

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 11, NUMÉROS 2-3, DÉCEMBRE 2006

La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur les données

Environ les trois quarts des ressources de la Stratégie canadienne antidrogue sont consacrés à des efforts d'application de la loi, en dépit du manque de données scientifiques à l'appui de cette approche et de la rareté, voire de l'absence, d'évaluations des retombées de cet investissement. Dans le présent article de fond, Kora DeBeck, Evan Wood, Julio Montaner et Thomas Kerr font état d'une étude des dépenses et activités liées à la Stratégie antidrogue telle que renouvelée en 2003. Ils y examinent l'efficacité de la Stratégie à la lumière des données scientifiques actuelles sur la réduction des méfaits associés aux drogues. Les auteurs constatent que, bien qu'on ait promis que la Stratégie antidrogue demeure souple et que l'on fasse régulièrement état de ses progrès, l'information sur l'évaluation de son efficacité demeure limitée. Par ailleurs, la Stratégie n'a pas saisi l'occasion de promouvoir une norme nationale de soins pour réduire les préjudices les plus mortels de l'usage de drogue illicite. Les auteurs concluent que, d'un point de vue scientifique, la Stratégie canadienne antidrogue devrait mettre en priorité l'accent sur l'octroi de fonds fédéraux à des services efficaces, se fonder sur des données, aux chapitres de la prévention, du traitement et de la réduction des méfaits, et faire en sorte que ces services soient disponibles à tous les Canadiens.

Introduction

L'usage illicite de drogue est associé à une gamme de méfaits sociaux et sanitaires. En particulier, le risque de propagation du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang, lors d'un partage de seringues,

voir page 5



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. Nous remercions également le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et l'American Bar Association (ABA) pour leur contribution financière à la publication du présent numéro.

Supplément SIDA 2006

Les exposés sur des enjeux liés aux droits humains, lors du XVI^e Congrès international sur le sida, à Toronto (Canada) en août 2006, ont été plus nombreux que dans toutes les éditions précédentes de ce rassemblement.

Dans ce numéro de la *Revue VIH/sida, droit et politiques*, une section spéciale fait état des exposés les plus pertinents aux enjeux légaux, éthiques et de droits de la personne, présentés au Congrès et lors de ses rencontres satellites.

Voir page 67.



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR UNICEF ONJOC
PAM OIT UNESCO
PNUD PANGI OMS
UNEPA UNFPA BANQUE MONDIALE

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

La liste des membres du comité éditorial de la Revue VIH/sida, droit et politiques est accessible à www.aidslaw.ca/revue.

© 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 : 3000
ISSN 1712-624X

Abonnements

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

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

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

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

Tous les numéros sont accessibles sur Internet via www.aidslaw.ca/revue.

Pour information sur l'adhésion, écrire aux coordonnées ci-dessus ou visiter la page www.aidslaw.ca/devenezmembre.

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. Nous remercions également le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et l'American Bar Association (ABA) pour leur contribution financière à la publication du présent numéro.

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, de l'ONUSIDA ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Le contenu de cette publication ou d'autres documents ou déclarations du Réseau juridique canadien VIH/sida relève uniquement de ses auteurs, éditeurs et/ou du Réseau juridique; il ne devrait pas être interprété comme relevant de l'American Bar Association (ABA), à moins d'avis contraire. Aucun élément de la présente publication ne devrait tenir lieu d'avis juridique sur un cas particulier; un tel avis devrait être obtenu auprès d'un conseiller qualifié. La présente publication et tout formulaire et convention ci-inclus ont des fins exclusivement éducatives et informatives.

Au sujet du Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida (www.aidslaw.ca) œuvre à la promotion des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables au VIH, au Canada et dans le monde, par ses travaux de recherche, d'analyse juridique et des politiques, d'éducation et de mobilisation communautaire. Le Réseau juridique est l'organisme chef de file au Canada sur les enjeux juridiques et de droits de la personne liés au VIH/sida.

Au sujet de l'American Bar Association

Comptant plus de 400 000 membres, l'American Bar Association (www.abanet.org) fournit des services d'accréditation de facultés de droit, de formation juridique continue et d'information sur le droit; des programmes d'assistance aux avocats et juges; et des initiatives d'amélioration du système juridique pour le grand public. Elle a pour mission d'agir comme représentante nationale de la profession juridique et de desservir les membres du public et de la profession en favorisant la justice, l'excellence professionnelle et le respect du droit.

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

DOSSIERS

La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur les données	I
Propices à l'accès aux traitements? Les règles de l'OMC et la loi canadienne sur l'exportation de médicaments génériques	14
Les recommandations des CDC sur le test de routine pour le VIH : légalement, pas si routinières	19

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

Le LSI de Vancouver est prolongé pour une durée limitée	24
Les gardiens des prisons fédérales revendiquent un pouvoir de soumettre des détenus au test du VIH	26
Travail sexuel : un rapport va au delà de la décriminalisation	27
Marijuana médicinale : nouveau rapport de la SCS et abolition des fonds fédéraux à la recherche	29
En bref	30
Plainte de la BCPWA pour divulgation de la séropositivité par la police	
Toronto – Offensive contre les pipes à crack	
Peines d'emprisonnement avec sursis : abolition éventuelle pour certaines infractions liées à la drogue	
Les services de santé, dont l'échange de seringues : un enjeu majeur pour l'Enquêteur correctionnel	
Le SCC ferme les salons de tatouage sécuritaire	
Un organisme de travailleuses sexuelles est lauréat d'un Prix des droits humains	
Maintien de l'interdiction à vie aux hommes gais de donner du sang	
Des participants à SIDA 2006 demandent le statut de réfugié	

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

Cameroun – Un groupe onusien affirme que la détention d'hommes gais viole des droits humains	34
Fédération de Russie – La loi sur les ONG est problématique pour les organismes de droits humains	36
É.-U. – Le Bureau de la transparence gouvernementale critique le PEPFAR	37
Inde – Pression accrue sur le gouvernement pour décriminaliser l'homosexualité	38
Développements législatifs sur le VIH/sida	40
En bref	41
R.-U. – Examen législatif en matière de VIH et de droits humains	
É.-U. – Preuves de transmission du VIH en prison	
Europe et CEE – Mise à jour sur l'échange de seringues en prison	
Californie – Le gouverneur oppose son veto au projet de loi sur les condoms en prison	
Un activiste jamaïcain est lauréat d'un Prix des droits humains	
Inde – Retrait de la proposition de test prémarital obligatoire	
France – Restriction des visas de séjour des immigrants séropositifs au VIH	

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

Une cour de C.-B. donne le feu vert à un service d'échange de seringues et de halte-accueil	45
Un autre détenu meurt du VIH dans un établissement du SCC – Libération conditionnelle pour des motifs d'ordre médical envisagée trop tard	47

.../4

La Cour fédérale accorde une nouvelle audience à la demande de statut de réfugié d'un homme séropositif originaire du Zimbabwe	48
La demande de statut de réfugié d'un Mexicain homosexuel séropositif est rejetée	49
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : 10 nouvelles affaires	50
En bref	54
La Cour suprême confirme le pouvoir du Tribunal de l'aide sociale de l'Ontario de tenir compte du <i>Code des droits de la personne</i>	
Un agent de police perd son action en négligence contre le SCC	
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL	
Afrique du Sud – Une Cour ordonne au gouvernement de fournir des ARV à des détenus	56
É.-U. – Défendeur contraint de communiquer ses antécédents sexuels dans une poursuite pour transmission du VIH par négligence	58
Suisse – Femme séropositive obligée de livrer les noms de ses partenaires sexuels	60
É.-U. – Une restriction politique anti-prostitution, dans le financement de la lutte au sida, est jugée contraire au droit à la liberté d'expression	61
É.-U. – Candidat à l'emploi séropositif autorisé à poursuivre le Foreign Service pour discrimination	62
R.-U. – La Cour d'appel rejette la demande d'un détenu sur l'instauration d'un programme d'échange de seringues	64
En bref	65
Inde – La Haute Cour de l'Andhra Pradesh confirme le droit d'une personne séropositive à un emploi dans les forces policières	
Hong Kong – La Cour d'appel confirme que la criminalisation de la sodomie porte atteinte aux droits des gais	
Afrique du Sud – Une Cour d'appel annule la condamnation pour inconduite d'un médecin qui avait dénoncé l'inaction du ministre devant le VIH	
Afrique du Sud – Un adepte de la phytothérapie est contraint de cesser de diffamer les partisans des traitements	
SIDA 2006 : DROIT, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE	
Avancement des droits des femmes : le rôle du litige	68
La réforme du droit et les droits fonciers des femmes en Tanzanie	71
« La deuxième à utiliser la seringue » : les droits humains des femmes qui utilisent des drogues	73
Le test de routine pour le VIH : trois points de vue	75
Le test de routine avec option de retrait : on n'en a pas encore démontré le bien-fondé	75
Le test du VIH à l'ère de l'accès rehaussé aux traitements : une perspective du Botswana sur les droits humains	78
L'offre routinière du counselling et du test du VIH : un droit humain	79
VIH et décriminalisation du travail sexuel en Nouvelle-Zélande	81
La provision d'aide juridique aux minorités vulnérables en Ukraine	82
Réflexions sur 25 ans de sida	84
Contrôle de la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection – La situation actuelle de la réduction des méfaits	86
Miser sur le droit des droits humains pour militer en faveur de programmes d'échange de seringues dans les prisons d'Europe	89
Traitement de la dépendance en Russie : pas de traitement de substitution	92
Déplacer la lutte sur leur terrain : le rôle des oppositions aux brevets, dans la lutte pour l'accès aux médicaments	94
Les négociations sur le libre-échange pourraient nuire à votre santé	96
Népal – Un environnement hostile à des populations vulnérables	97
La Convention relative aux droits de l'enfant dans un monde frappé par le VIH/sida	99
Le retrait de l'exigence d'auto-divulgence de la séropositivité au VIH, du formulaire canadien de demande de visa de résident temporaire	100
Attitudes communautaires à l'égard du rationnement des ARV : étude qualitative sur la justice et l'équité	102

La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur les données

de la page 1

demeure un important domaine de préoccupation.^{1,2} Au Canada, 269 000 personnes ont déclaré faire usage de seringues pour consommer des drogues, en 2004.³ Dans les six premiers mois de l'année 2005, plus de 20 % des nouveaux cas d'infection à VIH signalés au Canada étaient associés à l'injection de drogue; parmi les femmes nouvellement séropositives, l'injection de drogue était en cause dans 38 % des cas.⁴ La santé des personnes qui s'injectent des drogues est également menacée par le risque de contracter l'hépatite C, de développer des abcès, l'endocardite et d'autres infections liées à des pratiques d'injection, de même que par le risque de surdose.^{5, 6, 7, 8}

Les méfaits associés à l'usage de drogue impliquent également un fardeau économique considérable, pour les Canadiens. En 2004, les coûts médicaux liés à l'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection dans la ville de Vancouver étaient estimés à plus de 215 millions \$.⁹ À l'échelle nationale, les coûts de soins de santé attribuables à l'usage illicite de drogue ont été estimés à plus de 1,13 milliard \$ pour l'année 2002.¹⁰ La même année, il a été estimé que l'usage illicite de drogue avait contribué à plus de 215 000 journées d'absence du travail pour cause de maladie, résultant en des pertes de revenu de plus de 21 millions \$.¹¹

Au chapitre de l'application de la loi, il convient de noter que 23 % des accusations d'infractions

criminelles traitées en 2002 par les cours, au Canada, étaient rattachées à des drogues illicites. Le coût de ces affaires a été estimé à 330 millions \$, cette même année. De plus, toujours en 2002, les coûts en matière de police et de services correctionnels, en lien avec les drogues illicites, ont été estimés à 1,43 milliard \$ et à 573 millions \$ respectivement.¹² En dépit de ces efforts, l'*Enquête sur les toxicomanies au Canada* en 2002 a démontré que la consommation de drogues illicites avait atteint des taux records. En 1994, une part de 28,5 % des Canadiens avait déclaré avoir déjà fait usage de drogue illicite pendant leur vie; en 2004, cette proportion avait bondi à 45 %.¹³

De plus, l'application de la loi contribue au Canada à des taux d'incarcération qui dépassent ceux de la majorité des pays de l'Europe occidentale.¹⁴ Les communautés autochtones sont particulièrement affectées; les taux d'infection à VIH parmi les personnes autochtones qui font usage de drogue se révèlent plus élevés que parmi le reste de la population canadienne.¹⁵ De récentes études ont démontré que l'incarcération des utilisateurs de drogue par injection est associée de manière indépendante au partage de seringue¹⁶ ainsi qu'au fait de contracter le VIH.¹⁷ De fait, les estimés portent à croire qu'environ 20 % des infections par le VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection de Vancouver ont pu se produire en prison.¹⁸

Les politiques canadiennes en matière de drogue

Par des lois prohibant les stupéfiants, la Stratégie canadienne antidrogue cherche à répondre à des problèmes liés à l'usage de drogue en tentant de réduire la demande et la fourniture de drogues illicites. Les politiques canadiennes en matière de drogue sont dominées par l'approche fondée sur l'application de la loi depuis l'adoption, en 1908, de la *Loi sur l'opium*, qui a rendu illégales l'importation, la fabrication et la vente d'opium. Les efforts de contrôle des stupéfiants ont continué d'être fondés sur des lois – en l'occurrence la *Loi sur l'opium*, la *Loi sur les stupéfiants*, la *Loi sur les aliments et drogues*, et l'actuelle *Loi contrôlant certaines drogues et autres substances* – afin de bannir la production, la distribution et la consommation de drogues illicites.

La première stratégie canadienne en matière de drogue, introduite en 1987 sous le titre de « Stratégie nationale antidrogue », misait fortement sur une législation axée sur l'application des lois, criminalisant les personnes qui font usage de drogue, en donnant dans les faits un rôle majeur au système de justice pénale dans la réponse à l'usage de drogues illicites. Il convient toutefois de noter que la Stratégie nationale antidrogue reconnaissait que l'usage de drogue est principalement une question de santé.

En 1992, cette stratégie a été rebaptisée « Stratégie cana-

dienne antidrogue » et son budget quinquennal a été haussé de 210 à 270 millions \$. Notons qu'une part substantielle des fonds dévolus jusque-là à la réduction de la demande ont été détournés vers des efforts de réduction de l'approvisionnement.¹⁹ Par ailleurs, la Stratégie nationale de réduction de la conduite avec facultés affaiblies a été intégrée dans la Stratégie canadienne antidrogue, et un Bureau de la stratégie antidrogue a été mis sur pied pour coordonner cette dernière.

En 1997, la Stratégie canadienne antidrogue a été renouvelée, sans augmentation budgétaire. En 2001 et 2002, des inquiétudes quant à l'orientation et à l'efficacité de la stratégie ont été signalées dans plusieurs rapports gouvernementaux importants, dont le Rapport de la vérificatrice générale du Canada en 2001, le Rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites (2002) et le Rapport du Comité spécial [des Communes] sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments (2002).

En 2001, la vérificatrice générale du Canada a signalé que le gouvernement fédéral avait échoué à diriger et à coordonner efficacement une approche nationale pour aborder l'usage problématique de drogue. La vérificatrice générale a constaté que le gouvernement fédéral ne disposait pas d'information élémentaire quant au progrès de ses activités et ne savait pas même quelles sommes étaient investies par les provinces, territoires et municipalités dans des initiatives destinées à réduire l'approvisionnement et la demande de drogue.²⁰ Une analyse des dépenses recensées a révélé que les fonds investis par le gouvernement fédéral en lien avec les

drogues illicites étaient dirigés à 95 % vers des efforts de réduction de l'approvisionnement.²¹ La vérificatrice générale a signalé en revanche avoir été incapable de dénicher d'information sur l'étendue des problèmes d'abus de drogue au Canada.

À la suite du rapport de la vérificatrice générale, le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a signalé lui aussi des préoccupations relatives à l'organisation et à la structure de la Stratégie canadienne antidrogue. Après avoir procédé à son examen approfondi, le Comité spécial a recommandé qu'« une Stratégie renouvelée inclue des buts et objectifs clairs et mesurables ainsi qu'un processus d'évaluation et d'imputabilité » [trad.].²²

Une part substantielle des fonds dévolus jusque-là à la réduction de la demande ont été détournés vers des efforts de réduction de l'approvisionnement.

Le Rapport du Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, rendu public la même année, contenait des critiques similaires. Le Comité du Sénat a écrit : « L'une des lacunes évidentes de la [stratégie antidrogue] est son incapacité – inévitable, en l'absence d'indicateurs clairs – de fournir une évaluation exhaustive de son succès au regard de ses objectifs » [trad.].²³ Après avoir

tenu compte de plusieurs des effets néfastes des politiques fondées sur l'application de la loi, le Comité du Sénat a conseillé au gouvernement canadien de s'orienter vers une approche de réglementation relative au contrôle du cannabis. Le rapport concluait que la prohibition du cannabis était infructueuse pour réduire la consommation ou l'usage problématique du cannabis, et que « la prohibition continue du cannabis compromet la santé et le bien-être des Canadiens » [trad.].²⁴

Ainsi, lors du renouvellement de la Stratégie canadienne antidrogue, en 2003, une attention particulière a été portée au développement d'une capacité de leadership; l'accroissement des capacités en matière de recherche, de suivi et de reddition de compte; et au soutien d'une modernisation des lois et politiques en matière de drogue.

Le but de notre analyse décrite dans le présent article était d'examiner de manière objective la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003. En particulier, nous faisons état de dépenses et activités liées à la stratégie renouvelée. De plus, nous évaluons ces activités et dépenses à la lumière des données scientifiques actuelles sur la réduction des méfaits liés à la drogue.

Méthodologie

Des renseignements au sujet des cadres de travail, des activités et des dépenses, en lien avec la Stratégie canadienne antidrogue, ont d'abord été collectés lors d'un examen exhaustif du site Internet du Gouvernement du Canada. Les expressions recherchées incluaient « drug strategy », « illicit drugs » et « drug policy ». Cette cueillette d'information a été suivie d'un exa-

men du site Internet de Santé Canada consacré à la Stratégie canadienne antidrogue (www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_e.html) ainsi que de rapport financiers pertinents du Conseil du Trésor du Canada (www.tbs-sct.gc.ca/common/us-nous_e.asp). Par la suite, les responsables de l'évaluation du rendement de la Stratégie canadienne antidrogue ont été contactés par écrit pour leur demander de nous fournir les rapports d'évaluation et renseignements pertinents aux dépenses projetées.

Des renseignements additionnels au sujet des dépenses de la stratégie antidrogue en lien avec le Fonds d'initiatives communautaires ont été obtenus à l'issue d'une demande d'accès à l'information. Un examen complet de tous les projets financés dans le cadre du volet Initiatives communautaires a été réalisé; les fonds octroyés aux projets ont été répartis en catégories, selon que le but principal du projet concernait la prévention des méfaits liés à l'alcool, le traitement de la toxicomanie, l'éducation et la prévention, le logement, la recherche et le développement, ou la réduction des méfaits. En outre, les dépenses pertinentes à des programmes de traitement de l'usage de drogue illicite ont été calculées au moyen de la formule employée précédemment par la vérificatrice générale du Canada. En l'espèce, la portion de fonds pour le traitement et la réhabilitation de personnes en lien avec l'usage de drogue illicite a été estimée à 45 % des dépenses totales dans le domaine du traitement.²⁵

La Stratégie canadienne antidrogue (2003)

Le but central de la Stratégie canadienne antidrogue (2003) est exprimé

comme suit : « offrir aux Canadiens et aux Canadiennes une société de plus en plus libre des méfaits associés à la consommation problématique de substances ». ²⁶ Il est par ailleurs affirmé dans la stratégie que, par une approche équilibrée pour réduire à la fois la demande de drogue et l'approvisionnement en drogue au moyen d'initiatives de prévention, de traitement, d'application de la loi et de réduction des méfaits, la Stratégie contribuera à « améliorer la santé et la sécurité au Canada ». ²⁷ Dans le cadre de travail pour l'évaluation de la Stratégie, il est affirmé que la Stratégie antidrogue a également pour objectifs de répondre à des critiques exprimées par le passé, quant à : un manque de leadership et de coordination de la part du gouvernement fédéral; un manque d'harmonisation aux divers paliers de gouvernement, et entre eux; la recherche, les connaissances et les cadres évaluatifs; un manque d'investissement dans des initiatives de réduction de la demande; et des approches désuètes aux chapitres du droit et des politiques. ²⁸

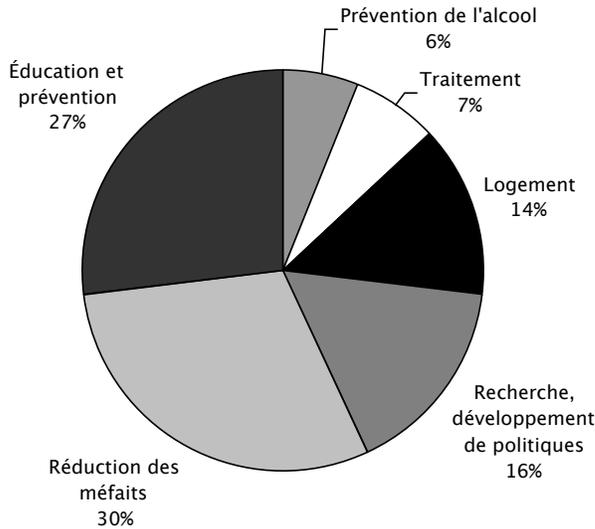
Les investissements en vertu de la Stratégie antidrogue ont été concentrés dans quatre domaines spécifiques. Le premier concerne les initiatives visant à rehausser la capacité de leadership et de coordination du gouvernement fédéral dans ce domaine. Un montant de 2,7 millions \$ a été alloué à Santé Canada, pour l'année 2003-2004, en vue du développement d'un Secrétariat de la Stratégie antidrogue, et 1,3 million \$ a été octroyé pour une conférence bisannuelle visant à rehausser la coordination et la clarification des agendas, priorités et buts nationaux. ²⁹

De nouvelles sommes monétaires ont également été octroyées à la

recherche et à la surveillance quant aux problèmes d'abus de drogue au Canada, par le biais du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Pour soutenir des initiatives de réduction de la demande, la stratégie renouvelée a mis l'emphase sur le développement de partenariats et d'interventions à l'appui de programmes communautaires d'éducation et de prévention. Cela a été fait principalement par le Fonds d'initiatives communautaires, qui a distribué un peu moins de 3 millions \$ dans l'année budgétaire 2004-2005 pour favoriser les approches communautaires en matière d'abus de drogue (voir le schéma 1 pour la répartition en catégories des dépenses de ce Fonds). ³⁰

Par le biais de la Stratégie antidrogue, le gouvernement fédéral a transféré 13 millions \$ aux provinces, en 2004-2005, pour des programmes de traitement de la toxicomanie et de réhabilitation. ³¹ D'après un document intitulé « Horizontal Logic Model in the Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy » [Modèle logique horizontal pour la gestion horizontale fondée sur les résultats et pour le cadre d'imputabilité de la Stratégie canadienne antidrogue], en 2004-2005, un fonds distinct d'environ 72 millions \$ a été octroyé à des programmes contre l'abus d'alcool et de drogue dans les Premières Nations; environ 3 millions \$ à des « tribunaux de traitement de la toxicomanie »; plus de 5 millions \$ à des services de sensibilisation aux drogues, y compris le programme nommé « Drug Abuse Resistance Education [D.A.R.E.] » [éducation à la résistance à l'abus de drogue]; et plus de 18 millions \$ à des services en matière d'abus d'alcool

Schéma 1 – Répartition du Fonds des initiatives communautaires en 2004-2005, par catégorie



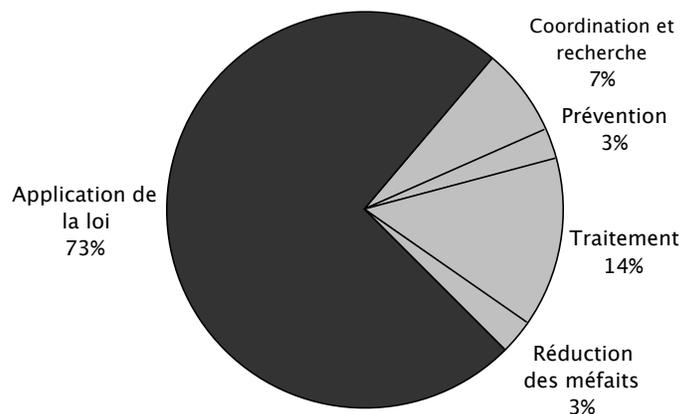
Source : Données reçues en vertu de la Loi sur l'accès à l'information (requête #A-2006-00249/ma).

et de drogue parmi les détenus de ressort fédéral, dont 8,8 millions \$ pour des programmes de traitement d'entretien à la méthadone.³² En outre, pendant l'année 2004-2005, une somme de 1,4 million \$ a été investie pour moderniser la législation et des politiques, y compris par des amendements aux mesures antérieures pour le contrôle des précurseurs.³³

Les documents comptables du Conseil du Trésor indiquent que, des 368 millions \$ dépensés en 2004-2005 en ce qui a trait à la lutte aux drogues illicites, 73 % (soit 271 millions \$) ont été dirigés vers les initiatives d'application de la loi (voir schéma 2). Ces mesures de réduction de l'approvisionnement financées par le gouvernement fédéral incluaient : les programmes de contrôle aux frontières (plus de 80 millions \$), les enquêtes de la GRC liées à la drogue (environ 75 millions \$), les services d'analyse de drogue (environ 8 millions \$) et les services fédéraux de poursuites judiciaires (environ

90 millions \$).^{34, 35} Les autres 26 % (soit 97 millions \$) sont allés à la coordination et au suivi de la stratégie renouvelée, et à la génération de recherches et de connaissances sur l'usage de drogue (7 %, soit 51 mil-

Schéma 2 – Portion des dépenses liées aux substances illicites, dans le cadre de l'actuelle Stratégie canadienne antidrogue pour 2004-2005, par catégorie



Source : Dépenses en réduction des méfaits, calculées à partir de documents fournis par le Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy: Final Report*, 19 octobre 2004; et de données obtenues en vertu de la Loi sur l'accès à l'information (requête #A-2006-00249/ma; 24 juillet 2006). Autres calculs dérivés de *Plans, dépenses et résultats pour 2004/2005* (secrétariat du Conseil du Trésor du Canada).

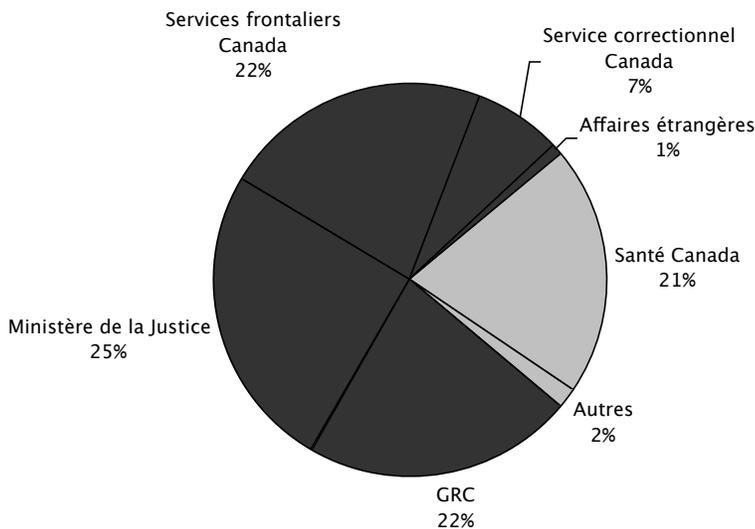
lions \$); et, finalement, à la prévention (2,6 %, soit 10 millions \$), au traitement (14 %, soit 51 millions \$) et à des programmes de réduction des méfaits (2,6 %, soit 10 millions \$).³⁶

D'autres analyses de la répartition des fonds de 2004-2005 de la Stratégie antidrogue, en ce qui a trait aux drogues illicites, révèlent que les départements liés à l'application de la loi en ont reçu une part de 77 % (soit 286,2 millions \$) (voir schéma 3). Notamment, la GRC a reçu 22 % (soit 82 millions \$), le ministère de la Justice 25 % (soit 92,4 millions \$), l'Agence des services frontaliers du Canada 22 % (soit 82 millions \$), le Service correctionnel du Canada 7 % (soit 27 millions \$) et Affaires étrangères 1 % (soit 2,9 millions \$).³⁷

Discussion

Notre analyse des données disponibles démontre que la structure de financement de la Stratégie canadienne antidrogue (2003) continue de concentrer les investissements

Schéma 3 – Portion des dépenses liées aux substances illicites, dans le cadre de l'actuelle Stratégie canadienne antidrogue pour 2004-2005, par ministère/agence



Source : *Plans, dépenses et résultats pour 2004/2005* (secrétariat du Conseil du Trésor du Canada).

dans les activités liées à l'application de la loi. Bien que la proportion des fonds alloués à ce type d'initiatives ait diminué de 95 % en 2001 à 73 % en 2005, la stratégie ne réagit pas rapidement au corpus croissant de données scientifiques qui démontrent que plusieurs des méfaits associés aux stupéfiants sont dus à des pratiques et politiques fondées sur l'application de la loi.^{38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46} Par exemple, en termes de pratique, il a été démontré que les stratégies d'intensification de l'activité policière ont pour effet de déstabiliser les marchés de drogue et de disperser vers des régions avoisinantes des zones d'intense activité associée à la drogue, des effets qui éloignent les utilisateurs des services de santé et de prévention qui leur sont destinés, comme les services d'échange de seringues et les programmes de traitement.^{47, 48}

Par ailleurs, la déstabilisation des marchés qui résulte de l'activité policière accrue entraîne des effets comme : une hausse de

la violence, des vols et des crimes contre la propriété; et chez certains utilisateurs qui jusque-là fumaient la drogue, un virage vers l'usage par injection.⁴⁹ Des comportements d'injection à risque élevé ont aussi été associés maintes fois à des pratiques d'application de la loi.^{50, 51, 52, 53} Lorsque la pression policière est intensifiée, lors d'efforts de réduction de l'approvisionnement, certains utilisateurs sont réticents à se procurer ou porter sur eux du matériel d'injection stérile.^{54, 55} Lorsque stressées, les personnes qui consomment par injection sont plus susceptibles d'escamoter d'importantes mesures de sécurité du processus d'injection.⁵⁶ En particulier, on a constaté que les utilisateurs de drogue par injection sont : moins susceptibles de prendre le temps de mesurer leur dose, ou de « tester » la concentration de la drogue, avant de se l'injecter;^{57, 58} moins susceptibles de désinfecter le matériel d'injection avant de l'utiliser;⁵⁹ et plus suscep-

tibles d'endommager leurs veines ou de s'infliger d'autres dommages aux tissus mous en raison de l'injection.⁶⁰

Cependant, alors que des données existent quant à des politiques policières de promotion de la santé, comme à Vancouver où la police a mis en œuvre des politiques fondées sur les données en matière de réponses aux surdoses⁶¹ et réfère en outre activement des utilisateurs de drogue au site d'injection supervisée, il n'est pas dit clairement si la Stratégie antidrogue actuelle appuie de telles initiatives ou partenariats, entre la police et le public, qui sont novateurs et favorables à la santé.

Pareillement, le maintien de lourds investissements dans des efforts de réduction de l'approvisionnement va à l'encontre du vaste corpus de données démontrant que de telles approches échouent constamment à réduire l'approvisionnement en drogue. Par exemple, un rapport publié en 2001 par l'Organisation mondiale des douanes signalait que, même après les événements du 11 septembre 2001, les mesures de sécurité aux frontières n'avaient qu'un effet négligeable sur l'entrée de drogues illicites aux États-Unis;⁶² et une récente étude canadienne a démontré que la plus grande saisie d'héroïne dans l'histoire canadienne n'avait pas eu d'impact sur l'utilisation, le prix et la concentration de l'héroïne, au palier local.⁶³ Par ailleurs, au lieu de guider les utilisateurs de drogue illicite vers des services de santé et de traitement, les pratiques fondées sur l'application de la loi entraînent souvent une augmentation du nombre d'utilisateurs de drogue placés dans des établissements de détention, en dépit de preuves que l'incarcération est associée à l'infection par le VIH, parmi les utilisateurs de drogue

par injection.^{64, 65, 66} De fait, comme nous l'avons mentionné, une récente évaluation indépendante au sujet de la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection à Vancouver a conclu que 20 % des cas d'infection par le VIH parmi ces personnes ont pu se produire en prison.⁶⁷

Il est maintenant largement connu que, pour plusieurs individus, l'abstinence de drogue n'est pas un but réaliste.⁶⁸ L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a affirmé que « un point de mire exclusivement sur l'abstinence de drogue, comme but immédiat pour tous les patients, peut compromettre l'atteinte d'autres objectifs importants, comme la prévention du VIH » [trad.].⁶⁹ De fait, plusieurs programmes de traitement à critères souples et initiatives de réduction des méfaits qui fournissent des services à des personnes qui ne peuvent pas ou ne cherchent pas à arriver à l'abstinence de drogue illécite sont entravés par des politiques et pratiques d'application de la loi.⁷⁰ De plus, des coûts d'opportunité s'associent à des investissements aussi lourds dans l'application de la loi, car plusieurs programmes à critères souples manquent de financement et ne sont pas disponibles pour des populations d'utilisateurs de drogue par injection à risque élevé, en dépit de leurs effets bénéfiques démontrés pour la santé.^{72, 73}

La vérificatrice générale, le comité du Sénat et le comité spécial des Communes ont tous identifié la nécessité de comptes-rendus publics quant au rendement de la Stratégie canadienne antidrogue. Lorsque la stratégie a été renouvelée, en 2003, elle a été accompagnée d'un engagement à « utiliser des indicateurs de rendement mesurables et à présenter, tous les deux ans, un rap-

port au Parlement et aux Canadiens et Canadiennes sur les progrès de cette stratégie ». ⁷⁴ Cependant, aucun rapport ou évaluation de la stratégie renouvelée n'a encore été rendu public, et dans l'ensemble, on dénote un manque de reddition de comptes sur l'efficacité des ressources investies.⁷⁵ Par exemple, le programme de prévention dans les écoles, D.A.R.E., est un des principaux éléments financés du volet des Services de sensibilisation aux drogues.⁷⁶ En 2004-2005, D.A.R.E. a été déployé dans plus de 1 300 écoles, joignant plus de 50 000 élèves à travers le pays,⁷⁷ en dépit des preuves de son manque d'efficacité.^{78, 79, 80, 81, 82}

De fait, dans un document publié en 2001 par Santé Canada pour le compte de la Stratégie canadienne antidrogue, il est signalé que « des études parues dans des publications approuvées par les pairs, y compris une étude prospective sur cinq ans et une méta-analyse des évaluations des résultats de D.A.R.E., ont constamment révélé que le programme ne permet pas de prévenir ou de retarder la consommation de drogues, ni d'influer sur les intentions d'en consommer ». ⁸³ Ce document, intitulé *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes – Un compendium des meilleures pratiques*, recommande le développement de programmes qui intègrent des méthodes interactives d'enseignement et qui transmettent une information juste et équilibrée au sujet des drogues – des caractéristiques que le programme D.A.R.E. a échoué à intégrer efficacement.⁸⁴ D'un point de vue scientifique, plutôt que de continuer à financer des programmes D.A.R.E., la Stratégie canadienne antidrogue devrait inve-

stir dans des programmes plus novateurs d'éducation à la prévention. Néanmoins, en 2004-2005, des fonds de la Stratégie antidrogue ont été utilisés pour le renouvellement de la certification des 550 agents D.A.R.E. en poste et pour le recrutement et la formation de 150 autres.⁸⁵

Pareillement, 3,28 millions \$ ont été octroyés pendant l'année 2004-2005 à des tribunaux de traitement de la toxicomanie,⁸⁶ en dépit de l'absence de données scientifiques solides pour appuyer cette approche.⁸⁷ En effet, la Stratégie canadienne antidrogue continue de promouvoir et de financer de tels tribunaux à un degré plus élevé que des programmes de traitement volontaire qui ont un taux de succès établi et qui sont en manque perpétuel de financement.^{88, 89, 90}

Une autre lacune critique de la Stratégie canadienne antidrogue concerne le manque d'action résolue pour assurer que des services de santé publique vitaux existent partout au pays. Les soins de santé étant au Canada un domaine de compétence provinciale, la majorité des mesures de prévention, de traitement et de réduction des méfaits est laissée à la responsabilité des provinces. Cependant, aucune instance fédérale ne s'est occupée de vérifier si les provinces fournissent ces services et, le cas échéant, comment.⁹¹ Par exemple, en Colombie-Britannique, des programmes d'échange de seringues sont offerts dans seulement 14 villes et communautés.⁹² Cette situation persiste, en dépit d'évaluations rigoureuses à l'effet que les services d'échange de seringues sont efficaces à réduire les risques de transmission du VIH et du VHC parmi les utilisateurs de drogue par injection.^{93, 94}

L'OMS signale que « la provision d'accès à du matériel sté-

rile d'injection, aux utilisateurs de drogue par injection, et l'incitation à l'utiliser, sont des composantes essentielles des programmes de prévention du VIH, et elle devrait être considérée comme un élément de stratégies complètes pour réduire la demande de drogue illicites » [trad.].⁹⁵ Or la Stratégie canadienne antidrogue, qui se revendique d'un but d'ensemble consistant à réduire les méfaits associés à l'usage de drogue, ne prévoit aucun élément pour assurer la disponibilité de services élémentaires comme l'échange de seringues, à l'échelle nationale.

L'examen des dépenses effectuées jusqu'ici en vertu de la Stratégie canadienne antidrogue met aussi en relief d'importantes occasions qui ont été ratées alors qu'elles auraient pu servir à inciter et à soutenir efficacement le développement de services de santé publique nouveaux et novateurs qui auraient contribué au progrès de la réduction des méfaits associés à l'usage de drogue. En vertu de la Stratégie canadienne antidrogue actuelle, des interventions sanitaires novatrices, comme le lieu sécuritaire pour l'injection de Vancouver (InSite) et l'Initiative nord-américaine sur les médicaments opiacés (NAOMI), sont limitées à de modestes études pilotes et les exigences opérationnelles qui leur sont imposées sont très différentes de celles appliquées aux autres programmes liés à la drogue.

Dans le cas de l'InSite, ces exigences incluaient la condition que le département de police locale accorde son approbation à l'initiative, en dépit du statut d'intervention médicale de santé publique. Il est intéressant de voir que l'InSite et la NAOMI sont astreints à une norme d'évaluation extraordinairement élevée, alors que des projets comme le programme de

prévention D.A.R.E. dans les écoles, sous l'égide de la GRC, continuent d'être financés par la Stratégie canadienne antidrogue en dépit de l'absence de preuves d'efficacité. À l'inverse, l'évaluation scientifique officielle du site pour l'injection sécuritaire à Vancouver a documenté de manière objective une vaste gamme de retombées positives pour l'ordre public et la santé publique.^{96, 97, 98, 99, 100, 101}

Or, même en présence de résultats probants comme une augmentation du recours à des programmes de désintoxication parmi les clients de l'InSite,¹⁰² une réduction du partage de seringues¹⁰³ et une amélioration générale de l'ordre public dans le voisinage de l'établissement,¹⁰⁴ le gouvernement fédéral a récemment refusé de prolonger le permis d'opération du site pour une autre période de trois ans, en prétendant un manque de compréhension de l'impact de cette initiative.¹⁰⁵ (Voir « Le LSI de Vancouver est prolongé pour une durée limitée », à la rubrique Développements canadiens dans le présent numéro.) Le gouvernement a également placé un embargo sur l'ouverture de tout nouveau lieu sécuritaire pour l'injection. La décision du gouvernement fédéral et les commentaires du ministre de la Santé, en septembre 2006, à l'effet que « [p]our l'instant, la seule chose que la recherche a prouv[e] de façon concluante est que les toxicomanes ont besoin d'aide supplémentaire pour cesser de consommer »,¹⁰⁶ démontrent une compréhension lacunaire des données scientifiques issues de l'évaluation de l'InSite.

Conclusions

Bien que la Stratégie canadienne antidrogue eût été renouvelée en 2003 à la suite de critiques visant la réparti-

tion des fonds, les activités, le leadership et des lacunes dans le suivi et l'évaluation, plusieurs des problèmes persistent. Par cette Stratégie, le gouvernement fédéral continue d'investir lourdement dans des politiques et pratiques dont l'inefficacité ou les effets néfastes ont maintes fois été démontrés dans la littérature scientifique. En particulier, alors que le but déclaré de la Stratégie est de réduire les méfaits associés à l'usage de drogue, les données obtenues dans le cadre de la présente analyse mettent en relief que l'emphase principale demeure sur les approches conventionnelles fondées sur l'application de la loi, qui sont coûteuses et qui ont souvent pour effet d'exacerber les méfaits plutôt que de les atténuer. Par ailleurs, la Stratégie échoue à promouvoir une norme nationale de soins quant à la réduction des méfaits les plus mortels de l'usage de drogues illicites.

En ce qui touche la répartition des fonds, les conclusions de cette analyse indiquent que les investissements fédéraux actuels dans des initiatives de réduction des méfaits en lien avec le VIH/sida, et d'autres enjeux, sont minimes en comparaison avec l'argent versé aux sphères du traitement, et en particulier de l'application de la loi. Cela contraste fortement avec les récents commentaires de divers dépositaires d'enjeux ayant affirmé que l'on investit de manière disproportionnée dans des programmes de réduction des méfaits.¹⁰⁷

Nos constats indiquent que la Stratégie canadienne antidrogue souffre encore d'un manque d'évaluation appropriée. En dépit de promesses de comptes-rendus réguliers, l'information issue d'évaluations de la Stratégie est limitée, ce qui rend

difficile d'évaluer l'utilité des investissements.

L'exception à ce chapitre est le domaine de la Stratégie qui a permis d'innover en matière de réduction des méfaits, comme le projet pilote du lieu sécuritaire pour l'injection à Vancouver, qui a produit plusieurs études scientifiques dont les résultats ont été publiés. Cependant, il semble qu'alors que les interventions controversées que soutient la Stratégie antidrogue sont astreintes à des exigences extraordinaires en matière de preuve, les interventions soutenues à plus grands renforts monétaires demeurent sous-évaluées. Jusqu'à maintenant, la Stratégie canadienne antidrogue n'a pas mis de l'avant des normes nationales pour les soins aux Canadiens affectés par des problèmes d'usage de drogue.

En somme, nos constats indiquent que des défis persistent, en lien avec la Stratégie canadienne antidrogue, quant aux dépenses, aux activités, au leadership, au suivi et à l'évaluation. Une préoccupation plus vive découle du constat que des fonds continuent d'être octroyés à des programmes inefficaces. D'importance peut-être encore plus grande est le fait que, si le Canada entend accomplir sa mission de réduire les préjudices les plus graves qui s'associent à l'usage de drogue illicite, des mesures doivent être entreprises dès maintenant pour mettre en œuvre une stratégie nationale en matière de drogue qui soit réellement fondée sur les données.

– Kora DeBeck, Evan Wood,
Julio Montaner et Thomas Kerr

Les quatre auteurs sont du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS.

Kora DeBeck est également au Graduate Public Policy Program de la Simon Fraser University. Evan Wood et Thomas Kerr travaillent aussi à la Faculté de médecine de l'University of British Columbia. La correspondance devrait être communiquée à Thomas Kerr (tkerr@cfenet.ubc.ca).

Les auteurs remercient Gerald Thomas, Kenneth Tupper et Lindsey Richardson, pour leurs conseils initiaux sur l'approche cette analyse des ressources.

¹ Agence de santé publique du Canada, *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance au 30 juin 2005*, Division de la surveillance et de l'évaluation des risques, Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses, 2005.

² J. Buxton, *Vancouver Drug Use Epidemiology*, Réseau communautaire canadien de l'épidémiologie des toxicomanes, 2005.

³ J. Rehm et coll., *Les coûts de l'abus de substances au Canada, 2002*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, mars 2006.

⁴ Agence de santé publique du Canada.

⁵ E. Adlaf, P. Begin et E. Sawka, *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : La prévalence de l'usage et les méfaits : rapport détaillé*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2005.

