touristes

Un homme de Sydney a été condamné à 12 ans d'emprisonnement pour avoir volontairement causé des lésions corporelles graves en ayant des rapports sexuels non protégés avec deux touristes, après leur avoir faussement déclaré qu'il n'avait pas le VIH.¹ Stanislas Kanengle-Yondjo, âgé de 42 ans et père de cinq enfants, a plaidé coupable et est devenu la première personne à être condamnée pour transmission du VIH en Nouvelle-Galles du Sud.

Le bureau de la Nouvelle-Galles du Sud de l'organisme People Living with HIV/AIDS a déclaré que le comportement de l'homme était indéfendable et « ne reflétait pas la communauté séropositive en général ».² Stanislas Kanengele-Yondjo sera admissible à la libération conditionnelle après neuf ans de détention.

Australie – Un homme du Queensland est condamné pour avoir transmis le VIH à son partenaire

En décembre 2005, Mark Kenneth Reid a été reconnu coupable d'avoir intentionnellement transmis une maladie grave en ayant rapports sexuels non protégés avec son part-

naire.³ La victime a témoigné que Mark Kenneth Reid avait à plusieurs reprises nié être séropositif durant leurs deux mois de fréquentations, où ils ont eu régulièrement des rapports sexuels non protégés. Reid, qui a plaidé non coupable, a soutenu que son partenaire connaissait son état et qu'il avait néanmoins consenti à avoir avec lui des rapports sexuels non protégés.

La peine maximale pour l'infraction est l'emprisonnement à vie. En condamnant l'accusé à une peine d'emprisonnement de 10 ans et demi, le juge David Robin a dit qu'il avait de la difficulté à accepter la prétention de la poursuite que l'infraction équivalait à une tentative de meurtre.⁴ Il s'agit de la première condamnation pour transmission du VIH dans l'État du Queensland.

Kenya – Condamné pour avoir agressé sexuellement une enfant et lui avoir transmis le VIH

En janvier 2006, un homme a été condamné à 15 ans de prison pour avoir agressé sexuellement une fillette de huit ans et lui avoir transmis l'infection à VIH.⁵ La poursuite a soutenu que Benzal Chepkwony, âgé de 48 ans, avait entraîné la fillette qui allait acheter du sucre et avait couvert sa bouche pour l'empêcher de crier. Elle a par la suite subi un test VIH qui s'est révélé positif.

R.-U. – Un homme plaide coupable dans un cas de transmission du VIH

Derek Hornett, un homme séropositif de 44 ans, a plaidé coupable à l'accusation d'avoir causé des lésions corporelles graves en ayant des rapports sexuels non protégés avec une femme de 82 ans. Selon les témoignages présentés à la cour, Derek Hornett avait commencé à fréquenter la femme parce qu'elle disposait de certains moyens financiers. Il a été condamné à trois ans et demi d'emprisonnement, et le juge lui a interdit de fréquenter des personnes âgées de 60 ans et plus ou de travailler, avec ou sans rémunération, avec des personnes de 60 ans et plus.⁶

– Alana Klein

¹ G. Jacobsen, « Jail for giving women HIV », *Sydney Morning Herald*, 2 décembre 2005.

² *Ibid.*

³ J. Leggatt, « Man jailed for 10 years for infecting lover with HIV », *Australian Associated Press*, 9 décembre 2005.

⁴ A. Watt, « Infecting partner with HIV brings jail », *Courier-Mail*, 10 décembre 2005.

⁵ G.O. Sayagie, T. Maero, « Man gets 15 years for infecting girl with HIV », *East African Standard*, 27 janvier 2006.

⁶ « Man infected woman, 82, with HIV », *BBC News*, 19 décembre 2005.

En bref

Tous les articles de la rubrique En bref ont été rédigés par Alana Klein.

Australie – Un candidat séropositif à la résidence permanente est soustrait à l'inadmissibilité médicale

En décembre 2005, le Migration Review Tribunal (MRT) d'Australie a annulé une décision exécutive qui avait refusé la résidence permanente à un homme séropositif.¹ Selon les règlements de l'Australie sur la migration, les personnes qui souhaitent obtenir la résidence permanente ne doivent pas souffrir d'une maladie ou d'un trouble susceptible « d'occasionner des coûts importants pour la société australienne dans les domaines des soins de santé et des services communautaires ».² Toutefois, le critère concernant la santé peut être écarté si l'admission du candidat ne risque pas d'entraîner de « coûts excessifs pour la société australienne ».³

L'homme, qui satisfaisait les conditions de la résidence permanente à titre d'enfant de parents australiens, avait été déclaré médicalement inadmissible par une représentante du ministre de l'Immigration et des Affaires multiculturelles et indigènes en février 2005. Celle-ci avait refusé de lui accorder une exemption de l'inadmissibilité médicale. Elle avait jugé que le coût prévu de 250 000 \$AUS qui découlerait de son état de santé serait « excessif », parce que, entre autres, l'homme serait admis-

sible aux services de santé publique; sa mère, qui le parrainait, aurait de moins en moins la capacité financière nécessaire pour s'occuper de lui; le demandeur ne souhaitait pas travailler; et dans son pays d'origine les personnes qui vivent avec le VIH ne sont pas victimes de discrimination.