⁶ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *Rapport annuel 2005 : L'état du phénomène de la drogue en Europe*. Accessible via <http://ar2005.emcdda.europa.eu/en/home-en.html>.

⁷ J.S. Millar, *HIV, Hépatite C, and Injection Drug Use in British Columbia: Pay Now or Pay Later?*, British Columbia Provincial Health Officer, juin 1998.

⁸ J.V. Cain, *Report of the Task Force into Illicit Narcotic Overdose Deaths in British Columbia, Province of British Columbia*, Office of the Chief Coroner, 1994.

⁹ L.M. Kuyper et coll., « The cost of inaction on HIV transmission among injection drug users and the potential for effective interventions », *Journal of Urban Health* 81, 4 (2004) : 655-660.

¹⁰ J. Rehm et coll.

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

¹³ E. Adlaf et coll.

¹⁴ Service correctionnel du Canada, *Guide de l'orateur*, Section 7 – Statistiques (http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/guideorateur/sec7_f.shtml).

¹⁵ K.J. Craib et coll., « Risk factors for elevated HIV

incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne* 168, 1 (2003) : 19-24.

¹⁶ E. Wood et coll., « Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users », *Public Health Reporter* 120, 2 (2005) : 150-156.

¹⁷ M. W. Tyndall et coll., « Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic », *AIDS* 17, 6 (2003) : 887-893.

¹⁸ H. Hagan, « The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning », *AIDS* 17, 6 (2003) : 911-913.

¹⁹ Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments, *Politique pour le nouveau millénaire – Redéfinir ensemble la stratégie canadienne antidrogue*, Chambre des communes, Gouvernement du Canada, décembre 2002.

²⁰ Bureau du vérificateur général du Canada, *Rapport 2001 de la vérificatrice générale du Canada*, chapitre 11 : « Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral », 2001.

²¹ *Ibid.*

²² Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments.

²³ Comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, *Rapport final : Le cannabis – Positions pour le nouveau régime de politique publique pour le Canada*, (abridged version ed. University of Toronto), 2003.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ Bureau du vérificateur général du Canada.

²⁶ Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue : de quoi s'agit-il?* Cat. H 128-1/05-443-1. 2005.

²⁷ *Ibid.*

²⁸ Gouvernement du Canada, *Horizontal Risk-Based Audit Framework: Strategic Risk Management of Canada's Drug Strategy Renewed. Final Report*, document reçu du Bureau du Secrétaire de la Stratégie antidrogue, 2004 [en filière auprès des auteurs].

²⁹ Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report*, document reçu du Bureau du Secrétaire de la Stratégie antidrogue, 2004 [en filière auprès des auteurs].

³⁰ Santé Canada, *Records Released Under the Access to Information Act*, requête #A-2006-00249/ma, Division de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels, 2006 [en filière auprès des auteurs].

³¹ *Ibid.*

³² Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report*.

³³ Secrétaire du Conseil du Trésor du Canada, *Canada's Drug Strategy – Plans, Spending and Results 2004/2005*, Gouvernement du Canada [base de données en-ligne]. Accessible via http://www.tbs-sct.gc.ca/proxy.lib.sfu.ca/rma/eppi-ibdrp/hrdb-rhbd/cds-sca/2004-2005-bd_e.htm#s7. [consulté le 6 juin 2006].

³⁴ Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report*.

³⁵ Secrétaire du Conseil du Trésor du Canada.

³⁶ Sources de données pour les calculs : *Plans, Spending*

- and Results for 2004-2005 (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada), [disponible en-ligne]; *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report* (Gouvernement du Canada) [en filière auprès des auteurs]; et informations livrées par Santé Canada, comme suite à une requête en vertu de la Loi sur l'accès à l'information [aussi en filière auprès des auteurs]. Pour cette analyse, la portion des fonds pour le traitement et la réhabilitation en lien avec les drogues illicites a été estimée à 45 % du total des dépenses au chapitre des traitements; cette proportion est fondée sur l'estimation faite en 2001 par la vérificatrice générale du Canada, à cet effet.
- ³⁷ Ibid.
- ³⁸ E. Wood et coll., « The impact of a police presence on access to needle exchange programs », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 34, 1 (2003) : 116-118.
- ³⁹ D. Dixon et P. Coffin, « Zero tolerance policing of illegal drug markets », *Drug and Alcohol Review*, 18 : 477-486.
- ⁴⁰ J. Csete et J. Cohen, « Abusing the user: police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver », *Human Rights Watch* 15, 2B (2003) : 1-28.
- ⁴¹ H. Cooper et coll., « Characterizing perceived police violence: implications for public health », *American Journal of Public Health* 94, 7 (2004) : 1109-1118.
- ⁴² T. Kerr, W. Small et E. Wood, « The public health and social impacts of drug market enforcement: a review of the evidence », *International Journal of Drug Policy* 16, 4 (2005) : 210-220.
- ⁴³ J. Fitzgerald, « Policing as public health menace in the policy struggles over public injecting », *International Journal of Drug Policy* 16, 4 (2005) : 203-206.
- ⁴⁴ S. Friedman et coll., « Relationship of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas », *AIDS* 20, 1 (2006) : 93-99.
- ⁴⁵ H. Cooper, D. Wypij et N. Krieger, « Police drug crackdowns and hospitalization rates for illicit-injection-related infections in New York City », *International Journal of Drug Policy* 16, 3 (2005) : 150-160.
- ⁴⁶ D. Dixon et L. Maher, « Anh Hai: policing, culture and social exclusion in a street heroin market », *Policing & Society* 12, 2 (2002) : 93-110.
- ⁴⁷ E. Wood et coll., « Displacement of Canada's largest public illicit drug market in response to a police crackdown », *Journal de l'Association médicale canadienne* 170 (2004) : 1551-1556.
- ⁴⁸ L. Maher et D. Dixon, « Policing and public health: law enforcement and harm minimization in a street-level drug market », *British Journal of Criminology* 39, 4 (1999) : 488-512.
- ⁴⁹ Ibid.
- ⁵⁰ Ibid.
- ⁵¹ T. Kerr, W. Small et E. Wood.
- ⁵² W. Small et coll., « Impacts of intensified police activity on injection drug users: evidence from an ethnographic investigation », *International Journal of Drug Policy* 17, 2 (2006) : 85-95.
- ⁵³ C. Aitken et coll., « The impact of a police crackdown on a street drug scene: evidence from the street », *International Journal of Drug Policy* 13 (2002) : 189-198.
- ⁵⁴ L. Maher et D. Dixon.
- ⁵⁵ K. Blankenship et S. Koester, « Criminal law, policing policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 30, 4 (2002) : 548-559.
- ⁵⁶ H. Cooper et coll., « The impact of a police drug crackdown on drug injectors' ability to practice harm reduction: a qualitative study », *Social Science & Medicine* 61,3 (2005) : 673-684.
- ⁵⁷ L. Maher et D. Dixon.
- ⁵⁸ W. Small et coll.
- ⁵⁹ H. Cooper et coll.
- ⁶⁰ L. Maher et D. Dixon.
- ⁶¹ D. Wiebe, Inspector I 162, *Vancouver Police Department Planning and Research Section Policy Report*, vol. 0648, Vancouver Police Department, 2006.
- ⁶² Organisation mondiale des douanes, *Rapport annuel de 2001*.
- ⁶³ E. Wood et coll., « Impact of supply-side policies for control of illicit drugs in the face of the AIDS and overdose epidemics: investigation of a massive heroin seizure », *Journal de l'Association médicale canadienne* 168, 2 (2003) : 165-169.
- ⁶⁴ W. Small et coll.
- ⁶⁵ E. Wood, J. Montaner et T. Kerr, « HIV risks in incarcerated injection-drug users », *The Lancet* 366, 9500 (2005) : 1834-1835.
- ⁶⁶ E. Wood et coll., « Recent incarceration independently associated with syringe sharing by injection drug users ».
- ⁶⁷ H. Hagan.
- ⁶⁸ Health Officers Council of British Columbia, *A Public Health Approach to Drug Control in Canada – Discussion Paper*, octobre 2005.
- ⁶⁹ Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention*, 2004.
- ⁷⁰ E. Wood et coll., « The impact of a police presence on access to needle exchange programs ».
- ⁷¹ W. Small et coll.
- ⁷² Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Drug-Dependence Treatment*, 2004.
- ⁷³ Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission Through Outreach*, 2004.
- ⁷⁴ Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne antidrogue – Imputabilité et rapport*, Cat. H128-1/05-443-4, 2005.
- ⁷⁵ Analyste en évaluation, Secrétariat du Bureau de la Stratégie canadienne antidrogue, Santé Canada, correspondance personnelle [avec K. DeBeck], 17 mai 2006.
- ⁷⁶ Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report*.
- ⁷⁷ Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.
- ⁷⁸ H. Becker, M. Agopian et S. Yeh, « Impact evaluation of drug abuse resistance education (DARE) », *Journal of Drug Education*, 22, 4 : 283-291.
- ⁷⁹ R. Clayton, A. Cattarello et B. Johnstone, « The effectiveness of drug abuse resistance education (Project DARE): 5-year follow-up results », *Preventive Medicine* 25, 3 (1996) : 307-318.
- ⁸⁰ S. Ennett et coll., « How effective is drug abuse resistance education? A meta-analysis of Project DARE outcome evaluations », *American Journal of Public Health* 84, 9 (1994) : 1394-1401.
- ⁸¹ D. Rosenbaum et coll., « Cops in the classroom: a longitudinal evaluation of drug abuse resistance education (DARE) », *Journal of Research in Crime and Delinquency* 31, 1 (1994) : 3-31.
- ⁸² D. Rosenbaum et G. Hanson, « Assessing the effects of school-based drug education: a six-year multilevel analysis of Project D.A.R.E. », *Journal of Research in Crime and Delinquency* 35, 4 (1998) : 381-412.
- ⁸³ G. Roberts et coll., « Prévention des problèmes attribuables la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes – Un compendium des meilleures pratiques », Gouvernement du Canada, 2001.
- ⁸⁴ S. Ennett et coll.
- ⁸⁵ Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.
- ⁸⁶ Gouvernement du Canada, *Horizontal Results-Based Management and Accountability Framework for Canada's Drug Strategy. Final Report*.
- ⁸⁷ J. Anderson, « What to do about 'much ado' about drug courts? », *International Journal of Drug Policy* 12, 5-6 (2001) : 469-475.
- ⁸⁸ E. Wood et coll., « Inability to access addiction treatment and risk of HIV infection among injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* 36, 2 (2004) : 750-754.
- ⁸⁹ D. MacPherson, *A Framework for Action – A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, édition révisée d'avril, Drug Policy Program, 2001.
- ⁹⁰ J.S. Millar.
- ⁹¹ Agent de programmes, Bureau de la réduction de la demande, Santé Canada, correspondance personnelle [avec K. DeBeck], 22 juin 2006.
- ⁹² Government of British Columbia, Ministry of Health, *HIV/AIDS and Problematic Substance Use: Needle Exchanges*, 21 juillet 2005. Disponible via www.healthservices.gov.bc.ca/hiv/needle.html.
- ⁹³ Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *WHO/UNODC/UNAIDS Position Paper: Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention*.
- ⁹⁴ Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission*, 2004.
- ⁹⁵ Ibid.
- ⁹⁶ M. Tyndall et coll., « Attendance, drug use patterns, and referrals made from North America's first supervised injection facility », *Drug and Alcohol Dependence* 83, 3 (2006) : 193-198.
- ⁹⁷ E. Wood et coll., « Service uptake and characteristics of injection drug users utilizing North America's first medically supervised safer injecting facility », *American Journal of Public Health* 96, 5 (2006) : 770-773.
- ⁹⁸ T. Kerr et coll., « Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility », *International*

Journal of Drug Policy, sous presse, version finalisée, (2006).

⁹⁹ E. Wood et coll., « Safer injecting education for HIV prevention within a medically supervised safer injecting facility », *International Journal of Drug Policy* 16, 4 (2005) : 281-284.

¹⁰⁰ 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* 332, 7535 (2006) : 220.

¹⁰¹ E. Wood et coll., « Do supervised injecting facilities

attract higher-risk injection drug users? », *American Journal of Preventive Medicine* 29, 2 (2005) : 126-130.

¹⁰² E. Wood et coll., « Attendance at supervised injecting facilities and use of detoxification services », *New England Journal of Medicine* 354 (2006) : 2512-2514.

¹⁰³ Kerr, T., et coll., « Safer injection facility use and syringe sharing in injection drug users », *The Lancet* 366, 9482 (2005) : 316-318.

¹⁰⁴ E. Wood et coll., « Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injecting facility for illicit injection drug users », *Journal de l'Association*

médicale canadienne 171 (2004) : 731-734.

¹⁰⁵ Santé Canada, « Pas de nouveau site d'injection supervisé pour les toxicomanes tant qu'il n'y aura pas de réponse aux questions posées, déclare le min[i]stre Clement » (communiqué), Ottawa, 1^{er} septembre 2006.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ B. Cleverley, « Tories say no decision on drug injection site until end of 2007 », *CanWest News Service*, 2 septembre 2006. Disponible via www.canada.com/topics/news/politics/story.html?id=9a8e3301-ee1e-47ab-b52b-351d6537a474&k=12244.

Propices à l'accès aux traitements? Les règles de l'OMC et la loi canadienne sur l'exportation de médicaments génériques

Plus de deux ans après l'adoption par le Canada de la *Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique (LEJCA)*, aucun médicament générique produit en vertu d'une licence obligatoire n'a encore été exporté du Canada. Dans cet article de fond, Richard Elliott décrit comment deux compagnies canadiennes de médicaments génériques ont tenté de suivre les processus compliqués et lourds, établis dans cette Loi; il souligne le récent engagement du gouvernement canadien à revoir la loi et à apporter les changements nécessaires à ce qu'elle soit utile; et il propose divers moyens de simplifier le processus.

Introduction

Plusieurs pays en développement sont incapables d'acheter des médicaments de marque et n'ont pas la capacité industrielle de fabriquer leurs propres produits génériques, moins dispendieux, donc dépendent de l'importation de médicaments. En vertu de l'*Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (l'Accord sur les ADPIC), les États qui sont membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) doivent accorder

des droits exclusifs de brevets sur des médicaments, mais ils conservent tout de même le droit d'octroyer des licences obligatoires autorisant légalement la production de versions génériques moins coûteuses de médicaments brevetés en échange de redevances. Le bris du monopole des détenteurs de brevets permet une concurrence, sur le marché, qui fait baisser les prix.

Cependant, l'Accord sur les ADPIC stipule également que les médicaments fabriqués en vertu de

licences obligatoires doivent être produits « principalement pour l'approvisionnement du marché intérieur du Membre ». Cette exigence limite la quantité exportable des médicaments génériques produits en vertu d'une licence obligatoire, par un membre de l'OMC à tout autre pays. Par conséquent, si un pays en développement qui a besoin de médicaments moins coûteux décidait d'en importer d'une version générique, cette règle limite les autres pays dans la fourniture. Cela nuit à la

capacité du pays importateur d'avoir recours efficacement à une licence obligatoire comme moyen d'obtenir des traitements moins coûteux pour ses patients.

Sous la forte pression de pays en développement ainsi que d'activistes pour l'accès aux traitements, les membres de l'OMC ont adopté le 30 août 2003 une soi-disant « solution » à ce problème, en assouplissant cette restriction afin de permettre l'octroi de licences obligatoires dans un pays pour produire des médicaments génériques à moindre prix aux fins de les exporter à des pays en développement qui en ont besoin.¹

En mai 2004, le Parlement canadien a adopté à l'unanimité la *Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique*, portant amendements de la *Loi sur les brevets* et de la *Loi sur les aliments et drogues* afin de mettre en œuvre la décision de l'OMC.² Les organismes de la société civile canadienne qui sont membres du Groupe pour l'accès mondial aux traitements (GAMT) étaient parvenus à faire adopter d'importantes améliorations au projet de loi déposé le gouvernement de l'époque, mais ils avaient aussi formulé la mise en garde que les défauts qui n'avaient pas été éliminés des dispositions de la loi risquaient de nuire à son utilité. Ils avaient affirmé également qu'ils entendaient appuyer les efforts axés sur un recours à la loi, sans égard aux limites intrinsèques.³

Faire le point : où en est l'initiative canadienne?

Un ARV en CDF contre le VIH?

En mai 2004, peu après l'adoption de la loi, Médecins Sans Frontières (MSF) s'est engagé publiquement

à la mettre à l'essai en plaçant une commande de médicaments nécessaires pour ses projets sur le terrain.⁴ En août 2004, MSF a identifié, avec Santé Canada et des représentants de l'industrie canadienne du médicament générique, cinq médicaments requis urgemment pour traiter ses patients.

En décembre 2004, Apotex inc., un producteur canadien de médicaments génériques de propriété privée, a accepté de fabriquer une combinaison antirétrovirale composée de zidovudine, de lamivudine et de névirapine (AZT + 3TC + NVP), des médicaments qui constituent l'un des régimes de première ligne pour le traitement du VIH recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). À cette époque, ces médicaments n'étaient pas accessibles sous forme de combinaison à dose fixe (CDF) – une formule propice à simplifier considérablement la prise du traitement et à aider l'effort mondial d'expansion des traitements.

Apotex a développé, dès avril 2005, un prototype actif de cette CDF. Cependant, cette CDF ne figurait pas sur la liste des produits admissibles à une licence obligatoire pour l'exportation, dans l'Annexe 1 de la *Loi sur les brevets*. L'ajout d'un nouveau produit à cette liste nécessite une décision du Cabinet fédéral, à la suite de la recommandation des ministres de l'Industrie et de la Santé.

En septembre 2005, après d'autres pressions, le Cabinet a accédé à la demande d'amendement de l'Annexe 1. Fin septembre, Apotex a déposé à Santé Canada une demande d'approbation, tel que requis par la loi (une mesure qui n'est pas exigée par la décision de 2003 de l'OMC); au même moment, MSF entamait des discussions avec les autorités

de potentiels pays importateurs. Le processus d'examen de Santé Canada a duré sept mois; le produit a reçu l'approbation en juillet 2006.

En août 2006, peu avant le Congrès international sur le sida, le Projet OMS de présélection des médicaments, ayant examiné le dossier soumis aux instances canadiennes de réglementation des médicaments, a également donné son approbation, un préalable sur lequel insistent plusieurs pays en développement lorsqu'ils prennent des décisions d'approvisionnement.

Une grande commande pour plusieurs pays semblait pouvoir fournir une pression considérable et faire céder l'embâcle entravant ce premier effort d'utiliser la loi canadienne

Pendant la tenue de ce même Congrès, un représentant de l'Initiative sur le VIH/sida de la Clinton Foundation a laissé savoir que cette dernière serait disposée à placer une commande pour le produit de CDF d'Apotex, à titre de base pour une demande de licence obligatoire.⁵ Une telle entente de commande de grande quantité destinée à approvisionner de multiples pays, et l'engagement exceptionnel de MSF à acheter une plus petite quantité initiale du produit, semblaient de nature à

fournir une pression considérable et ainsi à faire céder l'embâcle qui semblait entraver ce premier effort d'utiliser la loi canadienne.

Cependant, au moment où nous rédigeons le présent compte-rendu, Apotex était encore au stade des négociations avec les sociétés titulaires des brevets canadiens pertinents, même si en théorie la loi canadienne n'exige qu'une période de 30 jours de telles négociations avant que la voie soit légalement ouverte au dépôt d'une demande de licence obligatoire. On ne sait toujours pas si (et encore moins quand) une licence volontaire sera accordée, ou si Apotex ira de l'avant en déposant une demande de licence obligatoire.

Éventuelle pandémie d'influenza : une possible utilité de la LEJCA?

Un autre effort a été fait pour utiliser la loi canadienne afin de répondre à une préoccupation sanitaire mondiale en émergence. Celui-ci est encore en progrès, également. On se préoccupe considérablement de la possibilité d'une pandémie mondiale d'influenza, mise en relief récemment par des épidémies de grippe aviaire et la crainte qu'à un moment donné une variante de ce virus ou d'un autre virus de grippe animale devienne transmissible d'humain à humain.

Les plus hautes autorités sanitaires ont signalé le risque d'une pandémie mondiale de grippe aviaire qui pourrait, selon certains des scénarii, causer des décès et des souffrances à des millions de gens. Une telle pandémie serait susceptible de frapper le plus lourdement les régions où un nombre important de personnes ont déjà un système immunitaire compromis, que ce soit par le VIH, la tuberculose ou d'autres affections. L'OMS a publié

un rapport qui recommande, entre autres, le stockage de médicaments antiviraux,⁶ et le Gouvernement du Canada a reconnu que la menace est réelle.⁷

Le phosphate d'oseltamivir – commercialisé sous le nom Tamiflu – est un médicament antiviral à prise orale, pour le traitement et la prophylaxie de l'influenza, y compris la variante H5N1 de la grippe aviaire qui est à la source des inquiétudes planétaires; ce médicament est l'objet d'un intérêt croissant étant donné son potentiel d'utilité en cas d'épidémie. Mais très peu de pays en développement ont fait des stocks d'oseltamivir en quantités pouvant être considérées le moins proche de ce qui a été recommandé; en conséquence, il leur manque un des outils pour le traitement et la prévention de la grippe aviaire, si une telle pandémie avait lieu.

En décembre 2005, la société pharmaceutique canadienne Biolyse Pharma a annoncé qu'elle avait découvert un nouveau processus de fabrication d'oseltamivir, et qu'elle désirait obtenir une licence obligatoire non exclusive pour produire et exporter le médicament à moindre prix aux pays en développement. Cependant, le médicament ne figurait pas à l'Annexe 1 de la *Loi sur les brevets*, la liste de produits pharmaceutiques admissibles à une licence obligatoire à des fins d'exportation.

En février 2006, Biolyse a déposé une demande officielle aux ministres de la Santé et de l'Industrie, pour l'ajout du phosphate d'oseltamivir (sous deux formes, soit en capsule et en poudre) à la liste des produits admissibles à une licence obligatoire pour l'exportation, dans l'Annexe 1 de la *Loi sur les brevets*.⁸ La société pharmaceutique multinationale

Hoffmann-La Roche inc. (ci-après, Roche), détentrice des brevets canadiens pertinents à l'oseltamivir, s'est opposée à la licence obligatoire.

Le 21 septembre 2006, le Cabinet fédéral a accédé à la demande d'ajouter à ladite liste ces deux formulations du médicament.⁹ Biolyse a fait savoir qu'elle planifie à présent d'accroître sa capacité de production afin de fabriquer un million de doses par jour, une fois que ses installations seront entièrement fonctionnelles,¹⁰ pour peu qu'elle reçoive des commandes des pays admissibles puis, après le long processus exigé par la loi canadienne, arrive à obtenir une licence volontaire ou une licence obligatoire qui lui permette d'exporter ce médicament à ses acheteurs.

Conclusion

Plus de deux ans après l'adoption de la loi canadienne, aucun médicament générique produit en vertu d'une licence obligatoire n'a encore été exporté du Canada. Lors du XVI^e Congrès international sur le sida, à Toronto, alors que s'exprimaient des critiques publiques devant l'échec de l'initiative, le nouveau ministre canadien de la Santé s'est engagé à réviser la loi et à la modifier afin qu'elle fonctionne. Un mécanisme prévu dans la LEJCA exige que le Parlement examine la loi en mai 2007, ce qui constitue une occasion de remplacer l'actuel processus compliqué par un régime légal plus efficace.

Outre les éléments superflus et lourds qui ont été intégrés dans la loi canadienne par le gouvernement, l'expérience met en relief un problème encore plus fondamental : le mécanisme même qu'a adopté l'OMC en août 2003; cela est démon-

tré par le fait que plus de trois ans se sont écoulés depuis que l'OMC a adopté sa « solution » et qu'aucun pays n'a encore déposé la notice requise à l'effet qu'il a l'intention d'avoir recours au mécanisme afin d'importer des médicaments à moindre coût.¹¹ L'expérience de MSF, jusqu'à présent, notamment illustrée par sa tentative de recours à la loi canadienne, a conduit l'organisme à déclarer que la décision d'août 2003 de l'OMC n'est « ni rapide, ni une solution » [trad.].¹²

Le Canada doit rationaliser le processus légal afin que les pays en développement et les fabricants de médicaments génériques y aient recours.

Afin d'implanter un régime législatif plus propice à livrer la marchandise, conformément à la « promesse » faite en 2004, il faut que le législateur canadien soit disposé à délaissier le mécanisme défectueux de l'OMC et à adopter un ensemble de modifications qui simplifieront et rendront plus efficace le processus d'octroi de licences obligatoires pour l'exportation. La décision de l'OMC mise en application dans la loi canadienne ne tient pas compte des réalités des fabricants de médicaments génériques, ni de celles des pays en développement.

Les pays en développement ont besoin de processus contractuels simples qui permettent un approvi-

sionnement durable en médicaments essentiels et autres produits pharmaceutiques; ces contrats doivent comporter suffisamment de flexibilité pour s'ajuster à des besoins changeants. La décision de l'OMC mise en application dans la loi canadienne, toutefois, contraint les fabricants génériques à des méandres administratifs superflus, en vue d'obtenir une licence pour fabriquer et exporter chaque médicament breveté, et même alors, n'autorise l'exportation que d'une quantité pré-négociée d'un produit, à un seul pays.

La voie est claire : le Canada doit rationaliser le processus légal, afin que les pays en développement et les fabricants de médicaments génériques puissent y avoir recours, et qu'ils le fassent. Les fabricants de médicaments génériques devraient avoir la possibilité de déposer une demande qui vise l'obtention d'une licence obligatoire pour fabriquer et exporter n'importe quel médicament, plutôt qu'uniquement ceux qui figurent sur la liste limitée qui est annexée à la loi initiale. Une fois une telle licence reçue, ils devraient pouvoir négocier plusieurs contrats avec plusieurs pays en développement – plutôt que d'être contraints à des ententes unitaires, pour une commande à la fois, pour un seul pays par entente, pour chacune desquelles une licence distincte doit être obtenue, à chaque fois, comme c'est actuellement le cas.

Il ne devrait pas y avoir de limite arbitraire à la durée de la licence obligatoire – à l'heure actuelle, cette durée est limitée à deux ans, ce qui affecte l'ampleur des économies d'échelle qui sont nécessaires pour que l'approche des licences obligatoires soit viable, pour les fabricants génériques, tout en mettant

en doute la viabilité à long terme de l'approvisionnement pour les pays en développement qui sont des acheteurs potentiels.

Il ne devrait pas y avoir une période obligatoire de négociation de 30 jours entre le fabricant générique et le titulaire du brevet; au contraire, l'obtention de la licence pour la production destinée à l'exportation aux pays en développement qui sont admissibles devrait être automatique. (Le fabricant générique serait toujours tenu de payer une redevance au titulaire du brevet, conformément à la formule adéquate contenue dans la loi actuelle, qui établit le montant de la redevance à payer, pour tout contrat, en fonction du degré de développement du pays importateur.)

Un tel processus offrirait de bien meilleurs incitatifs, aux fabricants génériques ainsi qu'aux pays en développement, à avoir recours à la loi et à atteindre le but d'acheminer des médicaments aux gens qui en ont besoin dans les pays en développement. Le Canada a appliqué dans sa loi le mécanisme issu des négociations de 2003 à l'OMC. Jusqu'ici, cela n'a pas porté fruit. Or les membres de l'OMC ont accepté que leur décision de 2003 n'empêche pas le recours à d'autres éléments de « souplesse » établis dans l'Accord sur les ADPIC de l'OMC, et ils ont également affirmé que cet accord devrait être interprété et appliqué de manière à favoriser l'accès aux médicaments.¹³ En vertu de l'article 30 de l'Accord sur les ADPIC, les États peuvent créer, dans leurs lois nationales, des « exceptions limitées » aux droits des brevets. À titre d'exception telle, le Canada peut appliquer dans sa loi le mécanisme simplifié et désempourbé qui est décrit ci-dessus.

Nous verrons si le gouvernement fédéral – ou peut-être le Parlement dans son ensemble, étant donné que les partis de l'opposition détiennent conjointement un plus grand nombre de sièges, à la Chambre des communes, que le parti au pouvoir minoritaire – aura le courage politique d'endosser les convictions affirmées à l'unanimité et de manière solennelle par tous les partis lorsqu'ils ont adopté la loi en 2004.

– Richard Elliott

Richard Elliott (relliott@aidslaw.ca) est directeur adjoint du Réseau juridique canadien VIH/sida et membre cofondateur du Groupe pour l'accès mondial aux traitements (GAMT). Pour plus d'information sur le GAMT et sur le plaidoyer relatif à la loi canadienne sur les licences obligatoires pour l'exportation de produits pharmaceutiques, consulter <http://www.aidslaw.ca/gamt>.

la santé publique – *Décision du Conseil général du 30 août 2003*, document de l'OMC IP/C/W/40 (30 août 2003). Accessible via <http://docsonline.wto.org/>.

² L.C. 2004, c. 23. La loi a été proclamée un an plus tard, soit le 14 mai 2005, et son règlement est entré en vigueur le 1er juin 2005. Voir : « Règlement modifiant le Règlement sur les aliments et drogues (1402 - drogues pour des pays en développement) », DORS/2005-141, *Gazette du Canada (Partie II)*, 139(11) : 1112-24; « Règlement modifiant le Règlement sur les instruments médicaux (pays en développement) », DORS/2005-142, *Gazette du Canada (Partie II)*, 139(11) : 1125-26; « Règlement sur l'usage de produit brevetés à des fins humanitaires internationales », DORS/2005-143, *Gazette du Canada (Partie II)*, 139(11) : 1127-56, tous accessibles via <http://canadagazette.gc.ca/partII/2005/20050601/html/index-f.html>. Pour plus de renseignements sur ce que le gouvernement a rebaptisé maintenant le Régime canadien d'accès aux médicaments, voir http://camr-rcam.hc-sc.gc.ca/index_f.html.

³ Pour une discussion plus détaillée, voir R. Elliott, « Pledges and pitfalls: Canada's legislation on compulsory licensing of pharmaceuticals for export », *International Journal of Intellectual Property Management* 1, 1/2 (2006) : 94-112, accessible via www.aidslaw.ca/gtag; 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* 8, 3 (2003) : 1, 7-20; R. Elliott, « Des pas en avant, en arrière et de côté – La loi canadienne sur l'exportation de produits pharmaceutiques génériques », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 9, 3 (2004) : 16-23; Réseau juridique canadien VIH/sida et Coalition interagence sida et développement, *La Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique et son impact sur l'amélioration de l'accès aux traitements anti-VIH/sida dans les pays en développement*, août 2006 (accessible via www.aidslaw.ca/gamt).

⁴ Pour une analyse détaillée de l'effort de MSF de recourir à la loi pour obtenir ce produit (également résumé dans le présent article), voir MSF, *Neither Expedient, Nor a Solution: The WTO August 30th Decision is Unworkable – An Illustration Through Canada's Jean Chrétien Pledge to Africa*, août 2006. Accessible à

www.accessmed-msf.org/documents/WTOaugustreport.pdf.

⁵ Exposé d'Anil Soni, directeur des services pharmaceutiques, Clinton Foundation HIV/AIDS Initiative, à la séance satellite « Les résultats viendront-ils? Règles de l'OMC et loi canadienne sur les licences obligatoires : le défi persistant d'un accès rehaussé aux traitements », XVI^e Congrès international sur le sida, 15 août 2006, Toronto.

⁶ Organisation mondiale de la santé, *Comment faire face à la menace d'une pandémie de grippe aviaire – Mesures stratégiques recommandées* (Genève, OMS 2005), WHO/CDS/CSR/GIP/2005.8. Accessible via www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_CSR_GIP_2005_8/en/index.html.

⁷ Information et communiqués accessibles sur le site Internet de Santé Canada, à www.hc-sc.gc.ca/dc-ma/avia/index_f.html.

⁸ Lettre de Biolyse Pharmaceutical Corporation, 14 février 2006 (www.biolyse.ca/news.asp?story=111). Le Réseau juridique canadien VIH/sida a formulé la même demande dans une lettre datée du 14 février 2006 (www.biolyse.ca/news.asp?story=114).

⁹ *Décret modifiant l'annexe 1 de la Loi sur les brevets (phosphate d'oseltamivir)*, C.P. 2006-996 (21 septembre 2006), DORS/2006-204, *Gazette du Canada, Partie II*, 4 octobre 2006. Accessible à <http://canadagazette.gc.ca/partII/2006/20061004/html/sor204-f.html>.

¹⁰ A. Deslonchamps, « Canada to let Biolyse make generic version of Tamiflu », *Bloomberg*, 27 septembre 2006. Accessible à www.bloomberg.com/apps/news?pid=20601082&sid=a3iAV8wuUu84&refer=canada.

¹¹ Voir la page Web consacrée à ces notifications, à www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/public_health_f.htm.

¹² MSF.

¹³ *Déclaration sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique*, Conférence ministérielle de l'OMC, 4^e session, Doha (Qatar), 14 novembre 2001, WTO Doc. WT/MIN(01)/DEC/2, para. 4. Accessible à www.wto.org/french/thewto_f/minist_f/min01_f/mindecl_trips_f.htm.

¹ Conseil général de l'OMC, *Mise en œuvre du paragraphe 6 de la déclaration de Doha sur l'accord sur les ADPIC et*

Les recommandations des CDC sur le test de routine pour le VIH : légalement, pas si routinières

Note du rédacteur en chef. Ce numéro de la Revue marque le début d'une nouvelle collaboration entre le Réseau juridique canadien VIH/sida et l'American Bar Association (ABA), sous la gouverne du Comité de l'ABA en matière de coordination sur le sida,ⁱ et impliquant deux chapitres de l'ABA : celui des droits et responsabilités individuels,ⁱⁱ et celui du droit international.ⁱⁱⁱ Des membres de l'ABA et d'autres avocats états-uniens feront la contribution occasionnelle d'articles présentant ou analysant des développements juridiques sur le VIH/sida aux États-Unis. L'ABA et le Réseau juridique collaboreront dans l'interaction avec le nouveau comité éditorial et pour élargir le lectorat et la visibilité de la Revue aux États-Unis.

Dans le présent article de fond, Ann Hilton Fisher, Catherine Hanssens et David I. Schulman (de l'ABA) analysent les nouvelles lignes directrices en matière de test du VIH qu'ont publiées les U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), et constatent qu'elles laissent à désirer. Les auteurs soutiennent que la recommandation des CDC de laisser tomber l'étape du consentement éclairé et écrit, à l'égard du test du VIH, se fonde principalement sur l'hypothèse erronée d'après laquelle le processus d'obtention d'un consentement éclairé constitue un obstacle au test; ils affirment que, au contraire, une procédure accélérée de test du VIH, à l'aide d'une détection rapide ainsi que d'un counselling adapté aux besoins de chaque individu, s'avère efficace tout en préservant le consentement éclairé.

Introduction

À présent que les CDC recommandent l'administration du test du VIH pour tous les États-Uniens de 13 à 64 ans qui se présentent pour obtenir des soins de santé et qui ne s'objectent pas de manière explicite¹ à ce test, il revient aux États de déterminer s'ils révisent leurs mesures légales respectives en matière de counselling pré-

test et de preuve de consentement, et le cas échéant, de quelle manière. Ce faisant, les États devraient prendre en considération minutieuse un élément auquel les CDC ont passé outre – le principe juridique fondamental, et le but sous-jacent, du consentement éclairé. En vertu de ce principe, tout patient, en tout temps, doit avoir exprimé son consentement aux soins

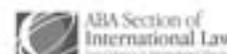
médicaux qui lui sont prodigués, hormis en situation d'urgence.

Sans consentement, tout acte de toucher est potentiellement illégal. Bien qu'il ne remonte qu'à quelques décennies, ce principe est enraciné dans la compréhension du public quant à l'autonomie du patient. Le défaut d'un État de protéger le consentement éclairé, comme élément central

ⁱ L'ABA AIDS Coordinating Committee (<http://www.abanet.org/AIDS/home.html>), qui relève de l'ABA Section of Individual Rights and Responsibilities, est formé de personnes contacts nommées par diverses instances de l'ABA et des associations du barreau qui y sont affiliées. Sa mission est de développer et de promouvoir les activités soutenues de l'ABA en lien avec le sida, et d'éduquer les avocats et le public au sujet des enjeux juridiques du VIH/sida, par le biais de conférences publiques, de publications, de colloques nationaux de praticiens ainsi que du développement de politiques; et de militer pour la mise en œuvre des politiques de l'ABA quant à ces enjeux.

ⁱⁱ Fondée en 1966, l'ABA Section of Individual Rights and Responsibilities (<http://www.abanet.org/irr/home.html>) a un rôle de leadership au sein de l'ABA et de la profession juridique, dans la protection et l'avancement des droits humains, des libertés civiles et de la justice sociale. Elle s'acquitte de ce rôle en soulignant et abordant des questions de libertés et de droits civils, souvent complexes dans une société changeante et diversifiée, et en veillant à ce que la protection des droits individuels demeure un point de mire des décisions juridiques et des politiques.

ⁱⁱⁱ L'ABA Section of International Law (<http://www.abanet.org/intlaw/home.html>) est le portail de la pratique internationale pour plus de 400 000 membres de la profession juridique. Depuis longtemps, des éminences du droit international y travaillent. Elle est également un réseau pour les intervenants qui pratiquent dans un secteur international. Elle fournit des connaissances et perspectives fiables et expertes, sur des enjeux internationaux d'avant-plan, pour satisfaire les besoins d'information de ses membres, et elle est un chef de file dans le plaidoyer en matière de politiques légales internationales et de règle de droit.



au test de diagnostic du VIH – une sérieuse affection ayant de sérieuses conséquences médicales et sociales –, pourrait nuire à cet important principe pour un vaste éventail de soins médicaux au delà du test du VIH.

La raison pour laquelle les CDC ont conclu que l'absence de consentement éclairé est maintenant acceptable, dans le cadre de l'administration du test du VIH, n'est pas claire – en particulier vu l'absence de preuve à l'effet que l'exigence de consentement soit un obstacle. Par définition, un consentement général ne s'applique qu'aux procédures dont les risques et bienfaits sont généralement bien connus; or les risques et bienfaits du test du VIH, comme ceux qui entourent les tests génétiques, sont complexes.²

Il existe des risques ainsi que des bienfaits, pour l'individu qui passe le test; les uns et les autres dépendent souvent du moment et des circonstances du test proprement dit. Le consentement éclairé peut être abandonné dans les circonstances étroites où les autorités de santé publique exercent leurs pouvoirs d'urgence de prendre des mesures aussi draconiennes que la mise en quarantaine de personnes exposées à la bactérie du charbon [*anthrax*]. Mais les CDC ne prétendent pas que leur recommandation soit basée sur ces pouvoirs d'urgence.

Comme l'a expliqué l'American Medical Association (AMA) : « Le consentement éclairé est ... un processus de communication, entre un patient et un médecin, qui résulte en l'autorisation ou l'accord d'un patient à une intervention médicale spécifique. »³ Ce qui constitue une information suffisante pour assurer un consentement éclairé dépend du contexte; cela est déterminé par la

nature et la complexité de l'affection en cause, et par les conséquences du diagnostic et des soins subséquents. Le patient devrait avoir l'occasion de poser des questions pour mieux comprendre le traitement ou la procédure, afin de pouvoir prendre une décision d'aller de l'avant, ou pas, dans une avenue spécifique d'intervention médicale.⁴ Ce processus de communication est une obligation à la fois éthique et légale; elle est établie dans les lois et la jurisprudence des 50 États.

Les CDC reconnaissent depuis longtemps que les risques du test du VIH ne sont pas une affaire de routine. Des chercheurs ont documenté le fait que la crainte de stigmatisation est un obstacle majeur au recours au test du VIH.⁵ En réponse, les CDC ont recommandé que les personnes recevant un diagnostic de séropositivité au VIH soient promptement référées pour un counselling juridique sur la prévention de la discrimination par la préservation de la confidentialité de ce sérodiagnostic.⁶ Heureusement, la pratique établie en matière de test et de soins pour le VIH offre d'excellents modèles pour l'obtention d'un consentement éclairé sans s'imposer un fardeau indu, comme nous l'expliquons ci-dessous.

Hypothèse erronée

La recommandation des CDC d'abandonner le préalable du consentement éclairé exprimé par écrit au test du VIH, en faveur d'une procédure de test de routine, repose principalement sur l'hypothèse erronée voulant que le processus d'obtention du consentement éclairé du patient constitue un obstacle considérable, pour les professionnels de la santé affairés qui, autrement, offriraient un test du VIH à leurs patients.

Cependant, l'expérience de l'État de l'Illinois illustre comment des professionnels de la santé qui tiennent à élargir le recours au test du VIH peuvent arriver à le faire de manière efficace et efficiente tout en respectant le droit fondamental de consentement éclairé de leurs patients.

La vaste majorité des femmes acceptent le test du VIH s'il leur est recommandé par un fournisseur de soins de la santé.

En août 2005, l'Illinois Department of Public Health a initié un programme pilote afin d'accroître le test du VIH parmi les femmes enceintes. Dans le cadre du programme « Statewide Perinatal Rapid Testing Implementation in Illinois » (PRTII [mise en œuvre du test périnatal rapide]), on a délégué des intervenantes dans chaque hôpital de l'État où des femmes accouchent, afin d'aider les salles de travail et d'accouchement à mettre au point des systèmes pour offrir du counselling et un test rapide pour le VIH aux femmes en phase de travail et dont le dossier ne comprenait pas un test du VIH.

Ces femmes étaient en crise médicale. La plupart n'avaient pas reçu jusque-là de soins prénatals, donc n'avaient pas de relation établie avec les intervenants médicaux chargés de leur donner du counselling sur le test du VIH. Il est difficile d'imaginer

une population présentant plus d'« obstacles » à un consentement éclairé. Pourtant, un an après le début du programme PRTII, le pourcentage de femmes acceptant de passer le test du VIH est passé de 86,7 % à 97,1 %. Au milieu de l'année 2006, il est passé à 98,3 %. Des résultats semblables ont été obtenus dans des programmes du même type dans d'autres États, comme en Californie.

De fait, contrairement à l'interprétation des CDC et d'autres commentateurs à l'effet que l'expérience états-unienne en matière de test périnatal pour le VIH démontre que l'on peut escamoter le consentement éclairé préalable au test du VIH, la transmission périnatale du VIH est à toutes fins pratiques éradiquée, dans ce pays,⁷ et ce *en présence* du consentement éclairé dans la plupart des États. Les données du Perinatal Guidelines Project appuient, de plus, le constat de l'expérience de l'Illinois – i.e. que la vaste majorité des femmes acceptent le test du VIH s'il leur est recommandé par un fournisseur de soins de la santé⁸ – et portent fortement à conclure aussi que les approches « à option de refus », qui passent outre à la preuve de consentement, peuvent faire en sorte qu'un nombre important de femmes ne savent même pas si elles ont passé le test ou non.⁹

La leçon saute aux yeux. La quasi-totalité des personnes auxquelles le test du VIH est offert d'une manière réfléchie et consciencieuse – même en plein traumatisme médical – accepte cette offre. Dans les rares cas de refus, il y a généralement de bonnes raisons de ne pas le faire à ce moment précis; et un counselling qualifié pourrait assurer que ces personnes retournent passer le test lorsque le moment sera plus appro-

prié. Les assemblées législatives des États peuvent être assurées qu'il n'y a aucun fondement pour abandonner le droit légal fondamental des patients au consentement éclairé afin de faire en sorte que le test du VIH devienne plus « routinier ».

Autres inquiétudes

La conclusion des CDC, se réclamant de l'autorité pour recommander l'abandon d'un principe légal fondamental, repose sur d'autres prémisses erronées. Elle représente faussement les lois des États en matière de test du VIH comme des réponses désuètes, d'une époque où la stigmatisation et l'absence de traitements efficaces nécessitaient un counselling pré-test, une preuve de consentement et des garanties de confidentialité.¹⁰ De telles lois, selon le raisonnement des CDC, feraient à présent entrave au diagnostic et à la prévention du VIH.¹¹ Certains responsables de la santé publique, en particulier à New York, prétendent même que de telles lois sont une cause primaire de disparités raciales dans le domaine du test du VIH.¹²

Ce raisonnement mise, dans une mesure étonnante, sur de sérieuses fausses représentations de la courte histoire de la recherche sur les raisons pour lesquelles certaines personnes retardent à passer un test du VIH, et pour lesquelles certains médecins échouent à l'offrir, de même que de l'historique du consentement éclairé, en général – un principe qui est apparu *avant* l'adoption des lois d'États en matière de test du VIH.¹³ Les auteurs qui affirment que le consentement éclairé gaspille trop de temps des médecins, et décourage des patients de passer le test, ne présentent aucune donnée à l'appui de ces arguments – car il n'en existe pas.¹⁴

La recommandation des CDC fait fi également du fait que la procédure accélérée pour le test du VIH, avec un test rapide et un counselling adapté aux besoins de chaque individu, s'avère efficace sans pour autant escamoter le consentement éclairé. La Ville de New York (un ressort doté d'une loi détaillée en matière de counselling et de test pour le VIH) a récemment fait état d'une augmentation de 63 % du nombre de tests du VIH dans l'année suivant la mise en œuvre d'une procédure accélérée de test et counselling.

Les principes du droit et de l'éthique dictent le maintien du consentement éclairé comme élément central du test du VIH.

En citant ce rapport ainsi que la réalité encore présente du stigmatisme dans les communautés durement touchées, et la nature unique du VIH, la Dre Antonia Novello, commissaire à la Santé de l'État de New York, anciennement chef du service fédéral états-unien pour la santé publique [*U.S. Surgeon General*], a récemment rejeté la recommandation des CDC en la qualifiant de malavisée. Dans un éditorial, la Dre Novello a affirmé que l'expansion du test du VIH ne doit pas se faire en ajoutant un problème de plus sur le dos de personnes qui, ne connaissant pas leur état sérologique, ou en déni à l'égard de leurs comportements, ou en situation

où des obstacles linguistiques nuisent à leur compréhension, ou en situation où elles craignent de subir de la violence ou d'être déportées, pourraient ne pas être en mesure de faire face à l'annonce d'un diagnostic.¹⁵ La protection de la confidentialité et de la dignité des New-yorkais ainsi que la garantie de soins et de choix, doivent être respectées.¹⁶

Certains de ceux qui appuient la position des CDC affirment qu'elle élimine l'« exceptionnalisme du sida » qui a contourné les lois « traditionnelles » sur la santé publique.¹⁷ La tragédie de cette position réside dans le fait qu'elle privilégie, relativement à l'autonomie et au consentement du patient, une conception antique qui remonte à l'ère antérieure à la compréhension moderne des droits civils. Les lois des États en matière de test du VIH et de confidentialité, adoptées plus récemment que les lois sur les maladies infectieuses qui sont applicables à la majeure partie des autres affections, tiennent compte non seulement de la réalité passée et présente du stigmatisé associé au VIH, et de ses conséquences concrètes, mais intègrent aussi une compréhension évolutive du droit du patient à l'information et à l'autonomie dans la prise de décisions en matière de traitement – un droit auquel nuisent les propositions de retour à l'approche vieillotte voulant que « le médecin sait ce qui est le mieux – tu n'as pas besoin de savoir ».¹⁸

Conclusion

Le défunt Jonathan Mann, praticien aguerri en matière de santé publique, et premier directeur du Programme spécial sur le sida à l'Organisation mondiale de la santé, a été pionnier du principe que les droits humains

font partie intégrante du progrès de la santé publique.¹⁹ L'héritage du Dr Mann, un homme qui est reconnu comme l'une des plus importantes éminences de la lutte du 20^e siècle contre la maladie et l'injustice sociale à l'échelon mondial, tient encore lieu de base solide pour réfuter la tendance actuelle à placer les droits humains en position d'*opposition* aux principes de la santé publique.²⁰

Les principes du droit et de l'éthique dictent le maintien du consentement éclairé comme élément central du test du VIH.²¹ Bien que les nouvelles lignes directrices des CDC puissent sembler aller dans le sens le plus pratique à court terme pour les médecins, elles pourraient aussi élargir leur risque de poursuites en responsabilité,²² tout en s'accordant à l'érosion de la qualité des soins qui est associée au virage vers des soins intégrés.²³ Dans un contexte où la plupart des patients ont une multitude de formulaires à remplir lors de tout contact avec des soins de santé, il est ironique que le formulaire qui protège leur autonomie soit celui que des fournisseurs de soins de santé trouvent apparemment encombrant, en particulier en présence de nombreuses méthodes pour l'obtention du consentement éclairé au test du VIH – qui sont efficaces et créatives et qui ne prennent que peu du temps des fournisseurs.

– Ann Hilton Fisher, Catherine Hanssens et David I. Schulman

Ann Hilton Fisher (ann@aidslegal.com) est directrice générale de l'AIDS Legal Council of Chicago. Catherine Hanssens est directrice générale du Center for HIV Law and Policy à New York. David L. Schulman est avocat superviseur à l'AIDS/HIV Discrimination Unit, Los Angeles City Attorney's Office. Les auteurs remer-

cient Michael Pates, directeur de l'AIDS Coordination Project de l'ABA, pour ses révisions et son aide à la recherche.

Note du rédacteur en chef. Voir aussi l'article « Le test de routine pour le VIH : trois perspectives », dans le supplément SIDA 2006 du présent numéro.

¹ B.M. Branson et coll., « Revised recommendations for HIV testing of adults adolescents, and pregnant women in health-care settings », *MMWR Rec. Rep.* 55, RR-14 (2006) : 1–17.

² La Dr^e Antonia Novello, commissaire à la santé de l'État de New York, a récemment souligné, en réaction aux nouvelles lignes directrices des CDC en matière de test du VIH, qu'un consentement général à un examen médical diffère du consentement requis avant le test du VIH, et que la consignation écrite du consentement est garante d'importantes protections aux groupes à risque élevé, comme les femmes et les jeunes. Voir www.hwadvocacy.com/update/EI%20Diario.pdf.

³ AMA, Office of the General Counsel, Division of Health Law, « Informed Consent », <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/4608.html>.

⁴ *Ibid.*

⁵ Voir p. ex. G.M. Herek, J.P. Capitanio et K.F. Widaman, « Stigma, social risk, and health policy: public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness », *Health Psychology* 22, 3 (2004) : 533–540. Accessible à http://psychology.ucdavis.edu/rainbow/html/healthpsych2003_pre.PDF.

⁶ *Morbidity and Mortality Weekly Report* (MMWR) 50, RR-19 (2001). Accessible à www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5019.pdf.

⁷ Voir e.g. T.R. Frieden et coll., « Applying public health principles to the HIV epidemic », *New England Journal of Medicine* 353 (2005) : 2397–2402, p. 2399.

⁸ M.I. Fernandez et coll., « Acceptance of HIV testing during prenatal care », *Public Health Reporter* 115 (2000) : 460–468.

⁹ Centers for Disease Control and Prevention, « HIV testing of pregnant women – United States and Canada, 1998–2001 », *MMWR* 51 (2002) : 1013–1016.

¹⁰ Voir L.O. Gostin, « HIV screening in health care settings – public health and civil liberties in conflict? », *Journal of the American Medical Association* 296 (2006) : 2023–2025; New York Department of Health and Mental Hygiene, *Memorandum in Support of Proposed Legislation, “An Act to Amend the Public Health Law, in Relation to Improving the Care of Persons Living with HIV/AIDS.”* Accessible à www.nyc.gov/html/doh/downloads/pdf/ah/ah-memo-support.pdf.

¹¹ L.O. Gostin.

¹² New York Department of Health.

¹³ Voir B.L. Atwell, « The modern age of informed consent », *University of Richmond Law Review* 40, 591 (2006).

¹⁴ Voir p. ex. L.O. Gostin.

¹⁵ Voir Novello, commissaire à la santé de l'État de New York.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Voir R. Bayer et A.L. Fairchild, « Changing the paradigm for HIV testing – the end of exceptionalism », *New England Journal of Medicine*, 355, 7 (2006) : 647–649.

¹⁸ Voir p. ex. B.L. Atwell.

¹⁹ Voir p. ex. www.globalhealth.org/view_top.php?id=238.

²⁰ Voir cependant L.O. Gostin; Gostin décrit le « paradigme des droits civils qui a éclairé les politiques sur le sida » comme un élément qui se distingue de la « stratégie de santé publique », et il affirme qu'il semble à présent injustifié de maintenir un point de mire sur les droits humains, au regard des développements scientifiques et sociaux de la récente décennie.

²¹ E. B. Cooper, « HIV disease in pregnancy: ethics, law and policy », *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 24 (1997) : 899–910.

²² Voir p. ex. AMA.

²³ P. Salgo, « The doctor will see you for exactly seven minutes », *New York Times*, texte d'opinion, 22 mars 2006.

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. Tous les 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.

Le LSI de Vancouver est prolongé pour une durée limitée

Le sort à long terme de l'Insite, le lieu sécuritaire pour l'injection (LSI) de Vancouver, demeure inconnu. Le gouvernement fédéral a autorisé un renouvellement de 16 mois de son exemption en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, mais lui a refusé l'exemption de trois ans qu'il réclamait. Le gouvernement estime que des informations additionnelles seront nécessaires à déterminer si le LSI est fructueux – en dépit d'une kyrielle d'études scientifiques témoignant de sa valeur pour la santé et la sécurité publiques.¹

L'Insite a ouvert ses portes en septembre 2003, à l'issue d'une longue campagne d'activisme. Le gouverne-

ment de la Colombie-Britannique y a versé des fonds de démarrage et continue de contribuer à son financement

par le biais de la Vancouver Coastal Health Authority. Le 1^{er} septembre 2006, seulement 12 jours avant

l'expiration de l'exemption de l'Insite en vertu de l'article 56, le gouvernement fédéral a annoncé sa continuation jusqu'au 31 décembre 2007.²

Lors de cette annonce, le ministre de la Santé Tony Clement a affirmé qu'avant qu'il ne prenne une décision sur une éventuelle exemption de trois ans, des recherches supplémentaires devront examiner comment les LSI affectent la criminalité, la prévention et le traitement. Il a ajouté :

Est-ce que les sites d'injection supervisés réduisent l'usage des drogues et permettent de lutter contre la toxicomanie? Pour l'instant, la seule chose que la recherche a prouvé de façon concluante est que les toxicomanes ont besoin d'aide supplémentaire pour cesser de consommer [...] Étant donné ces résultats incomplets, je ne peux approuver la demande de prolonger de trois ans et demi le mandat du site de Vancouver.³

Le ministre Clement a indiqué que d'autres études seront menées pour évaluer l'impact des LSI sur la criminalité, la prévention et le traitement; que le gouvernement fédéral accélérera l'élaboration d'une nouvelle stratégie nationale antidrogue; et que Santé Canada n'étudiera aucune autre demande d'établissement de LSI ailleurs au Canada avant que cette stratégie soit en place et que l'examen de l'Insite soit terminé.⁴

Au cours de la dernière campagne électorale, le chef du Parti conservateur Stephen Harper avait promis de faire fermer l'Insite. La décision du gouvernement d'autoriser l'Insite à poursuivre ses activités (quoique temporairement) fait suite aux vives pressions d'activistes, d'organismes communautaires, d'utilisateurs de drogue, de chercheurs, d'éditorialistes et de certains politiciens – et à

l'abondante couverture médiatique générée par la campagne pour sauver l'Insite.

En juillet 2006, neuf ONG nationales de lutte contre le VIH/sida ont écrit au ministre Clement pour lui demander de permettre à l'Insite de continuer son travail salvateur. Ils ont mis en relief le vaste corpus d'études examinées par des pairs qui démontre que l'Insite a réduit les comportements à risque pour la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C, réduit l'injection de drogue dans des lieux publics, prévenu des décès par surdose et orienté des utilisateurs de drogue vers des programmes de traitement, sans stimuler l'usage de drogue.⁵

L'indécision du gouvernement fédéral « va à l'encontre des preuves internationalement reconnues, et examinées par des pairs ».

Ils ont exhorté le ministre à profiter du Congrès international sur le sida (SIDA 2006), à Toronto, en août 2006, pour « reconnaître les accomplissements remarquables de l'Insite » et faire une annonce quant à sa continuation.⁶

Aucune annonce gouvernementale ne semblant avoir été prévue, le Réseau juridique a tenu le 15 août une conférence de presse à SIDA 2006 pour exhorter le gouvernement fédéral à prendre une décision fondée sur les faits et non sur l'idéologie, et à sauver l'Insite.⁷ Afin de souligner

l'urgence de la situation, il a invité un panel d'experts – notamment le Dr Julio Montaner, directeur du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et président désigné de l'International AIDS Society, Diane Tobin, du Vancouver Area Network of Drug Users, et Gillian Maxwell, de l'Insite for Community Safety.

En réponse à l'annonce du fédéral de prolonger de seulement 16 mois l'exemption de l'Insite, quatre ONG nationales ont publié un énoncé indiquant que l'indécision du gouvernement « va à l'encontre des preuves internationalement reconnues, et examinées par des pairs ».⁸

Les statistiques compilées par l'Insite sur une période de deux ans (se terminant le 31 mars 2006) font état d'une moyenne de 607 visites par jour et d'un total de 453 cas de surdoses en clinique; on ne rapporte toutefois aucun décès, grâce l'expertise du personnel. Quelque 4 083 références ont été fournies, pendant cette période, dont environ 1 600 pour du counselling en toxicomanie.⁹

Commentaire

Il est troublant que le ministre Clement ait besoin d'informations additionnelles pour confirmer que l'Insite contribue à réduire l'usage de drogue et à lutter contre la toxicomanie. Il existe déjà des preuves à l'effet que l'Insite favorise l'adhésion aux programmes de traitement de la toxicomanie. Fait encore plus important, le but principal de l'Insite n'a jamais été l'abstinence de drogue. Il a été conçu pour réduire les méfaits liés à l'injection de drogue, comme le désordre public, les surdoses, les décès, les visites à l'urgence et le partage de seringues. Il se veut un élément d'une stratégie à qua-

tre piliers (prévention, application de la loi, réduction des méfaits et traitement) pour réagir à l'usage de drogue. En lui imposant de contribuer à « briser le cycle de la dépendance », ¹⁰ le gouvernement conservateur mène l'Insite tout droit à l'échec.

– David Garmaise

¹ « B.C. injection site to continue operating, for now », *CBC News* (en-ligne), 5 septembre 2006.

² Santé Canada, « Pas de nouveau site d'injection supervisé pour les toxicomanes tant qu'il n'y aura pas de réponse aux questions posées », déclare le ministre Clement », communiqué, Ottawa, 1^{er} septembre 2006. Accessible à www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/2006/2006_85_f.html.

³ *Ibid.*

⁴ *Ibid.*

⁵ Les ONG étaient le Réseau juridique canadien VIH/sida, la Société canadienne du sida, le Réseau canadien d'info-traitements sida, le Réseau canadien autochtone du sida, le Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale, le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, le Réseau canadien pour les essais VIH, le Centre canadien d'information sur le VIH/sida (Association canadienne de santé publique) et la Coalition interagence sida et développement. La lettre (en anglais) est accessible via www.aidslaw.ca/drugpolicy. Pour des résultats d'études examinées par des pairs, au sujet de l'Insite, voir G. Betteridge, « LSI de Vancouver :

autres résultats positifs », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11, 1 (2006) : 20-21; D. Garmaise, « Vancouver – Le LSI attire des utilisateurs de drogue par injection à risque élevé », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10, 3 (2005) : 21; G. Betteridge, « Première évaluation du LSI de Vancouver », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10, 2 (2005) : 22.

⁶ *Ibid.*

⁷ Voir Réseau juridique canadien VIH/sida, « Monsieur Harper a besoin d'une dose de réalité », communiqué, Toronto, 15 août 2006.

⁸ Réseau juridique canadien VIH/sida, Réseau canadien d'info-traitements sida, Réseau canadien autochtone du sida et Groupe de travail canadien sur le VIH et la réinsertion sociale, « L'indécision du ministre de la Santé à l'égard de l'Insite fait fi des preuves scientifiques », communiqué, Toronto, 2 septembre 2006.

⁹ « B.C. injection site ».

¹⁰ Santé Canada.

Les gardiens des prisons fédérales revendiquent un pouvoir de soumettre des détenus au test du VIH

Le syndicat qui représente les gardiens des établissements correctionnels fédéraux est en lobbying auprès du gouvernement pour obtenir un amendement de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (LSCMLSC)*¹ permettant aux employés de prison de demander une ordonnance forçant un détenu aux tests du VIH ainsi que des hépatites B et C. Le présent article résume la demande du syndicat et la réaction du Réseau juridique.

La proposition d'amendement à la LSCMLSC

Il a été rapporté, en janvier 2006, que le Syndicat des agents correctionnels du Canada (SACC) faisait pression sur le ministre de la Sécurité publique, Stockwell Day, pour une loi qui autoriserait l'imposition de tests à

des détenus, dans les établissements du Service correctionnel du Canada (SCC), pour des maladies infectieuses comme le VIH et les hépatites.² La proposition a pour objet d'amender la LSCMLSC afin de permettre que des détenus puissent être forcés à subir des tests dans deux situations distinctes : (1) à la suite de l'exposition professionnelle d'un employé à une

substance corporelle d'un détenu; et (2) de manière « préventive », en présence d'un risque important qu'un employé entre en contact avec une substance corporelle d'un détenu.

La demande vise à faire en sorte qu'un employé du SCC puisse s'adresser à un juge de la paix ou à une cour provinciale afin qu'un mandat soit émis, en vertu duquel serait

autorisé le prélèvement d'un échantillon du sang d'un détenu.³ Avant que l'autorité pertinente puisse émettre ce mandat, elle devrait avoir des motifs raisonnables de croire qu'un certain nombre de conditions sont satisfaites.⁴ La proposition du syndicat identifie des procédures qui devraient être suivies ainsi que des obligations juridiques associées à l'exécution d'un mandat; elle renferme aussi des dispositions interdisant d'utiliser à d'autres fins que celles en cause l'échantillon sanguin et les résultats des analyses auxquelles il aurait été soumis.⁵

La réaction du Réseau juridique⁶

Dans ses représentations auprès du ministre Day, le Réseau juridique a fait valoir la position qu'une loi autorisant le test forcé d'un détenu pour le VIH (i.e., sans son consentement éclairé) ne constitue pas une politique équilibrée, quant à la problématique de l'exposition potentielle ou avérée d'un gardien de prison à l'infection à VIH. Une loi autorisant l'imposition

d'un test est une approche lacunaire qui ne respecte pas et ni ne protège pas adéquatement les droits humains. De plus, le segment de la proposition qui consiste à autoriser le test forcé malgré l'absence d'une exposition professionnelle constituerait un précédent en droit canadien.

En particulier, le Réseau juridique est d'avis que le test forcé des détenus, en vertu de la proposition, serait une violation injustifiable des droits constitutionnels des détenus à la vie privée et à ne pas être soumis à des saisies et perquisitions abusives. La proposition soulève aussi de sérieuses préoccupations liées à la confidentialité des renseignements personnels sur la santé des détenus, une fois obtenus, et au potentiel de traitements discriminatoires à l'égard de ceux dont la séropositivité au VIH ou à l'hépatite B ou C serait connue par les employés. De plus, au constat du protocole actuel du SCC relatif à l'exposition à du sang ou à des liquides corporels, des tests forcés sont injustifiés.⁷ Rien ne démontre que

le protocole en vigueur soit inefficace ou ne protège pas adéquatement la santé et la sécurité professionnelles des employés du SCC. Il n'y a pas de preuve, non plus, que la proposition puisse contribuer à une sécurité accrue en milieu de travail pour les employés du SCC. Le Réseau juridique conclut que le Gouvernement du Canada ne devrait pas introduire ou appuyer une loi ouvrant la porte au test forcé des détenus.

— Glenn Betteridge

¹ L.C., 1992, ch. 20.

² K. Harris, « Jailers seek safeguards », *Ottawa Sun*, 30 avril 2006, p. A4; J. Pursaga, « Convicts attack with nasty bodily fluids », *Winnipeg Sun*, 7 mai 2006, p. A3.

³ Proposition du SACC, art. 57.01(2). En filière auprès de l'auteur.

⁴ *Ibid.*, art. 57.03(1).

⁵ *Ibid.*, art. 57.08(3), 57.09 et 57.10.

⁶ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Legislation to Authorize Forced Testing of Federal Prisoners for HIV: An Unjustified Violation of Human Right*, octobre 2006. Accessible via www.aidslaw.ca/prisons.

⁷ SCC, *Gestion de l'exposition au sang ou aux liquides organiques*, Directive du commissaire 821-1 (24 mars 2004).

Travail sexuel : un rapport va au delà de la décriminalisation

Un nouveau rapport examine les réformes légales et réglementaires qui seraient nécessaires à protéger les travailleuses et travailleurs sexuels, dans l'éventualité de la décriminalisation du commerce sexuel pour adultes.¹

Préparé par la Pivot Legal Society de Vancouver, le rapport de 229 pages intitulé *Beyond Decriminalization*:

Sex Work, Human Rights and a New Framework for Law Reform examine comment les normes de l'emploi et

du travail pourraient contribuer aux droits et à la protection des personnes impliquées dans le commerce sexuel.

Il aborde divers domaines du droit – affaires municipales, emploi, bien-être social, fiscalité, entreprise, droits humains, immigration et famille – qui auraient besoin de réformes.

Le rapport fait état des résultats de deux années de recherches et de discussions approfondies avec 84 travailleuses et travailleurs sexuels de divers secteurs de ce commerce, à Vancouver, Calgary et Edmonton.

En 2004, dans son rapport *Voices for Dignity*, la Pivot Legal Society avait recommandé la décriminalisation complète de la prostitution adulte afin de réduire les méfaits parmi les travailleuses et travailleurs sexuels et de protéger leurs droits humains.² Le rapport montrait comment les lois actuelles sur la prostitution marginalisent les travailleuses et travailleurs sexuels et entraînent des taux élevés de violence, d'exploitation et de discrimination.

Beyond Decriminalization présente une série de recommandations en vue d'un « appel à l'action » pour les travailleuses et travailleurs sexuels – notamment :

- Les travailleuses et travailleurs sexuels devraient jouir pleinement des droits et protections énoncés dans la *Loi sur les normes d'emploi*;
- La loi doit protéger le droit des travailleuses et travailleurs sexuels de garder le contrôle sur leurs

contrats de provision de services sexuels.

- Les travailleuses et travailleurs sexuels devraient avoir le droit de se syndiquer.
- Les travailleuses et travailleurs sexuels devraient être impliqués de façon significative dans les questions de gouvernance municipale, comme les licences commerciales et le zonage.
- Les travailleuses et travailleurs sexuels devraient avoir un accès juste et équitable à l'indemnisation des accidents du travail, à l'assurance emploi et à d'autres bénéfices liés à l'emploi.
- Les travailleuses et travailleurs sexuels devraient avoir la liberté de choisir parmi une diversité de structures d'entreprise.
- L'implication d'un parent dans l'industrie du sexe ne devrait pas servir de motif systématique au retrait de l'enfant ou à la perte de sa garde.
- Les travailleuses et travailleurs sexuels migrants devraient se voir accorder les droits et protections énoncés dans la *Charte canadienne des droits et libertés*.

Le rapport soutient que, vu l'expertise et la perspective uniques des travailleuses et travailleurs sexuels sur leur domaine, ils devraient jouer un rôle central dans la réforme

du droit, des politiques et des mesures sociales.

La Pivot Legal Society affirme que *Beyond Decriminalization* donnera le coup d'envoi à un important dialogue social sur le rôle futur du droit dans la gouvernance du commerce sexuel au Canada.

– David Garmaise

¹ Pivot Legal Society, *Beyond Decriminalization: Sex Work, Human Rights and a New Framework for Law Reform*, 2006. Accessible via www.pivotlegal.org/Publications/reports.htm.

² Pivot Legal Society, *Voices for Dignity: A Call to End the Harms Caused by Canada's Sex Trade Laws*, 2004. Accessible via www.pivotlegal.org/Publications/reports.htm. Voir aussi G. Betteridge, « Des rapports recommandent de mettre fin aux préjudices causés par les dispositions du Code criminel en matière de prostitution », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 9, 2 (2004) : 23-24.

Marijuana médicinale : nouveau rapport de la SCS et abolition des fonds fédéraux à la recherche

En juin 2006, la Société canadienne du sida (SCS) a publié un rapport détaillé contenant des recommandations pour surmonter les obstacles que rencontrent des personnes vivant avec le VIH/sida dans l'utilisation de cannabis à des fins médicales.¹ Le 25 septembre 2006, dans le cadre d'une série de coupes budgétaires, le gouvernement fédéral a annoncé son intention d'abolir le Programme de recherche sur la marijuana à des fins médicales.²

Rapport de la SCS

Le rapport de la SCS est le fruit d'une consultation exhaustive auprès de personnes vivant avec le VIH/sida ainsi que d'entrevues auprès de dépositaires d'enjeux, notamment des organismes nationaux de personnes vivant avec le VIH/sida, des représentants gouvernementaux et des chercheurs. L'analyse juridique et de politiques se fonde sur le droit à la « sécurité de la personne », énoncé à l'article 7 de la Charte, et sur le programme fédéral établi en vertu du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMM).³

Le RAMM a été conçu pour fournir aux personnes dans le besoin un moyen légal de produire et de posséder de la marijuana à des fins médicales. De 14 % à 37 % des participants consultés utilisaient le cannabis pour gérer des symptômes comme la perte d'appétit, la cachexie, la nausée et les vomissements, la douleur, l'anxiété, la dépression et le stress. Toutefois, la majorité d'entre eux (74 %) le faisaient sans l'autorisation légale nécessaire en vertu du programme fédéral.

Le rapport signale divers problèmes liés au RAMM. À l'heure actuelle, les options pour se procurer

légalement de la marijuana en vertu du règlement sont limitées – une personne autorisée à posséder de la marijuana peut la cultiver elle-même, désigner une autre personne qui le fera pour elle, ou en obtenir de source gouvernementale. Le rapport met également en relief le manque de sensibilisation et la désinformation entourant le RAMM, des problèmes dans les mécanismes de demande et de renouvellement, et la réticence des médecins à signer les formulaires de demande de leurs patients.

Les recommandations prônent la production et la dissémination d'information précise et à jour sur la marijuana médicinale. Elles exhortent les scientifiques, les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et Santé Canada à solliciter et à entreprendre des recherches sur la marijuana médicinale afin d'en obtenir l'approbation en tant que médicament et d'en favoriser la prescription par les médecins.

Coupe de financement

Le gouvernement fédéral a annoncé une coupe de 4 millions \$ dans le Programme de recherche des IRSC sur la marijuana à des fins médicales, ce qui a entraîné l'abolition du

financement à tout nouveau projet et au Comité consultatif d'experts sur la marijuana à des fins médicales, chargé de l'examen continu des données scientifiques pour éclairer le RAMM. Plusieurs organismes ont déploré ces coupes.⁴

– Glenn Betteridge

¹ Société canadienne du sida, *Le cannabis comme thérapie pour les personnes vivant avec le VIH/sida : « Notre droit, notre choix »*, juin 2006. Accessible via www.cdnaids.ca.

² Ministère des Finances, « Le nouveau gouvernement du Canada élimine des programmes ruineux, recentre les ressources financières sur les priorités et procède à une réduction importante de la dette, comme promis », *Document d'information – Gestion efficace des dépenses*, Ottawa, 26 septembre 2006. Accessible à www.fin.gc.ca/news06/06-047f.html.

³ Voir SCS, *Le cannabis comme thérapie*, pp. 17-25, pour les fondements juridiques de la marijuana médicinale au Canada.

⁴ Voir, p. ex., SCS, « L'abolition des fonds à la recherche sur la marijuana médicale affecte la santé d'un million de Canadiens et Canadiennes », 27 septembre 2006; Registered Nurses Association of Ontario, « Open letter to Prime Minister Harper: Ontario's nurses condemn cuts to social programs », 28 septembre 2006; et « What are they smoking? », *National Post*, 14 octobre 2006, p. A16.

En bref

Plainte de la BCPWA pour divulgation de la séropositivité par la police

Depuis le numéro précédent de la *Revue*, les corps policiers de plusieurs villes canadiennes ont diffusé des avis publics aux médias dans lesquels est révélée la séropositivité de personnes soupçonnées d'avoir eu des relations sexuelles sans divulguer leur état au partenaire. Le 21 mars 2006, la Police de Vancouver a publié un tel avis au sujet d'un homme de 28 ans vivant avec le VIH, qui est accusé de deux chefs d'agression sexuelle grave. L'avis public contenait deux photos de l'homme et l'allégation qu'il a nié son état de séropositivité au VIH à deux hommes avec lesquels il a eu des rapports sexuels.

Bien que les faits en l'espèce et le contenu de l'avis aux médias qu'a diffusé la police soient familiers, la réponse de la communauté a été tout autre. Dans une lettre à Sam Sullivan, maire de Vancouver, en date du 15 juin 2006, Derek Bell, secrétaire du conseil d'administration de la British Columbia Persons With AIDS Society (BCPWA), a dénoncé la divulgation faite par la police. Il a écrit : « Au nom de la [...] BCPWA, j'affirme en tout respect qu'aucune considération de sécurité publique ne l'emporte, dans cette affaire, sur l'attente raisonnable de M. [X] quant à la nature confidentielle de sa séropositivité au VIH. »¹

Dans sa lettre, M. Bell a signalé la gravité de la divulgation « étant donné que le stigmatisme entourant le VIH et la discrimination qui s'ensuit sont encore des réalités bien présen-

tes, dans la société canadienne ». La BCPWA a exhorté le maire Sullivan à instaurer une politique pour limiter la divulgation de la séropositivité, par la police, aux situations dans lesquelles il existe un risque continu pour le public.

– Glenn Betteridge

Toronto – Offensive contre les pipes à crack

Le 13 février 2006, le *Globe and Mail* a signalé que des membres du Service de police de Toronto (SPT) avaient confisqué et détruit des effets personnels, incluant des pipes à crack, appartenant à des personnes qui consomment des drogues illégales.² Les activités étaient liées à l'initiative TAVIS du SPT, dotée d'un budget de 5 millions \$, dans le cadre de laquelle trois équipes de 18 policiers patrouillaient intensivement les quartiers les plus « risqués » de la ville.

En réponse à ce reportage, Joanne Csete, directrice générale du Réseau juridique canadien VIH/sida, a écrit une lettre de plainte au chef du SPT, William Blair.³ Mme Csete a écrit : « Nous sommes préoccupés par tout reportage portant à croire que cette nouvelle initiative deviendra un autre prétexte pour des offensives contre les personnes qui utilisent des drogues, dont un grand nombre compte déjà parmi les plus marginalisés et les plus vulnérables de la société ». [trad.]

La lettre remettait en question l'autorité des agents du SPT de détruire des effets personnels, et expri-

maient une préoccupation que la saisie d'effets comme des pipes à crack nuit à la santé publique, étant donné le risque accru de transmission du VIH qui est associé au partage de tels instruments. La lettre incitait le chef Blair à faire enquête sur cette affaire et à adopter un rôle de leadership afin que les activités policières soient conformes aux mesures de réduction des méfaits qui ont été adoptées dans la Toronto Drug Strategy.⁴

Pour toute réponse, le SPT a fait parvenir au Réseau juridique un accusé de réception indiquant que la plainte avait été relayée au chef de l'unité, pour sa considération.

– Glenn Betteridge

Peines d'emprisonnement avec sursis : abolition éventuelle pour certaines infractions liées à la drogue

Dans la campagne électorale fédérale de 2006, la plateforme du Parti conservateur contenait entre autres une promesse d'instaurer des peines minimales obligatoires pour certains crimes graves, et d'abolir les peines d'emprisonnement avec sursis (i.e. une peine purgée dans la collectivité) pour certains crimes.⁵

Le 4 juin 2006, le gouvernement dirigé par les Conservateurs a déposé le Projet de loi C-9, *Loi amendant le Code criminel (peines d'emprisonnement avec sursis)*. Cette loi élimine la possibilité d'une peine avec sursis lorsqu'une personne est déclarée coupable d'une

infraction « poursuivie par mise en accusation et passible d'une peine d'emprisonnement de dix ans ou plus ». En général, ce type d'infractions plus communément appelées « actes criminels », concerne des actes plus graves que les « infractions punissables par procédure sommaire ».

Les dispositions de ce projet de loi ne s'appliqueraient pas à la simple possession de drogue illicite, mais s'appliqueraient aux personnes déclarées coupables de trafic et de possession aux fins de trafic.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a fait valoir que les peines minimales d'emprisonnement pour certains types d'infractions liées à la drogue sont en effet une politique publique malavisée.⁶ Le fait d'augmenter le taux d'incarcération des utilisateurs de drogue risque d'exacerber l'épidémie de VIH au Canada, et pourrait constituer une violation des droits humains des personnes aux prises avec une dépendance à la drogue. Le Réseau juridique a souligné également que des peines minimales d'emprisonnement pour infractions liées à la drogue sont en vigueur depuis un certain temps aux États-Unis, et que rien ne démontre qu'elles aient permis de réduire la criminalité liée à la drogue, ni l'usage problématique de drogues.

Après quelques journées d'audience au Comité permanent de la justice et des droits de la personne, le projet de loi légèrement amendé, sur des points mineurs, sera renvoyé en Chambre pour la troisième lecture. Il recevra probablement l'approbation de la Chambre.

– Glenn Betteridge

Les services de santé, dont l'échange de seringues : un enjeu majeur pour l'Enquêteur correctionnel

Dans son rapport annuel de 2005-2006 au ministre fédéral de la Sécurité publique, l'Enquêteur correctionnel souligne six enjeux principaux; l'un d'entre eux est les services de santé, y compris en matière de santé mentale et d'échange de seringues.⁷

L'Enquêteur correctionnel est l'ombudsman indépendant, mandaté légalement de faire enquête sur des plaintes des détenus de ressort fédéral. De l'avis de l'Enquêteur correctionnel, l'échec du Service correctionnel du Canada (SCC) à faire accréditer ses services de santé par une agence indépendante et reconnue internationalement donne lieu à des questions à savoir si ces services respectent les « normes professionnelles reconnues » comme le stipule la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*.⁸ Dans son évaluation des services de santé mentale du SCC, l'Enquêteur est catégorique : le SCC échoue à fournir des soins de santé mentale qui sont essentiels et à donner un accès raisonnable à des services de santé mentale non essentiels.

Le plus récent Rapport annuel de l'Enquêteur cite le rapport de 1994 du Comité d'experts sur le sida et les prisons, en signalant que la seule recommandation du rapport qui n'a pas été appliquée, en ce qui touche l'éducation, les traitements et la réduction des méfaits, est celle portant sur des programmes d'échange de seringues. En conséquence, l'Enquêteur correctionnel « recommande que le Service mette immédiatement en œuvre un programme d'échange d'aiguilles dans les

établissements, pour protéger les délinquants et la société contre la propagation des maladies infectieuses ».⁹

Dans sa réponse, le SCC indique qu'il ne considère pas sérieusement d'introduire de programme d'échange de seringues en prison, se concentrant plutôt sur la réduction de l'approvisionnement : « [P]our le moment, le SCC s'efforce surtout de réduire l'approvisionnement, l'utilisation et les effets des drogues dans les établissements, tout en reconnaissant qu'il faudra, au fil du temps, consentir des efforts et des ressources supplémentaires dans les domaines de la prévention, du traitement, de l'application des lois et de la réduction des méfaits. »¹⁰

L'Enquêteur correctionnel avait déjà fait, dans des rapports antérieurs, la recommandation au SCC de mettre en œuvre des programmes d'échange de seringues en prison.¹¹

– Glenn Betteridge

Le SCC ferme les salons de tatouage sécuritaire

Comme nous l'avons signalé dans un article antérieur, le Service correctionnel du Canada (SCC) avait mis en œuvre un programme de tatouage sécuritaire dans six de ses établissements.¹² Le programme était supposé commencer en avril 2005 et se terminer le 31 mars 2006. Aucun des sites n'a été ouvert à la date prévue, et tous ont été fermés à compter du 30 septembre 2006. Plus tôt cette année, il a été rapporté que le gouvernement canadien considérait la fermeture des projets pilotes.¹³ Le SCC est supposé déposer un rapport d'évaluation du projet.

– Glenn Betteridge

Un organisme de travailleuses sexuelles est lauréat d'un Prix des droits humains

Stella, un organisme montréalais de soutien et d'information qui a été fondé par et pour les travailleuses sexuelles, s'est vu décerner le Prix canadien 2006 de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains.

Ces prix ont été créés en 2002 par le Réseau juridique canadien VIH/sida et Human Rights Watch afin de souligner des contributions exceptionnelles qui réduisent la vulnérabilité au VIH/sida et qui protègent les droits et la dignité des personnes vivant avec le VIH et autrement affectées.

Au service des femmes et des personnes travesties et transsexuelles, Stella a une présence soutenue là où se pratique le commerce sexuel, notamment dans la rue, les agences d'escortes, salons de massage et bars de striptease. Le Prix qui lui a été décerné est une autre reconnaissance du courageux travail de Stella, depuis plus d'une décennie, à défendre les droits humains des travailleuses sexuelles et à plaider contre la criminalisation de leurs vies et de leur gagne-pain.

Pour de plus amples renseignements, voir <http://www.aidslaw.ca/prix>.

Maintien de l'interdiction à vie aux hommes gais de donner du sang

Le quotidien montréalais *The Gazette*, a rapporté en mars 2006 que la Société canadienne du sang et Héma-Québec avaient affirmé n'avoir aucune intention de lever

l'interdiction à vie de donner du sang, pour tout homme ayant eu depuis 1977 un rapport sexuel avec un homme.¹⁴

Cette interdiction est maintenue en dépit d'arguments selon lesquels elle est excessive, compte tenu des meilleures procédures de tri et de test qui ont été instaurées; et en dépit du fait que les trois principales agences de collecte de sang aux États-Unis – American Red Cross, American Association of Blood Banks et American Blood Centres – ont recommandé en mars 2006 que l'interdiction soit réduite à une période d'une année après le rapport sexuel entre hommes.

La U.S. Food and Drug Administration, qui détermine les politiques dans ce domaine, est supposée réviser sa position au cours de l'année.

David Page, de la Société canadienne de l'hémophilie, dont les membres ont régulièrement besoin de transfusions sanguines, a fait remarquer que les personnes hémophiles et leurs conjoints ne sont pas autorisés non plus à faire des dons de sang. M. Page a déclaré que la communauté gaie, historiquement, a un plus grand risque de transmission d'infections par le sang, en ajoutant que l'incidence d'infections transmissibles sexuellement, y compris de l'infection à VIH, a connu une hausse parmi les hommes gais au cours des récentes années.

M. Page a également ajouté que, même si l'interdiction était réduite à 12 mois [après le plus récent rapport homosexuel entre hommes], « la vaste majorité des hommes gais seraient quand même exclue ». [trad.]

Toute nouvelle politique canadienne en la matière relève de Santé Canada, qui est responsable de la

réglementation de la collecte de sang et de plasma au Canada, ainsi que de l'approbation des critères de sélection des donateurs.

– David Garmaise

Des participants à SIDA 2006 demandent le statut de réfugié

Jusqu'à 150 personnes qui ont participé au XVI^e Congrès international sur le sida (SIDA 2006), à Toronto en août 2006, ne sont pas rentrées dans leur pays et ont demandé l'asile au Canada. La plupart des requérants sont séropositifs au VIH et certains sont des ressortissants de pays qui figurent parmi les plus durement frappés par le sida.¹⁵

Francisco Rico-Martinez, du FCJ Refugee Centre, à Toronto, a affirmé que plusieurs des requérants sont aux prises avec la discrimination et traités comme des rejets de la société, dans leur pays d'origine.¹⁶

« Le droit d'asile au Canada n'est pas accordé sur la base du fait que l'on a le VIH/sida, même si les conséquences de renvoyer une personne dans son pays sont ... qu'elle mourra en raison d'un manque de soins médicaux », a expliqué Janet Dench, directrice générale du Conseil canadien pour les réfugiés. « Le requérant doit démontrer qu'il est persécuté en raison de sa séropositivité au VIH. » [trad.]¹⁷

Plusieurs des requérants demeurent dans des refuges de Toronto en attendant d'être informés de leur date de comparution devant une commission de l'immigration. Melissa Anderson, de la Commission sur l'immigration et le statut de réfugié, a déclaré qu'il faudra environ un an

pour décider de l'issue des demandes. Elle a dit qu'en général environ 48 % des requérants au statut de réfugié au Canada sont acceptés. Des 24 000 personnes qui ont participé à SIDA 2006, environ 14 000 étaient de l'extérieur de l'Amérique du Nord.¹⁸

– David Garmaise

¹ Exemplaire de la lettre en filière auprès de l'auteur.

² T. Appleby, « New police strategy designed to blanket high-violence areas », *Globe and Mail*, 13 février 2006.

³ Accessible via <http://www.aidslaw.ca/drogues>.

⁴ Pour plus de détails, voir G. Betteridge, « Toronto – Le conseil municipal adopte une stratégie sur les drogues », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11, 1 (2006) : 22-23.

⁵ Parti conservateur du Canada, *Changeons pour vrai – Programme électoral du Parti conservateur du Canada 2006*. Accessible via www.conservative.ca/.

⁶ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Les peines minimales obligatoires : tout le monde y perd et voici pourquoi*, avril 2006; *Une option trompeuse et malavisée : l'incarcération obligatoire pour certaines infractions liées à la drogue*, 26 septembre 2006. Ces deux documents sont accessibles via <http://www.aidslaw.ca/drogues>.

⁷ Bureau de l'Enquêteur correctionnel, *Rapport annuel du Bureau de l'Enquêteur correctionnel 2005-2006*, 2006. Accessible à http://www.oci-bec.gc.ca/reports/AR200506_f.asp#HealthServices.

⁸ L.C., 1992, ch. 20.

⁹ Bureau de l'Enquêteur correctionnel, p. 9.

¹⁰ *Ibid.*, p. 39.

¹¹ Bureau de l'Enquêteur correctionnel, *Rapport annuel du Bureau de l'Enquêteur correctionnel 2003-2004*, 2004.

¹² G. Betteridge, « Projets pilotes de tatouage sécuritaire dans six prisons fédérales », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10, 2 (2005) : 16.

¹³ Voir, p. ex., K. Harris, « Feds could wipe out jail tattoo parlours », *Calgary Sun*, 26 juin 2006, p. 7; J. Tibbetts, « Tones might scrap prison tattoo parlours », *National Post*, 11 juillet 2006, p. A7.

¹⁴ I. Block, « Hema-Quebec won't reconsider blood ban: homosexual men can't donate », *[Montreal] Gazette*, 21 mars 2006, p. A7.

¹⁵ T. Godfrey, « AIDS stay-behinds: up to 150 delegates to last month's T.O. conference have filed refugee claims », *Toronto Sun*, 1 septembre 2006, p. 2.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ M. Jacobs, « Trying to sort out the real refugees », *Edmonton Sun*, 7 septembre 2006, p. C11.

¹⁸ T. Godfrey.

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.

Cameroun – Un groupe onusien affirme que la détention d'hommes gais viole des droits humains

Dans un avis publié le 11 octobre 2006, le Groupe de travail de l'ONU sur la détention arbitraire a déclaré que la détention de 11 hommes, au Cameroun, sur la base de leur orientation sexuelle présumée, constituait une privation arbitraire de liberté et une violation du principe de protection égale au regard de la loi. Le Groupe de travail a exhorté le gouvernement camerounais à « examiner la possibilité d'amender la législation » qui criminalise les rapports homosexuels.¹

À la fin de mai 2005, la police a effectué des arrestations dans une boîte de nuit présumément fréquentée par des gais et lesbiennes, à Yaoundé,

capitale du Cameroun. Parmi les personnes arrêtées, 11 hommes ont été détenus sur présomption d'infraction à la loi criminalisant les rapports

homosexuels; une enquête a été ouverte. Au Cameroun, les relations sexuelles entre personnes du même sexe sont une infraction punissable

par une peine pouvant aller jusqu'à cinq ans d'emprisonnement.²

En mars 2006, plus de sept mois après l'arrestation, deux des hommes ont été relâchés par manque de preuve. À l'ouverture du procès, le 17 mars 2006, la poursuite était mal préparée et n'a présenté aucun témoin. Le juge a reporté le procès au 21 avril 2006. Encore une fois, la poursuite n'a présenté aucun témoin ni preuve à l'appui des accusations. Les neuf hommes ont été acquittés par manque de preuve.