Le MRT a infirmé la décision. Il a observé que l'état de santé actuel du demandeur était bon, qu'il suivait un programme efficace de traitement du VIH, et qu'il était peu probable qu'il ait besoin de soins aigus.⁴ L'homme avait contracté une assurance privée et les membres de sa famille s'engageaient à s'occuper de lui, ce qui réduirait vraisemblablement les coûts pour le public.⁵

En outre, a précisé le MRT, le demandeur, qui n'a pas vécu dans son pays d'origine depuis 25 ans, souffrirait si on le renvoyait; sa mère, par exemple, ne pourrait pas aller le rejoindre.⁶ Le MRT a également examiné le travail bénévole du demandeur et a jugé probable qu'il continue de contribuer à la société australienne.⁷ Le tribunal a constaté que l'homme avait de solides liens familiaux et communautaires en Australie.⁸

Le tribunal a ordonné au ministère de l'Immigration et des Affaires multiculturelles et indigènes d'accorder l'exemption au demandeur.⁹

Australie – Une cour annule la peine d'un homme déclaré coupable de transmission du VIH

Le plus haut tribunal de l'Australie-Occidentale a annulé la peine d'un homme reconnu coupable d'avoir causé des lésions corporelles graves à sa petite amie adolescente en ayant avec elle des rapports sexuels non

protégés sans lui dire qu'il savait qu'il avait le VIH.¹⁰

En 2002, Ronald Houghton est devenu la première personne de l'Australie-Occidentale à être déclarée coupable de transmission du VIH. Il a été de nouveau déclaré coupable en 2004 au terme d'un nouveau procès.¹¹ Pour sa défense, Ronald Houghton soutenait notamment qu'il avait honnêtement et raisonnablement cru qu'en se retirant avant d'éjaculer il pourrait éviter de transmettre le virus, même s'il n'utilisait pas de condom. Le jury a rejeté sa défense et l'a déclaré coupable.

Ronald Houghton a été condamné à quatre ans et huit mois d'emprisonnement au terme de son second procès.¹² Il a fait appel, pour le motif que la peine était « manifestement excessive ». La Supreme Court of Western Australia a conclu que le juge aurait dû, en déterminant la peine appropriée, établir si le contrevenant croyait honnêtement, mais de manière déraisonnable, que la transmission du VIH pouvait être évitée par le retrait avant l'éjaculation, ou si cette croyance n'était pas honnête.

Les trois juges d'appel ont renvoyé l'affaire au juge de première instance pour qu'il se prononce sur l'honnêteté de la croyance de Ronald Houghton dans la détermination de la peine.

É.-U. – Un juge ordonne à l'Arizona de payer la greffe d'organe d'une femme séropositive

En octobre 2005, un juge administratif a conclu qu'une femme de Phoenix a le droit d'être candidate pour une greffe de foie, bien qu'elle ait l'infection à VIH.¹³ En novembre 2004, on avait diagnostiqué dans le

cas de Brenda Gwin, de Phoenix, Arizona, une maladie du foie en phase terminale causée par une infection à l'hépatite C. Ce mois-là, le programme Medicaid de l'État d'Arizona avait refusé de lui payer une greffe de foie parce qu'elle était séropositive au VIH. Elle a engagé une poursuite judiciaire pour faire annuler la décision.

Antérieurement, l'organisme avait soutenu que les receveurs de greffe qui vivent avec le VIH ne s'en sortaient pas aussi bien que les personnes qui n'avaient pas le virus, mais les avocats de Brenda Gwin ont cité un article paru en 2002 dans le *New England Journal of Medicine* qui ne faisait état d'aucune preuve de taux de survie plus faibles.

La décision ne garantit pas que Brenda Gwin reçoive la greffe. Elle va être inscrite sur une liste d'attente, mais les médecins évaluent les chances de réussite des patients cas par cas. De plus, la décision est limitée au cas de Brenda Gwin : le programme Medicaid de l'État a accepté de payer pour sa greffe, mais il n'a pas modifié sa politique sous-jacente qui empêche les personnes qui vivent avec le VIH/sida de recevoir des greffes d'organes payées par l'État.

R.-U. – La Chambre des Lords refuse la permission d'appeler d'une condamnation pour transmission du VIH

Le 14 décembre 2005, la Chambre des Lords a refusé d'instruire l'appel de la cause *Regina c. Dica*,¹⁴ un arrêt faisant autorité sur le rôle du consentement dans le droit criminel relatif à la transmission sexuelle du VIH au Royaume-Uni. Au terme d'un second procès, l'accusé Dica a

été reconnu coupable d'avoir, dans un but coupable, causé des lésions corporelles graves à deux femmes en ayant avec elles des rapports sexuels non protégés et sachant qu'il était séropositif au VIH.¹⁵

Parmi ses moyens de défense, il a soutenu que ses partenaires sexuelles avaient consenti au risque de transmission en acceptant d'avoir des rapports sexuels non protégés. La Cour d'appel a confirmé la déclaration de culpabilité.¹⁶ Cependant, elle a déclaré que sa décision concernait un important point de droit sur la criminalisation de la transmission du VIH, et ordonné que des deniers publics soient consacrés à la préparation de la cause pour un appel possible à la Chambre des Lords.