En dépit de ce jugement, le bureau du procureur a refusé d'autoriser leur remise en liberté. Les neuf hommes sont comparus devant un autre tribunal. Dans une décision du 12 juin 2006, ce tribunal a ordonné la libération de deux d'entre eux; les sept autres ont été trouvés coupables et condamnés à dix mois d'emprisonnement. Ils ont été remis en liberté peu après, ayant déjà purgé plus de douze mois de prison en attente de leur procès.

Ce verdict de culpabilité a été critiqué par des organismes de la société civile. Une accusation en vertu du Code pénal nécessite que le contrevenant soit appréhendé ou vu en train de commettre l'acte criminel, ou peu après.³ Dans le cas présent, les hommes ont été arrêtés alors qu'ils consommaient de l'alcool dans un bar.

L'un d'eux, M. Alim Mongoche, est décédé une semaine après sa remise en liberté, de causes directement liées à ses conditions d'emprisonnement.

Dans sa communication au Gouvernement du Cameroun, le Groupe de travail a affirmé que :

l'existence de lois qui criminalisent la conduite homosexuelle privée et

consentie entre adultes, ainsi que l'application de sanctions pénales contre les personnes accusées de tels actes, viole les droits à la protection de la vie privée et à la non-discrimination établie dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques. En conséquence, le Groupe de travail considère que la criminalisation de l'homosexualité établie dans la législation pénale camerounaise n'est pas compatible avec les articles 17 et 26 du Pacte international.⁴

L'affaire a été référée à la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples en mai 2006.⁵

La criminalisation des comportements homosexuels en privé enfreint les droits à la vie privée et à la non-discrimination enchâssés dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, en vertu d'une décision de 1994 du Comité des droits de l'homme de l'ONU.⁶ Le Cameroun a accédé à ce Pacte en 1984.

Ce cas illustre la discrimination, la marginalisation et les abus répandus à l'endroit des gais et lesbiennes, au Cameroun, où les leaders politiques et religieux attribuent souvent l'homosexualité aux valeurs corrompues de l'Occident. Des observateurs ont signalé qu'au cours de la dernière année, quelque 30 jeunes, principalement des filles, ont été expulsés de leurs établissements scolaires sur présomption de comportements homosexuels.⁷ Des tabloïdes camerounais ont amorcé une campagne pour révéler publiquement l'homosexualité d'hommes d'affaires, politiciens, musiciens et vedettes sportives.⁸ Les noms de plus de 50 individus sont parus dans trois journaux. La publication de telles listes a été déplorée par une des personnalités

nommées, le ministre camerounais des Communications Pierre Moukoko Mbonjo, qui a déclaré : « Qu'elles soient hétérosexuelles ou homosexuelles, les relations sexuelles sont une affaire privée entre deux personnes » [trad.].⁹

– Richard Pearshouse et Alana Klein

Alana Klein (aklein@aidslaw.ca) est analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ Groupe de travail de l'ONU sur la détention arbitraire, Avis No.22/2006, 31 août 2006, para. 24.

² L'art. 347 du *Cameroon Penal Code* stipule que « Tout individu ayant des rapports sexuels avec une personne du même sexe s'expose à une peine d'emprisonnement de six mois à cinq ans, de même qu'à une amende de 20 000 à 200 000 francs [42-420 \$CAN] » [trad.].

³ International Gay and Lesbian Human Rights Commission, « Cameroon: Justice subverted as seven men convicted on sodomy charges », communiqué, New York, 13 juin 2006.

⁴ Groupe de travail de l'ONU, para. 20.

⁵ International Gay and Lesbian Human Rights Commission.

⁶ *Toonen v. Australia* (1994), UN Doc CCPR/C/50/D/488/1992.

⁷ International Gay and Lesbian Human Rights Commission.

⁸ « Des journaux camerounais font la chasse aux homosexuels », *Le Monde*, 6 février 2006; A. Meldrum, « 50 public figures named in gay witchhunt by Cameroon's papers », *The Guardian*, 6 février 2006.

⁹ A. Meldrum.

Fédération de Russie – La loi sur les ONG est problématique pour les organismes de droits humains

Le 10 janvier 2006, la Fédération de Russie a amendé sa loi sur les ONG,¹ établissant une nouvelle procédure pour le réenregistrement des organismes non gouvernementaux (ONG) domestiques et étrangers œuvrant au pays.

La loi amendée est entrée en vigueur le 18 avril 2006. Les ONG étrangers disposaient d'une période de six mois (se terminant le 18 octobre 2006) pour renouveler leur enregistrement. (L'enregistrement des ONG domestiques est prévu ultérieurement.) Lors du réenregistrement, la nouvelle loi obligeait les ONG étrangers à fournir au Service fédéral russe d'enregistrement des informations comme les numéros de passeport et les adresses résidentielles des membres fondateurs, et tous les documents de fondation de l'organisme parent. Le Registraire en chef de l'État a indiqué que les ONG étrangers qui n'étaient pas inscrits au registre à la date d'échéance perdront leur « validité légale sur le territoire de la Fédération de Russie » et seront contraints de « suspendre leur activité principale liée à la réalisation d'objectifs et de tâches ».²

Des critiques ont déploré que la loi donne carte blanche aux autorités pour harceler les organismes de charité et de droits humains qu'elles

désapprouvent.³ En vertu de la loi amendée, chaque ONG doit fournir un plan de travail détaillé pour 2007, ce qui permettrait de surveiller leurs activités. Les ONG devront aussi produire des rapports financiers trimestriels, dévoiler toutes leurs sources de financement internationales et étrangères au Service fédéral d'enregistrement, et lui rendre compte de leurs dépenses.

Selon le Registraire en chef de l'État, 80 ONG étrangers ont déjà été inscrits au registre, 72 sont à l'étude, et 25 autres ont vu l'examen de leur dossier suspendu en raison d'un manque de documentation.⁴ Avant le début du réenregistrement, on estimait entre 200 et 500 le nombre d'ONG étrangers œuvrant en Russie.⁵ Il a été signalé que plusieurs organismes internationaux de droits humains n'ont pas reçu d'avis de réenregistrement ou ont été incapables de soumettre leurs documents à temps. Les principaux ONG étrangers ayant rencontré des problèmes dans la démarche de réenregistrement sont

en contact étroit avec des organismes russes de droits humains.⁶

– Leah Utyasheva

Leah Utyasheva (lutyasheva@aidslaw.ca) est analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ Federal law of the Russian Federation, 10 janvier 2006, # 18-FZ « On amending some legislative acts of the Russian Federation » amending Federal law of the Russian Federation, 19 mai 1995, # 82-FZ « On non governmental organizations ».

² « News conference on procedure to re-register foreign non-profit organizations in Russia », *Interfax*, 16 octobre 2006. Accessible via www.fednews.ru.

³ A. Kortunov, « Russia's civil society at the crossroads: foreign donors face new challenges », *Russia Profile*, 18 octobre 2006.

⁴ I. Romanov, « Victims of the register: Justice Ministry starts pursuing NGOs 'working illicitly on the side' » *Nezavisimaya Gazeta*, 19 octobre 2006.

⁵ J. Kilner, *Registration confusion for foreign NGOs in Russia*, Reuters, 18 octobre 2006. Accessible via <http://ru.today.reuters.com/news/default.aspx>.

⁶ I. Romanov.

É.-U. – Le Bureau de la transparence gouvernementale critique le PEPFAR

Le 4 avril 2006, le Government Accountability Office (GAO) des États-Unis a publié un rapport qui critique la gestion des fonds pour la prévention du VIH/sida dans le cadre du President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). Le rapport conclut que l'exigence états-unienne quant à la promotion de l'abstinence sexuelle nuit aux efforts internationaux de prévention du VIH, en limitant le financement qui va à d'autres types de programmes en la matière.¹

Créé en 2003, le PEPFAR est un programme quinquennal d'assistance financière, au montant de 15 milliards \$ US, pour la lutte au VIH/sida, à la tuberculose et au paludisme dans quinze pays « ciblés ». Administrés par le Bureau du coordonnateur mondial états-unien en matière de sida (OGAC – Office of the U.S. Global Aids Coordinator), les fonds du PEPFAR sont assujettis aux contraintes du modèle de prévention du VIH fondé sur l'« ABC » (abstinence, fidélité, condom). En vertu de la loi, 33 % des fonds du PEPFAR investis dans la prévention doivent aller à des programmes qui font la promotion de l'abstinence et de la fidélité. L'OGAC exige donc que chaque pays bénéficiaire respecte cette restriction.

Or le rapport du GAO signale que les restrictions relatives à l'ABC créent des obstacles, pour plusieurs équipes du PEPFAR dans des pays, en termes de capacité de répondre « à l'épidémiologie locale et aux normes culturelles et sociales ».² Certains pays se sont vu accorder une exemption les autorisant à une part moindre que le 33 % exigé. Mais étant donné que 33 % de l'ensemble des fonds du PEPFAR pour la prévention doivent être consacrés à des programmes de promotion de l'abstinence et de la fidélité, les autres pays (non exemptés) ont

été tenus de consacrer à de tels programmes une part plus grande que les 33 % prévus.

En conséquence, les fonds ont été réduits pour les programmes de prévention de la transmission périnatale du VIH, dans neuf pays; les fonds ont aussi été limités, dans le domaine des soins et des messages de prévention destinés à des groupes à risque élevé, comme les personnes qui s'injectent des drogues et les travailleuses et travailleurs sexuels.³

Par ailleurs, d'après le rapport du GAO, des ambiguïtés dans les politiques de l'OGAC ont maintenu la confusion, pour les deux tiers des équipes de pays, en ce qui touche la manière d'intégrer le modèle ABC. Diverses équipes de pays craignaient de « franchir la ligne entre l'information sur le condom et la promotion ou le marketing du condom » et ainsi de s'écarter de la promotion de l'abstinence et de la fidélité.⁴

Le rapport du GAO a recommandé que l'OGAC collecte de l'information auprès des équipes de pays, afin d'évaluer l'impact des restrictions de financement (priviliégiant l'abstinence jusqu'au mariage) sur les programmes de prévention du VIH. Il y est affirmé que les renseignements recueillis devraient servir au Congrès à évaluer « dans quelle mesure les exigences

d'allocation appuient ... l'approbation du modèle ABC et l'insistance sur des programmes d'abstinence jusqu'au mariage ». ⁵ On y recommande aussi que l'exigence des 33 % ne s'applique qu'à une partie des fonds du PEPFAR.⁶

En réponse au rapport, l'OGAC et le U.S. State Department ont réaffirmé, dans une déclaration, leur position selon laquelle « l'ABC est l'approche fondée sur des données qui s'avère la plus efficace pour prévenir la transmission sexuelle de l'infection à VIH », et la conviction que l'abstinence et la fidélité y sont en équilibre avec d'autres moyens de prévention du VIH comme les programmes de prévention de la transmission périnatale.⁷ Des études du Zimbabwe et du Kenya présentant des baisses des taux de prévalence du VIH ont été citées comme des preuves que la stratégie ABC est fructueuse, dans la prévention du VIH et la modification du comportement sexuel.⁸

Cependant, des regroupements à l'intersection des droits humains et de la lutte au VIH/sida ont vu dans le rapport une illustration des lacunes de la politique ABC de l'administration Bush.⁹ Ces groupes ont signalé que :

- l'emphase accordée à l'abstinence relègue la promotion de l'usage

du condom au bas échelon du troisième rang, dans la prévention du VIH;

- dans certaines circonstances, l'abstinence a été valorisée en insistant sur le taux d'échec du condom;
- les fonds du PEPFAR ne peuvent être utilisés pour fournir de l'information à des jeunes de quatorze ans et moins; et
- l'insistance, dans les règles du PEPFAR, à l'effet que la distribution de condoms soit limitée à des groupes à risque étroitement définis, comme les travailleuses et travailleurs sexuels, entraîne une stigmatisation et une discrimination à l'égard d'individus qui sont très vulnérables, et entrave le potentiel de ces personnes de jouer un rôle significatif dans la prévention de la transmission du VIH.

Les efforts de prévention du VIH financés par les États-Unis sont handicapés, de plus, par l'exigence que tous les récipiendaires professent leur opposition au travail sexuel

et au trafic sexuel.¹⁰ Cela a conduit récemment à l'annulation ou à la suspension du financement états-unien à plusieurs programmes de prévention du VIH, notamment à la Commission nationale brésilienne sur le sida (qui a refusé de cesser son travail avec un organisme de travailleuses sexuelles).¹¹

En janvier 2006, les États-Unis se sont désistés d'un contrat de financement d'une initiative conjointe de la BBC et de la Tanzanie, pour une campagne de prévention du VIH, parce que le BBC World Service Trust a refusé de signer une déclaration d'opposition au travail sexuel. La BBC a exprimé son sentiment que la signature d'un tel énoncé limiterait sa capacité de faire un travail de prévention efficace et exempt de préjugés.¹²

– Cheryl Robinson

Cheryl Robinson, étudiante en deuxième année à la Faculté de droit de l'Université de Toronto, est bénévole au Réseau

juridique par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

¹ United States Government Accountability Office, *Global Health: Spending Requirement Presents Challenges for Allocating Prevention Funding under the President's Emergency Plan for AIDS Relief* [GAO-06-395], avril 2006. Accessible via www.gao.gov/.

² *Ibid.*, p. 6.

³ *Ibid.*, p. 36–37.

⁴ *Ibid.*, p. 30.

⁵ *Ibid.*, p. 46.

⁶ *Ibid.*, p. 49.

⁷ « Response to the Government Accountability Office Report, Global Health: Spending Requirement Presents Challenges to HIV/AIDS Relief », 7 avril 2006. Accessible via www.state.gov/.

⁸ *Ibid.*; voir aussi S. Gregson et coll., « HIV decline associated with behaviour change in eastern Zimbabwe », *Science* 311, 5761 (2006) : 664–666.

⁹ Voir p. ex., Global Aids Alliance, « US Government report shows Bush AIDS policy is unworkable » (communiqué), Washington, 4 avril 2006 (accessible via www.globalaidsalliance.org/); Advocates for Youth, *Improving U.S. Global HIV Prevention for Youth: A Critique of the Office of Global AIDS Coordinator's ABC Guidance*, août 2006.

¹⁰ L'origine de l'exigence de politique anti-prostitution réside dans la *U.S. Leadership against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Act of 2003*, en vertu de laquelle a été autorisé le PEPFAR. Pour un article antérieur sur cette affaire, voir R. Schleifer, « É.-U. – Plaintes contre l'exigence de serment anti-prostitution », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10, 3 (2005) : 24–26.

¹¹ M. Reel, « Where Prostitutes Also Fight Aids », *Washington Post*, 1^{er} mars 2006.

¹² « BBC Quits HIV-Prevention Campaign Over USAID Policy Requiring Pledge Against Commercial Sex Work », *Kaiser Daily HIV/AIDS Reports*, 24 janvier 2006.

Inde – Pression accrue sur le gouvernement pour décriminaliser l'homosexualité

Des organismes de la société civile et d'éminentes personnalités ont exhorté le Gouvernement de l'Inde à abroger une disposition du Code criminel qui criminalise l'homosexualité.¹

L'article 377 du *Code pénal* rend passibles d'un emprisonnement de 10 ans les « relations sexuelles contre-nature

avec un homme, une femme ou un animal ».² Cette disposition remonte à 1861, à l'ère de la loi coloniale britannique.

Bien que la disposition serve rarement à la poursuite en justice d'adultes consentants qui ont des rapports sexuels avec des personnes du même sexe, la lettre de protestation envoyée par les organismes de la société civile signale que :

la disposition est utilisée de façon systématique pour persécuter, menacer, arrêter et terroriser des minorités sexuelles. Elle a engendré de l'intolérance publique et des abus, forçant des dizaines de millions de personnes gaies, lesbiennes et bisexuelles à vivre dans la peur et le secret, et entraînant des coûts tragiques pour elles et leurs familles.³

La lettre se poursuit en déplorant « que l'article 377 ait récemment été invoqué par des dirigeants homophobes pour mettre fin au travail d'organismes légitimes de prévention du VIH, laissant les hommes gais et bisexuels encore plus dépourvus devant l'infection par le VIH, en Inde. »⁴

Les individus qui ont appuyé la lettre incluent l'auteur Vikram Seth et l'économiste Amartya Sen, lauréat d'un prix Nobel. Dans son énoncé d'appui, M. Sen affirme qu'« il faut garder à l'esprit que tout comportement identifié comme un crime punissable donne un énorme pouvoir à la police et aux agents d'application de la loi, pour harceler et persécuter certaines personnes. »⁵

La National Aids Control Organization (NACO) s'est aussi prononcée en faveur de la décriminalisation des relations sexuelles entre partenaires de même sexe, en soulignant que la prohibition pousse une population très vulnérable vers la clandestinité, ce qui nuit aux efforts de contrôle des infections.⁶ Sujatha Rao, secrétaire additionnelle et directrice générale de la NACO, a indiqué que des réunions ont eu lieu avec le ministère de l'Intérieur pour discuter de l'abrogation de l'article. Elle est d'avis que la réponse au VIH parmi ce groupe très vulnérable ne sera fructueuse que si ses membres peuvent s'affirmer ouvertement sans craindre d'être harcelés. Elle a qualifié la disposition d'« importante contrainte ».⁷

Dans un développement connexe, en juillet 2006, une déclaration de la NACO a été déposée à la Haute Cour de Delhi, pour appuyer la requête de la Naz Foundation (un organisme de lutte contre le VIH/sida à New Delhi) visant à faire annuler l'article 377 parce qu'il enfreint les droits constitutionnels des minorités sexuelles.⁸ La requête a initialement été rejetée, la Haute Cour de Delhi ayant jugé que la Naz Foundation n'avait pas subi de préjudice découlant de la loi et que sa poursuite était donc injustifiée.⁹ La Cour suprême de l'Inde a toutefois décidé en février 2006 de retourner l'affaire à la Cour de Delhi, pour qu'elle l'examine en toute objectivité.¹⁰

En mai 2006, il a été rapporté que l'Inde avait dépassé l'Afrique du Sud à titre de pays comptant le

plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH/sida au monde.¹¹ D'après l'ONUSIDA, 5,7 millions d'Indiens vivaient avec le VIH/sida, en mai 2006.¹²

– Liisa Seim

Liisa Seim est étudiante étrangère à la Faculté de droit de l'Université de Toronto, et bénévole au Réseau juridique par le biais d'Étudiants Pro Bono du Canada.

¹ « Open letter against sec 377 », 16 septembre 2006. Accessible via www.openletter377.com.

² Article 377 de l'*Indian Penal Code 1861*.

³ « Open letter », para. i.

⁴ *Ibid.*, para. ii.

⁵ *Ibid.*

⁶ M. Williams, « Great and good call on India to scrap anti-gay law », *Scotland on Sunday*, 17 septembre 2006.

⁷ « Govt working to repeal law against homosexuality », *Rediff India Abroad*, 26 septembre 2006. Accessible à www.rediff.com/news/2006/sep/26gay.htm.

⁸ High Court of Delhi, Writ Petition (Civil) no.7455 of 2001, « Reply affidavit on behalf of respondent 4 and 5 », 17 juillet 2006.

⁹ R. Wockner, « Indian Supreme Court orders reconsideration of sodomy case », *San Francisco Bay Times*, 16 février 2006.

¹⁰ Supreme Court of India, Civil appeal no 952 of 2006 (Arising out of S.L.P. (C) Nos. 7217-7218 of 2005).

¹¹ ONUSIDA, 2006 *Rapport sur l'épidémie mondiale de SIDA*, mai 2006.

¹² *Ibid.*

Développements législatifs sur le VIH/sida

Vietnam

En juin 2006, le Vietnam a adopté une nouvelle Loi sur la prévention et le contrôle du VIH/sida, afin de remplacer l'Ordonnance sur la prévention et le contrôle du VIH/sida (1996). La loi a un caractère exceptionnel, en tant que loi sur le VIH/sida, en ceci qu'elle légalise explicitement les interventions de réduction des méfaits.¹

La Stratégie nationale vietnamienne sur le sida incluait la réduction des méfaits parmi les priorités, mais la mise en œuvre de tels programmes était difficile en raison du manque d'assise légale. La gestion de la dépendance aux opiacés par un traitement de substitution – une intervention cruciale de prévention du VIH dans les pays où l'épidémie est alimentée par l'injection de drogues illégales – était un élément particulièrement controversé.

En vertu de la nouvelle loi, « les interventions de réduction des méfaits, pour prévenir la transmission du VIH, incluent ... la communication et la mobilisation, la promotion de l'usage du condom ainsi que des seringues et aiguilles stériles, le traitement de la dépendance aux opiacés par la substitution et d'autres mesures de réduction des méfaits pour appuyer des comportements sûrs afin d'éviter l'infection à VIH et sa transmission ». ² La loi entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

Kazakhstan

Le 7 juin 2006, la loi de la République du Kazakhstan « Sur la

prévention de la maladie du sida » a été amendée.³ Les amendements incluent des garanties d'accès et de grande qualité, en ce qui a trait au test anonyme du VIH; à l'assistance psychosociale, juridique et médicale pour les personnes vivant avec le VIH/sida; et à l'information sur la prévention du VIH.⁴ De plus, en vertu de la loi amendée, la discrimination au motif du VIH/sida est illégale.

Toutefois, la loi stipule par ailleurs que les citoyens, résidents étrangers et personnes apatrides doivent se prêter à un test obligatoire du VIH sur la demande des services de santé publique, procureurs, autorités policières ou tribunaux, « en présence de raisons suffisantes de penser que ces personnes sont infectées par le VIH ». ⁵ Les étrangers et les personnes apatrides qui refusent de se soumettre à un test du VIH, ou à une « observation préventive » s'ils vivent avec le VIH/sida, seront déportés.⁶

Tadjikistan

En décembre 2005, le Tadjikistan a adopté une nouvelle « Loi contrant le virus de l'immunodéficience humaine et le syndrome de l'immunodéficience acquise ». ⁷ En vertu de cette loi, l'État garantit la protection de tous les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et de leur parenté, ainsi que l'accès gratuit à des services médicaux et psychosociaux. Les personnes vivant avec le VIH/sida ont le droit, notamment, d'obtenir une compensation monétaire pour des dommages

liés à la divulgation de leur séropositivité.⁸

Le test du VIH est généralement volontaire et anonyme. Cependant, la loi requiert le test obligatoire du VIH pour tous les réfugiés et immigrants – de même que pour certaines catégories définies par d'autres règlements du gouvernement, partant de considérations épidémiologiques.⁹

Les personnes de nationalité étrangère qui seront trouvées séropositives au VIH seront déportées.¹⁰ Regrettamment, cette disposition qui enfreint des lois domestiques ainsi que le droit international en matière de droits humains,¹¹ existe dans un certain nombre de pays.¹²

Chine

En mars 2006, il a été rapporté qu'un député au dixième Congrès national populaire avait introduit une proposition législative visant à déclarer criminelle la transmission intentionnelle du VIH.¹³ L'infraction s'appliquerait à quiconque transmettrait le VIH par morsure, égratignure ou injection à autrui, relation sexuelle, partage de seringue, transfusion sanguine et greffe d'organe. La proposition prévoit des peines allant d'un minimum de 10 ans d'emprisonnement jusqu'à la peine capitale. Le rapportage affirmait qu'à l'heure actuelle, la seule disposition applicable en tel cas était l'article 360 de la Loi criminelle de la Chine, qui concerne la transmission consciente d'une maladie transmissible sexuellement et qui prévoit une peine maximale de 5 ans et une amende.

Ouganda

En septembre 2006, il a été rapporté que le parlement de l'Ouganda allait se pencher prochainement sur un projet de loi visant à criminaliser les personnes qui transmettent sciemment le VIH à des personnes d'âge mineur.¹⁴ Le projet de loi propose une accusation de haute trahison, la « profanation grave » [*aggravated defilement*], emportant la peine de mort obligatoire. La « profanation grave » est décrite comme un acte sexuel avec une personne de 18 ans ou moins, avec ou sans consentement. En vertu de la loi actuelle, selon le reportage, les personnes déclarées coupables de ce crime peuvent être condamnées à mort ou à une peine moindre; jusqu'ici, aucun accusé n'a reçu la peine capitale pour ce crime. Divers

organismes des domaines des droits humains et du VIH/sida, notamment Actionaid International Uganda, ont dénoncé le projet de loi et ont exhorté la communauté internationale à faire de même.

– Leah Utyasheva, Richard Pearshouse et Glenn Betteridge

Glenn Betteridge gbetteridge@aidslaw.ca est analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ *Law on Prevention and Control of HIV/AIDS*, 21 juin 2006 [Vietnam], art. 21.

² *Ibid.*, art. 2.15.

³ *Law on Prevention of the AIDS disease*, No. 172-III 3PK,

5 octobre 1994, amendé pour la dernière fois le 7 juin 2006 [République du Kazakhstan].

⁴ *Ibid.*, art. 2-4 et 2-5.

⁵ La loi ne précise pas ce qui constitue des « raisons suffisantes ».

⁶ *Law on Prevention of the AIDS disease*, art. 6.

⁷ *Law on Counteraction to human immunodeficiency virus and Acquired immunodeficiency syndrome*, 28 décembre 2005 [République du Tadjikistan].

⁸ *Ibid.*, art. 12.

⁹ *Ibid.*, art. 9.

¹⁰ *Ibid.*, art. 9.

¹¹ Par exemple, l'art. 17 de la Constitution de la République du Tadjikistan, 6 novembre 1994, garantit l'égalité à tous. L'art. 26 du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, qu'a ratifié la République du Tadjikistan le 4 janvier 1999, interdit la discrimination.

¹² Voir p. ex. *Federal law on prevention of spread of the disease, caused by the human immunodeficiency virus (HIV-infection) in the Russian Federation*, 30 mars 1995 [Fédération de Russie], art. 11.

¹³ « Make intentional spread of AIDS a crime: lawmaker », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 14 mars 2006.

¹⁴ E.K. Matsamura, « Uganda drafts bill to execute HIV infectors », *Inter Press Service News Agency*, 13 septembre 2006.

En bref

R.-U. – Examen législatif en matière de VIH et de droits humains

Le U.K. AIDS and Human Rights Project, en partenariat avec l'All-Party Parliamentary Group on AIDS (APPGA), procède à un examen des droits liés au VIH, au Royaume-Uni.

Le but de cet examen est de faire le lien entre les obligations internationales et les pratiques nationales, en évaluant l'ampleur de la mise en œuvre légale du droit international sur les droits de la personne, en référence aux *Directives interna-*

tionales sur le VIH/sida et les droits humains, et à d'autres normes en matière de droits humains en lien avec le VIH/sida. Ce projet procurera un compte-rendu exhaustif et clair de l'impact des politiques gouvernementales sur les droits liés au VIH, et pourra servir d'outil de plaidoyer pour stimuler des réformes de politiques et lois.

L'APPGA produira un rapport à partir des données fournies par des ONG et des individus; il publiera également un rapport de fond qui sera préparé par le UK AIDS and Human Rights Project. Des audiences

parlementaires sont prévues au début de 2007; le rapport final assorti de recommandations au gouvernement du R.-U. est attendu au printemps de 2007.

L'examen constituera un suivi complet à l'enquête parlementaire de l'APPGA, réalisée en 2001, sur la mise en œuvre des *Directives internationales* par le R.-U. À cette époque, la U.K. Human Rights Act n'était pas en vigueur. L'examen inclura donc l'impact de cette loi en lien avec les droits concernant le VIH. Le projet arrive à point, car certaines politiques adoptées par le gouvernement britan-

nique, depuis quelques années, ont eu d'importantes répercussions sur des lois liées au VIH dans ce pays.

– *Delphine Valette*

Delphine Valette (delphine.valette@aidrightsproject.org.uk) est directrice du U.K. AIDS and Human Rights Project (www.aidrightsproject.org.uk).

É.-U. – Preuves de transmission du VIH en prison

D'après un rapport publié par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis (CDC), un certain nombre de cas de transmission du VIH ont été répertoriés dans des prisons de l'État de Georgie, entre 1992 et 2005.¹ Quatre-vingt-huit des détenus ayant reçu un résultat négatif au test du VIH à leur entrée en prison ont reçu ultérieurement une confirmation de résultat positif à un test du VIH administré en prison. En 1988, le service des prisons de cet État a adopté une politique de test obligatoire du VIH pour tous les nouveaux prisonniers, et de test volontaire sur demande ou lorsque approprié pour des raisons cliniques. Quatre facteurs ont été associés de manière importante à la transmission du VIH : les rapports sexuels entre hommes en prison; le tatouage en prison; une masse corporelle déjà basse à l'entrée; et le fait d'être de race noire.

Les éditeurs du rapport affirment que l'éducation à la prévention du VIH dans les prisons d'États devrait aborder les rapports sexuels entre hommes, et que la provision de condoms aux détenus sexuellement actifs devrait faire partie intégrante

des interventions pour prévenir le VIH dans les prisons. En dépit de l'absence de différence dans les comportements à risque au sein de groupes raciaux, le taux plus élevé de séroconversion parmi les détenus de race noire peut être attribuable au fait que 86 % des hommes trouvés séropositifs au VIH au moment de l'entrée dans le système carcéral étaient de race noire, et à l'existence de réseaux de rapports sexuels et de tatouage entre Noirs.

Les auteurs exhortent les responsables des prisons, en partenariat avec les autorités de santé publique, à évaluer les programmes actuels de prévention du VIH.

Un autre rapport des CDC révèle qu'un détenu a développé le syndrome rétroviral aigu, indicatif de la séroconversion au VIH, après des rapports sexuels sans protection avec deux détenus séropositifs. Les auteurs, qui sont médecins en santé publique et en maladies infectieuses, « exhortent les établissements correctionnels à s'attaquer à la question des rapports sexuels non protégés entre détenus, et à la transmission sexuelle d'infections qui s'ensuit », et ils soulignent à cet égard la distribution de condoms.²

– *Glenn Betteridge*

Europe et CEE – Mise à jour sur l'échange de seringues en prison

Des programmes d'échange de seringues ont été mis en œuvre récemment dans des prisons de deux pays. Il a été signalé, de plus, que deux autres pays entendent faire de même.

Une prison du Luxembourg distribue des seringues stériles depuis août 2005.³ Pour y avoir recours, les détenus doivent recevoir l'autorisation du médecin de la prison. Sur approbation de sa demande, le détenu se voit remettre une trousse contenant deux seringues (et d'autres éléments utiles pour une injection plus sécuritaire), qu'il peut posséder en toute légalité et échanger au service de soins de santé.

En 2006, l'Arménie a amorcé l'échange de seringues en prison, au moyen d'une subvention reçue du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; trois des neuf programmes de réduction des méfaits dans des établissements pénaux de l'Arménie incluent l'échange de seringues.⁴

Le Scottish Prison Service (Écosse) ainsi que le Portugal considèrent de mettre en œuvre l'échange de seringues en prison, respectivement en 2007 et en 2008.⁵ Développement connexe, le Réseau juridique canadien VIH/sida a publié une nouvelle version, mise à jour jusqu'en avril 2006, de son rapport approfondi sur cette question.⁶

– *Glenn Betteridge*

Californie – Le gouverneur oppose son veto au projet de loi sur les condoms en prison

En octobre 2006, le gouverneur de l'État de la Californie, Arnold Schwarzeneger, a opposé son veto à un projet de loi qui aurait permis que des organismes sans but lucratif et des agences de soins de santé distribuent des condoms et des digues dentaires dans les prisons de

la Californie. Le projet de loi 1677, proposé par le député Paul Koretz (démocrate) et adopté par l'assemblée législative californienne en juin 2005, a été retenu par le comité sénatorial des appropriations, en août 2005.⁷ Le sénat a finalement approuvé le projet de loi en août 2006. Le gouverneur a pris la décision d'exercer son droit de veto pour bloquer ce projet de loi en dépit d'efforts de plaidoyer favorable au projet de loi, par des groupes de premier plan comme l'AIDS Healthcare Foundation et Human Rights Watch.⁸

Cela laisse les quelque 162 000 prisonniers de la Californie sans mesures adéquates pour se protéger contre le VIH/sida. La distribution de condoms est autorisée dans les prisons d'État du Mississippi et du Vermont ainsi que dans les prisons municipales de New York, Philadelphie, Washington, San Francisco et Los Angeles.⁹ En vertu du principe voulant que les détenus aient le même accès que les autres personnes aux soins de santé et traitements, l'Organisation mondiale de la santé recommande que des condoms soient mis à la disposition des détenus pendant toute la durée de la détention.¹⁰

– Richard Pearshouse

Un activiste jamaïcain est lauréat d'un Prix des droits humains

Gareth Williams, un activiste de premier plan contre le sida, et porte-parole à la défense des droits des minorités sexuelles, en Jamaïque et dans la communauté caraïbe anglophone, s'est vu décerner le Prix inter-

national 2006 de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains.

Ces prix ont été créés en 2002 par le Réseau juridique canadien VIH/sida et Human Rights Watch afin de souligner des contributions exceptionnelles qui réduisent la vulnérabilité au VIH/sida et qui protègent les droits et la dignité des personnes vivant avec le VIH et autrement affectées.

Activiste de première ligne et principal moteur financier du Jamaica Forum for Lesbians, All-Sexuals and Gays (J-FLAG), M. Williams dirige un programme de soutien d'urgence qui donne de l'assistance matérielle et du soutien aux victimes de violence homophobe, y compris de l'aide à porter leur cas devant le système judiciaire. M. Williams a également joué un rôle déterminant dans l'incitation de membres de la communauté à décrire leur vécu aux chercheurs de Human Rights Watch, pour le rapport de 2004 intitulé *Hated to Death: Homophobia, Violence, and Jamaica's HIV/AIDS Epidemic*.¹¹

Pour de plus amples renseignements, voir <http://www.aidslaw.ca/prix>.

Inde – Retrait de la proposition de test prémarital obligatoire

En mars 2006, l'État indien du Goa annonçait des plans de rendre obligatoire le test du VIH pour les personnes qui s'inscriraient en vue de se marier.¹² L'amendement qui était envisagé à la *Goa Public Health Act* aurait imposé à tous les couples s'inscrivant pour le mariage de passer un test du VIH, et advenant qu'un partenaire soit séropositif (ou les

deux), le couple aurait pu revoir sa décision de se marier.

D'après le ministre en chef du Goa, Pratapsingh Rane, la proposition de test découlait d'une crainte qu'une augmentation du taux de VIH ne nuise à l'industrie touristique.¹³

Le directeur de l'équipe de pays de l'ONUSIDA en Inde, Denis Broun, a incité le gouvernement de l'État à renoncer à rendre le test obligatoire car une telle mesure serait contre-productive pour la lutte contre la propagation du virus.¹⁴ Le Lawyers Collective, l'organisme indien chef de file dans les questions de droits humains en lien avec le VIH/sida, a signalé que le test obligatoire du VIH avant le mariage donnerait aux gens un faux sentiment de sécurité contre l'infection ultérieure, et qu'il serait synonyme d'un certificat de virginité de la femme.¹⁵

Après un vif débat public, le gouvernement a laissé tombé l'idée; il propose à présent de déclarer volontaire le test du VIH avant le mariage. « Nous prévoyons adopter une loi en vertu de laquelle le couple pourra passer de manière volontaire les tests du VIH/sida [sic.] avant le mariage », a affirmé le ministre en chef.¹⁶

– Liisa Seim

France – Restriction des visas de séjour des immigrants séropositifs au VIH

En conséquence d'amendements à la loi française sur l'immigration, adoptés en 1998, les personnes n'ayant pas la citoyenneté française et qui sont atteintes de maladies graves peuvent demeurer en France, avec un visa de séjour, si elles n'ont pas accès

à des traitements médicaux dans leur pays dont elles sont citoyennes.¹⁷ Le visa de séjour pour les personnes ayant des maladies graves permet au titulaire de recevoir des services de sécurité sociale et de traitement médical, et lui accorde le droit de travail.

Le visa de séjour est accordé par le préfet ou, à Paris, par le chef de la Police, sur l'avis d'un officier médical spécialisé. Des ONG ont observé que, depuis quelques années, la loi est appliquée de manière de plus en plus restrictive. Alors qu'en 2003 environ 75 % des demandes de tel visa étaient approuvées, cette proportion avait chuté à 50 % en 2004.¹⁸

Des plans de limiter encore davantage le visa de séjour pour les personnes gravement malades, dans le cadre d'un projet de loi conservatrice en matière d'immigration, proposés par le ministre français de l'Intérieur, Nicolas Sarkozy, semblent avoir été abandonnés.¹⁹ D'autres propositions contenues dans le projet de loi, notamment des restrictions des visas pour les membres de la famille d'enfants ayant des maladies graves, inquiètent encore les organismes de santé et des droits humains.²⁰ Selon le Conseil national du sida, « [l']accès aux soins pour tous les patients,

quelle que soit leur situation administrative, et le droit au séjour pour soins constituent des éléments essentiels à une lutte efficace contre l'épidémie d'infection à VIH. »²¹

Approximativement 20 000 personnes d'autres nationalités que française vivent avec le VIH en France; elles sont originaires principalement d'Afrique.²² La majorité d'entre elles découvrent leur séropositivité après leur arrivée en France.

– Richard Pearshouse

¹ CDC, « HIV transmission among male inmates in a state prison system – Georgia, 1992-2005 », *Morbidity and Mortality Weekly Report* 55, 15 (2006) : 421-426.

² A. Macher, D. Kibble et D. Wheeler, « HIV transmission in correctional facility », *Emerging Infectious Diseases* 12, 4 (2006) : 669-671.

³ M. Melis, « As prison needle exchange programmes are scaled up, Luxembourg joins in », *Connections* 19 (2006) : 1-2.

⁴ Entretien personnel avec Daniel Wolfe, International Harm Reduction Development Program, Open Society Institute, 1^{er} février 2006.

⁵ « Inmates may get drug-taking kits », *BBC News*, 20 septembre 2006; « Portugal approves supervised drug injection sites, aims to establish prison needle-exchange programs by 2008 », *Kaiser HIV/AIDS Daily Report*, 28 août 2006.

⁶ R. Lines et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons*

d'un examen complet des données et expériences internationales, Deuxième édition, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006. Accessible via www.aidslaw.ca.

⁷ Le California Bill AB 1677 (Koretz) est accessible via <http://info.sen.ca.gov>. Un article antérieur sur le sujet : T. Franklin, « Californie – Échec du sénat à adopter une loi autorisant la distribution de condoms dans les prisons de l'État », *Revue canadienne VIH/sida, droit et politiques* 10, 3 (2005) : 31-32.

⁸ Human Rights Watch, *Letter to the Governor's Office in Support of Assembly Bill 1677*, 25 août 2006. Accessible via www.hrw.org.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ Organisation mondiale de la santé, *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, 1993, p. 5.

¹¹ Accessible à <http://hrw.org/reports/2004/jamaica1104>.

¹² « Want to marry?... do the HIV test first », *Goa Herald*, 17 mars 2006.

¹³ « HIV test before marriage to be made voluntary in Goa », *Medindia*, 17 septembre 2006.

¹⁴ J. Johnson, « UN urges Goa to end plans for HIV tests on couples », *Financial Times*, 27 mars 2006.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ « Goa to make pre-marriage HIV tests voluntary », *DNA India*, 16 septembre 2006.

¹⁷ Article 12 bis n° 11 (inséré 11 mai 1998) de l'Ordonnance du 2 novembre 1945.

¹⁸ Observatoire du droit à la santé des étrangers, « Pour le droit au séjour des malades étrangers », communiqué, Paris, 11 mai 2005.

¹⁹ Act Up Paris, « Projet de loi sur l'immigration et l'intégration : le gouvernement fait l'impasse sur le droit à la santé », communiqué, Paris, 30 mars 2006.

²⁰ Observatoire du droit à la santé des étrangers, « Un projet de loi dangereux pour la santé des étrangers malades », communiqué, Paris, 24 avril 2006.

²¹ Conseil national du sida, « Communiqué de presse sur les restrictions en matière d'immigration et la lutte contre le VIH », communiqué, Paris, 1^{er} mai 2006.

²² « No papers, no aid – plight of HIV-positive migrants in France », *PlusNews*, 9 octobre 2006.

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.

Une cour de C.-B. donne le feu vert à un service d'échange de seringues et de halte-accueil

Dans une décision rendue le 15 février 2006, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a ordonné à la ville de Surrey d'accorder à la Surrey HIV/AIDS Centre Society (la Société) un permis de cabinet médical. La décision a pour conséquence de dispenser la Société de l'obligation de présenter au conseil de ville une évaluation des répercussions communautaires pour obtenir un nouveau permis d'exploitation.¹

La Société offre divers programmes, dont une halte-accueil 24 heures, un refuge d'urgence de 36 lits, un pro-

gramme de repas chauds, des services pour les jeunes de la rue, des services de soutien pour les personnes qui

vivent avec le VIH/sida, des services médicaux pour les personnes non assurées, et un programme d'échange

de seringues. La Société a demandé un permis de construction pour rénover ses nouveaux locaux. La ville a jugé que, compte tenu de ses activités, la Société devait d'abord obtenir un permis d'exploitation de « service communautaire ». Ce type de permis exige la présentation au conseil municipal d'un exposé des répercussions communautaires et d'une étude connexe, ce qui n'est pas le cas du permis de « cabinet médical ».

La Cour devait déterminer si la Société avait l'obligation d'obtenir un permis de « service communautaire » plutôt qu'un permis de « cabinet médical » selon le règlement en cause.² C'est sur l'interprétation donnée par la Cour au règlement, et la définition du mot « médecine », que repose la décision. La Cour a déclaré :

... il est difficile de voir en quoi les activités proposées par la Société dans les nouveaux locaux diffèrent de celles d'un cabinet médical. Les services de soutien en matière de VIH/sida doivent entrer dans la catégorie traitement et prévention de la maladie, comme la fourniture de seringues propres aux toxicomanes, sans doute pour prévenir la propagation de la maladie.³

La ville soutenait que la Société, à titre d'organisme sans but lucratif, offrait nécessairement des services

communautaires. S'appuyant sur la définition de « service communautaire », la Cour a conclu que les sociétés sans but lucratif n'étaient pas toutes tenues d'être titulaires de permis de services communautaires. En outre, la Cour a jugé qu'il était déraisonnable dans les circonstances, de la part de la ville, de refuser de délivrer le permis. La Cour a déclaré que « les fins visées par la Société sont celles d'un cabinet médical, et elle a le droit d'obtenir une licence commerciale pour activités médicales ».⁴

Commentaire

L'interprétation large de la notion de services médicaux proposée par la Cour a permis à la Société de se soustraire au processus long et coûteux associé à la préparation d'un exposé et d'un rapport sur les répercussions communautaires, pour le conseil de ville. De nombreux organismes qui offrent des services en matière de VIH/sida, de réduction des méfaits, de refuge et de halte-accueil dans tout le Canada rapportent invariablement des cas d'opposition de la part de collectivités, souvent de résidents et de commerces qui ne veulent pas que ces services soient offerts dans « leur » quartier.⁵ Le conflit se manifeste souvent au palier municipal dans les procédures de zonage ou de délivrance de permis, où l'opposition de la collectivité trouve des appuis

chez des élus. Les motifs de la Cour pourront aider d'autres organismes de service dans leur lutte pour trouver les locaux dont ils ont besoin pour offrir des services médicaux, y compris des services d'échange de seringues et de halte-accueil, à des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou y sont vulnérables, ce qui contribue à protéger le droit à la santé de ces personnes.

– Glenn Betteridge

¹ *Surrey HIV AIDS Centre Society c. City of Surrey and Murray Dinwoodie* (15 février 2006), Vancouver L052209.

² City of Surrey, *Business Licence Bylaw 1999*, No 13680.

³ *Surrey HIV AIDS Centre Society*, aux par. 19, 20.

⁴ *Ibid.* au par. 29.

⁵ Entretien avec A. Klein, analyste principale des politiques, Réseau juridique canadien VIH/sida, fondé sur sa recherche sur les obstacles aux programmes d'échange de seringues au Canada.

Un autre détenu meurt du VIH dans un établissement du SCC – Libération conditionnelle pour des motifs d'ordre médical envisagée trop tard

Dans un rapport publié le 20 juillet 2006, un coroner du Québec a critiqué le traitement infligé par le Service correctionnel du Canada (SCC) à un détenu qui est décédé de complications liées au VIH pendant son incarcération.¹ Le coroner a recommandé que le SCC modifie sa manière de traiter les cas de libération conditionnelle pour des motifs d'ordre médical.

Éric Boyer, âgé de 36 ans, est décédé à l'établissement Archambault le 18 mars 2006. Conformément à la loi québécoise, un coroner provincial a tenu une enquête sur sa mort. Éric Boyer recevait des soins palliatifs à l'établissement depuis septembre 2005. Le coroner a conclu que, jusqu'à quatre jours avant sa mort, aucune mesure n'avait été prise pour préparer son dossier en vue d'une demande de libération conditionnelle pour des motifs d'ordre médical. L'établissement s'appuyait sur une politique selon laquelle elle ne préparait pas les dossiers des détenus avant que ceux-ci ne se situent à 20 à l'échelle de Karnofsky, qui sert à mesurer la capacité des patients d'accomplir les activités de la vie quotidienne. (Cent indique l'absence de tout indice de maladie, 20 indique que la personne est très malade et a besoin de traitement de soutien actif, 10 indique que la personne est mourante.)

Le coroner a examiné les critères de libération exceptionnelle prévus par la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition* (LSCMLC) et les politiques qui s'y rapportent. La politique prévoit que : « L'agent de libération condi-

tionnelle en établissement/intervenant de première ligne doit envisager toutes les possibilités pour permettre dès que possible la mise en liberté des délinquants qui sont malades en phase terminale ou qui satisfont à un autre critère énoncé à l'article 121 de la LSCMLC »,² et que « [s]i un détenu souffre d'une maladie en phase terminale ou d'une maladie chronique grave, le Service doit consulter la Commission nationale des libérations conditionnelles afin de déterminer son admissibilité à la libération conditionnelle ». ³ Le coroner a conclu que le dossier d'Éric Boyer aurait dû être présenté à la commission en septembre 2005, stade auquel le pronostic était irréversible.

Le coroner a fait deux recommandations :

- que l'établissement Archambault n'attende pas qu'un détenu atteigne 20 à l'échelle de Karnofsky avant de soumettre son dossier à la commission; et
- que le SCC adopte des critères et une procédure expéditive pour présenter à la commission les dossiers des détenus en phase terminale.

Commentaire

Éric Boyer n'est pas le premier détenu à mourir de complications liées au VIH ou à l'hépatite C dans un établissement du SCC sans avoir bénéficié d'une possibilité réelle de libération conditionnelle. Au moins deux autres enquêtes de coroner relatives aux décès de détenus séropositifs ont recommandé que le SCC révise sa procédure relative aux libérations conditionnelles pour des motifs d'ordre médical.⁴ Le défaut du SCC d'instaurer et de suivre une procédure efficace concernant les demandes de libération conditionnelle des détenus en phase terminale qui y ont droit est inacceptable et déraisonnable – ce qui permet de se demander s'il n'y a pas eu négligence du point de vue juridique dans le traitement du cas d'Éric Boyer.

– Glenn Betteridge

¹ Rapport de l'enquête du coroner, (20 juillet 2006) A-302537, Bureau du coroner, Québec. En possession de l'auteur.

² SCC, Directive du commissaire 712-1, art. 102.

³ SCC, Directive du commissaire 800, art. 42.

⁴ R. Lines, « Un décès met en lumière le traitement de détenus vivant avec le VIH/sida HIV/AIDS », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 3, 4/4, 1 (1998): 31–33; J.G. Betteridge, « Enquête sur la mort d'un détenu co-infecté par le VIH et le VHC – Combien d'autres encore? », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 6, 1/2 (2001): 74–79.

La Cour fédérale accorde une nouvelle audience à la demande de statut de réfugié d'un homme séropositif originaire du Zimbabwe

Le 5 avril 2006, la Cour fédérale a ordonné à la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) d'accorder une nouvelle audience à un homme séropositif originaire du Zimbabwe, qui demandait le statut de réfugié et le statut de personne à protéger selon la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR)*. Les questions posées à la Cour portaient sur l'évaluation et l'application par la CISR de la preuve concernant l'accès du demandeur aux soins de santé dans son pays d'origine, et le refus de la CISR d'instruire une contestation constitutionnelle de la LIPR.

Le demandeur, sa femme et leurs enfants sont arrivés du Zimbabwe au Canada en 2001. Ils avaient des visas de travail et d'étude. À l'occasion d'un examen médical pour un emploi, le demandeur a subi un test VIH qui s'est révélé positif. Il a subéquemment présenté une demande de statut de réfugié fondée sur sa séropositivité. Le demandeur a reçu un traitement antirétroviral pour le VIH, auquel il a bien réagi. En 2005, la CISR a rejeté ses demandes de statut de réfugié.

Le statut de réfugié au sens de la Convention

Selon l'article 96 de la LIPR, le terme « réfugié au sens de la Convention » désigne toute personne qui ne peut pas ou ne veut pas retourner dans le pays dont elle a la nationalité, parce qu'elle craint « avec raison d'être persécutée du fait [...] de son appartenance à un groupe social ». La CISR a reconnu que le demandeur appartenait à un groupe social admissible – c'est-à-dire celui des personnes qui craignent d'être persécutées parce qu'elles sont séropositives. Toutefois, elle a

rejeté la preuve concernant la difficulté d'accès aux soins médicaux, l'espérance de vie considérablement abrégée et la stigmatisation sociale auxquelles le demandeur serait exposé s'il retournait au Zimbabwe. Selon la CISR, il s'agissait de spéculations.

La Cour a conclu que la décision de la CISR n'était pas manifestement déraisonnable – ce qui est la norme qui justifie la révision judiciaire dans ces cas – compte tenu que la CISR « disposait de documents volumineux et contradictoires au sujet de la situation médicale et sociale des personnes atteintes du VIH/sida au Zimbabwe ». ¹

Le statut de personne à protéger

Selon le sous-alinéa 97(1)(b) de la LIPR, « A qualité de personne à protéger la personne qui se trouve au Canada et serait personnellement, par son renvoi vers tout pays dont elle a la nationalité [...] exposée [...] à une menace à sa vie ». Toutefois, cette protection n'est offerte que si « la menace ou le risque ne résulte pas de l'incapacité du pays de fournir des soins médicaux ou de santé adé-

quats » – ce qu'on appelle l'exclusion fondée sur les soins de santé. ²

Le demandeur soutenait que sa vie serait menacée à cause du manque de soins relatifs au traitement du VIH au Zimbabwe. Tentant de se soustraire à l'exclusion fondée sur les soins de santé, le demandeur soutenait aussi que le gouvernement n'était *pas disposé* à fournir les soins adéquats (par opposition à *incapable* de le faire). Selon la preuve présentée, la CISR a jugé que la vie du demandeur ne serait pas menacée en raison de l'impossibilité de recevoir un traitement médical s'il retournait au Zimbabwe.

La Cour a jugé que l'analyse du sous-alinéa 97(1)(b) comportait deux volets. Premièrement, la CISR devait déterminer si la vie du demandeur serait menacée. Deuxièmement, si cette menace existait, la CISR devait déterminer si l'exclusion fondée sur les soins de santé était applicable. La Cour a jugé que la CISR avait commis une erreur lorsqu'elle a « expressément refusé d'apprécier la qualité des programmes de traitement auxquels aurait accès » le demandeur, pour conclure qu'il « aurait accès

à certains soins de santé ». Ce faisant, la CISR a « fusionné à tort les deux volets de ce critère ».³

La Cour a rejeté la distinction entre « ne peut » et « ne veut ». Elle a jugé que l'exclusion fondée sur les soins de santé soustrait à la protection du statut de réfugié les personnes qui ne peuvent avoir accès aux soins de santé parce qu'elles n'ont pas les moyens de les payer. La Cour a déclaré que « Dans les pays dont les systèmes de soins de santé sont particulièrement inadéquats, les personnes qui disposent de ressources financières suffisantes ont néanmoins habituellement accès à des soins médicaux de qualité ».⁴

La Cour a précisé que « [l]orsque l'accès à un traitement qui lui sauverait la vie est refusé à une personne pour des raisons assimilables à de la

persécution et qui ne sont pas autrement visées par l'article 96 de la LIPR », la protection prévue à l'article 97 peut être accordée.⁵ La Cour a confirmé la conclusion de la CISR que le demandeur ne serait pas exposé à la persécution ou à la discrimination dans l'accès au traitement.

La contestation constitutionnelle

La Cour a jugé que la CISR avait eu tort de refuser de se prononcer sur la contestation constitutionnelle, dont la nature n'a pas été précisée dans le jugement. La Cour a souligné qu'une contestation constitutionnelle similaire de l'exclusion fondée sur les soins de santé est actuellement pendante à la Cour d'appel fédérale.⁶

La Cour a annulé la décision de la CISR et a renvoyé l'affaire pour une

nouvelle décision à une formation de la CISR différemment constituée.

– Jennifer Chan

Jennifer Chan est étudiante en deuxième année à la Faculté de droit de la Victoria University. Elle a fait un stage d'été au Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ *Travers c Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [2006] FCJ No 667 (QL) au par. 14.

² *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, L.C., 2001, ch. 27, art. 97(1)(b)(iv).

³ *Travers c Canada*, au par. 18.

⁴ *Ibid.* au par. 25.

⁵ *Ibid.* au par. 27.

⁶ *Covarrubias c Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [2005] FCJ No 1470 (Cour fédérale) (QL).

La demande de statut de réfugié d'un Mexicain homosexuel séropositif est rejetée

En mai 2006, la Cour fédérale du Canada a confirmé la décision de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR), qui avait refusé d'accorder le statut de réfugié à un homosexuel séropositif originaire du Mexique.¹ La Cour n'a pas jugé manifestement déraisonnable la conclusion de la CISR que le demandeur ne serait pas privé de la protection de l'État contre la persécution et la discrimination fondées sur l'orientation sexuelle et la séropositivité.

L'homme, un homosexuel séropositif, est arrivé au Canada en décembre 2001; moins d'un an plus tard il a présenté une demande de statut de réfugié au sens de la

Convention conformément à la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR). Selon l'article 96 de cette loi, « réfugié au sens de la Convention » désigne toute per-

sonne qui ne peut pas ou ne veut pas retourner dans le pays dont elle a la nationalité, parce qu'elle craint « avec raison d'être persécutée du fait [...] de son appartenance à un groupe social ».

La CISR a reconnu que le demandeur craignait la persécution et la discrimination au Mexique concernant son homosexualité et sa séropositivité. Toutefois, elle a rejeté la demande pour le motif que l'homme n'avait pas démontré que l'État mexicain ne pouvait pas le protéger contre cette persécution et cette discrimination.²

Devant la Cour, le demandeur a soutenu que la CISR n'avait pas adéquatement tenu compte de ses craintes de persécution, qu'elle avait refusé à tort d'admettre un élément de preuve présenté après l'audience, qu'elle avait eu tort de présumer de l'existence d'une protection de l'État, et qu'elle n'avait pas tenu compte du droit du demandeur à la libre expression comme fondement de sa demande de statut de réfugié. La Cour a jugé que la preuve présentée à la CISR attestait des « efforts du gouvernement en vue de régler la situ-

ation et ceux d'organisations non gouvernementales qui tentent d'améliorer la façon dont les homosexuels sont traités ».³

La Cour a conclu que, à titre d'organisme responsable d'évaluer la preuve, la CISR n'avait pas agi de manière manifestement déraisonnable – la norme relative à la révision judiciaire dans ces cas – en concluant que l'État pouvait protéger le demandeur. La Cour a également conclu que la preuve présentée après l'audience par le demandeur n'était pas définitive et, par conséquent, que la CISR était justifiée de refuser d'en tenir compte.

La Cour fédérale a également rejeté l'argument que la CISR n'avait pas tenu compte du droit du demandeur à la liberté d'expression comme motif de sa demande de statut de réfugié au sens de la Convention. Le demandeur soutenait qu'il était militant dans le domaine de la lutte contre le sida au

Canada, et qu'il ne pourrait pas poursuivre ses activités sans danger au Mexique. La Cour a observé que le demandeur n'avait pas soulevé cette question dans sa demande de statut de réfugié au sens de la Convention, et qu'aucun élément de preuve n'avait été présenté à la CISR selon lequel son militantisme l'exposerait à des risques au Mexique.⁴

– Jennifer Chan

¹ *Contreras c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [2006] FCJ No 763 (QL).

² Voir S. Bahk, « La Cour fédérale annule l'évaluation négative des risques avant le renvoi, pour un demandeur de statut de réfugié séropositif débouté », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10, 2 (2005) : 42-43, concernant une demande de statut de réfugié fondée sur la discrimination relative à la séropositivité et l'orientation sexuelle au Mexique. Dans cette affaire, le demandeur a eu gain de cause.

³ *Contreras c. Canada*, au par. 12.

⁴ *Ibid.* au par. 17.

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : 10 nouvelles affaires

Peine de six mois avec sursis imposée à une mère qui a caché sa séropositivité lors de son accouchement

Une mère qui avait omis de faire part à son équipe médicale de son état séropositif lorsqu'elle a accouché a été condamnée en avril 2006

à un emprisonnement de six mois avec sursis et à trois ans de probation. Il s'agirait du premier cas du genre au Canada.¹ La femme avait plaidé coupable à l'accusation d'avoir négligé de fournir les choses nécessaires à l'existence, après que le ministère public eut retiré les chefs d'accusation additionnels de négligence criminelle causant des lésions

corporelles et de voies de fait graves.

La mère avait reçu un diagnostic d'infection à VIH avant la naissance de son premier enfant en 2003. Selon les conseils du personnel hospitalier, elle a suivi une thérapie antirétrovirale pour le VIH durant sa grossesse et l'accouchement, elle a accouché par césarienne et n'a pas allaité le nouveau-né. Toutes ces

mesures peuvent réduire à deux pour cent la probabilité de transmission du VIH de mère à enfant. Son premier enfant n'a pas contracté le virus.

Durant sa seconde grossesse en 2004, elle a cessé de prendre les médicaments antirétroviraux et, plutôt que de retourner à l'hôpital qui l'avait traitée pendant sa première grossesse, elle est allée dans un autre hôpital pour accoucher. Comme elle avait nié qu'elle était séropositive, elle n'a pas reçu de médicaments antirétroviraux avant l'accouchement, elle a accouché par voie vaginale, le nouveau-né n'a pas reçu de médicaments antirétroviraux, et elle a allaité l'enfant pendant trois jours, jusqu'à ce que des analyses sanguines révèlent sa séropositivité. Deux mois plus tard, des tests ont révélé que le bébé était séropositif.

Commentant cette affaire, Richard Elliott, directeur adjoint du Réseau juridique canadien VIH/sida, a déclaré qu'il ne sert à rien de criminaliser les femmes dans ce type de cas : « La grande majorité des femmes se soucient de leurs enfants et veulent faire ce qui est le mieux pour eux. Il y a un danger que cette [condamnation] pousse les femmes les plus nécessiteuses dans la clandestinité, parce qu'elles peuvent y voir de la coercition. »²

Les effets secondaires d'une prophylaxie antirétrovirale donnent lieu à une condamnation pour voies de fait causant des lésions corporelles

En mars 2006, un homme dont on ignore l'état sérologique relativement au VIH a été reconnu coupable de voies de fait causant des lésions corporelles.³ En tentant d'échapper à une

arrestation fondée sur des soupçons de possession de crack, l'homme s'est battu avec l'agent qui procédait à l'arrestation. L'agent a subi des égratignures aux bras et aux mains, et une ecchymose au visage; en outre, l'homme a mordu l'agent à l'avant-bras. L'agent a reconnu que ses blessures étaient de nature mineure et que, en temps normal, il se serait attendu à reprendre son service sans délai. Cependant, l'agent a souffert d'autres malaises en suivant un traitement antirétroviral de 35 jours destiné à prévenir le risque d'infection par le VIH. L'agent a éprouvé divers effets secondaires, dont l'insomnie, des vomissements, de la diarrhée, une faiblesse incapacitante, et il a maigri de dix kilos.

Selon le Code criminel, le terme « lésions corporelles » signifie « blessure qui nuit à la santé ou au bien-être d'une personne et qui n'est pas de nature passagère ou sans importance. »⁴ Le juge a déclaré que, prises isolément, les blessures de l'agent ne permettraient pas de conclure hors de tout doute raisonnable à l'existence de lésions corporelles suffisantes pour élever les voies de fait simples au rang de voies de fait causant des lésions corporelles. Toutefois, le juge a conclu que les effets secondaires associés au traitement antirétroviral correspondaient à la notion de lésions corporelles et qu'ils avaient été causés par la morsure.

Commentaire

La transmission du VIH par une morsure, bien qu'elle soit biologiquement possible, demeure « négligeable du point de vue épidémiologique ».⁵ Cinq cas seulement de transmission du VIH attribuable à des morsures ont été rapportés dans le monde entier depuis 1987.⁶

Homme séropositif condamné à six ans d'emprisonnement pour avoir commis un vol qualifié au moyen d'une seringue

En février 2006, un homme séropositif a été condamné à six ans d'emprisonnement après avoir plaidé coupable à un chef d'accusation de vol qualifié.⁷ L'homme avait été arrêté peu de temps après avoir commis un vol qualifié dans un café-restaurant de Vancouver. Il avait brandi une seringue remplie de sang et avait dit à l'employé du café qu'il était séropositif. Dans la détermination de la peine, le juge a énuméré divers facteurs aggravants, dont le fait que l'accusé savait qu'il était séropositif pour le VIH et l'hépatite C, ses nombreux antécédents criminels et son incapacité à respecter un programme de désintoxication. Dans une affaire semblable dont il a été question dans un numéro précédent de la Revue, un homme séropositif qui s'était servi d'une seringue pour commettre un vol qualifié avait été condamné à cinq ans d'emprisonnement.⁸

Un homme accusé d'avoir omis de divulguer son état séropositif est déclaré non coupable

Un homme séropositif a été déclaré non coupable de voies de fait graves, après que le juge eut conclu que le témoignage du plaignant était argumentatif, imprécis et truffé de contradictions.⁹ Le plaignant avait changé son témoignage concernant le pourcentage de fois où un condom avait été utilisé dans les rapports sexuels, et il avait donné de fausses

informations concernant sa date de naissance dans les dossiers médicaux.

Fait d'importance, le juge a rejeté l'argument de la défense selon lequel le niveau indécélable du virus présent dans le sang de l'accusé avait diminué les chances de transmission du VIH et donc qu'il n'était pas suffisant pour justifier une condamnation pour un risque important de lésion corporelle grave. Le juge a qualifié l'argument de « fragile », parce qu'il reposait sur le niveau du virus présent le jour de l'analyse sanguine et non le niveau auquel le plaignant pouvait avoir été exposé à l'occasion des rapports sexuels.

Une femme qui prétendait avoir le sida est condamnée à 21 jours de prison pour avoir craché sur un agent de police

En février 2006, une femme de l'Ontario âgée de 19 ans a été reconnue coupable d'avoir agressé un agent de police. Après son arrestation pour intoxication publique, la jeune femme a craché au visage de l'agent de police de sexe féminin qui la conduisait à une cellule, puis elle a éclaté de rire et a déclaré qu'elle avait le sida. Le juge du procès a affirmé que la peine aurait été beaucoup plus sévère si l'accusée n'avait pas déjà passé 59 jours en détention avant le procès et la sentence. L'état sérologique réel pour le VIH de l'accusée demeure inconnu.

Commentaire

Le faible taux de VIH présent dans la salive des personnes séropositives au VIH, associé au fait que la salive elle-même inhibe l'infectiosité du VIH-1, rend la transmission du VIH par cra-

chat extrêmement peu probable.¹⁰ Du demi-million de cas de sida rapportés aux U.S. Centers for Disease Control and Prevention jusqu'en 1997, aucun n'était attribuable à l'exposition à la salive.¹¹ Une affaire antérieure a déjà été rapportée dans la Revue, concernant un prisonnier séropositif qui avait reçu une année d'emprisonnement additionnelle pour avoir craché au visage d'un agent de correction.¹²

Homme séropositif condamné à 10 ans de prison pour avoir frappé et mordu le propriétaire d'une résidence durant une introduction par effraction

En juillet 2006, un homme séropositif âgé de 45 ans a été condamné à 10 ans d'emprisonnement après avoir plaidé coupable à des accusations de voies de fait graves, d'agression armée, d'introduction par effraction et de manquement aux conditions de sa probation.¹³ À l'occasion du vol, l'accusé a frappé le propriétaire âgé de 63 ans à la tête avec un vase, il l'a mordu à plusieurs reprises au poignet et à la tête, et il a planté un doigt dans l'oeil de l'homme. Lorsqu'il a prononcé la longue peine, le juge a énuméré les nombreux antécédents criminels de l'accusé, notamment ses condamnations pour introduction par effraction, vol qualifié et voies de fait graves.

Homme séropositif condamné à 15 ans de prison pour agression sexuelle grave

En mars 2006, un juge de la Cour suprême de la Colombie-Britannique a condamné un homme séropositif à

15 ans d'emprisonnement pour cinq chefs d'agression sexuelle grave, un chef d'agression sexuelle et un chef de tentative d'agression sexuelle grave.¹⁴ L'homme avait eu des rapports sexuels non protégés avec sept femmes sans leur divulguer sa séropositivité, et depuis trois d'entre elles ont passé des tests qui se sont révélés positifs pour le VIH.¹⁵ En prononçant la sentence, qui pourrait être l'une des plus sévères pour ce type d'infraction, le juge a noté que les effets des actions de l'homme avaient été « catastrophiques et horribles » pour les jeunes femmes touchées.¹⁶

La Cour d'appel remplace une peine d'emprisonnement pour agression sexuelle grave par une condamnation avec sursis

En février 2006, par suite d'une négociation de plaidoyer, un homme séropositif de Winnipeg a plaidé coupable à une accusation d'agression sexuelle grave.¹⁷ Trois années auparavant, il avait rencontré une femme à l'occasion d'une soirée, s'était enivré et avait eu avec elle des rapports sexuels consensuels non protégés. Il a déclaré à la police qu'il n'avait pas songé à ce moment-là à divulguer son état séropositif ou à utiliser un condom, parce que « tout s'était passé tellement vite ». ¹⁸ La femme, qui souffre d'une déficience intellectuelle, n'a pas contracté le VIH.

L'avocat de la défense et le ministère public ont recommandé conjointement une condamnation avec sursis de deux ans moins un jour à purger dans la collectivité, suivie de trois ans de probation. Le juge a rejeté la recommandation conjointe,

étant d'avis qu'elle ne reflétait pas la gravité de l'infraction, et il a imposé une peine d'emprisonnement de deux ans et demi. Le juge a déclaré, « [c]ompte tenu de la responsabilité accrue exigée de la personne qui porte les maladies dont l'accusé se savait porteur, son indifférence et son insouciance sont ahurissantes ». ¹⁹

En juin 2006, la Cour d'appel du Manitoba a écarté la peine d'emprisonnement de deux ans et demi et imposé une peine conditionnelle de deux ans suivie de trois ans de probation. ²⁰ La majorité des juges de la Cour d'appel a conclu que le juge de première instance n'avait pas donné de motifs « sérieux et convainquants » pour rejeter la recommandation conjointe. ²¹ La Cour d'appel a imposé diverses conditions, dont l'assignation à résidence, le couvre-feu absolu, l'interdiction de consommer de l'alcool, l'interdiction de communiquer avec la plaignante et des évaluations de consommation abusive de substances psychoactives selon les directives de l'agent de supervision.

La Cour d'appel de l'Ontario autorise la tenue d'un procès pour une accusation d'agression sexuelle grave fondée sur la séropositivité présumée de l'accusé

En mars 2006, la Cour d'appel de l'Ontario a autorisé à l'unanimité la tenue d'un procès relativement à une accusation d'agression sexuelle grave. ²² La victime était la fille de l'accusé, qui était âgée de 5 ans au moment de l'infraction, et l'accusation d'agression sexuelle grave reposait sur la possibilité qu'il l'ait exposée au risque de transmission du VIH. La

question en litige à la Cour d'appel consistait à déterminer s'il y avait suffisamment d'éléments de preuve pour établir que « la conduite qui avait donné lieu à la transmission de la bactérie de la gonorrhée avait également mis en danger la vie de la plaignante en l'exposant au VIH ». ²³ L'accusé soutenait que la poursuite n'avait pas présenté durant l'enquête préliminaire d'éléments de preuve susceptibles d'amener la Cour à conclure que la vie de la plaignante avait réellement été mise en danger par une exposition au VIH – le facteur « aggravant » dans l'agression sexuelle. La Cour d'appel a jugé qu'il y avait suffisamment d'éléments de preuve pour justifier l'examen de l'accusation d'agression sexuelle grave au procès.

Dans les circonstances, l'accusation d'agression sexuelle grave requiert que l'accusé ait su qu'il était séropositif au VIH, ou ait fait preuve d'aveuglement volontaire à cet égard. L'accusé n'avait jamais subi de test VIH. La Cour d'appel a conclu que la preuve qui indiquait que l'accusé avait « délibérément refusé de subir un test », après que sa partenaire sexuelle lui eut dit qu'elle était séropositive, pourrait amener le juge du procès à « conclure en toute logique que l'appelant savait qu'il était séropositif ». ²⁴ Subsidièrement, la Cour a conclu que la preuve pourrait être suffisante pour qu'un juge de première instance se demande si l'accusé s'était délibérément aveuglé sur sa séropositivité. La Cour a souligné le fait que la conjointe de l'accusé avait reçu un résultat positif de test du VIH après cinq années d'une relation monogame avec lui, et qu'elle a affirmé n'avoir « adopté aucun autre comportement qui l'aurait exposée au risque de contracter le VIH. » ²⁵ La Cour a jugé

que « s'appuyant sur cette base certes fragile, le juge des faits pourrait conclure que l'appelant a infecté [sa conjointe] ou qu'il avait été infecté par elle avant qu'ils commencent à utiliser des condoms. » ²⁶

En appel, la Cour devait déterminer s'il y avait des éléments de preuve susceptibles de démontrer que l'accusé avait mis la vie de sa fille en danger par le VIH – en d'autres termes, s'il y avait eu un risque de transmission du VIH lié à l'agression. À l'enquête préliminaire, le ministère public a présenté une preuve que l'accusé et sa fille de 5 ans étaient tous les deux porteurs de la même souche de gonorrhée, ce qui serait la conséquence de relations sexuelles non protégées avec pénétration partielle. Aucune preuve d'expert sur la transmission du VIH n'a été présentée à l'enquête préliminaire. Néanmoins, la Cour a tiré la conclusion logique que le degré de contact qui a entraîné la transmission de la gonorrhée à l'enfant avait aussi pu entraîner son exposition au VIH. Au procès, pour obtenir une condamnation, le ministère public doit prouver tous les éléments de l'infraction d'agression sexuelle grave hors de tout doute raisonnable.

L'homme a été acquitté au procès de l'accusation d'agression sexuelle grave, parce que la preuve de sa séropositivité au moment de l'agression n'a pas été faite. ²⁷ Il a été déclaré coupable d'agression sexuelle causant des lésions corporelles et de contact sexuel. Il attend la sentence.

Homme condamné à 10 ans de prison pour avoir agressé une fillette de sept ans

En août 2006, un homme séropositif de l'Ontario, âgé de 38 ans, a

été déclaré coupable de six chefs d'accusation, dont agression sexuelle grave et possession et production de matériel pornographique, relativement à une fillette de sept ans.²⁸ Il a été condamné à 10 ans de prison et déclaré délinquant à contrôler.

– Jennifer Chan

¹ *R. c. J.L.*, [2006] OJ No 3742 (Cour de justice Ont.) (QL); L. Priest, « Mother convicted of hiding HIV status for son's birth », *The Globe and Mail*, 7 août 2006.

² D. Healey, « Mom hid HIV for son's birth », *Hamilton Spectator*, 8 août 2006.

³ *R. c. Luu*, [2006] OJ No 1083 (Cour de justice Ont.) (QL).

⁴ *Ibid.* avec référence à *R. c. Dupperon* (1984), 16 C.C.C. (3d) 453 (Cour d'appel Sask.).

⁵ K.M. Richman et L.S. Rickman, « The potential for transmission of human immunodeficiency virus through human bites », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 6, 4 (1993) : 402-406.

⁶ C.F. Bartholomew et A.M. Jones, « Human bites: a rare risk factor for HIV transmission », *AIDS* 20, 4 (2006) : 631-632.

⁷ *R. c. Leahy*, [2006] B.C.J. 1049 (Cour provinciale de C.-B.) (QL).

⁸ T. Franklin, « Un homme séropositif qui utilisait une seringue pour commettre des vols qualifiés a été condamné à cinq ans de prison », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11, 1 (2006) : 44.

⁹ D. Lajoie, « Judge tosses HIV assault case: allegation that ex-lover hid his medical status called unreliable », *The Windsor Star*, 10 mars 2006.

¹⁰ U.S. Centers for Disease Control and Prevention, « Transmission of HIV possibly associated with exposure of mucous membrane to contaminated blood », *Morbidity and Mortality Weekly Report* 46, 27 (1997) : 620-623.

¹¹ *Ibid.*

¹² « Peine d'un an pour avoir craché », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 7, 1 (2002) : 60.

¹³ J. Pritchett, « HIV-infected man bit victim in assault », *Kingston Whig-Standard*, 31 juillet 2006.

¹⁴ G. Bellett, « Man with HIV jailed 15 years for unsafe sex: seven victims: 'catastrophic and dreadful' crime, judge says », *National Post*, 3 mars 2006.

¹⁵ T. Franklin, « Un homme séropositif est reconnu coupable d'agression sexuelle grave », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11, 1 (2006) : 44.

¹⁶ G. Bellett.

¹⁷ *R. c. Lamirande*, [2006] MJ No 33 (Cour provinciale Man.) (QL), au par. 34.

¹⁸ *Ibid.* au par. 6.

¹⁹ *Ibid.* au par. 14.

²⁰ *R. c. Lamirande*, [2006] MJ 223 (Cour d'appel Man.) (QL), au par. 1.

²¹ *Ibid.* au par. 26.

²² *R. c. S.(F.)*, 2006 CarswellOnt1539 (Cour d'appel Ont.) (WestlaweCARSWELL).

²³ *Ibid.* au par. 29.

²⁴ *Ibid.* au par. 19.

²⁵ *Ibid.* au par. 18.

²⁶ *Ibid.* au par. 18.

²⁷ S. Pazzano, « 'Despicable' dad; HIV-positive man guilty of sex with daughter, 5 », *Toronto Sun*, 14 octobre 2006.

²⁸ Canadian Press, « HIV-positive man sentenced to jail », *Sudbury Star*, 31 août 2006.

En bref

La Cour suprême confirme le pouvoir du Tribunal de l'aide sociale de l'Ontario de tenir compte du Code des droits de la personne

Dans un arrêt important pour les défenseurs des droits de la personne en Ontario, la Cour suprême a établi, le 21 avril 2006, que le Tribunal de l'aide sociale de l'Ontario (le Tribunal) doit tenir compte du *Code des droits de la personne* de l'Ontario (le Code) pour rendre ses décisions.¹

Les demandeurs, qui souffraient tous deux d'une dépendance à l'alcool, avaient présenté une demande de soutien selon la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, et leur demande avait été refusée.² Ils ont interjeté appel au Tribunal de la décision de leur refuser les prestations de soutien.

Au Tribunal, ils ont soutenu que le Tribunal devait faire abstraction de l'article 5(2) de la Loi parce que celui-ci portait atteinte au droit à la protection contre la discrimination

fondée sur le handicap, garanti par le Code. L'article 5(2) de la Loi prévoit qu'une personne n'est pas admissible au soutien du revenu lorsque son incapacité repose uniquement sur la dépendance ou l'accoutumance à l'égard de l'alcool, d'une drogue, ou d'une autre substance. Le Tribunal avait conclu qu'il n'avait pas le pouvoir de tenir compte du Code pour rendre sa décision.

La Cour a examiné le Code et les dispositions législatives qui ont créé le Tribunal, et le mécanisme de prestations d'invalidité. Elle a conclu

que le Tribunal n'avait pas le pouvoir de refuser de tenir compte du Code lorsqu'une partie l'invoquait en appel. La Cour a renvoyé la cause au Tribunal pour qu'il détermine si, à la lumière du Code, l'article 5(2) de la Loi était applicable pour refuser aux demandeurs les prestations d'invalidité.

Il est important de noter que, dans un arrêt rendu en 2000, la Cour d'appel de l'Ontario avait jugé que les personnes qui font une consommation abusive d'alcool ou d'autres drogues sont handicapées et ont droit à la protection du Code.³

La décision de la Cour suprême peut également s'appliquer à d'autres tribunaux et d'autres lois sur les droits de la personne au Canada, selon le libellé des lois pertinentes.

– Glenn Betteridge

Un agent de police perd son action en négligence contre le SCC

En mars 2006, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a rejeté pour des motifs d'ordre procédural la demande d'un agent de police d'après lequel le personnel du Service correctionnel du Canada (SCC) avait fait preuve de négligence en retirant un mandat de suspension délivré contre un homme séropositif qui l'a mordu après sa libération.⁴

L'agent de police a engagé son action onze mois après avoir été mordu. Il soutenait que, n'eût été de la négligence du SCC, il ne serait

pas entré en contact avec l'homme et donc n'aurait pas subi de préjudice. Il réclamait 75 000\$ de dommages-intérêts généraux et 25 000\$ de dommages-intérêts exemplaires. Craignant d'avoir été infecté par le VIH, l'agent de police a subi des analyses sanguines pendant un an. L'agent n'a pas contracté le VIH.

Selon la *Loi sur la responsabilité civile de l'État et le contentieux administratif*, aucune poursuite civile fondée sur la négligence d'une administration publique ne peut être intentée après l'expiration d'un délai de six mois de la date du préjudice.⁵ Dans les cas où un élément de la réclamation fondée sur la négligence ne peut raisonnablement être connu du demandeur avant l'expiration du délai de prescription, par exemple l'étendue du préjudice subi, le délai peut exceptionnellement être prolongé. C'est la « règle du moment où le préjudice aurait pu être découvert », selon laquelle le délai de prescription commence à courir à la date où le demandeur a pris connaissance, ou aurait dû prendre connaissance, de l'information manquante. La Cour a conclu que l'agent de police ne pouvait pas se prévaloir de la règle en question. Peu de temps après avoir été mordu, l'agent a appris que l'homme qui l'avait mordu était séropositif au VIH, il savait que le mandat de suspension avait été retiré et il connaissait les faits sur lesquels reposait le retrait. L'action a été rejetée.

Dans des commentaires additionnels, la Cour a observé que, même si l'agent de police

avait intenté son action en temps opportun, il n'aurait pas eu gain de cause. Compte tenu du « temps considérable » que le personnel du CSC a consacré à aider l'agresseur de l'agent et des circonstances particulières de l'affaire,⁶ la Cour a conclu que le retrait du mandat d'arrestation de l'agresseur était un acte discrétionnaire raisonnable.⁷ En outre, il était impossible de prévoir que l'homme mordrait l'agent de police.⁸ Ce dernier a indiqué son intention d'interjeter appel.⁹

– Jennifer Chan

¹ *Tranchemontagne c. Ontario (Directeur du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées)*, 2006 CSC 14.

² *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, L.O., 1997, ch. 25, Annexe B.

³ *Entrop c. Imperial Oil* (2000), 50 O.R. (3d) 18.

⁴ *Tsoutsoulas c. Canada (Attorney General)*, [2006] OJ 1020 (QL).

⁵ L.R.C., 1985, C-50, art. 32.

⁶ *Tsoutsoulas c. Canada*, au par. 23.

⁷ *Ibid.* au par. 37.

⁸ *Ibid.* au par. 34.

⁹ N. Pona, « Bitten cop loses lawsuit; lived in fear of HIV », *Toronto Sun*, 16 mars 2006.

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 états-unien 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.

Afrique du Sud – Une Cour ordonne au gouvernement de fournir des ARV à des détenus

Le 28 août 2006, la Haute Cour d'Afrique du Sud a rejeté la tentative du gouvernement de faire suspendre une ordonnance judiciaire antérieure concernant l'accessibilité de traitements antirétroviraux (ARV) pour des détenus séropositifs de l'établissement Westville Correctional Centre (WCC).¹ Pour rendre sa décision, la Cour a tenu compte, entre autres, du préjudice irréparable et des mauvais traitements dont souffriraient les détenus si l'accès aux traitements ARV était différé. Le jugement est le dernier développement dans une lutte de onze mois engagée par les détenus du WCC qui vivent avec le VIH, la Treatment Action Campaign (TAC) et l'AIDS Law Project (ALP) pour forcer le gouvernement à offrir des traitements ARV aux détenus du WCC.²

La demande initiale et l'ordonnance de la Cour

Dans la demande initiale, présentée à la Cour le 12 avril 2006, 15 détenus qui vivent avec le VIH au WCC et la TAC ont demandé à la Cour d'obliger le gouvernement à donner accès aux ARV à ces détenus et à tous les prisonniers du WCC dans la même situation. Le système immunitaire des détenus était

gravement affaibli, ce qui les rendait admissibles à l'évaluation préalable au traitement ARV selon le programme et les directives nationales concernant le traitement du VIH. Dans sa décision initiale du 22 juin 2006, la Cour a déterminé que le gouvernement ne s'était pas acquitté de ses obligations constitutionnelles et juridiques envers les détenus du WCC.³ En conséquence, elle a ordonné au gouvernement :

- de supprimer les restrictions qui privaient les détenus séropositifs du WCC de l'accès aux ARV;
- de fournir des ARV aux détenus conformément au programme et directives nationales; et
- de rendre compte dans les deux semaines à l'ALP et à la Cour de son programme d'application de l'ordonnance judiciaire.

Le gouvernement a demandé à la Cour la permission d'appeler de l'ordonnance, ce qui, dans les procédures judiciaires habituelles, entraîne une suspension de l'ordonnance. Toutefois, l'ALP a demandé que l'ordonnance ne soit pas suspendue, et elle a eu gain de cause. Dans sa décision, la Cour a souligné l'urgence du traitement ARV pour les détenus, en s'appuyant sur les propres statistiques du gouvernement selon lesquelles neuf détenus par mois décédaient au WCC de maladies apparentées au VIH/sida, depuis le début de 2005.⁴ Le gouvernement a demandé la permission d'appeler de la décision de la Cour de ne pas suspendre l'ordonnance.

La permission d'appeler de la non-suspension de l'ordonnance est refusée

Pour décider que la permission d'appeler devait être refusée, la Cour

a appliqué les critères établis dans la jurisprudence antérieure, qui exigent une comparaison entre la preuve du préjudice irréparable que subirait le gouvernement et celui que subirait les détenus. Pour établir cette comparaison, elle a examiné la situation médicale des demandeurs et des autres détenus du WCC. Le gouvernement a soutenu que l'ordonnance du 22 juin 2006 était inutile, parce que les détenus étaient tous traités adéquatement et recevaient les soins médicaux appropriés, y compris les ARV.

Des affidavits présentés par la TAC ont rapporté le décès de l'un des demandeurs originaux depuis le jugement initial, à titre de preuve de la déficience des soins médicaux. La Cour a observé que, malgré des indices clairs que le détenu avait besoin d'une évaluation concernant le traitement ARV, ces indices ne sont apparus qu'après que les procédures judiciaires furent engagées contre le gouvernement, et à ce stade le traitement ARV fut inefficace. En outre, la Cour a noté qu'il y avait, en plus des détenus demandeurs, un certain nombre d'autres détenus, au moins 48 autres, qui étaient très malades du VIH/sida, mais qui ne recevaient pas les traitements médicaux appropriés et n'avaient pas non plus été évalués pour la thérapie ARV.

La Cour a conclu que, comme il n'a pas été démontré que les ressources étaient inexistantes ou qu'il y avait des difficultés pratiques insurmontables, la possibilité de donner accès au traitement ARV imposerait seulement un « inconvénient organisationnel » au gouvernement. En revanche, la santé des détenus subirait un préjudice irréparable si l'ordonnance provisoire était suspendue. S'appuyant sur les longs

antécédents de négligence présentés dans les jugements antérieurs et dans les affidavits de la TAC, la Cour a déterminé qu'il était nécessaire que le gouvernement se conforme à l'ordonnance. Par conséquent, la Cour a refusé la permission d'appeler et elle a modifié l'ordonnance originale de manière à prolonger l'échéance imposée au gouvernement pour présenter un rapport à l'ALP et à la Cour sur son programme d'exécution de l'ordonnance.

Le rapport du gouvernement, la réponse de l'ALP⁵

Le 8 septembre 2006, le gouvernement a présenté une brève déclaration sous serment contenant son programme. En gros, le gouvernement a affirmé que son programme est le programme du gouvernement de l'Afrique du Sud qui consiste à offrir un traitement ARV à toutes les personnes qui ont besoin de traitements pour le VIH/sida financés par les fonds publics. En outre, le gouvernement a fait valoir que tous les détenus du WCC dont la numération des CD4 est inférieure à 200 ont reçu des soins conformément au programme national. Plus particulièrement, il a déclaré que 72 des 114 détenus recevaient une thérapie ARV. Le gouvernement a également décrit les mesures que le WCC a prises pour devenir un établissement accrédité en ce qui a trait à l'évaluation, à la prescription et à la délivrance de traitements ARV.

Dans une réponse détaillée, l'ALP, tout en reconnaissant une certaine évolution de la part du gouvernement, a contesté plusieurs des affirmations de celui-ci, dont, ce qui est significatif, celle que toutes les per-

sonnes qui ont un urgent besoin du traitement ARV ont été évaluées en ce sens. Pour cette raison et d'autres, l'ALP a soutenu que le programme du WCC était déraisonnable et donc qu'il n'était pas constitutionnellement acceptable. Le gouvernement a répondu en détail. Il a maintenu sa position selon laquelle il a toujours respecté ses obligations constitutionnelles envers les détenus du WCC,

et qu'il s'est pleinement conformé à l'ordonnance de la Cour.

– Cheryl Robinson

Cheryl Robinson est étudiante en deuxième année à la faculté de droit de l'Université de Toronto et elle travaille à titre de bénévole au Réseau juridique par l'entremise de Pro bono Students Canada.

¹ *EN et al. c. Government of the Republic of South Africa et*

al. (28 août 2006), 4576/2006 (Durban and Coast Local Division).

² L'ALP, une clinique juridique spécialisée, a représenté les détenus et la TAC. Toutes les décisions et les nombreux autres documents relatifs à l'affaire sont accessibles sur le site Web de l'ALP : www.alp.org.za.

³ *EN et al. c. Government of the Republic of South Africa et al.* (22 juin 2006), 4576/2006 (Durban and Coast Local Division).

⁴ *EN et al. c. Government of the Republic of South Africa et al.* (25 juillet 2006), 4576/2006 (Durban and Coast Local Division).

⁵ Les trois déclarations sous serment mentionnées dans cette section sont accessibles sur le site www.alp.org.za.

É.-U. – Défendeur contraint de communiquer ses antécédents sexuels dans une poursuite pour transmission du VIH par négligence

En juillet 2006, la Supreme Court of California a jugé qu'un homme poursuivi parce qu'il aurait transmis le VIH à sa conjointe était obligé de divulguer des renseignements sur ses antécédents sexuels.¹ La Cour a également conclu que, pour tenter une action pour transmission du VIH par négligence, la demanderesse n'avait pas besoin de prouver que le défendeur se savait séropositif au moment des rapports sexuels. Il était suffisant que la demanderesse démontre que le défendeur avait *lieu de savoir* qu'il vivait avec le VIH au moment de la prétendue transmission.

Une femme (Bridget) a poursuivi son conjoint (John) pour lui avoir transmis le VIH intentionnellement et par négligence. Peu de temps après le début de leurs fréquentations en 1998, John a dit à Bridget qu'il était monogame et n'avait pas d'infections transmissibles sexuellement. Il a insisté pour qu'ils cessent d'utiliser des condoms. Le couple s'est marié en juillet 2000

et Bridget a subi en octobre 2000 des tests qui ont indiqué qu'elle était séropositive pour le VIH. John a également eu un résultat positif peu de temps après. John a plus tard révélé à Bridget qu'il avait eu avant leur mariage des rapports sexuels avec des hommes. Chacun des conjoints a soutenu que l'autre avait été infecté en premier.