En refusant d'instruire l'appel, la Chambre des Lords a décidé que la question avait été jugée adéquatement par la Cour d'appel et que les points de droit n'avaient pas besoin d'être clarifiés. La décision de la Chambre des Lords de ne pas instruire la cause est regrettable. La décision de la Cour d'appel dans l'arrêt *Dica*, analysée avec d'autres décisions d'appel sur la transmission criminelle du VIH,¹⁷ laisse de nombreuses lacunes concernant le droit applicable.¹⁸ Dans l'état actuel du droit, il est difficile pour les personnes vivant avec le VIH de connaître la nature et l'étendue des responsabilités juridiques qu'elles engagent si elles ont des activités sexuelles susceptibles d'entraîner la transmission du VIH.

Libye – Les peines de mort des travailleurs de la santé étrangers sont annulées

La Cour suprême de Libye a annulé les déclarations de culpabilité des

cinq infirmières bulgares et du médecin palestinien qui avaient été condamnés à mort par peloton d'exécution pour avoir soi-disant infecté délibérément plus de 400 enfants libyens avec le VIH.¹⁹ Les infirmières et le médecin, qui sont derrière les barreaux depuis sept ans, ont été accusés d'avoir infecté les enfants au moyen de produits sanguins contaminés.²⁰

Les groupes de défense des droits de la personne soutiennent que les travailleurs de la santé sont des boucs émissaires; les spécialistes du sida ont laissé entendre que les conditions d'hygiène déficientes à l'hôpital où ils travaillaient étaient la cause réelle des infections. Selon certaines allégations, des agents du gouvernement libyen auraient torturé les accusés pour leur arracher des aveux.²¹ Dans son jugement, le président de la Cour suprême de Libye, Ali Al-Alus a dit que les avocats de la poursuite et de la défense convenaient que des « irrégularités » se seraient produites dans la manière dont les travailleurs ont été arrêtés et interrogés.²²

La décision a été rendue deux jours après que la Bulgarie, la Libye, les États-Unis et l'Union Européenne ont convenu d'établir un fonds pour financer les soins médicaux des enfants. Le montant exact du fonds n'a pas été déterminé. La Cour suprême a ordonné la tenue d'un nouveau procès, mais aucune date n'a été fixée.

¹ V05/01275 [2005] MRTA 1122.

² Migration Regulations 1994 (Cth), ann. 4, art. 4005(c)(ii)(a) et art. 4007(1)(c)(ii)(a).

³ Migration Regulations 1994 (Cth), ann. 4, art. 4007(2)(b).

⁴ V05/01 275, par. 35-36.

⁵ *Ibid.*, par. 37.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*, par. 39.

⁸ *Ibid.*, par. 40-43.

⁹ *Ibid.*, par. 45-46.

¹⁰ *Houghton c. State of Western Australia* [2005] WASCA 216.

¹¹ Voir B. Mysko, « Australie – Un homme est déclaré coupable à son deuxième procès », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2004, 9(3) : 70-71.

¹² Voir A. Ketter, « Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : trois nouvelles affaires », *Revue VIH/sida,*

droit et politiques, 2005, 10(1) : 68.

¹³ K. Fehr-Snyder, « Arizona Health Care Cost Containment System must cover transplant », *Arizona Republic*, 31 octobre 2005.

¹⁴ Voir House of Lords, *Minutes of Proceedings*, 15 décembre 2005 (accessible via www.publications.parliament.uk/).

¹⁵ Voir T. Franklin, « R.-U. – La Cour d'appel refuse l'autorisation d'appeler de la condamnation et de la peine pour avoir causé des lésions corporelles graves », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(3) : 53.

¹⁶ *R c. Dica* [2005] EWCA Crim 2304.

¹⁷ *Voir par ex. R c. Konzani* [2005] EWCA Crim 706.

¹⁸ Pour une analyse détaillée de l'affaire *Dica* et de ses

ambiguïtés, voir M. Weiat, Y. Azad, « Criminalisation de la transmission du VIH en Angleterre et au Pays de Galles: questions juridiques et de politiques », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 1, 5-13.

¹⁹ C.S. Smith, « Libyan court orders a retrial for 6 workers in H.I.V. case », *New York Times*, 26 décembre 2005.

²⁰ B. Mysko, « Libye – Des travailleurs de la santé étrangers condamnés à mort pour infection délibérée », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2004, 9(3) : 61.

²¹ « In the courts: Libyan court overturns death sentences, orders retrial of Bulgarian nurses accused of infecting children with HIV », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 3 janvier 2006 (www.kaisernetwork.org/daily_reports/rep_index.cfm?hint=1&DR_ID=34516).

²² *Ibid.*