Le juge de première instance a

conclu que, dans le cadre des procédures de communication préalable, Bridget avait le droit de connaître, entre autres, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de chaque homme avec qui John avait eu des rapports sexuels dans les dix années antérieures. John a interjeté appel. La Cour d'appel a jugé que John avait seulement l'obligation de divulguer

le nombre total des rapports sexuels qu'il avait eus avec des hommes dans les années antérieures à leur relation, avec les dates. John a de nouveau interjeté appel.

John a soutenu devant la Cour suprême que, pour avoir gain de cause dans son action contre lui pour transmission du VIH intentionnelle ou par négligence, Bridget devrait démontrer qu'il savait qu'il était séropositif au VIH. En conséquence, durant la procédure de communication préalable, Bridget pourrait uniquement demander si John avait reçu un résultat positif à un test du VIH, ou un diagnostic médical d'infection à VIH.

L'opinion majoritaire

Selon le juge Baxter, qui a rédigé l'opinion de la majorité, pour que le défendeur soit déclaré civilement responsable de transmission du VIH par négligence, il serait suffisant que celui-ci ait eu « lieu de savoir » qu'il vivait avec le virus lorsqu'il a eu des rapports sexuels non protégés avec la demanderesse. On a lieu de savoir « lorsqu'il y a suffisamment de renseignements pour qu'une personne raisonnable déduise qu'elle est infectée par le virus ou que l'infection est tellement probable qu'elle doit fonder sa conduite sur cette hypothèse ». Le juge a dit craindre que, si les gens devaient en avoir la certitude, ils pourraient choisir de ne pas subir de test VIH afin d'échapper à leur responsabilité juridique.

Finalement, il a jugé que les droits constitutionnels à la vie privée ne faisaient pas obstacle à la communication dans cette affaire, parce que le droit à la vie privée de John ne l'emportait pas sur l'intérêt supérieur de l'État qui consiste à « favoriser

la découverte de la vérité en rapport avec les procédures judiciaires » et à empêcher la propagation du VIH.

Les dissidences

Les juges Werdegar et Moreno ont rédigé des opinions dissidentes distinctes. Tous deux ont affirmé que le critère de responsabilité devait être fondé sur la connaissance réelle de la séropositivité. À leur avis, le fait d'étendre la responsabilité pour la transmission du VIH aux personnes qui ne savent pas qu'elles sont séropositives pourrait nuire à la lutte contre le sida.

Une partie des mesures législatives adoptées contre le VIH/sida a consisté à favoriser le dépistage en protégeant la confidentialité du résultat de test du VIH dans les procédures civiles au moyen du *Health and Safety Code* de la Californie. Le fait d'obliger les gens à divulguer des renseignements au sujet de leurs partenaires sexuels, dans des procédures civiles, soulèverait forcément des questions sur l'état sérologique de leurs partenaires.

Parallèlement, le juge Moreno a déclaré « difficile à croire » l'opinion de la majorité selon laquelle les gens préféreraient éviter de recevoir un diagnostic et des traitements dans le but d'échapper à leur responsabilité dans l'avenir.

Pour sa part, la juge Werdegar a qualifié la divergence d'opinions sur la santé publique, la vie privée et autres considérations de principe de « pure conjecture pour autant que sache la Cour », et elle a conclu que ces questions relevaient strictement d'une autorité législative qui a déjà largement traité du sujet.

Les deux juges dissidents ont également exprimé leurs inquiétudes

sur la nature indiscreète de la communication préalable et le danger que des personnes séropositives s'en servent pour tenter d'obtenir des règlements lucratifs ou pour embarrasser un ex-partenaire sexuel en exposant ses antécédents sexuels. Le juge Moreno a conclu que la décision de la majorité avait « ouvert une boîte de Pandore ».

Commentaire

La cause soulève diverses questions sur la responsabilité civile pour la transmission du VIH ou l'exposition à l'infection.² D'abord, le critère « aurait dû savoir » risque de stigmatiser les personnes qui font partie des populations à risque, parce qu'il est difficile d'établir une nette distinction entre les personnes qui « devraient savoir » qu'elles vivent avec le VIH et celles qui font partie d'une population à risque. Le danger de renforcement des stéréotypes ressort bien de la demande de communication préalable de la demanderesse dans cette affaire : elle se limite à demander des renseignements sur les antécédents sexuels de John avec des hommes.

En outre, le rôle que joue la loi dans la structuration de mesures pour favoriser le dépistage et le traitement doit être mieux compris. Les juges de la majorité et les juges dissidents croyaient tous que leurs jugements inciteraient les gens à subir des tests.

Finalement, le fait que la majorité ne reconnaisse pas que le VIH véhicule des stigmates particuliers associés à l'élaboration de politiques qui le concernent est inquiétant. Le juge Baxter a fondé son opinion, voulant que le VIH ne diffère pas des autres maladies transmissibles sexuellement, sur un article de revue juridique de 1984 qui citait un magazine populaire

où l'on qualifiait l'herpès génital de « nouvelle lettre écarlate ».

Bien que la responsabilité civile puisse être une réponse adéquate à la transmission du VIH dans certaines circonstances, il faut faire en sorte

qu'elle ne porte pas inutilement et indûment atteinte aux droits de la personne et qu'elle ne nuise pas à d'autres objectifs importants de politique générale.

– Alana Klein

¹ John B. c. The Superior Court of California and Bridget B., 137 P.3d 153 (3 juillet 2006).

² Des considérations de principe similaires ont été examinées dans le contexte criminel. Voir ONUSIDA, *Droit criminel, santé publique et transmission du VIH : Étude des politiques possibles*, Juin 2002, p. 23–27.

Suisse – Femme séropositive obligée de livrer les noms de ses partenaires sexuels

Une femme séropositive a été condamnée en mars 2006 par une Cour de comté de Zurich à une peine de 12 mois avec sursis pour avoir eu des rapports sexuels non protégés avec trois hommes. On lui a également ordonné de communiquer aux autorités une liste contenant les noms de ses partenaires sexuels et de tenir cette liste à jour en y inscrivant les noms des futurs partenaires avec qui elle aurait des rapports sexuels protégés ou non protégés.¹

La femme de 42 ans, mère de deux enfants, a retenu l'attention de la Cour de Zurich lorsqu'un homme soupçonné de viol l'a identifiée comme l'une de ses victimes. Avant le viol, elle avait eu des rapports sexuels consensuels avec l'agresseur et deux autres hommes, qui avaient tous été informés qu'elle était séropositive.²

La Cour s'est appuyée sur l'article 231 du code pénal suisse,³ qui a pour but de prévenir la propagation de maladies infectieuses. Selon la disposition, qui remonte à 1942, commet un crime quiconque « propage intentionnellement ... une maladie humaine dangereuse et transmissible ». Selon l'interprétation antérieure de la loi par la Haute Cour de Suisse, une personne séropositive peut être poursuivie pour avoir eu des rapports

sexuels non protégés même si les deux partenaires ont consenti à avoir des rapports sexuels non protégés. De l'avis de la Cour de comté de Zurich, l'objectif de la disposition (prévenir la propagation de maladies infectieuses) était la seule considération importante. Le fait que les partenaires sexuels de la femme avaient consenti aux rapports sexuels non protégés sachant qu'elle était séropositive, et qu'aucun d'entre eux n'a contracté le virus, n'a pas été jugé pertinent.⁴

Commentaire

L'affaire soulève diverses questions relatives aux droits de la personne et à la politique générale. Tout d'abord, l'obligation de communiquer aux autorités les noms des partenaires sexuels passés et futurs soulève de

graves questions sur le droit à la vie privée, aussi bien pour la femme que pour les personnes dont on lui ordonne de communiquer les noms.⁵ Les groupes suisses de défense des droits de la personne ont réagi avec vigueur contre ces atteintes à la vie privée. Ils ont mis en doute l'objectif qui sous-tend la préparation de la liste, en faisant valoir que ses effets réels sur la prévention de la propagation du VIH sont difficiles à imaginer.⁶

En outre, comme l'a soutenu l'organisation AIDS Assistance Switzerland, la « [c]riminalisation de la transmission du VIH peut même être nuisible et peut amener les gens à ignorer leur infection par le VIH ... [et à] ne pas subir de test de crainte de s'exposer à la répression ».⁷ Thomas Lyssy, porte-parole de AIDS

Assistance Switzerland, s'oppose également à l'idée de considérer que la personne séropositive porte seule la responsabilité de prévenir la propagation du virus. À son avis, les deux partenaires devraient également avoir la responsabilité d'utiliser des moyens de protection.⁸

– Liisa Seim

Liisa Seim est une étudiante participante à un programme d'échanges d'étudiants à la faculté de droit de l'Université de Toronto et elle travaille à titre de bénévole au Réseau juridique par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

¹ « Strafbarkeit der Übertragung », *Swiss Aids News*, juin 2006.

² B. Panevski, « Swiss judge orders HIV positive woman to disclose partners' names », *British Medical Journal* 332, 7545 (2006) : 809–a.

³ *Strafgesetzbuch* (StGB).

⁴ B. Panevski, par. 2.

⁵ « Strafbarkeit », par. 1.

⁶ *Ibid.*

⁷ B. Panevski, par. 2.

⁸ T. Renz, « HIV-positive Frau muss Sexualpartner melden », *Basler Zeitung*, 24 mars 2003.

É.-U. – Une restriction politique anti-prostitution, dans le financement de la lutte au sida, est jugée contraire au droit à la liberté d'expression

Deux Cours de District des États-Unis ont jugé que la politique du gouvernement états-unien qui rend le financement de la lutte contre le VIH/sida conditionnel à la signature d'un engagement contre la prostitution viole le Premier Amendement.

Des tribunaux du District of Columbia¹ et du Southern District of New York² ont récemment instruit des causes concernant une politique de l'Agence états-unienne pour le développement international (USAID) qui exige que le financement gouvernemental ne soit accordé qu'à des groupes qui s'opposent explicitement à la prostitution et au trafic sexuel.

Cette politique a suscité de vives oppositions, parce qu'elle semble avoir pour conséquence d'empêcher les groupes de lutte contre le sida de travailler avec des prostitué-e-s pour stopper la propagation du VIH/sida, même lorsqu'ils se servent de leurs

propres fonds privés pour le faire. La disposition de l'USAID exige spécifiquement que tous les bénéficiaires de subventions du gouvernement « s'abstiennent de tout discours que le gouvernement pourrait interpréter comme une manifestation de soutien à la décriminalisation de la prostitution »,³ sans égard à la provenance de l'argent utilisé pour exprimer cette opinion.

Les demandresses dans ces affaires étaient des ONG états-uniennes – l'Alliance for Open Society International (AOSI) et Pathfinder International, qui ont présenté une action conjointe, et DKT International

(DKT) – qui travaillent dans la prévention internationale du VIH. Bien qu'aucune des organisations demandresses n'est « en faveur » de la prostitution, elles ont soutenu qu'elles doivent conserver leur capacité de s'impliquer directement auprès des populations à risque en ayant recours aux méthodes d'intervention éprouvées. DKT, par exemple, a refusé de signer l'engagement exigé, parce qu'elle met sur pied des programmes de distribution de condoms pour les travailleurs du sexe au Vietnam et qu'elle craint que la signature de l'engagement entraîne la stigmatisation et la méfiance de ses clients.

En mai 2006, la Cour a rendu un jugement sommaire dans l'affaire DKT. Elle a déclaré inconstitutionnelle l'exigence de politique de l'USAID, parce qu'elle viole le Premier Amendement.

Plus tôt le même mois, la Cour a prononcé une injonction provisoire contre l'USAID pour le motif que l'AOSI et Pathfinder pourraient subir un préjudice irréparable si elles étaient forcées de continuer à se conformer à l'exigence de politique en attendant le jugement définitif. Par conséquent, l'AOSI et Pathfinder ne peuvent être contraintes à se conformer à l'exigence de financement de l'USAID, tant qu'une décision n'a pas été rendue dans l'affaire. La décision sur le fond n'a pas encore été rendue. En accordant l'injonction provisoire, la Cour a cependant établi que l'engagement anti-prostitution est « vraisemblablement contraire au Premier Amendement ».⁴

La question fondamentale en litige dans ces affaires était la liberté d'expression, garantie par le Premier

Amendement de la Constitution des États-Unis. Dans les deux affaires, les groupes demandeurs ont soutenu que l'USAID violait leur droit à la liberté d'expression en ayant recours à son pouvoir d'application des ressources pour intervenir dans l'utilisation par les groupes de leurs fonds privés. L'USAID soutenait qu'elle n'avait rien fait pour restreindre la liberté d'expression, parce que les demandeurs étaient libres d'adopter toutes les politiques qu'ils souhaitaient, mais que le gouvernement ne pouvait pas être contraint de financer des activités contraires à ses objectifs politiques. La Cour a toutefois conclu que le gouvernement avait conçu sa restriction trop largement et qu'il aurait pu atteindre son objectif politique d'opposition globale à la prostitution d'une manière moins restrictive que par une interdiction totale visant le discours privé. Il est bien établi qu'il y a des limites au pouvoir d'application des ressources du gouvernement et qu'il ne peut pas se servir de la distribution de subven-

tions pour faire taire expressément les « opinions défavorables ».⁵ En outre, bien que la Cour suprême des États-Unis ait jugé que le gouvernement peut choisir de financer un point de vue par rapport à un autre, ce pouvoir ne s'étend qu'à l'utilisation de fonds fédéraux, et non de fonds privés.

Le ministère de la Justice des États-Unis a interjeté appel de la décision de la Cour dans l'affaire DKT.

– Ellen Silver

Ellen Silver est étudiante à la faculté de droit de l'Université de Toronto et elle travaille à titre de bénévole au Réseau juridique par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

¹ *DKT Intern., Inc. c. U.S. Agency for Intern. Development* 435 F.Supp.2d 5 (2006).

² *Alliance for Open Society Intern., Inc. c. U.S. Agency for Intern. Development* 430 F.Supp.2d 222.

³ *Ibid.*, à la p. 270.

⁴ *Ibid.*, à la p. 278.

⁵ *Ibid.*, à la p. 271, citant *National Endowment for the Arts c. Finley*, 524 U.S. 569 at 587 (U.S. Supreme Court, 1998).

É.-U. – Candidat à l'emploi séropositif autorisé à poursuivre le Foreign Service pour discrimination

Le 27 juin 2006, la Cour fédérale d'appel des États-Unis a infirmé un jugement de première instance et autorisé un homme séropositif à poursuivre le Secrétaire d'État pour discrimination présumée dans l'embauche.¹ On lui avait refusé, à cause de sa séropositivité, un poste de fonctionnaire au Foreign Office, qui aurait exigé des déplacements à l'étranger.

Lorenzo Taylor avait reçu une offre d'emploi conditionnelle, au Foreign Service. Le Département d'État a cependant refusé de l'engager lorsqu'il a découvert qu'il vivait avec le VIH et qu'il avait une maladie pulmonaire.

Le Département d'État a pour politique, en règle générale, d'affecter les personnes séropositives, quel que soit leur état de santé, uniquement à des postes où se trouvent un médecin expérimenté dans le traitement du VIH et des laboratoires à la hauteur des normes états-uniennes. Selon la politique, les personnes qui vivent avec le VIH ne sont pas considérées comme « aptes à l'affectation internationale ».

Toutefois, les membres du personnel actuel qui vivent avec le VIH sont traités différemment des candidats: on refuse l'emploi aux candidats, tandis que les personnes déjà employées conservent leur emploi et reçoivent des affectations adaptées à leur état de santé.

Lorenzo Taylor a poursuivi le Département d'État selon le *Rehabilitation Act*, pour le motif de discrimination fondée sur la séropositivité. Le Secrétaire d'État a présenté une requête pour jugement sommaire. Il soutenait que la demande devait être rejetée avant le procès, parce qu'il n'y avait pas de litige concernant les faits et que le droit en la matière était clairement en faveur du Secrétaire d'État.

Le tribunal de première instance a accédé à la requête en concluant que l'aptitude raisonnable à l'affectation internationale était une fonction essentielle des fonctionnaires des affaires extérieures et que, à cause de sa séropositivité, Lorenzo Taylor était incapable d'accomplir cette fonction sans s'exposer à un risque pour lui-même. Le tribunal de première instance a également jugé que le risque impor-

tant pour la santé de Lorenzo Taylor ne pouvait pas être réduit par un accommodement raisonnable sans que cela impose des contraintes excessives au Département d'État.

La Cour d'appel a rejeté la requête en jugement sommaire du Secrétaire d'État. À son avis, une véritable question est en litige concernant le degré de disponibilité exigé des fonctionnaires des affaires extérieures pour le service international. De plus, la preuve concernant la contrainte excessive qui serait imposée au Secrétariat d'État par les éventuels accommodements qu'exigerait l'état de santé de Lorenzo Taylor est contestée. Finalement, la preuve concernant sa maladie pulmonaire n'est pas établie. La Cour d'appel a renvoyé l'affaire au tribunal de première instance pour qu'il instruisse les questions en litige.

Commentaire

Les personnes qui vivent avec le VIH peuvent aspirer à des emplois qui les amènent à travailler dans divers pays, avec divers systèmes de santé et diverses qualités de soins relatifs au VIH.

Les questions fondamentales et interdépendantes relatives aux droits de la personne sont de trois ordres : (1) peut-on refuser ce type d'emploi aux personnes qui vivent avec le VIH uniquement à cause de leur séropositivité; (2) dans quelle mesure les employeurs doivent-ils tenir compte de l'état de santé actuel et du pronostic médical d'un candidat séropositif et lui offrir des accommodements; et (3) dans des limites

raisonnables, est-ce qu'un candidat séropositif peut déterminer le niveau acceptable de risque que comporte un milieu de travail.

La réponse donnée à ces questions peut avoir une importance juridique au-delà des États-Unis, même si Lorenzo Taylor a fondé son action sur une loi de ce pays. Des concepts comme « exigences essentielles de l'emploi », « accommodement raisonnable », « menace directe » et « contrainte excessive » sous-tendent les lois anti-discrimination applicables au VIH et à l'emploi dans plusieurs pays (par ex. le Canada et l'Australie).

Une question n'a pas été soulevée dans cette affaire : les effets, sur l'exécution de l'emploi, des restrictions relatives au VIH en matière d'immigration et d'accès aux frontières. Si les voyages dans des pays où ces restrictions existent constituent une exigence essentielle de l'emploi, l'employeur pourrait avoir le droit de congédier, ou de refuser d'engager une personne uniquement parce qu'elle est séropositive.

– Glenn Betteridge

Glenn Betteridge (gbetteridge@aidslaw.ca) est analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ *Taylor c. Rice*, 451 Federal Reporter 3d 898 (District of Columbia Circuit 2006).

R.-U. – La Cour d’appel rejette la demande d’un détenu sur l’instauration d’un programme d’échange de seringues

La Cour d’appel du Royaume-Uni a rejeté la demande de John Shelley, qui contestait le refus du Prison Service d’offrir un service d’échange de seringues en prison.¹

On avait d’abord refusé à John Shelley la permission d’obtenir une révision judiciaire de la politique de la prison en avril 2005.² Comme il l’avait fait dans sa demande initiale en révision judiciaire, Shelley a soutenu dans son appel que les détenus qui consommaient des drogues en prison sont exposés au risque de contracter des virus véhiculés par le sang comme le VIH et l’hépatite B et C s’ils n’ont pas accès à des seringues stériles pour chaque injection, et que les pastilles stérilisantes que fournit la prison ne sont pas aussi efficaces que les seringues stériles.

Le requérant soutenait que le défaut d’instaurer un programme d’échange de seringues portait atteinte aux articles 2, 3 et 8 de la *Convention européenne des droits de l’homme* (la Convention européenne) qui traitent, respectivement, du droit à la vie, de la protection contre les traitements inhumains ou dégradants, et du droit à la vie privée.³

La Cour d’appel a déclaré que, selon la Convention européenne, la prison doit offrir un système de santé adéquat. Cependant, comme le tribunal administratif avant elle, elle a jugé qu’il n’y avait pas d’atteinte à la Convention européenne et qu’il n’était pas déraisonnable de la part des autorités du Royaume-Uni d’offrir des pastilles stérilisantes plutôt qu’un programme d’échange

de seringues pour protéger la santé des personnes incarcérées.

La juge Hallett a conclu que les avantages des programmes d’échange de seringues pour le système carcéral de l’Angleterre et du pays de Galles n’avaient pas encore été clairement établis. Elle a déclaré qu’il n’y avait « pas de preuve concluante sur la diminution possible du risque pour la vie inhérent au programme d’échange de seringues par opposition au programme de stérilisation »,⁴ bien qu’elle ait cité une étude qui conclut que la stérilisation est moins efficace dans la prévention de la maladie que l’accès à des seringues neuves et stériles.

La juge Hallett a également conclu que l’échange de seringues « peut entraîner l’augmentation de la consommation de drogues et du nombre de seringues en prison ». ⁵ Les études, présentées au procès, qui démontrent que les programmes d’échange de seringues n’entraînent pas d’augmentation de la consommation de drogues ne sont pas, à son avis, nécessairement applicables aux plus grandes prisons de l’Angleterre et du pays de Galles.

La Cour a cependant déclaré que la prépondérance de la preuve pourrait favoriser les programmes d’échange de seringues dans l’avenir. Elle a conclu que les autorités devaient constamment réévaluer

la situation; si elles ne le font pas, leur défaut pourrait être contesté en justice.

John Shelley a présenté sa cause à la Cour européenne des droits de l’homme, qui a invité le gouvernement du Royaume-Uni à soumettre ses observations.

– Alana Klein

¹ *The Queen on the Application of John Shelley c. Secretary of State for the Home Department* [2005] EWCA Civ 1810.

² See D. Valette, « R.-U. – Une action en justice sur les programmes d’échange de seringues dans les prisons est rejetée », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10, 2 (2005) : 55-56.

³ Pour une discussion plus détaillée des arguments du requérant, voir *ibid.*

⁴ *Ibid.*, au par. 33.

⁵ *Shelley*, au par. 42.

En bref

Inde – La Haute Cour de l'Andhra Pradesh confirme le droit d'une personne séropositive à un emploi dans les forces policières

Récemment, une Division de la Haute Cour de l'Andhra Pradesh a confirmé le droit d'une personne séropositive d'être nommée au service de police. Le droit à l'emploi des personnes qui vivent avec le VIH/sida a été reconnu à plusieurs reprises depuis que la Haute Cour de Bombay a rendu sa décision de principe sur le droit à l'emploi des personnes vivant avec le VIH/sida, dans l'affaire *MX c. ZY* en 1997.¹

Le requérant, un agent de police de réserve, avait présenté sa candidature pour le poste de sous-inspecteur de police. Bien qu'il ait réussi les tests physiques et écrits et qu'il ait été provisoirement choisi pour l'emploi, sa nomination a par la suite été refusée pour le motif qu'il était séropositif. Le Service de police s'appuyait sur l'ordonnance 70(3) du manuel révisé de la police de l'Andhra Pradesh, qui interdit la nomination de candidats séropositifs par ailleurs éligibles au poste de sous-inspecteur de police.

Lorsque sa candidature a été rejetée, le requérant s'est d'abord adressé au Tribunal administrative de l'Andhra Pradesh, mais en vain. Il a ensuite contesté la décision du Tribunal et l'ordonnance 70(3) du manuel de police devant la Haute Cour de l'Andhra Pradesh. Au soutien de sa demande, il a présenté une preuve médicale selon laquelle les personnes séropositives sont en santé, fonctionnelles et productives durant

la période asymptomatique, qui peut durer de 3 à 18 ans avant l'apparition du sida. En conséquence, soutenait le requérant, le refus d'emploi à une personne pour le seul motif qu'elle est séropositive porte atteinte à son droit à la vie et aux moyens d'existence.

La Haute Cour de l'Andhra Pradesh a déclaré que l'ordonnance 70(3) allait à l'encontre de l'obligation constitutionnelle d'égalité et de non-discrimination dans l'emploi public. La Cour a ordonné aux intimés de nommer le requérant au poste de sous-inspecteur, dans la mesure où il respecte les critères exigés.

Le jugement de la Haute Cour de l'Andhra Pradesh dans cette affaire est important, parce qu'il reconnaît le droit à l'emploi des personnes séropositives, dans des cas où la bonne forme physique est une exigence préalable de l'emploi.

– Asha Mohan

Asha Mohan est agent des services d'assistance judiciaire au Lawyers' Collective HIV/AIDS Unit (www.lawyerscollective.org/le_hiv aids) à New Delhi, Inde.

Hong Kong – La Cour d'appel confirme que la criminalisation de la sodomie porte atteinte aux droits des gais

Le 20 septembre 2006, la Cour d'appel de Hong Kong a confirmé la décision de la Cour de première instance qui avait déclaré inconstitutionnelle la disposition législative

concernant la sodomie, dans la *Hong Kong Crimes Ordinance* applicable aux hommes gais.²

Selon l'article 118C de la *Crimes Ordinance*, il est illégal pour un homme de commettre la sodomie avec un homme âgé de moins de 21 ans, et illégal pour un homme âgé de moins de 21 ans de commettre la sodomie avec un autre homme. Selon la *Crimes Ordinance*, l'âge du consentement pour les rapports hétérosexuels vaginaux est de 16 ans, et les femmes âgées de moins de 21 ans ne sont pas assujetties à des châtiments criminels lorsqu'elles s'adonnent à la sodomie avec un homme ou une femme.

La Cour d'appel a largement adopté les motifs de la Cour de première instance pour conclure que l'article 118C portait atteinte aux droits à l'égalité et à la vie privée des hommes gais, droits protégés par la *Hong Kong Basic Law* et le *Bill of Rights*. En conséquence, la Cour d'appel a confirmé le jugement de première instance, à l'effet que l'article 118C était inconstitutionnel et non avenu, et elle a ordonné au gouvernement de payer les frais de l'homme qui a contesté la loi.

– Glenn Betteridge

Afrique du Sud – Une Cour d'appel annule la condamnation pour inconduite d'un médecin qui avait dénoncé l'inaction du ministre devant le VIH

Le 24 mars 2006, une Cour d'appel sud-africaine a jugé qu'un médecin

n'était pas coupable d'inconduite pour avoir ouvertement condamné le défaut du ministre de la Santé de fournir le médicament AZT à des femmes enceintes séropositives.³

En 1999, une accusation a été déposée contre le docteur Costa Gazidis, après qu'il eut dit à un journaliste qu'il rassemblait des renseignements dans le but de faire accuser le ministre de la Santé de l'époque, le docteur Nkosazana Zuma, d'homicide pour avoir refusé de fournir l'AZT à des femmes enceintes pour prévenir la transmission du VIH de mère à enfant. Le docteur Gazi était alors à l'emploi du ministère de la Santé. Il a été déclaré coupable d'inconduite selon le *Public Service Act*,⁴ qui interdit aux fonctionnaires de faire des commentaires nuisibles pour un ministère gouvernemental.⁵

La Cour d'appel a annulé la condamnation du docteur Gazi pour des motifs étroits, sans aborder les questions constitutionnelles relatives à la liberté d'expression. La Cour a conclu que le refus du ministre de financer les traitements à l'AZT pour des motifs d'ordre financier avait suscité une importante controverse publique, indépendamment des commentaires du docteur Gazi. Par conséquent, le préjudice qu'auraient pu causer au ministre les remarques du médecin existait déjà par suite de la critique publique générale.

– Ellen Silver

Afrique du Sud – Un adepte de la phytothérapie est contraint de cesser de diffamer les partisans des traitements

Le 3 mars 2006, la Haute Cour d'Afrique du Sud a rendu une ordonnance provisoire contre le docteur Matthias Rath, sa fondation et une organisation de guérisseurs traditionnels.⁶ L'ordonnance leur interdit de publier quelque déclaration que ce soit soutenant que la Treatment Action Campaign (TAC) est une façade de l'industrie ou des sociétés pharmaceutiques et qu'il est financé par ces dernières; et que la TAC cible les communautés démunies à titre de marché pour l'industrie pharmaceutique.

L'ordonnance sera en vigueur jusqu'au procès. La TAC, une organisation civile pour le traitement du VIH, a engagé des procédures à la suite de déclarations publiques de Matthias Rath et de sa fondation, qui vendent des traitements aux herbes pour l'infection à VIH et soutiennent que les médicaments antirétroviraux sont extrêmement toxiques. Le docteur Rath a déclaré publiquement que la TAC, entre autres, agit de connivence avec l'industrie pharmaceutique dans la promotion de ces médicaments; force le gouvernement à propager la maladie et la mort dans la population sud-africaine; et déstabilise la démocratie en Afrique du Sud.

La Cour s'est concentrée sur

l'allégation que la TAC est une « façade » pour les sociétés pharmaceutiques. Appliquant les critères juridiques de la diffamation, elle a conclu que les déclarations ne reposaient sur aucun fondement factuel et causaient un préjudice à la TAC et à ses membres en les rabaisant dans l'estime des membres de la société en général. En ce qui a trait aux critères relatifs à l'ordonnance provisoire, la Cour a conclu que la TAC subirait un préjudice irréparable si les déclarations diffamatoires continuaient d'être publiées en attendant l'issue du procès. Finalement, la Cour a rejeté l'argument du docteur Rath selon lequel l'ordonnance limiterait sa liberté d'expression protégée constitutionnellement.

– Glenn Betteridge

¹ *MX c. ZY* [1997] A.I.R. 1997.

² *Leung c. Secretary for Justice* (20 septembre 2006), CACV 317/2005; confirmant *Leung c. Secretary for Justice*, [2005] HKEK 1334, rapporté par G. Betteridge, « Hong Kong – Un tribunal conclut que la criminalisation de l'activité sexuelle porte atteinte aux droits des gais », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10, 3 (2005) : 44–46.

³ *Costa Gazidis c. The Minister of Public Administration* (24 mars 2006) Case No. A2050/04 (High Court of South Africa, Transvaal Provincial Division).

⁴ A. Ketter, « Afrique du Sud – Un tribunal confirme les mesures disciplinaires contre un médecin pour son franc-parler », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10, 1 (2005) : 69.

⁵ *Public Service Act (Proclamation No. 103 of 1994)*, art. 20(f) (Afrique du Sud).

⁶ *Treatment Action Campaign c. Matthias Rath et al.* (3 mars 2006), 2807/2005 (Cape of Good Hope Provincial Division). La décision et d'autres documents concernant la poursuite judiciaire sont accessibles à l'adresse www.tac.org.za.



ONUSIDA

PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE

SIDA 2006

DROIT, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE

Dans cette section spéciale de la *Revue VIH/sida, droit et politiques*, rendue possible par un octroi du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), nous reproduisons les exposés les plus pertinents aux enjeux juridiques, éthiques et de droits de la personne liés au VIH/sida, présentés lors du XVI^e Congrès international sur le sida, à Toronto, Canada, en août 2006, et dans le cadre de rencontres satellites. Nous l'avons fait aussi à l'issue de Genève 98, de Durban 2000, de Barcelone 2002 et de Bangkok 2004.¹ Les fonds reçus de l'ONUSIDA permettent de faire parvenir ce numéro à plus de 500 individus et organismes intéressés au VIH/sida et aux droits humains, en particulier dans des pays en développement, qui ne figurent pas sur notre liste régulière de distribution de la *Revue*. Ce numéro sera également distribué par les Centres d'information de l'ONUSIDA à des milliers d'autres intéressés. Les buts sont d'améliorer l'accès mondial à la documentation sur les questions de droits humains, de droit et d'éthique liées au VIH/sida; de favoriser le réseautage entre individus et regroupements actifs dans ce domaine; et de favoriser des réactions juridiques et de politiques respectueuses des droits de la personne.

Le programme du Congrès SIDA 2006 a offert plus d'exposés sur les enjeux des droits humains que tout autre Congrès international sur le sida jusque-là.

¹ « Droit, éthique et droits de la personne à Genève98 », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 4, 2/3 (1999) : 89-131; « Durban 2000 – Droit, éthique et droits de la personne », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 5, 4 (2000) : 57-129; « Barcelone 2002 – Droit, éthique et droits de la personne », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 7, 2-3 (2000) : 83-135; « Bangkok 2004 – Droit, éthique et droits de la personne », *Revue VIH/sida, politiques et droit* 9, 3 (2004) : 73-124. Ces quatre suppléments sont accessibles via <http://www.aidslaw.ca/revue>.

Avancement des droits des femmes : le rôle du litige

Le litige devient un instrument de plaidoyer de plus en plus attrayant pour les mouvements de promotion des droits humains, dans le monde. Il est une stratégie efficace non seulement pour la réforme de lois qui vont à l'encontre de droits humains et pour l'application de lois qui en sont garantes, mais aussi pour rehausser la conscientisation et la mobilisation relativement à des enjeux de droits humains. Dans le présent article, qui est basé sur un exposé présenté lors d'une séance de symposium au Congrès, Luisa Cabal examine un domaine de la sphère de la santé et des droits des femmes – les droits des femmes et filles séropositives au VIH et, en particulier, les violations qu'elles rencontrent dans l'accès aux soins de santé – et elle discute du potentiel de litige pour aider à accroître la sensibilisation et à faire progresser les efforts de protection et de promotion des droits humains dans ce domaine.

Des violations à l'encontre de femmes et filles vivant avec le VIH/sida, dans le contexte des soins de santé, ont été documentées dans de multiples pays mais n'ont pas encore été abordées d'une manière exhaustive par le biais d'actions en litige, en dépit d'un recours croissant à des tribunaux pour des enjeux touchant au VIH/sida et aux droits de personnes séropositives.

Jusqu'à ce jour, la plupart des litiges intentés en lien avec le VIH ont porté essentiellement sur trois aspects : la discrimination contre des personnes vivant avec le VIH/sida, l'accès aux traitements et services de santé, et la prévention et les soins en prison.¹ Le litige dans le domaine du sida n'a pas encore porté sur les questions liées au sexe, en dépit d'une reconnaissance croissante que les femmes sont non seulement affectées et touchées par le VIH de manière disproportionnée, mais qu'elles sont aussi affectées de diverses manières.² Dans une enquête sur le litige en lien avec le VIH, publiée par l'ONUSIDA, une seule des 32 affaires examinées touchait expressément les droits de femmes séropositives au VIH.³

La plupart des affaires concernant l'accès aux traitements n'abordent pas les besoins spécifiques ou expériences des femmes vivant avec le VIH malgré la reconnaissance, dans des documents de politiques internationales, du fait qu'en vertu de lois et politiques en apparence neutres, les femmes peuvent être le dernier groupe à avoir accès aux médicaments.⁴ Dans le litige visant la discrimination liée au VIH, la plupart des cas ont porté généralement sur le contexte de l'emploi, par exemple le refus d'employeurs d'embaucher des personnes vivant avec le VIH/sida, le congédiement de personnes vivant avec le VIH/sida, le renvoi illégal des forces armées au motif de la séropositivité au VIH, ou le congédiement d'employés pour avoir refusé de se soumettre à un test obligatoire du VIH. Bien que les accomplissements en matière de litige dans tous ces domaines soient aussi utiles aux femmes séropositives, on reconnaît de plus en plus à l'échelle internationale la nécessité d'aborder les dimensions spécifiques au sexe (ou au genre sexuel) dans les violations de droits humains en lien avec

le VIH/sida, qui n'ont pas encore été abordées par les tribunaux.

Les instances internationales des droits de la personne reconnaissent que les femmes et filles qui vivent avec le VIH sont aux prises avec des violations de leurs droits humains fondamentaux de manières qui leur sont uniques en raison de leur sexe et de leur genre.⁵ Les violations fondées sur le sexe sont particulièrement prévalentes dans le milieu des soins de santé. Une multitude d'études, des quatre coins du monde, ont documenté des pratiques coercitives et des violations du principe du consentement éclairé de la femme au test du VIH, dans le cadre de la grossesse ou de l'accouchement.⁶ Plusieurs femmes en telle situation voient leur droit violé une fois de plus lorsque la confidentialité médecin-patient n'est pas respectée et que leur séropositivité est révélée à d'autres sans leur autorisation.⁷ Les notions sociales et culturelles à l'égard de la femme, comme un être subordonné, dans les relations avec les hommes ainsi que dans la structure familiale, contribuent à la pratique et à l'acceptabilité d'informer le mari ou

le père d'une femme du fait qu'elle est séropositive avant même d'en avoir informé cette dernière.⁸

La discrimination de la part d'employés des soins de santé est également prévalente. Des femmes séropositives ont été renvoyées d'établissements publics de santé;⁹ dirigées vers des hôpitaux privés spécialisés dans les soins pour le VIH;¹⁰ se sont vu imposer des délais dans la provision de traitements essentiels,¹¹ et ont été contraintes à payer des suppléments pour des services.¹² Des femmes enceintes qui arrivent dans des établissements de santé en plein accouchement se voient parfois administrer un test du VIH et, si elles sont séropositives, sont dirigées dans d'autres établissements.¹³

Certaines femmes ont été incitées à mettre fin à leur grossesse, lorsque leur séropositivité a été découverte.

Dans certains cas où une femme séropositive a besoin d'une césarienne, il a été signalé qu'on les laisse attendre jusqu'à ce que toutes les césariennes de la journée pour des femmes n'ayant pas le VIH soient terminées, avant de procéder à l'intervention.¹⁴ Certaines ont été incitées à mettre fin à leur grossesse, lorsque leur séropositivité a été découverte,¹⁵ sans que l'on leur fournisse l'information sur les moyens disponibles pour réduire le risque de transmission périnatale.¹⁶

Dans d'autres cas, des femmes qui ont découvert qu'elles étaient séropositives, après avoir conçu un enfant, et qui souhaitent mettre fin à leur grossesse, ont rencontré des obstacles à un avortement sécuritaire, même dans des endroits où la procédure est légale.¹⁷ On a également signalé des cas où l'accès de femmes séropositives à un avortement avait été conditionnel à ce qu'elles acceptent d'être stérilisées.¹⁸ On a également documenté des cas de stérilisation forcée ou sous la coercition, chez des femmes séropositives, dans certains pays de l'Amérique latine, de l'Asie, de l'Afrique et de l'Europe de l'Est.¹⁹

Le litige dans le contexte des droits génésiques

Les expériences du Center for Reproductive Rights et de ses organismes collaborateurs, en matière de litige dans des affaires de droits génésiques, démontrent le potentiel de cette avenue pour aborder les dimensions sexospécifiques de violations de droits humains et du droit à la santé, comme celles que l'on rencontre dans le contexte du VIH/sida. De telles affaires ont porté sur des violations qui sont souvent en cause dans l'expérience de femmes et de filles séropositives dans les rapports avec les systèmes de soins, et elles ont permis de faire avancer des droits et des principes qui ont d'importantes applications dans ce contexte – notamment le principe de la responsabilité du gouvernement de protéger ses citoyens contre des préjudices, de respecter le droit des femmes et filles à l'intégrité physique, à l'autonomie, au consentement éclairé ainsi qu'à l'accès à des services de santé de qualité et exempts de discrimination, de coercition et de violence.

Le Center était co-requérant dans l'affaire *Maria Mamerita Mestanza Chavez v. Peru*, concernant une femme péruvienne ayant sept enfants et ayant été stérilisée sous la coercition, en 1996, après que des responsables locaux de la santé eurent menacé une action en droit pénal et le retrait de son assistance alimentaire si elle ne subissait pas l'intervention.²⁰ Mme Mestanza a été aux prises avec des complications post-chirurgicales et est décédée quelques jours plus tard. L'affaire a été confiée à la Commission inter-américaine des droits de l'Homme et a été conclue en 2003. En vertu de l'entente finale de règlement, le gouvernement péruvien a reconnu sa responsabilité légale internationale, a accepté de verser une compensation au mari et aux enfants survivants, et de mettre en œuvre les recommandations formulées par l'ombudsman péruvien aux droits de la personne, quant aux droits des patientes et aux procédures de stérilisation dans les établissements gouvernementaux.²¹

Le Centre et ses partenaires ont également eu recours à des stratégies de litige afin de tenir des gouvernements responsables de violence à l'égard de femmes dans des établissements publics de santé (*MM v. Peru*), et pour s'impliquer pour les droits des adolescents, notamment à des soins médicaux nécessaires à la santé et à la santé génésique. Dans l'affaire *KL v. Peru*, une femme péruvienne de 17 ans qui portait un fœtus ayant une anomalie mortelle (anencéphalie) s'était vue refuser un avortement thérapeutique, par les autorités sanitaires du Pérou, en dépit de l'exception légale permettant dans ce pays d'interrompre la grossesse pour des raisons de santé. La jeune femme a été contrainte de mener

sa grossesse à terme, puis forcée à allaiter le bébé jusqu'à l'inévitable décès quelques jours plus tard. Le Comité a rendu sa décision en 2005, établissant que le refus de services d'avortement dans des cas où cette intervention est légale constitue une violation de droits humains élémentaires des femmes.²² Cette décision était la première fois qu'une instance internationale des droits humains tenait un gouvernement responsable de l'échec à assurer l'accès à des services d'avortement légaux.

Conclusion

Le litige en lien avec le VIH/sida a permis jusqu'ici des gains importants dans la protection et la promotion des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida, mais il a largement laissé pour compte les besoins et expériences spécifiques des femmes et des filles, qui représentent une portion croissante des personnes séropositives. Le litige n'est qu'une des stratégies possibles pour commencer à aborder les violations des droits de femmes séropositives au VIH, mais il n'en est pas moins essentiel et propice à soutenir et à compléter d'autres efforts de plaidoyer. Tel que démontré dans le contexte des droits génésiques, le litige s'avère efficace pour mettre en lumière et régler des violations de droits humains des

femmes dans le contexte des soins de santé, et pour amener les gouvernements à agir conformément à leurs obligations quant à la réalisation des droits humains, en vertu des lois nationales et internationales.

– Luisa Cabal

Luisa Cabal (LCabal@reprorights.org) est directrice du Programme juridique international du Center for Reproductive Rights, à New York. L'exposé de Mme Cabal à SIDA 2006 et le présent article sont fondés sur un article à paraître dans le *UC Davis Journal of International Law & Policy*, cosigné par Mme Cabal et Pardiss Kebriaei, conseillère juridique en litige au même centre.

¹ Réseau juridique canadien VIH/sida et ONUSIDA, *Courting Rights: Case Studies in Litigating the Human Rights of People Living with HIV*, ONUSIDA, 06.01E, 2006. Accessible à www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=45. Français à paraître.

² Voir p. ex., S. Paxton et coll., "Oh! This One is Infected!": *Women, HIV & Human Rights in the Asia-Pacific Region*, Expert Meeting on HIV/AIDS and Human Rights in Asia-Pacific, Bangkok, Thaïlande, 23–24 mars 2004.

³ Réseau juridique canadien VIH/sida et ONUSIDA.

⁴ Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives*

internationales – Directive 6 révisée, 2002, para.16.

⁵ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale No 15, *Non-discrimination à l'égard des femmes dans les stratégies nationales de prévention du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et de lutte contre cette pandémie*, 9^e Session, U.N. Doc. A/45/38 (1990); Recommandation générale No 24, *Les femmes et la santé*, 20^e Session, U.N. Doc. A/45/38/Rev.1, ch. 1 (1999).

⁶ Voir Human Rights Watch (HRW), *A Test of Inequality: Discrimination Against Women Living with HIV in the Dominican Republic*, 2004, p. 29; Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS (APN+), *AIDS Discrimination in Asia*, 2004, p. 17, 20.

⁷ HRW, p. 29, 35–39; APN+, p. 17–18.

⁸ ONUSIDA, *Inde : Discrimination, stigmatisation et déni liés au VIH/SIDA*, 2001, p. 25.

⁹ APN+, p. 18.

¹⁰ ONUSIDA, *Inde*, p. 26.

¹¹ *Ibid.*

¹² APN+, p. 18.

¹³ *Ibid.*, p. 19.

¹⁴ HRW, pp. 41–42.

¹⁵ *Ibid.*, p. 43.

¹⁶ APN+, p. 20.

¹⁷ *Ibid.*, p. 21.

¹⁸ Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW), *HIV Positive Young Women*, ICW Vision Paper I 2004, p. 3.

¹⁹ Conseil international des ONG de lutte contre le sida, *Participation communautaire à la surveillance et à l'évaluation de la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement de l'UNGASS*, 2006, p. 19; ICW, p. 3; APN+, p. 21; HRW, p. 39–41.

²⁰ Maria Mamerita Mestanza Chavez v. Peru, Case 12.191, Inter-Am. C.H.R., Report No. 66/00 (2000). Accessible à www.cidh.org/annualrep/2000eng/ChapterIII/Admissible/Peru12.191.htm.

²¹ Friendly Settlement, Maria Mamerita Mestanza Chavez v. Peru, Case 12.191, Inter-Am. C.H.R., Report No. 71/03 (2003). Accessible à www.cidh.org/annualrep/2003eng/Peru.12.191.htm.

²² Comité des droits de l'homme de l'ONU, *Communication No. 1153/2003*, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005).

La réforme du droit et les droits fonciers des femmes en Tanzanie

La terre est vitale pour les gens. En Tanzanie, la majorité vit en région rurale, où la base industrielle est très faible, donc les enjeux liés à la terre sont délicats – et encore plus si l'on examine la question à travers le prisme du VIH/sida. Le déni du droit à la terre aux personnes vivant avec le VIH/sida équivaut à refuser que ces personnes vivent. Dans le présent article, basé sur un exposé qu'elle a présenté lors d'une séance de symposium au Congrès, Elizabeth Maro Minde examine les problèmes entourant la propriété foncière en Tanzanie, et décrit les approches de la Kilimanjaro Women's Information Exchange and Consultancy Organisation (KWIECO) pour faire avancer les droits des femmes.

Les réformes foncières font partie intégrante de l'héritage historique de la Tanzanie. Avant l'ère coloniale, la terre appartenait à la communauté. En vertu du droit coutumier, seuls les hommes pouvaient posséder la terre; les femmes étaient considérées comme des personnes à charge. Dans le système colonial, toute la terre appartenait au gouverneur. Le nouveau système n'a pas changé grand-chose pour les femmes : les us et le droit coutumier ont continué d'empêcher les femmes d'être propriétaires d'un lot de terre.

Un double système de tenure foncière s'est développé. Dans les régions rurales, la terre était régie par le droit coutumier. Les titres de propriété en vertu du droit coutumier étaient à perpétuité et les titres étaient reconnus comme appartenant à un clan donné, mais n'étaient pas enregistrés. L'héritage se léguait à la progéniture masculine; la propriété foncière des femmes était limitée. Les femmes pouvaient utiliser la terre, mais ne pouvaient la vendre ni la léguer à leurs enfants. Dans les régions urbaines, la propriété foncière était enregistrée et des certificats de titres étaient émis.

Plusieurs facteurs ont conduit à des appels de réforme aux lois sur la propriété foncière; en particulier l'augmentation des populations humaine et animale, entraînant une diminution de la terre disponible; une conscience accrue de la valeur de la terre; et des changements au mode de propriété, qui est passé d'un système fondé sur le clan à un système individuel, en conséquence de l'introduction de marchés fonciers.

En 1991, le gouvernement a créé une commission pour examiner des problèmes touchant la propriété foncière. L'un des problèmes identifiés par la commission a été la discrimination fondée sur le sexe, dans la distribution, l'héritage et la propriété foncière.

Les recommandations de la commission ont conduit à l'adoption d'une nouvelle politique foncière, en 1993, en vertu de laquelle tout homme et toute femme de la Tanzanie, âgé de 18 ans ou plus, peut acquérir et posséder une terre; hommes et femmes ont été représentés dans tous les forums de décision sur les questions foncières. En dépit de cette nouvelle politique, toutefois, les femmes sont encore l'objet de diverses formes de discrimination.

La discrimination persiste

Premièrement, bien que les lois aient changé, les attitudes des gens n'ont pas suivi. En région rurale, les femmes dépendent encore des hommes et les pratiques culturelles sont encore dominantes.

Par exemple, une femme a perdu son mari, décédé du sida. Deux jours après l'enterrement du mari, un voisin s'est introduit sans permission sur leur terrain et y a élargi le sien d'environ 50 mètres. Lorsque la veuve a protesté, le voisin a répondu : « Je ne peux pas discuter avec une personne morte », entendant par là qu'étant donné que son mari était décédé elle était aussi une personne « morte ». Une plainte à la cour a été déposée au nom de la femme. Cela n'a toutefois pas mis fin au problème. Des bananiers et d'autres plantes sur son terrain ont été coupés, et ses enfants ont été harcelés.

L'incapacité d'une personne séropositive à livrer une bataille juridique soutenue est connue, dans la communauté. Cela donne lieu à une atmosphère propice à la violation des droits des personnes séropositives. Lorsqu'il s'agit en plus d'une femme, la probabilité d'abus s'accroît.

Deuxièmement, en région rurale, l'enregistrement de la propriété foncière et l'octroi de titres se heurtent encore à des résistances. Les personnes ne comprennent pas la valeur des titres de propriété et ont souvent des soupçons quant aux raisons de la volonté du gouvernement d'enregistrer la propriété foncière. Dans la plupart des cas, les femmes ne se font pas inscrire comme propriétaires ou copropriétaires d'une terre, bien que la *Land Act of 1999* leur permette d'être propriétaires, seules ou avec leur conjoint. Le facteur d'entrave est la culture, qui respecte l'homme comme propriétaire de la terre.

Or la propriété foncière est le principal nantissement pour l'obtention de prêts. Étant donné que des facteurs culturels les empêchent d'être propriétaires foncières, les femmes se voient refuser l'accès à du capital, donc le potentiel d'acquérir un pouvoir économique. Les femmes séropositives au VIH ont désespérément besoin d'un pouvoir économique afin d'avoir accès aux nécessités de la vie, comme une alimentation équilibrée, un moyen de transport pour aller à l'hôpital et au centre de counselling, et la sécurité de la famille.

Troisièmement, les femmes sont représentées sur toutes les tribunes concernant la propriété foncière, mais elles ne savent pas quoi faire dans ces réunions. Dans les comités de villages et de districts, relativement à la propriété, les femmes manquent d'assurance et ne sont pas souvent au courant des enjeux fonciers des femmes, ni de l'influence qu'elles-mêmes pourraient avoir par le biais de ces comités.

Quatrièmement, les lois sur la succession n'ont pas été changées afin d'être conformes aux change-

ments apportés à celles sur la propriété foncière. Ainsi, même si les lois foncières permettent aux femmes de posséder des terres, les lois sur l'héritage ne parlent pas de cet élément. Les lois coutumières en matière de succession reconnaissent encore l'héritage par la progéniture masculine.

La stratégie du KWIECO

Le KWIECO répond à ces problèmes par des campagnes conçues pour modifier les attitudes des gens, et par des programmes qui donnent du soutien aux femmes.

Le travail sur des attitudes requiert une stratégie à long terme. Il est important de rehausser la sensibilisation en éduquant les communautés au sujet des lois et des pratiques discriminatoires qui nuisent à l'égalité des sexes. Le KWIECO organise des séminaires, des ateliers, des jeux de rôle, et il produit des affiches. Par ses services juridiques pour enfants, il vise à sensibiliser les enfants, comme une stratégie à long terme. Les enfants peuvent épouser aisément des changements; si on leur inculque les idéaux des droits humains modernes, on peut arriver à changer des attitudes.

En ce qui a trait à l'octroi de titres fonciers, le KWIECO encourage les gens à faire inscrire leurs titres de propriété; il le fait en donnant de l'éducation sur les systèmes bancaires et du prêt ainsi qu'au sujet de la valeur juridique des certificats de propriété. Cela peut avoir un impact positif considérable sur la capacité des femmes de revendiquer leurs droits. Cela leur permet de prendre leurs distances du système fondé sur le clan, qui est enclin à la discrimination contre les femmes, et de se tourner vers le système constitution-

nel, qui est plus propice à leur protection.

Les femmes doivent réellement lutter, afin d'obtenir des droits fonciers en lien avec l'héritage. Les litiges se rendent inévitablement jusqu'à la Haute Cour ou à la Cour d'appel. Une femme vivant avec le VIH n'a pas l'énergie et le soutien pour une telle lutte. Le KWIECO fournit de l'assistance, sous forme de représentation en cour. Cela permet à des femmes d'affirmer leur droit constitutionnel de posséder la terre. Un corpus de jurisprudence est développé, ce qui aide également l'appareil juridique à prendre conscience des enjeux pertinents aux droits des femmes à la propriété foncière.

Conclusion

Les femmes vivant avec le VIH/sida souffrent de manière disproportionnée de violations de leurs droits fonciers. Puisque les attitudes culturelles traditionnelles sont généralement plus pertinentes à ce fait qu'une absence d'égalité au regard de la constitution, il faut faire un effort majeur pour sensibiliser les femmes et les hommes à l'échelon communautaire. De plus, il faut mettre en place un mécanisme pour que les préoccupations des femmes soient représentées et entendues. La représentation juridique est cruciale, pour contester les pratiques culturelles discriminatoires et pour mettre à l'essai les nouvelles lois qui sont supposées donner des droits aux femmes.

– Elizabeth Maro Minde

Elizabeth Maro Minde
(kwieco@africaonline.co.tz) est
directrice du KWIECO.

« La deuxième à utiliser la seringue » : les droits humains des femmes qui utilisent des drogues

L'expérience des femmes en matière d'usage de drogue peut différer de celle des hommes. Elles peuvent rencontrer de la discrimination fondée sur le statut d'utilisatrice de drogue et sur le statut de femme. Dans le présent article, basé sur un exposé présenté lors d'une séance satellite précédant le Congrès, Joanne Csete examine les données sur l'usage de drogue par des femmes, et discute des obstacles qu'elles rencontrent dans l'accès à des services de santé. Elle conclut à l'urgente nécessité de services fondés sur les droits et centrés sur les femmes, à l'intention des utilisatrices de drogues.

Les femmes qui utilisent des drogues vivent souvent à l'intersection de deux crises des droits humains. Les personnes qui utilisent des drogues se heurtent à de larges violations des droits humains, commises impunément dans plusieurs pays et souvent appuyées par de rudes lois en matière de drogue. La subordination que peut rencontrer toute femme est exacerbée, pour les femmes qui utilisent des drogues, par la propension à des jugements moraux et par la marginalisation sociale. Les femmes qui utilisent des drogues sont considérées comme des mères inadéquates et socialement irresponsables. Ces jugements, couplés à la profonde criminalisation de l'usage de drogue dans plusieurs pays, constituent un obstacle à la compréhension de l'usage de drogue chez les femmes comme un enjeu de santé, et à l'application de solutions de l'ordre de la santé publique.

Rares sont les pays qui ont des données adéquates au sujet de la proportion de femmes parmi les personnes qui utilisent des drogues; ceci peut contribuer à tenir dans l'ombre les femmes qui utilisent des drogues et à faire en sorte que leurs besoins

de santé restent au bas de la liste des priorités. L'expérience des femmes, dans l'usage de drogue, peut être différente de celle des hommes, de plusieurs manières que l'on devrait prendre en considération dans les services et politiques de santé; on le fait toutefois rarement. Plusieurs études portent à croire que les femmes deviennent dépendantes de la drogue, et vivent les conséquences de la dépendance, en prenant une plus petite quantité de drogue que les hommes, et sur une période plus courte.

Dans certains pays, des études ont démontré que les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'avoir commencé à s'injecter des drogues sur l'incitation d'un partenaire sexuel. Des recherches aux États-Unis, au Royaume-Uni et au Canada ont démontré que les femmes sont plus susceptibles que les hommes, dans certaines circonstances, de partager du matériel d'injection avec un partenaire sexuel. Certaines études ont décrit l'incapacité de femmes d'exiger du matériel d'injection stérile, aux hommes avec lesquels elles prennent des drogues par injection, lorsque l'homme en question est aussi un partenaire sexuel.

Il est plus fréquent parmi les femmes qui utilisent des drogues, que parmi les hommes, d'avoir besoin et recours à de l'assistance pour l'injection proprement dite. Les femmes qui sont assistées dans l'injection par des hommes sont souvent susceptibles d'être « deuxièmes à utiliser la seringue » : leur injection a lieu après que la personne qui les aide se soit elle-même fait son injection, et dans une telle situation il se peut que les femmes ne soient pas en mesure d'exiger une seringue stérile, par peur de perdre l'aide dont elles ont besoin pour l'injection, ou parce qu'elles ne se sentent pas en contrôle du processus d'injection. À l'instar du déséquilibre de pouvoir dans les relations sexuelles, qui a été identifié comme un facteur de l'incapacité de femmes dans plusieurs circonstances à exiger l'utilisation du condom, le déséquilibre de pouvoir entre les sexes peut nuire à l'accès de femmes à du matériel d'injection stérile.

Les femmes qui utilisent des drogues rencontrent des obstacles particuliers dans le recours à des services de santé, notamment le traitement de la dépendance. Dans plusieurs ressorts, elles craignent

que leur soit retirée la garde de leurs enfants, si leur utilisation de drogue venait à être connue. En 2005, Human Rights Watch a documenté des cas de femmes utilisatrices de drogues qui avaient été contraintes par des professionnels de la santé, en Russie, à céder à l'État la garde de leurs enfants, ou à subir des avortements,¹ des pratiques qui ne sont certainement pas limitées à la Russie. Dans plusieurs ressorts, les femmes enceintes se voient accorder la priorité pour le traitement de la dépendance, mais elles ne seront pas portées à recourir à ce service si elles craignent qu'on leur retire la garde de leurs enfants, ou qu'on les force à mettre fin à une grossesse.

Même sans la menace de perdre la garde d'enfants, les femmes peuvent être aux prises avec divers obstacles aux services de santé. Elles sont plus susceptibles que les hommes d'être les principales personnes impliquées dans les soins à leurs enfants, alors que certains programmes de traitement de la toxicomanie ne permettent pas l'accès d'enfants sur les lieux ou n'offrent pas de services de gardiennage. Les programmes de traitement en résidence peuvent aussi avoir un caractère peu pratique, voire être impossibles, pour les femmes qui s'occupent d'enfants ou d'autres membres de la famille. Dans plusieurs pays, par ailleurs, les services de traitement de la toxicomanie sont orientés sur les comportements et pratiques des hommes, et il se peut que les femmes ne puissent pas

s'attendre à ce que les services ou renseignements en la matière tiennent compte de leurs besoins. Les lieux sécuritaires pour l'injection qui sont en activité dans plusieurs pays autorisent rarement l'assistance à l'injection, ce qui peut dissuader des femmes d'avoir recours à leurs services.

Dans certains pays, les femmes sont lourdement criminalisées pour des rôles mineurs ou auxiliaires dans des crimes liés à la drogue, en particulier lorsqu'elles sont incapables ou réticentes à donner des éléments de preuve contre leurs co-défendeurs, ou à négocier des ententes à leurs dépens. Aux États-Unis, les politiques de peines minimales ont affecté les femmes de manière particulièrement aiguë, d'après une étude réalisée par l'American Civil Liberties Union et l'ONG Break the Chains.² Entre 1986 et 1999, le nombre de femmes incarcérées dans des prisons d'États uniquement pour des infractions liées à la drogue a été multiplié par huit. En 2006, plus d'un million de femmes étaient derrière les barreaux, aux États-Unis, et au moins 40 % d'entre elles pour des raisons liées à l'usage de drogue. Plusieurs de ces femmes étaient d'âge mineur ou en étaient à une première infraction liée à la drogue. Peu d'entre elles ont été incarcérées dans des établissements dotés de services de traitement de la toxicomanie centrés sur les femmes.

Des services centrés sur les femmes qui font usage de drogue

sont requis de toute urgence. Des femmes devraient être impliquées de manière significative dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des services qui leur sont destinés. Il est urgent d'offrir des services de conseillères, de lignes téléphoniques pour femmes, d'établissements de santé conviviaux pour les enfants, ainsi que de conseillères pour femmes enceintes. Les lieux sécuritaires pour l'injection devraient mettre au point des moyens de faire en sorte que les femmes qui ont besoin d'assistance pour s'injecter en reçoivent. De manière plus générale, l'hypercriminalisation de l'usage de drogue, qui est une cause d'incarcération de tant de femmes et qui nuit au recours à des services de santé par des femmes qui utilisent des drogues, devrait être remplacée par des approches de santé publique fondées sur les droits humains et sur des données.

– Joanne Csete

Joanne Csete (jcsete@aidslaw.ca) est directrice générale du Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ Human Rights Watch, « Positively abandoned: stigma and discrimination against HIV-positive mothers and their children in Russia », *HRW Reports* 17, 4D (2005) : 19–21. Accessible via www.hrw.org.

² American Civil Liberties Union, Break the Chains et Brennan Center for Justice, *Caught in the net: the impact of drug policies on women and families*, 2006. Accessible via www.aclu.org/drugpolicy/.

Le test de routine pour le VIH : trois points de vue

Le test de sérodiagnostic du VIH est un point de départ pour des interventions dans tous les domaines : prévention, soins et soutien. Il est donc crucial qu'autant de gens que possible aient accès à des services de test du VIH. Mais l'insistance actuelle pour que ce test soit fait dans une approche de « routine » soulève un certain nombre de préoccupations liées aux droits humains et à la santé publique – notamment la possibilité qu'une procédure routinière conduise à éluder le consentement éclairé et le counselling pré-test. Trois perspectives sur cette problématique sont présentées ci-dessous. Dans un article fondé sur une partie de son exposé présenté à la Jonathan Mann Memorial Lecture, lors d'une séance plénière du Congrès, Anand Grover résume le débat sur le test de routine avec option de retrait, puis discute des risques possibles d'une telle approche. Dans un article fondé sur son exposé lors de la séance « controversée et terrain d'entente », au Congrès, Christine Stegling décrit l'expérience du Botswana en ce qui a trait au test de routine pour le VIH, et elle discute de la nécessité que les politiques en matière de test soient fondées sur les principes des droits humains. Puis, dans un article basé sur son exposé lors de la même séance, Mark Heywood soutient que le test du VIH peut être l'objet d'une expansion marquée, tout en protégeant l'autonomie et la dignité des personnes.

Le test de routine avec option de retrait : on n'en a pas encore démontré le bien-fondé

Depuis de nombreuses années, le test du VIH est fondé sur le modèle appelé Counselling et test volontaires (CTV). Au début de l'année 2004, le Botswana a adopté un système de test de routine avec option de retrait. En juin 2004, l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont recommandé l'offre systématique du test, fondée sur le modèle du Botswana. Ce modèle est maintenant répliqué dans d'autres pays, notamment au Kenya, au Royaume-Uni ainsi qu'à certains endroits aux États-Unis, en particulier à San Francisco. Les recommandations récemment adoptées par les U.S. Centers for Disease Control and Prevention reposent également sur ce modèle.

Cette approche nouvelle est apparue principalement en raison de la disponibilité de médicaments antirétroviraux (ARV) et du fait que ces médicaments deviennent plus faciles d'accès dans le monde en développement. Cependant, il importe de noter que d'aucuns ont recommandé que le test de routine avec option de retrait, pour le VIH, ne soit pas la norme que dans les endroits où des ARV sont accessibles, mais aussi « partout où des soins et mesures préventives élémentaires pour le VIH sont disponibles ».¹

En vertu du modèle de test de routine avec option de retrait, la plupart des patients se voient administrer un test du VIH de manière routinière, dans le cadre de visites médicales, à

moins qu'ils le refusent de manière explicite. À l'opposé du modèle du CTV, l'importance accordée au counselling pré-test y est très mince, voire nulle. Et, dans les faits, le consentement éclairé est escamoté.

Les tenants du test de routine avec option de retrait sont d'avis que :

- le modèle du counselling pré-test adopté plus tôt, dans l'épidémie du VIH, a pu être valide à l'époque où aucun traitement du VIH n'existait, mais est devenu redondant;
- compte tenu de la disponibilité de traitements, il est devenu important que les gens passent le test, afin que ceux qui sont séropositifs puissent avoir accès à un traitement;

- le counselling pré-test requiert beaucoup de temps et de ressources qu'il est plus utile d'investir aux fins du test;
- le modèle du CTV a contribué à l'exceptionnalisme du VIH/sida, qui a catalysé une stigmatisation sociétale à l'égard du VIH; et
- le counselling pré-test a dissuadé des personnes de passer un test du VIH, et a créé un obstacle au test et, par conséquent, à la provision de traitements.

Sans contredit, la grande majorité des personnes vivant avec le VIH/sida ne savent pas qu'elles sont séropositives au VIH. Elles ont intérêt à être informées de leur état afin de pouvoir se protéger en suivant un traitement approprié, et protéger autrui. Par conséquent, l'expansion du test du VIH est de la plus haute nécessité. La réelle question consiste à déterminer comment procéder, et à déterminer si le test de routine avec option de retrait est la meilleure option, de manière globale, dans les circonstances actuelles ou prochaines.

La disponibilité des traitements

À mon avis, le modèle du test de routine avec option de retrait est conditionnel à la présence d'un accès universel aux traitements. Malheureusement, nous en sommes encore loin. À l'échelle mondiale, l'Initiative 3x5 de l'OMS a atteint environ la moitié de son but. En Inde, entre 500 000 et 700 000 personnes ont besoin d'ARV, alors que le but du gouvernement est de fournir gratuitement un traitement de premier recours à seulement 188 000 personnes, et cela seulement en 2010. À l'heure actuelle, seulement environ 36 000 personnes vivant avec le

VIH/sida y reçoivent un traitement. Et aucune provision n'existe pour les médicaments de deuxième ligne, qui seront de plus en plus nécessaires.

Le consentement éclairé

Une autre de mes préoccupations à l'égard du test de routine avec option de retrait est qu'il passe outre au consentement, qui est un précieux droit de la personne. Dans les pays qui ont un système de *common law*, le droit est bien clair. Comme l'a affirmé le juge Cardozo de la Cour suprême des États-Unis : « Tout être humain adulte et sain d'esprit a le droit de déterminer ce qui sera fait à son propre corps; et un chirurgien qui opère un patient sans le consentement de ce dernier commet des voies de fait, pour lesquelles il peut être poursuivi en dommages ». ²

Si l'on recommandait le test de routine avec option de retrait, mondialement, le message clair pour toute la confrérie médicale du monde en développement serait d'administrer le test à toute personne, sans consentement.

Les instruments internationaux des droits de la personne renferment le même principe. Faut-il sacrifier un principe aussi important afin d'élargir le test du VIH? Il faudrait qu'il y ait des raisons convaincantes, pour ce faire, et je ne crois pas que l'on en ait démontré la présence.

La plupart des ressorts de *common law* acceptent aujourd'hui que la notion de consentement signifie « consentement éclairé » et que cela nécessite au moins d'informer le patient des bienfaits, des risques et des avenues de rechange. Cependant, bien que le consentement éclairé soit solidement enraciné dans les pays industrialisés, non seulement en droit mais aussi dans la pratique et en particulier en milieu des soins de la santé, cela n'est pas le cas dans la plupart des pays en développement.

En Inde, par exemple, bien que les principes du consentement soient suivis par les autorités judiciaires, sur le terrain ils ne sont pas solidement enracinés. Le consentement est une formalité (et pas réellement volontaire) dans les cas d'admission à l'hôpital et des interventions chirurgicales. Dans ce contexte, si l'on recommandait le test de routine avec option de retrait, mondialement, le message clair pour toute la confrérie médicale du monde en développement serait d'administrer le test à toute personne, sans consentement – c'est à dire le test obligatoire.

Même les tenants du test de routine avec option de retrait craignent qu'une telle politique prenne une tournure coercitive. Kevin De Cock a déclaré : « Des conseils minutieux sont nécessaires, toutefois, pour déterminer comment mettre en œuvre une telle approche au test de manière qui ne soit pas coercitive, et pour limiter les répercussions sociales néfastes d'un diagnostic prémarital d'infection à VIH, en particulier pour les jeunes femmes. » [trad.] ³

Le counselling

Le test de routine avec option de retrait supprimerait le counselling pré-test. Les stratégies de counsel-

ling ont été développées à l'époque où il n'existait pas de traitement pour le VIH. Le counselling pré-test préparait la personne non seulement à passer le test, mais aussi à une des issues possibles : un résultat positif alors qu'il n'y avait pas de traitement. Avec l'expansion de la disponibilité de traitements, le counselling pré-test et le counselling post-test auraient dû être révisés de fond en comble, mais il ne semble pas que cela ait été fait.

Au Botswana, le Dr Howard Moffat, surintendant médical à l'Hôpital Princess Marina, à Gaborone, a expliqué : « Les gens qui n'étaient pas certains de vouloir connaître leur état sérologique ressortaient souvent de la séance de counselling avec la détermination de ne pas passer le test. [...] Je crois que la profession médicale, elle-même [...] a joué un rôle important dans la création de cette peur du sida et dans cette réticence presque irrationnelle à passer le test. »⁴ Cela soulève des questions quant à la manière dont on donnait le counselling dans ce pays. À la lumière de ces éléments, pensons-nous vraiment que le modèle du Botswana devrait être adopté à l'échelle mondiale?

La stigmatisation et la discrimination

Les tenants du test de routine avec option de retrait affirment que le modèle devrait être accompagné de garanties de confidentialité et

d'assurances de protection contre la discrimination et l'ostracisme. Mais il est difficile de comprendre comment ces garanties ou assurances pourraient être mises en place dans la réalité de la vie. Malheureusement, il est impossible de contrôler le stigmatisme, car il fonctionne de manières silencieuses, secrètes, subversives. Le droit entre en jeu bien plus tard, après le fait, lorsque le mal est déjà fait.

Le vrai défi est d'endiguer le stigmatisme au sein des communautés. Nous devons faire un investissement massif dans des programmes pour déstigmatiser le VIH et pour que les personnes vivant avec le VIH/sida soient acceptables dans la société.

Conclusion

Le contenu de la séance de counselling pré-test doit être modifié afin que le test du VIH soit perçu comme une étape positive qui s'offre à l'individu. Le counselling pré-test est essentiel, non seulement parce qu'il est l'unique point de départ à teneur informative, pour les gens (que son résultat soit positif ou négatif), mais aussi pour que les personnes dont le résultat de test est positif puissent recevoir des messages concernant la sécurité, la disponibilité de traitement et la fidélité au régime médicamenteux. À mesure que le traitement ARV deviendra la norme, il faudra consacrer plus d'argent et de ressources au counselling. Dans ce contexte, je m'inscris

respectueusement en désaccord avec le juge Edwin Cameron qui a dit qu'en dépit de leur importance, les séances de counselling pré-test et post-test ne devraient pas détourner le temps et l'énergie du personnel des soins de santé, dont les priorités devraient être le diagnostic, le test et le traitement.⁵ On ne devrait pas considérer les éléments comme étant en opposition; il faut plutôt considérer le counselling comme un accompagnement essentiel à l'étape du test.

– Anand Grover

Anand Grover (anandpgrover@hotmail.com) est avocat à la Bombay High Court et directeur de la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit, en Inde.

¹ K. M. De Cock et coll., « Unfinished business – expanded HIV testing in developing countries », *New England Journal of Medicine*, 354, 5 (2006) : 440–442, p. 440.

² *Schloendorff v Society of New York Hospital*, 211 NY 125, p. 129–130 (1914).

³ K. M. de Cock et coll., p. 441.

⁴ A. Zavis, « Botswana adopts new approach to HIV tests », *South African Press Association*, 5 janvier 2006. Accessible à <http://www4.aegis.org/news/sapa/2006/SA060102.html>.

⁵ E. Cameron, « AIDS: Building on Hope and Reason », discours prononcé à l'Université d'Oxford, R.-U., 23 juin 2006.

Le test du VIH à l'ère de l'accès rehaussé aux traitements : une perspective du Botswana sur les droits humains

L'objectif de santé publique de rehausser l'accès aux traitements doit être envisagé dans le contexte des droits humains, notamment à la santé, à l'information et à la vie privée, qui sont interreliés et contribuent à faire en sorte que les citoyens soient bien informés, fassent des choix de vie intelligents et prennent soin de leur santé, ce qui favorise le bien-être général de la communauté.

Initialement, le Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (BONELA) était enthousiaste à l'idée d'une offre routinière du test du VIH dans les établissements de santé. En 2003, il a organisé une rencontre consultative avec des représentants gouvernementaux, des militants d'ONG, des partenaires de développement et des personnes vivant avec le VIH/sida, pour discuter de cette nouvelle approche. Les participants ont convenu que le test du VIH devrait être offert sur une base routinière à tous les points d'entrée du système de santé, mais que les patients devraient y exprimer leur consentement éclairé.

Cette approche partait du principe qu'il est impératif de respecter le droit à l'autonomie du patient – i.e., le droit de décider de ce qui est fait à son corps. Toutefois, la politique qui a fini par être adoptée, au Botswana, se fonde sur le modèle de la « routine avec option de refus » (*opt-out*), qui ne requiert pas le consentement éclairé du patient.

Dans le contexte actuel, il est peu probable que les patients soient

conscients de leur droit de refuser un test du VIH, compte tenu du déséquilibre de pouvoir entre les professionnels de la santé et les citoyens ordinaires. Dans plusieurs débats sur le sujet, le chaînon manquant semble être le contexte sociétal entourant le test du VIH. La stigmatisation et la discrimination persistent, au Botswana, en dépit de l'accessibilité des antirétroviraux. Une partie de ce contexte sociétal réside dans le fait que le test initié par les fournisseurs a un impact disproportionné sur les femmes, qui sont plus souvent en contact avec le système de santé, notamment pour des soins prénataux.

Dans plusieurs débats sur le sujet, le chaînon manquant semble être le contexte sociétal entourant le test du VIH.

Le BONELA dirige une clinique d'aide juridique, où un avocat fournit de l'assistance à des personnes qui ont subi de la discrimination. En moyenne, deux nouveaux clients par jour y déposent des plaintes pour congédiement injuste, refus d'embauche ou mauvais traitement en milieu de travail – une réalité alarmante.

Le Botswana ne possède aucune loi pour protéger les droits des personnes vivant avec le VIH/sida. En 2003, la Cour d'appel du Botswana a émis un jugement à l'effet qu'il est légal pour les employeurs d'exiger le test du VIH préalable à l'embauche, et de refuser d'embaucher un candidat séropositif au VIH.¹ Cette décision n'a jamais été contestée et aucune loi n'a été élaborée pour y donner suite.

D'autres aspects du cadre législatif botswanais soulèvent un doute quant à l'existence d'un milieu habitant et sûr pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Par exemple, l'État a adopté un concept de « confidentialité partagée », qui limite considérablement – et enfreint, à certaines occasions – le droit individuel à la vie privée. Et comme dans plusieurs autres pays, aucune loi protégeant les femmes contre la violence domestique et le viol conjugal n'a encore été adoptée.

Même s'il existait une législation protectrice et anti-discriminatoire, le BONELA continuerait de s'opposer au test du VIH sans consentement éclairé. Les gens doivent participer aux décisions qui touchent leurs soins de santé; ce n'est qu'en leur montrant à devenir maîtres de leur destinée, dans un milieu qui protège et respecte les droits humains, que nous ferons une réelle différence dans la lutte au VIH/sida au Botswana. Une approche gouvernementale descendante, dans la réponse à l'épidémie, ne contribue pas à responsabiliser les citoyens.

Nous devons nous poser la question : le test, à quelle fin? Avons-nous des preuves que les personnes qui ont passé le test du VIH sans y avoir consenti ont une vie positive, se protègent contre l'infection ou la réinfection, suivent un traitement antirétroviral et y sont fidèles? La connaissance de la séropositivité au VIH est-elle synonyme de changement comportemental positif et de recours aux soins et traitements? Il semble, depuis un certain temps, que tout soit une question de chiffres – et d'augmentation du nombre de tests administrés – sans que l'on en

qualifie l'impact réel sur la réponse générale à l'épidémie. Il est impératif de mener des recherches indépendantes et de surveiller les programmes de test de routine, en impliquant des personnes vivant avec le VIH/sida et des ONG, pour comprendre les véritables résultats de cette approche.

Nous devons recentrer notre réflexion sur les façons d'habiliter les gens à faire des choix éclairés et conscients, et à devenir de plein gré des agents de leur propre destinée.

– Christine Stegling

Christine Stegling (director@bonela.org) est directrice du Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS. Un article similaire, également issu de l'exposé Mme Stegling à SIDA 2006, est paru dans le numéro de septembre 2006 d'*AIDS Law Quarterly*.

¹ Civil Appeal No. 37 of 2003 (Botswana Court of Appeal).

L'offre routinière du counselling et du test du VIH : un droit humain

Les droits humains et la santé publique ne sont pas incompatibles et ne devraient pas l'être, dans le contexte de l'expansion du test du VIH. Je prône une approche différente de celle adoptée par le gouvernement du Botswana, bien que je respecte sa tentative d'augmenter le nombre de personnes qui connaissent leur état sérologique.

En 2005, Ronald Lowe, un de mes amis qui était conférencier en droit dans le KwaZulu-Natal, est décédé du sida. Cet événement a incité Edwin Cameron, célèbre activiste pour les droits humains, à affirmer que nous devrions changer radicalement d'approche en matière

de counselling et de test volontaires (CTV). M. Cameron soutient (peut-être avec raison) que Ronald ne serait pas décédé si un médecin ou un praticien médical lui avait offert un test du VIH plutôt que d'attendre qu'il surmonte lui-même ses propres peurs et préjugés avant de demander ce service.

Partant de là, M. Cameron propose un changement complet de paradigme, affirmant que les bienfaits du test du VIH en surpassent désormais largement les risques, et que nous pouvons donc abandonner le principe du consentement éclairé et l'exigence du counselling pré-test. Je suis en désaccord avec cette idée. Je crois

qu'il s'agit d'un dangereux raccourci qui pourrait nous mener dans une situation très difficile.

L'avènement de l'accès aux traitements a considérablement modifié le paysage. Le CTV a connu un formidable essor, dans les établissements de santé de l'Afrique du Sud – mais cela s'est accompagné d'un faible taux de formation en la matière, parmi les professionnels de la santé. Par ailleurs, en dépit de taux élevés de séropositivité au VIH dans les établissements de santé, les systèmes pour le suivi des patients sont piètres, voire absents. Ces problèmes devraient sonner l'alerte. Nous devrions nous en préoccuper autant que

d'accroître le nombre de personnes qui connaissent leur état sérologique et qui passent un test du VIH.

Voici mes observations personnelles au sujet du débat entourant le test du VIH :

- Une grande partie du débat se fonde sur des anecdotes plutôt que sur des faits scientifiques. Il y a un manque flagrant de surveillance et d'évaluation du test du VIH.
- Les investissements dans le test du VIH et sa promotion ainsi que dans le counselling sont insuffisants.
- Nous avons tendance à blâmer le CTV pour la faible demande du test du VIH. Or le véritable problème est l'accès au CTV et, très souvent, le manque d'incitatif à y avoir recours.
- Le test du VIH est une question de ressources humaines. Dans le système de santé sud-africain, environ 60 000 personnes fournissent des services informels en santé publique – la plupart dans le domaine du counselling et du test. Nous devons formaliser ce bassin de ressources.

Nous devons élargir l'accès au test du VIH. Il est temps d'augmenter considérablement le nombre de personnes qui connaissent leur état sérologique – mais ce soit être d'une façon qui respecte l'autonomie et la dignité de la personne.

Quel est le but du counselling? Ce n'est pas un luxe mais bien une nécessité, pour aider des personnes qui ont des problèmes (p. ex. en matière de divulgation) à composer avec une maladie qui menace leur vie, et à être fidèles au régime de traitement après un diagnostic de séropositivité. Le counselling est une intervention médicale et non une simple exigence de droits humains. Nous devons élever la norme des soins pour d'autres maladies au même niveau que celle du VIH, et non réduire le VIH au statut d'autres maladies comme la tuberculose, en particulier.

Nous devons élever la norme des soins pour d'autres maladies au même niveau que celle du VIH, et non abaisser le VIH à la norme des soins pour d'autres maladies.

La voie du progrès serait que les États et l'Organisation mondiale de la santé adoptent une politique d'offre et de recommandation routinières du test du VIH, de même que de provision de counselling adéquat par les professionnels de la santé. Cela va

plus loin qu'une offre neutre de test du VIH.

Mais on ne peut s'arrêter là, car cela équivaldrait à joindre des personnes qui ont des infections opportunistes et qui fréquentent déjà des établissements de santé, tout en passant outre à un nombre beaucoup plus grand de personnes asymptomatiques et vulnérables qui pourraient être séropositives au VIH. Par conséquent, il est essentiel de promouvoir activement le test du VIH à l'extérieur des établissements de santé. Nous devons cibler les personnes à risque de contracter le VIH et de le transmettre. Nous devons associer le test du VIH aux messages et services de prévention.

Enfin, nous devons améliorer l'éducation à la prévention et aux traitements parmi l'ensemble de la population, afin que les personnes admises dans les établissements de santé aient déjà des connaissances sur l'infection à VIH – ce qui n'est pas le cas dans la plupart des pays en développement, à l'heure actuelle.

– Mark Heywood

Mark Heywood (heywoodm@alp.org.za) est directeur général de l'AIDS Law Project de l'Afrique du Sud.

VIH et décriminalisation du travail sexuel en Nouvelle-Zélande

La décriminalisation du travail sexuel en Nouvelle-Zélande contribuera à protéger les droits des travailleuses et travailleurs sexuels et à améliorer leurs conditions de travail et leur bien-être en général. Cela aidera par ailleurs à l'amélioration de programmes de prévention du VIH. Dans le présent article, basé sur un exposé présenté lors d'une séance d'« apprentissage tiré de la pratique », au Congrès, Catherine Healy décrit la situation d'avant la décriminalisation, puis les caractéristiques de la nouvelle loi et des lignes directrices qui l'accompagnent.

Le New Zealand Prostitutes Collective (NZPC) a été fondé en 1987, *par et pour* les travailleuses et travailleurs sexuels, afin de favoriser la décriminalisation de la prostitution et de mettre fin à la discrimination et à la stigmatisation.

Les travailleuses et travailleurs sexuels voulaient que leurs soient reconnus les mêmes droits qu'à toute autre personne. En 1988, le NZPC a pris contact avec le ministère de la Santé en vue de créer des circonstances sociales propices à soutenir les travailleuses et travailleurs sexuels, et à fournir une gamme de services de prévention du VIH/sida aux personnes travaillant dans le commerce sexuel.

Ce groupe informel formé d'hommes, de femmes et de personnes transgenre exerçant le travail sexuel, de même que d'alliés, est devenu un groupe de lobbying efficace qui a fait progresser l'ordre du jour pour décriminaliser le travail sexuel et pour créer un environnement législatif propice au plein exercice des droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels.

Jusqu'à récemment, le cadre juridique néo-zélandais était semblable à celui de plusieurs autres pays : il visait à criminaliser et à châtier les travailleuses et travailleurs sexuels. Il ne

soutenait pas les droits humains de ces personnes et il menaçait leur sécurité et leur santé au travail. Il était difficile de révéler sans détour à un professionnel de la santé que l'on exerçait le travail sexuel, et d'avoir recours à la police ou à d'autres autorités si l'on était aux prises avec des circonstances dangereuses.

En ce qui touche le VIH/sida, les instances gouvernementales ne s'entendaient pas sur leurs approches à l'égard des travailleuses et travailleurs sexuels. Alors que le ministère de la Santé finançait des travailleuses et travailleurs sexuels pour une distribution d'instruments de sécurisexe et l'implication de leurs pairs dans la dissémination d'information sur le sujet, la police exploitait ces ressources pour affirmer que les lois anti-prostitution étaient enfreintes.

Le NZPC a constaté que ses programmes de milieu étaient parfois entravés indûment par des actions policières. Dans cet environnement d'illégalité, la police s'arrogeait du pouvoir sur les vies des travailleuses et travailleurs sexuels, en les considérant comme des criminels qu'il fallait surveiller et parfois arrêter, et cela conduisait souvent à des intrusions qui perturbaient leurs vies. On était constamment dans la crainte que le prochain client soit un policier en civil.

Après un lobbying soutenu des travailleuses et travailleurs sexuels et de leurs alliés, des organismes et des membres du grand public ont demandé que la prostitution soit décriminalisée. La *Prostitution Reform Act 2003*¹ [loi réformant la prostitution] a été déposée en chambre par un député et, même s'il ne s'agissait pas d'un projet de loi du gouvernement, a reçu un appui multipartite. Les tenants de la réforme du droit ont appuyé les objectifs de la loi proposée, qui consistaient à protéger les droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels, à les protéger contre l'exploitation, à promouvoir leur bien-être ainsi que leur santé et leur sécurité au travail, à favoriser la santé publique et à interdire l'emploi de personnes de moins de 18 ans dans la prostitution.²

La nouvelle loi permet aux travailleuses et travailleurs sexuels d'avoir un plus grand contrôle sur leur travail, tout en mettant à leur disposition divers choix quant au lieu de leur travail et à son mode. À présent, les travailleuses et travailleurs sexuels de la rue, qui étaient ciblés jusque-là par des actions policières, n'ont plus à se terrer dans la clandestinité; ils peuvent travailler dans leurs quartiers et développer des situations stables qui sont plus propices à leur santé et

à leur bien-être. Dans le contexte de la prévention du VIH, cela est de première importance. De plus, certains peuvent travailler à l'intérieur sans que la police soit à leur porte. Les travailleuses et travailleurs sexuels hors rue peuvent travailler pour des gérants, qui sont régis par les lois sur l'emploi et sur les contrats ainsi que les lois en matière de santé et de sécurité au travail, et en matière de droit pénal.

Peu après le changement de loi, des lignes directrices sur la santé et la sécurité au travail ont été développées par le ministère du Travail, en consultation avec des travailleuses et travailleurs sexuels. Ces lignes directrices réfèrent explicitement au soutien des travailleuses et travailleurs sexuels, pour le maintien de conditions propices à leur bien-être. Elles ne se limitent pas à mettre de l'avant des conseils de pratiques exemplaires pour la provision de

services sexuels commerciaux, mais incluent également de l'information à propos de l'éducation sur le VIH.³ Un tel environnement, décriminalisé, rehausse la capacité de négocier avec les clients pour faire en sorte que les services sexuels soient sécuritaires.

D'autres éléments de la loi permettent aux travailleuses et travailleurs sexuels de se regrouper, pour concurrencer les grands bordels, et de travailler à domicile comme dans toute profession. Dans les bordels, petits et grands, l'anonymat des employés est protégé. Les travailleuses et travailleurs sexuels ne sont pas soumis à des tests obligatoires, et les clients sont incités à ne pas poser de question sur leur état sérologique au VIH puisqu'un employeur qui révélerait ce renseignement contreviendrait à la loi.⁴

De solides éléments de la *Prostitution Reform Act 2003* appuient les droits humains des tra-

vailleuses et travailleurs sexuels, mais la mise en œuvre de la loi requiert un engagement des agences gouvernementales et d'autres secteurs. Pour certaines personnes, il s'agit d'un énorme changement, et elles sont en voie de réorienter leurs réponses, de la persécution vers la protection.

– Catherine Healy

Catherine Healy (pcdp@globe.net.nz) est la coordonnatrice nationale du NZPC.

¹ *Prostitution Reform Act 2003*, 2003 No. 28 [27 juin 2003].

² *Ibid.*, art. 3.

³ Occupational Safety and Health, *A Guide to Occupational Safety and Health in the New Zealand Sex Industry*, Department of Labour, 2003.

⁴ *Prostitution Reform Act 2003*, art. 9.

La provision d'aide juridique aux minorités vulnérables en Ukraine

En Ukraine, les droits des groupes vulnérables – en particulier les utilisateurs de drogue par injection, les personnes vivant avec le VIH/sida et les travailleuses et travailleurs sexuels – sont fréquemment enfreints. Dans cet article, issu de son exposé lors d'une séance d'abrévés au Congrès, Andrei Tolopilo présente un projet d'aide juridique qui vise à habiliter l'individu à comprendre et à défendre ses droits.

Pour réagir au problème de la dépendance à la drogue, l'Ukraine a adopté une approche très répressive et sévère

à l'égard des utilisateurs de drogue. Les personnes dépendantes à la drogue et séropositives au VIH font

l'objet de stigmatisation et de discrimination. Human Rights Watch a documenté des cas de torture de per-

sonnes dépendantes à la drogue.¹ Les travailleuses et travailleurs sexuels sont aussi soumis à de rudes traitements.

En réponse à cette situation et grâce à l'appui financier de l'International Harm Reduction Development Program (Open Society Institute) et de l'International Renaissance Fund, un projet intitulé « Protection of the Rights and Interests of Representatives of Vulnerable Social Groups » [Protection des droits et des intérêts des membres de groupes sociaux vulnérables] a été mis sur pied pour fournir de l'aide juridique aux personnes dépendantes d'opiacés, aux personnes vivant avec le VIH/sida et aux travailleuses et travailleurs sexuels.

Mis en œuvre dans dix régions de l'Ukraine, le projet réunit divers organismes dans l'action. Entre juillet 2004 et août 2006, il a fourni de l'aide juridique directe à des clients et plaidé en leur nom. L'aide juridique a été fournie par des avocats dans des centres sans rendez-vous et par téléphone (par le biais d'une ligne d'information).

Le projet a aussi éduqué des clients au sujet de leurs droits et de la marche à suivre pour plaider une cause devant les autorités (27 séances de formation dans huit régions). D'autres séances de formation s'adressaient aux étudiants de droit qui sont bénévoles dans les cliniques juridiques; aux professionnels médicaux et sociaux; et aux dirigeants d'organismes d'application de la loi, pour rehausser le respect des droits des minorités vulnérables.

On a élaboré et distribué du matériel éducatif sur divers thèmes – notamment le VIH/sida et le droit; l'usage de drogue; la détention

administrative; le droit criminel et les procédures connexes; les droits, libertés et obligations de l'individu en vertu de la Constitution de l'Ukraine; et le Code familial ukrainien.

Le projet a été très utile dans l'identification de problèmes juridiques rencontrés par les membres de populations vulnérables. Voici une liste partielle de problèmes signalés par des clients de cliniques d'aide juridique :

Utilisateurs de drogue par injection – arrestation et fouille illégales; extorsion d'argent par des membres des forces d'application de la loi; saisie illégale de documents par des membres des forces d'application de la loi; renouvellement de documents perdus; inscription d'un lieu de résidence; demande de documents en situation d'emprisonnement; problèmes dans l'exercice de la détention administrative, de l'inspection et des fouilles personnelles; disponibilité de services gratuits d'aide juridique pour les personnes à revenu moyen; prestations de bien-être social aux mères célibataires; refus d'assistance médicale; problèmes de logement; problèmes d'emploi; problèmes de droit familial; et conséquences juridiques de la réadaptation (traitement de la dépendance à la drogue) à la suite d'infractions liées au trafic de drogue.

Personnes vivant avec le VIH/sida – attitude discriminatoire d'employés d'hôpitaux; inaccessibilité des traitements; bris de confidentialité de la séropositivité au VIH par des professionnels médicaux; stigmatisation sociale; déclaration de l'invalidité; problèmes dans l'obtention d'une pension; problèmes

liés à la présence d'enfants séropositifs au VIH à la maternelle et à l'école; et préparation de la contestation d'un acte injustifié.

Travailleuses et travailleurs sexuels – extorsion d'argent et autres actes illégaux de membres des forces d'application de la loi; arrestation et fouille sous un faux prétexte; rétablissement des droits parentaux; recherche d'occasions d'emploi; inscription d'enfants dans un établissement préscolaire; refus de services médicaux.

Au cours de ses deux premières années d'existence, le projet a géré 3 681 cas d'aide juridique. Ses avocats ont adressé des demandes, pétitions et plaintes aux instances pertinentes, plaidé devant les tribunaux et fourni d'autres formes d'aide pratique aux clients dans le besoin.

– Andrei Topolilo

Andrei Topolilo est président du conseil d'administration de l'organisme de droits humains Veritas, établi à Odessa, et directeur du projet « Protection of the Rights and Interests of Representatives of Vulnerable Social Groups ». Pour une description détaillée du projet, voir le site Internet de Veritas (en russe), à www.veritas.org.ua.

¹ Human Rights Watch, *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight against HIV/AIDS*, mars 2006. Accessible à <http://hrw.org/reports/2006/ukraine0306/ukraine0306web.pdf>.

Réflexions sur 25 ans de sida

Nous devons repolitiser le sida et l'inclure dans un mouvement plus large pour la justice sociale et économique, affirme Gregg Gonsalves. Dans le présent article, issu de l'exposé qu'il a présenté lors d'une séance spéciale du Congrès, Gonsalves offre des réflexions personnelles sur le premier quart de siècle de l'épidémie.

Peter Piot, directeur général de l'ONUSIDA, a affirmé au *New York Times*, plus tôt cette année, que « 2005 a été l'année la moins pire de l'histoire de l'épidémie du sida ».¹ Mais je suis d'avis que nous sommes en train de perdre la bataille contre cette maladie. Cinq millions de nouveaux cas d'infection en 2005, et trois millions de morts. Ce fut en effet la pire année à jamais, pour ceux et celles qui sont morts.

L'ouvrage d'Alex de Waal intitulé *Famine Crimes*, où il décrit comment l'industrie de l'aide humanitaire a aggravé et perpétué des famines, notamment en Afrique, présente un cadre analytique au moyen duquel nous devons scruter notre travail de lutte contre le sida. De Waal conclut que nous avons créé une vaste infrastructure qui est :

- en grande partie dépourvue d'imputabilité;
- centrée sur sa propre justification ainsi que sur la survie et l'expansion organisationnelles;
- axée sur des politiques qui intéressent les principaux pays industrialisés : la responsabilité internationale généralisée, plutôt que l'imputabilité politique locale et spécifique; ainsi que l'expérience et les compétences techniques, plutôt que la connaissance locale; et

- favorable au développement ou à l'assistance, plutôt qu'au changement social.²

Faut-il s'étonner que les choses ne s'améliorent pas? Nous avons créé un système destiné à l'échec. Or, en marge de ce système, demeurent des hommes et des femmes, de vrais héros, qui sont en grande partie oubliés, inconnus, ignorés, ou méprisés par ceux qui font fonctionner la « machine ». Ce ne sont pas Bill Gates ou Bill Clinton qui font la différence dans cette épidémie, bien qu'ils soient traités un peu comme des rois, à ce congrès (la séduction de la fortune et du pouvoir qu'ils représentent nous rend aveugles à ce qui nous vient réellement d'eux).

Les vrais héros sont les milliers de personnes comme Moraka, Gugu Dhlamini, Ashok Pillai, Dasha Ocheret, Mandla Majola, Fanny Ann Eddy, Sou Southeavy, Paul Kasonkomona, Thomas Cai, Loon Gangte, Frika Chia Iskandar, Rolake Nwagwu, Othman Mellouk, Banta Leimapokpam, Jay Lipner, Gennady Roschupkin, Nikolai Nedzelskii, Leena Menghaney, Ezio Santos Filho, Joseph Scheich, Michael Callen, Scott Slutsky, Lillian Mworeko, Sunil Pant, Paisan Suwannawong, Andy Zysman – qui ont tous et toutes changé l'histoire, souvent au prix de grands risques pour leur personne et

sans que la plupart des gens le remarquent.

À mon avis, nous devons réinscrire la lutte au sida dans un mouvement plus large pour la justice sociale et économique. Il n'est pas étonnant que là où l'on trouve le VIH/sida, l'on trouve souvent aussi d'autres maladies infectieuses et chroniques, comme la tuberculose, le diabète, l'obésité, les maladies du cœur, l'asthme, la maladie mentale, et des épidémies de crime, de violence et de pauvreté. À moins de commencer à examiner les facteurs qui alimentent les disparités en matière de santé – autrement dit les raisons pour lesquelles certains d'entre nous deviennent malades et d'autres pas –, de manière large, dans nos communautés, nous serons toujours en train de traiter une maladie alors que le « patient » meurt d'une autre. Ce n'est pas une coïncidence, non plus, si ces multiples épidémies existent dans des communautés marginalisées, aux quatre coins du monde, parmi les pauvres, les femmes, les utilisateurs de drogue, les travailleuses et travailleurs sexuels, les hommes gais, les prisonniers et les migrants.

Les politiques sociales et économiques et les positions politiques qui engendrent cette marginalisation nous poussent sur la voie d'épidémies imminentes. Mais nous continuons de mettre nos espoirs

dans des programmes de prévention qui considèrent le risque de manière étroite en termes de comportement individuel, ou dans quelque nouvelle technologie qui nous sauvera. Même ceux qui se disent profondément préoccupés par la prévention du VIH n'ont pas suffisamment de cœur au ventre pour s'attaquer aux facteurs structurels et environnementaux qui sont les catalyseurs de l'épidémie. Ils regardent grandir le brasier, car passer à l'action pour affronter ces problèmes déborde du domaine de la charité et s'approche beaucoup trop, dangereusement, de la politique.

Il est si peu à la mode, de nos jours, de parler de droits, et en particulier de se battre pour des droits comme si l'on y croyait vraiment.

Nous devons repolitiser le sida. Certaines personnes militent pour que nous fassions en sorte que le sida ne soit plus un cas d'exception, pour qu'il soit « remédicalisé ». Je suis d'accord à dire que l'approche au test du VIH doit être repensée – et qu'il est inacceptable que des millions de personnes vivent et meurent sans connaître leur état sérologique. Je suis d'accord pour une administration plus facile du test du VIH en milieu médical; pour l'intégration, dans nos approches au VIH/sida, de véritables stratégies de santé publique fondées sur des données; et pour

l'intégration du VIH/sida dans des systèmes renforcés de soins et de prévention des maladies infectieuses et chroniques, en général.

Cependant, la présomption que nous devrions abandonner une approche au VIH/sida fondée sur les droits, pour y arriver, est franchement réactionnaire. Les exhortations à délaissier l'exceptionnalisme et à replacer le VIH/sida dans un contexte strictement médical pourraient facilement se transformer en exhortations à refaire de nous des patients et des victimes, des acteurs passifs dans cette épidémie. Aucun médecin n'apprécie les patients qui lui répondent; aucun gouvernement, non plus. Les exhortations à « dés-exceptionnaliser » le sida risquent de devenir des appels à ignorer ou à minimiser l'importance des aspects sociaux et économiques du VIH/sida, et à le reléguer à nouveau au domaine de la médecine et de ses solutions strictement biométriques. Ces mêmes exhortations peuvent devenir des appels à ce que le sida soit considéré aussi « ordinaire » que tous les autres maux, médicaux ou autres, qui affectent nos communautés – alors que nous devrions revendiquer la santé pour tous et la justice sociale et économique comme des droits humains. Il est si peu à la mode, de nos jours, de parler de droits, et en particulier de se battre pour des droits comme si l'on y croyait vraiment.

Le sida est essentiellement une crise de gouvernance, qui concerne ce que les gouvernements font (ou pas) pour les gens, ou aux gens. Des médicaments existent pour traiter l'infection à VIH, de même que les instruments pour endiguer les risques qui alimentent la transmission du VIH et pour prévenir l'infection pro-

prement dite. Ce qui manque, c'est la volonté politique nationale nécessaire à intensifier notre réponse. Nous n'exigeons pas assez de nos leaders, et nous excusons beaucoup trop. Mis à part les cris de quelques braves activistes, la plupart des nations affectées par l'épidémie, aux quatre coins du monde, n'ont pas exigé que leurs leaders leur rendent des comptes – en leur disant voici nos droits, voici vos obligations.

Pourquoi ne voit-on pas des millions de gens, à travers le monde, exiger des actions ou dire à leurs chefs de laisser la place à d'autres? Je comprends que certains d'entre nous travaillent dans des pays où il est impossible d'agir ainsi, mais en réalité cela est possible à plus d'endroits qu'on pourrait le croire. Peut-être que ceux d'entre nous qui ont la capacité de changer des choses, les ressources pour le faire ou pour soutenir ce genre de travail, sont en fait incapables de reconnaître ce que constitue l'épidémie – une crise politique –, ou peut-être ont-ils décidé de fermer les yeux sur cela parce qu'il est plus facile d'être complice des systèmes de pouvoir (qui perpétuent et aggravent l'épidémie). Nous sommes actuellement dans une terrible phase anti-politique, où les forces au pouvoir se sont emparées de notre rhétorique et nous disent que tout va bien – « nous sommes de votre côté; vous pouvez délaissier la mobilisation et nous laisser voir à l'épidémie ». Voilà le message pernicieux qui se dégage de ce congrès. Ne croyez rien de ce qu'ils disent.

C'est la pire année de l'épidémie, pour plusieurs d'entre nous. La question est de savoir si nous nous lèverons et ferons une promesse, aujourd'hui, comme l'avait fait en

1988 l'un de mes héros, le regretté, et formidable, Vito Russo :

Nous sommes si affairés à éteindre des feux, pour le moment, que nous n'avons pas le temps de nous parler, de faire des stratégies et de planifier en vue de la prochaine vague, du lendemain, du mois prochain, de la semaine et de l'année prochaines.

Et il faudra que nous trouvions ce temps d'ici quelques mois. Nous

devons nous y engager. Puis, une fois que nous aurons passé à tabac cette maladie, nous serons tous en vie pour passer à tabac ce système, afin que ça n'arrive plus jamais.³

– Gregg Gonsalves

Gregg Gonsalves (gregg.gonsalves@gmail.com) est coordonnateur du Regional Treatment Literacy and Advocacy Programme, à l'AIDS and Rights Alliance of Southern Africa, un réseau d'organismes

de lutte contre le sida et pour les droits humains, dans les pays de la Communauté de développement de l'Afrique australe.

¹ L. Altman, « Report shows AIDS epidemic slowdown in 2005 », *New York Times*, 18 mai 2006.

² A. de Waal, *Famine Crimes: Politics & the Disaster Relief Industry in Africa*, Londres, Villiers Publications, 1997.

³ Extraits d'un discours de Vito Russo lors de manifestations d'ACT-UP à Albany (N.Y.) et Washington D.C., en 1988.

Contrôle de la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection – La situation actuelle de la réduction des méfaits

L'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection est maintenant un enjeu crucial dans le contrôle du VIH à l'échelle mondiale. Les stratégies de réduction des méfaits (RM) sont considérées efficaces, sécuritaires et abordables depuis au moins 15 ans. Dans le présent article basé sur un exposé présenté en plénière lors du Congrès, Alex Wodak soutient que le débat scientifique entourant la RM est à présent terminé, et que le besoin prioritaire est d'aller au delà du recours conventionnel à l'application de la loi, qui constitue le principal obstacle à la mise en œuvre de stratégies de RM en temps opportun et d'ampleur suffisante.

La propagation mondiale du VIH entre utilisateurs de drogue par injection (UDI) est à présent un enjeu crucial. Du nombre de cas d'infection à VIH à l'échelle mondiale, aujourd'hui, 30 % sont à l'extérieur de l'Afrique subsaharienne.¹ Du nombre de cas de VIH hors de l'Afrique subsaharienne, 30 % concernent des UDI. Cela signifie que les UDI constituent environ un nouveau cas sur dix d'infection par le VIH dans le monde. Cette proportion est à la

hausse. De plus, dans au moins six pays, des épidémies généralisées ont débuté parmi les UDI.

L'usage de drogue par injection a été signalé dans 144 pays, et des cas de VIH parmi les UDI ont été recensés dans 128 pays.² La production de drogues illicites continue d'augmenter inexorablement : la production d'héroïne en Afghanistan a augmenté de 49 % l'an dernier.³ La valeur du commerce de drogue illicite au détail, à l'échelle mondiale,

a été estimée en 2003 à 322 milliards \$US.⁴ Dans un récent rapport du cabinet du Royaume-Uni, il a été estimé que les profits constituent de 26 à 58 % du chiffre d'affaires de l'industrie de la drogue illicite.⁵

L'importance de la réduction des méfaits

Un ensemble de mesures s'est révélé efficace pour contrôler la transmission du VIH parmi les UDI, depuis au moins 15 ans. Ces mesures sont

nécessaires dans la communauté ainsi que dans les prisons. Premièrement, les UDI ont besoin d'éducation sur le VIH, qui soit simple, explicite, factuelle, et fournie par leurs pairs. Deuxièmement, des programmes d'échange de seringues (PÉS) sont nécessaires pour augmenter la disponibilité de matériel d'injection stérile et pour réduire la présence de matériel usagé. Troisièmement, les UDI ont besoin d'une variété de possibilités de traitements de la toxicomanie (comme la méthadone et la buprénorphine, pour les utilisateurs d'héroïne) qui soient efficaces, attrayantes et accessibles. Quatrièmement, le développement communautaire parmi les UDI est nécessaire afin de les encourager à faire partie de la solution.

La RM repose sur la considération que la réduction de problèmes sanitaires, sociaux et économiques liés aux stupéfiants est encore plus importante que la réduction de l'usage de drogue. Il est plus efficace d'établir et d'atteindre des objectifs réalistes, quoique sous-optimaux, que d'établir des buts utopiques et de ne pas les atteindre. En somme, que « 80 % de quelque chose est préférable à 100 % de rien du tout ».

Le long débat scientifique qui a entouré la RM est à présent terminé. La RM est efficace pour réduire le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH; elle n'a pas d'effets pervers sérieux (par exemple au chapitre de l'ampleur de l'usage de drogue); et elle offre un rapport coût-bienfaits qui est avantageux. Une somme écrasante de données fait foi du bien-fondé des programmes d'échange de seringues⁶ ainsi que des traitements à la méthadone ou à la buprénorphine.⁷ Plus tôt et plus vigoureusement on met en œuvre des

programmes de RM, meilleurs sont les résultats. Aucun pays qui a mis en œuvre des programmes de RM n'a fini par regretter cette décision et renverser son engagement.

La RM est à présent acceptée par la plupart des agences onusiennes, notamment l'Organisation mondiale de la santé, l'ONUSIDA, l'UNICEF, la Banque mondiale et, de plus en plus, l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). La Croix-Rouge internationale endosse à présent la RM, tout comme un nombre croissant d'autres organismes et de pays.

Nos politiques actuelles anti-héroïne pourraient avoir par inadvertance des effets pro-VIH.

En revanche, le nombre d'organismes et de pays qui rejettent l'approche de la RM est en déclin. S'y opposent encore formellement : une seule organisation onusienne, qui est chargée des politiques en matière de drogue (l'Organe international de contrôle des stupéfiants) ainsi que les États-Unis et quelques autres pays. Lors d'une importante réunion de l'ONUSIDA, en 2005, des références à la RM, aux programmes d'échange de seringues ainsi qu'aux traitements de substitution étaient revendiqués par 21 pays. Seuls les États-Unis se sont opposés à ces références.

Les 25 États membres de l'Union européenne fournissent à présent des PÉS et des traitements à la méthadone. En Asie, où vit la moitié de

la population mondiale, la RM est aujourd'hui acceptée dans tous les pays les plus peuplés.

Le traitement à la méthadone est maintenant fourni dans quarante-huit pays et le traitement à la buprénorphine, dans 34 pays. Les PÉS sont également en essor rapide, dans le monde, avec 65 pays où l'on fournit à tout le moins un certain degré de services en ce sens. Bien que des programmes soient actuellement en amorce dans plusieurs pays, la couverture est encore généralement piètre, en particulier où les PÉS sont les plus nécessaires, en Europe centrale et de l'Est, de même que dans le centre, le Sud, le Sud-Est et l'Est de l'Asie. La couverture de l'échange de seringues en prison, à l'échelle mondiale, est moindre encore.

Les obstacles à la RM

Le principal obstacle à la RM est la confiance et le recours excessif à l'application de la loi. Une récente étude dans 89 grandes villes états-uniennes a estimé le nombre d'UDI *per capita* ainsi que la prévalence du VIH parmi les UDI.⁸ Ces estimés ont été mis en comparaison avec les données *per capita* concernant trois éléments légaux : les arrestations liées à la drogue, les employés de police et les dépenses correctionnelles. Aucune mesure légale ne montrait de corrélation *per capita* avec les nombres d'UDI, mais dans chaque ville, plus ces mesures avaient une présence prononcée et plus la prévalence du VIH parmi les UDI était élevée. Les auteurs ont conclu qu'étant donné le peu d'effet dissuasif quant au nombre d'UDI, couplé à une possibilité d'augmenter la propagation du VIH, il fallait considérer des moyens de rechange pour le maintien de l'ordre social.

Ce n'est pas le premier avertissement de ce genre. Cinq ans avant la révélation de l'existence du sida, une étude prophétique, portant le titre saisissant « The pro-heroin effects of anti-opium policies » [Les effets pro-héroïne des politiques anti-opium], constatait qu'en dix ans de prohibition de l'opium dans trois pays de l'Asie, les demandes de traitement de fumeurs d'opium avaient été remplacées par des demandes de traitement de personnes s'injectant de l'héroïne.⁹ Nos politiques actuelles anti-héroïne pourraient avoir par inadvertance des effets pro-VIH.

Le contraste entre l'efficacité de la RM et l'inefficacité des coûts élevés de la « guerre aux drogues » a inévitablement déclenché une remise en question de la prohibition à l'égard de la drogue. Comme l'a dit d'ailleurs le Secrétaire à la défense états-unien Donald Rumsfeld : « Si la demande persiste, elle trouvera des manières d'obtenir ce qu'elle veut. Et si ce n'est pas en Colombie, ce sera ailleurs. »¹⁰

Bien qu'ils soient encore à la tête de l'opposition à la RM, les États-Unis avaient une incidence de sida à 14,7 par 100 000 personnes, en 2003, soit le taux le plus élevé du monde industrialisé.¹¹ Depuis le début de l'épidémie du VIH, plus d'un tiers des cas de sida aux É.-U. ont été attribués (directement et indirectement) à l'injection de drogue.¹²

L'Europe de l'Est, le Japon et les États-Unis dépensent annuellement 350 milliards \$US en mesures protectionnistes dans le domaine de l'agriculture. Quelles options s'offrent aux pays producteurs de drogues? Si l'Afghanistan ne peut vendre d'oignons et de pommes de terre à l'Europe à un prix

raisonnable, bien sûr qu'il vendra de l'héroïne. Si les pays de la Caraïbe ne peuvent vendre de bananes aux É.-U. à un prix raisonnable, bien sûr qu'ils vendront de la cocaïne. Des politiques plus équitables pour le commerce international sont un élément du contexte plus large qu'il faut considérer dans la quête d'un contrôle mondial sur le VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection.

Tous les participants à ce débat doivent s'interroger sur la moralité de passer outre aux preuves scientifiques et de condamner les générations futures à des taux endémiques de VIH.

Il subsiste des critiques qui s'opposent féroce­ment à la RM. Ce débat est essentiellement un conflit entre les tenants d'une approche consécutive, qui évaluent les interventions en considérant leur impact, et des opposants qui évaluent les interventions en référence à leur rectitude sur le plan moral. Cependant, tous les participants à ce débat doivent s'interroger sur la moralité de passer outre aux preuves scientifiques et de condamner les générations futures à des taux endémiques de VIH.

Où nous tourner à présent?

Il est temps de considérer la drogue comme une problématique sanitaire et sociale, bien que des initiatives d'application de la loi seront toujours

nécessaires comme soutien secondaire. L'expansion de la couverture des stratégies de RM, à une échelle proportionnée pour le contrôle de l'épidémie du VIH, est maintenant la principale priorité dans la plupart des pays. Le financement destiné aux mesures de santé doit être élevé au même niveau que celui de l'application de la loi. Tous les dépositaires importants d'enjeux devraient être impliqués dans la planification, y compris les représentants des forces de l'ordre et les UDI.

Si les politiques pour la prévention du VIH ne sont pas fermement ancrées dans la science et dans la protection des droits humains des utilisateurs de drogue, on n'arrivera jamais à contrôler le VIH dans cette population critique. Or l'échec à contrôler le VIH parmi les UDI condamne la collectivité en général à des taux élevés de VIH pour les générations à venir.

Même s'ils prennent sans contredit des risques importants, les UDI, qui sont souvent pauvres, peu éduqués, sans emploi, et qui vivent dans des pays en développement, ne sont pas les véritables preneurs de risques. Les risques que prennent les UDI sont insignifiants lorsque comparés aux risques que prennent les responsables des politiques, qui sont habituellement éduqués, puissants et installés dans des bureaux sophistiqués. Les responsables des politiques ont souvent choisi des avenues qui allaient à l'encontre d'un vaste corpus de solides données. Ils optent souvent pour une position de déni, de manière obscène et indulgente.

Le slogan de l'ONU­DC, lors de l'UNGASS de 1998 était « Un monde sans drogue, c'est possible! ». En 2003, l'ONU­DC a prétendu, de manière improbable, que le monde

faisait « [d]es progrès encourageants dans la réalisation d'objectifs encore lointains ». ¹³ Il s'agit là d'un déni aux proportions planétaires. Pour contrôler le VIH parmi les UDI, il faut des politiques pertinentes au monde dans lequel nous vivons, et non à un monde imaginaire. Pour que la communauté internationale parvienne à contrôler le VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, il faut que tout le système onusien soit engagé à une seule politique en matière de drogue : la réduction des méfaits.

– Alex Wodak

Le Dr Wodak (awodak@stvincents.com.au) est directeur du Service en matière de drogue et l'alcool, au St. Vincent's Hospital,

à Darlinghurst, Nouvelle Galles du Sud, Australie.

¹ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida : 2006*. Accessible à http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH02_en.pdf.

² S.A. Strathdee et F.I. Bastos, « Injection drug use and HIV infection », *Encyclopaedia of Public Health*. Accessible à <http://health.enotes.com/public-health-encyclopedia/injection-drug-use-hiv-infection>.

³ ONUDC, *Afghanistan 2006 Annual Opium Poppy Survey*. Accessible à <http://www.unodc.org/pdf/execsummaryafg.pdf>.

⁴ ONUDC, *2005 Rapport mondial sur les drogues*. Accessible à www.unodc.org/unodc/world_drug_report_2005.html.

⁵ Gouvernement du Royaume-Uni, *Strategy Unit Drugs Report: Phase 1 — Understanding the Issues*, 12 mai 2003. Accessible à www.strategy.gov.uk/downloads/work_areas/drugs/drugs_report.pdf#search=%22Strategy%20Unit%20illicit%20drugs%20UK%20report%22.

⁶ A. Wodak et A. Cooney, *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users*, coll. Evidence for action techni-

cal papers, Organisation mondiale de la santé, 2004. Accessible à www.who.int/hiv/pub/prev_care/effectivenesssterileneedle.pdf.

⁷ WHO/UNODC/UNAIDS, *Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention*, document de position, 2004. Accessible à www.who.int/substance_abuse/publications/en/PositionPaper_English.pdf#search=%22methadone%20WHO%20UNODC%20UNAIDS%22.

⁸ S.R. Friedman et coll., « Relationships of deterrence and law enforcement to drug-related harms among drug injectors in US metropolitan areas », *AIDS* 20 (2006) : 93–99.

⁹ J. Westermeyer, « The pro-heroin effects of anti-opium laws in Asia », *Archives of General Psychiatry* 33 (1976) : 1135–1139.

¹⁰ « Rumsfeld tells senators his views on drug war », *The Los Angeles Times*, 12 janvier 2001.

¹¹ Voir le site Internet d'Avert, à www.avert.org/ausstatg.htm.

¹² Centers for Disease Control and Prevention, *Drug-Associated HIV Transmission Continues in the United States* (feuillelet d'information). Accessible à www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/idu.htm.

¹³ ONUDC, *Progrès encourageants dans la réalisation d'objectifs encore lointains*, rapport du directeur général, 2003. Accessible via http://www.unodc.org/unodc/cnd_session_46.html.

Miser sur le droit des droits humains pour militer en faveur de programmes d'échange de seringues dans les prisons d'Europe

La Convention européenne des droits de l'Homme peut être utile pour promouvoir la mise en œuvre de programmes d'échange de seringues en prison, explique Rick Lines dans cet article basé sur son exposé présenté lors d'une séance d'abrévés, au Congrès. M. Lines met en relief les arguments que des États peuvent faire valoir dans le but d'éviter de tels programmes, puis il désamorce ces arguments par des références au droit des droits de la personne ainsi qu'à la jurisprudence.

La *Convention européenne des droits de l'Homme* est l'instrument exécutoire des droits de la personne, pour les 46 États membres du Conseil de l'Europe. À l'opposé d'autres

traités sur les droits de la personne, la Convention n'établit pas de manière explicite un droit à la santé. Cependant, dans le contexte de la détention, le droit à la santé est impli-

qué en vertu de l'article 3 qui interdit la « torture [et les] peines ou traitements inhumains ou dégradants ». ¹

Le Comité européen pour la prévention de la torture, qui surveille

les conditions en prison à l'échelle du Conseil de l'Europe, a exprimé la position que « [u]n niveau de soins médicaux insuffisant peut conduire rapidement à des situations qui s'apparentent à des «traitements inhumains ou dégradants». »² Ceci ouvre la porte au recours à l'article 3 comme instrument pour plaider en faveur de mesures de prévention du VIH en prison, y compris des programmes d'échange de seringues.

L'article 3 impose aux États une obligation positive, c'est-à-dire un « devoir de protéger » le bien-être des personnes qui sont sous leur garde.³ La jurisprudence est claire : le devoir de protéger l'intégrité physique des prisonniers inclut l'obligation de leur fournir des soins de santé.⁴ Cette obligation positive s'applique « sans égard à la conduite de la victime »,⁵ même si cette conduite est illégale ou contrevient au règlement de la prison.⁶ Par conséquent, l'obligation positive des États de protéger l'intégrité physique des prisonniers qui s'injectent des drogues demeure, même si l'activité en cause est interdite.

L'article 3 impose également aux États la responsabilité d'adopter les mesures « efficaces » pour « assurer que les individus sous leur garde ne sont pas assujettis à des tortures ou à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». Ainsi, en prison, l'obligation de l'État de protéger les détenus qui s'injectent des drogues n'est pas satisfaite par la simple fourniture d'autres formes de services, relativement à la drogue, qui ne répondent pas aux risques spécifiques que le partage de seringue entraîne pour la santé. Prendre les mesures efficaces, dans ce contexte, nécessite que les prisons fournissent des seringues stériles puisqu'il s'agit de l'intervention qui s'est avérée la plus

efficace pour prévenir la transmission de maladies hématogènes entre personnes qui s'injectent des drogues.⁷

La réussite d'un argument misant l'article 3, pour obliger l'État à fournir des programmes d'échange de seringues en prison, nécessiterait que la Cour européenne des droits de l'Homme adopte une interprétation selon laquelle certaines circonstances – en l'espèce le refus de fournir des seringues stériles – qui n'auraient peut-être pas été jugées par le passé comme un traitement inhumain ou dégradant, constituent à présent une violation de l'article 3 compte tenu des connaissances et normes actuelles.

L'État affirmerait possiblement que le refus de fournir des seringues stériles ne constitue pas un traitement inhumain ni dégradant; que l'interdiction de programmes d'échange de seringues n'outrepasse pas les exigences pratiques de l'emprisonnement;⁸ que l'attente que les détenus s'abstiennent de drogue illicite est un but légitime de l'incarcération; et que le refus de fournir des seringues stériles fait partie, en conséquence, d'un châtiement raisonnable et ne limite pas de manière indue les droits garantis par la *Convention*. L'État pourrait aussi prétendre que son obligation positive à l'égard du bien-être des détenus ne va pas jusqu'à fournir du matériel stérile pour l'injection de drogue, qui constitue une activité illégale qu'il considère comme une forme d'auto-préjudice.

Cependant, l'aspiration de l'État à des prisons exemptes de drogue ne l'emporte pas sur son obligation positive de protéger la santé des personnes en prison. Pas plus que la prohibition ou le caractère illégal de l'activité ne réduit les obligations positives de l'État à cet égard. Les

programmes d'échange de seringues n'entrent aucunement en conflit avec une politique visant l'absence de drogue, comme l'illustre la présence de programmes d'échange de seringues dans la communauté, avec des financements d'États dans plusieurs pays de l'Europe, au sein d'un contexte législatif où l'usage de drogue demeure illégal. Le lourd corpus scientifique illustrant l'ampleur de l'injection de drogue et du partage de seringues, de même que la propagation du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) qui résultent d'injections non sécuritaires, dans plusieurs systèmes carcéraux d'Europe, rend par ailleurs difficile aux États de prétendre que des prisons complètement exemptes de drogue constituent même une proposition réaliste – et que cette approche répond aux risques sanitaires de l'injection à risque, conformément à l'article 3 et aux obligations positives qui en découlent.

L'État pourrait avancer que la décision de fournir ou non des seringues stériles aux détenus relève des politiques domestiques et que la Cour ne devrait pas intervenir dans ce domaine. Par ailleurs, il pourrait prétendre que la rareté des États européens fournissant des seringues en prison illustre le « peu de consensus entre les États parties », sur cette question, et qu'en conséquence il s'agit d'un domaine où les États devraient bénéficier d'une large discrétion.⁹

Cependant, il existe un vaste consensus international à l'effet que les personnes en détention ont droit à des soins de santé de norme équivalente à celles de la communauté en général.¹⁰ Ce principe d'équivalence est appuyé par le Conseil de l'Europe¹¹ et affirmé dans les Règles

pénitentiaires européennes¹² ainsi que dans les lois ou politiques nationales de la plupart des États européens en matière de détention.¹³ Le pouvoir discrétionnaire des États en ce qui touche les programmes d'échange de seringues devrait être interprété dans le cadre de ce consensus international sur les normes de santé et des droits humains.

En outre, l'État pourrait affirmer que la provision de seringues stériles à des détenus créerait un risque indu pour la sécurité, menaçant la sûreté des employés de prisons, et qu'un jugement de la Cour en faveur du demandeur imposerait aux autorités, à l'encontre de la jurisprudence actuelle, « un fardeau intolérable ou excessif ».¹⁴

Or l'expérience actuelle et la recherche sur le sujet démontrent que les programmes d'échange de seringues en prison n'ont d'effet négatif ni sur la santé ni sur la sécurité des établissements.¹⁵ De plus, la jurisprudence de la Cour est claire à l'effet que les contraintes financières d'un État ne peuvent pas servir d'excuse pour des conditions de détention qui contreviennent à l'article 3.¹⁶

Au regard de la jurisprudence de la Cour européenne ainsi que des

obligations des États de protéger la santé des personnes en détention, en vertu de l'article 3, la Convention européenne des droits de l'Homme constitue un instrument utile au plaidoyer pour la provision de programmes d'échange de seringues dans les prisons de l'Europe.

– Rick Lines

Rick Lines (rlines@iprt.ie) est directeur général de l'Irish Penal Reform Trust, établi à Dublin, Irlande. Cet article puise dans un texte plus long à paraître en 2007 dans la *European Human Rights Law Review*.

Note de la rédaction : Pour un aperçu des questions liées au VIH/sida en prison qui ont été abordées lors du Congrès, voir R. Jürgens, « From evidence to action on HIV/AIDS in prisons: a report from the XVI International AIDS Conference », *Infectious Diseases in Corrections Report* (sept. 2006). À www.idronline.org/archives/sept06/article.html.

¹ *Convention pour la sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales* (3 septembre 1953) 213 UNTS 222 (ECHR), art 3.

² Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants, 3^e rapport général d'activités du CPT couvrant la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 1992, 1993, par. 30.

³ *Keenan v United Kingdom* (2001) 33 EHRR 38, par. 91.

⁴ P. ex., *Hurtado v Switzerland* (1994) Eur Ct HR ser A 280A, par. 79; *Kudla v Poland* (2000) 35 EHRR 11, par. 94.

⁵ *Chahal v United Kingdom* (1996) 23 EHRR 413, par. 79; voir aussi *Kudla v Poland* (n 5), par. 90; *Novoselov v Russia* Application No 66460/01 (jugement du 2 juin 2005), par. 38.

⁶ *McFeeley v United Kingdom* (1981) 3 EHRR 161, par. 45–46; *Iorgov v Bulgaria* Application N° 40653/98 (jugement du 11 mars 2004), par. 85.

⁷ OMS Europe, *Status Paper on Prisons, Drugs and Harm Reduction*, 2005, p. 11; WHO/UNODC/UNAIDS, *Policy Brief: Provision of Sterile Injecting Equipment to Reduce HIV Transmission*, 2004, Doc. N° WHO/HIV 2004.3, p. 2.

⁸ *Kudla v Poland* (n 5), par. 94.

⁹ *Cossey v United Kingdom* (1990) 13 EHRR 622, par. 40.

¹⁰ P. ex., ONU, Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus, Assemblée générale, rés. Res 45/111, annexe, 1990, 45 UN GAOR Supp (N° 49A), à 200, UN Doc A/45/49, par. 9; OMS, *Directives sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, 1993, Doc. N° UNAIDS/99.47/E, par. A(1); UNODC/WHO/UNAIDS, *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*, 2006, p. 10.

¹¹ Comité des Ministres aux États membres relatif aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire, *Recommandation N° R (98)7* (8 avril 1998), Conseil de l'Europe.

¹² Comité des Ministres aux États membres du Conseil de l'Europe sur les règles pénitentiaires européennes, *Recommandation (2006)2* (adoptée le 11 janvier 2006), par. 40.3.

¹³ *Ibid.*, par. 30.

¹⁴ *Pantea v Romania* (2005) 40 EHRR 26, par. 189.

¹⁵ Voir H. Stöver et J. Nelles, « 10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: a review of different evaluation studies », *International Journal of Drug Policy* 14 (2003) : 437; R. Lines et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, 2004.

¹⁶ *Poltoratskiy v Ukraine* (2003) Eur Ct HR-V, par. 148.

Traitement de la dépendance en Russie : pas de traitement de substitution

Les approches actuelles en matière de traitement de la toxicomanie, en Russie, ne reposent pas sur des résultats fiables de recherche. Elles sont plutôt caractérisées par une piètre efficacité, des violations des normes de l'éthique et un mépris pour le droit des patients à l'assistance et à des soins de qualité. Dans le présent article, basé sur un exposé lors d'une séance concomitante du Congrès, Vladimir Mendelevich décrit et critique les arguments qu'invoquent des spécialistes russes en toxicomanie s'opposant aux traitements de substitution.

Bien que le nombre de personnes séropositives parmi les utilisateurs de drogue ait augmenté considérablement depuis quelques années, la prévention du VIH en Russie n'inclut pas le traitement de substitution aux opiacés, une stratégie de réduction des méfaits dont l'efficacité a été démontrée aux quatre coins du monde. L'explication de cette situation réside peut-être dans le fait que la société russe considère que la problématique de l'usage de drogue est plus importante que le VIH/sida (69,3 % des Russes considèrent que l'usage de drogue est un problème, en comparaison avec 34 % pour le VIH/sida).¹

De là, on peut conclure que, premièrement, le VIH/sida n'est pas considéré comme une grande priorité, ni par le public, ni par les spécialistes de la toxicomanie (appelés « narcologues », en Russie); et que, deuxièmement, bien que le VIH/sida et l'usage de drogue aillent souvent de pair, les attitudes du public à leur égard diffèrent.

La population de la Russie est estimée à 143 millions; de ce nombre, jusqu'à six millions pourraient consommer des stupéfiants.² Des 340 000 cas de VIH qui ont été répertoriés par la Russie

(bien que les estimés non officiels atteignent jusqu'à 1,4 million), 68 % des nouveaux cas concernent des personnes qui utilisent des drogues.³

D'après diverses études, seulement un dixième des personnes qui ont besoin d'un traitement pour la dépendance à une drogue reçoivent ce service.⁴ L'efficacité des services de traitement de la dépendance est estimée à sept à dix p. cent, au maximum.⁵ Fait étonnant, plus de 73 % des narcologues sont néanmoins satisfaits de la qualité des services.⁶

Les services de traitement de la dépendance sont fortement centralisés, en Russie, et contrôlés par le gouvernement. Le traitement de la dépendance en cabinet privé est illégal. À l'extérieur d'établissements d'État ou municipaux, un médecin qualifié n'a pas le droit de traiter un patient dépendant d'une drogue. Les spécialistes en clinique privée ne sont autorisés qu'à fournir des services de réadaptation psychologique, sans psychopharmacologie.

L'écrasante majorité des traitements offerts se limite à la désintoxication. La majorité des patients recommencent à consommer de la drogue dans le mois qui suit leur sortie d'une clinique de traitement de la dépendance. Les programmes de

réadaptation sont de courte durée, très limités et inefficaces.

Le plus grand problème dans le traitement de la dépendance en Russie est probablement la prohibition complète des traitements de substitution aux opiacés. Avant 1970, la méthadone et d'autres agonistes opioïdes étaient utilisés, dans l'Union soviétique, pour traiter la dépendance à la drogue. En 1977, leur utilisation a cependant été bannie – pour des raisons idéologiques et non scientifiques. Pendant des décennies, le traitement de substitution a été interdit, tout comme les débats académiques sur le sujet. Les revues scientifiques ont refusé de publier des articles fondés sur des faits, portant sur la méthadone. Certains intervenants en faveur du traitement de substitution ont perdu leur emploi ou ont été forcés à renier leurs idées.

En 1998, une nouvelle loi fédérale a déclaré illégaux même les débats sur le traitement de substitution, pendant que d'autres pays de l'ex-URSS commençaient à modifier leurs politiques qui allaient à l'encontre de ce traitement.

En Russie, le dossier demeure excessivement politisé. En mars 2005, le *Medical Newspaper* a publié

un mémorandum intitulé « Disons non aux programmes de méthadone dans la Fédération de Russie », signé par les chefs des domaines psychiatrique et narcologique du pays.⁷ Le mémorandum qualifiait d'inefficace et d'inhumain le traitement de substitution, le décrivant comme un remplacement d'une drogue par une autre, au lieu d'un traitement. Le mémorandum était dépourvu de tout fondement ou raisonnement scientifique.

Des sondages réalisés en Russie, en 2004 et en 2006, démontrent que la proportion de narcologues qui s'opposent au traitement de substitution a diminué d'environ 45 % (en 2004) à un peu moins de 39 % (en 2006).⁸ À l'heure actuelle, environ la moitié des narcologues actifs au pays sont en faveur de la mise en œuvre de services de traitement de substitution aux opioïdes comme méthode de réduction des méfaits et, en particulier, de prévention du VIH. Néanmoins, le débat fait rage, et la plupart des responsables de la santé publique s'opposent catégoriquement au traitement de substitution.

Les débats entourant l'idée de rouvrir la porte à ce traitement, en Russie, portent sur trois questions :

- Le VIH est-il transmis principalement par voie d'injection?
- Combien d'individus dépendants d'opioïdes sont séropositifs au VIH?
- Existe-t-il des données convaincantes à l'effet que le traitement de substitution peut réduire le risque de transmission du VIH?

Des narcologues de la Russie affirment que « le sida a quitté le milieu

de la drogue ». Le Centre national de recherche en narcologie, du ministère russe de la Santé, affirme que le VIH est décelé « seulement chez 12 % des personnes dépendantes d'opiacés ».⁹ Ces données ne concordent pas avec les constats récents d'autres centres de recherche et des cliniques, qui estiment que la prévalence du VIH parmi leurs patients utilisateurs de drogue se situe entre 23 et 25 %.¹⁰ De plus, comme nous l'avons rapporté ci-dessus, plus de 60 % des nouveaux cas d'infection par le VIH sont liés à l'injection de drogue.

Les débats, entre narcologues, à savoir si le VIH est transmis principalement par l'injection de drogue, et si le nombre de nouveaux cas de VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues est en déclin, portent à croire que les opposants au traitement de substitution sont prêts à justifier leur opposition à son introduction en alléguant (faussement) que cette voie de transmission n'est pas importante. Mais, même si l'on prenait pour acquis que cette voie de transmission du VIH est moins importante que par le passé, il faut agir pour l'éradiquer. Et, jusqu'ici, on n'a proposé aucune méthode préventive plus efficace que le traitement de substitution.

Quant à la question sur l'existence de données solides à l'appui de l'efficacité du traitement de substitution comme méthode de prévention du VIH, les narcologues russes ne considèrent pas que sont valides les nombreuses études internationales, ni la position de l'Organisation mondiale de la santé. Leur principal argument est que la meilleure méthode de prévention du VIH pour les personnes qui s'injectent des drogues est un bon

traitement sans drogue contre la dépendance aux opiacés.

Les narcologues russes persistent à affirmer que l'efficacité du traitement sans drogue se situe entre 35 et 60 %.¹¹ Les faits contredisent cette affirmation. Le maintien de l'abstinence pendant un an après le traitement sans drogue d'une personne ayant une dépendance aux opiacés est possible dans 15 % des cas, au maximum.¹² Cependant, même si l'on considérait que les affirmations des narcologues russes à propos de taux élevés de réussite de l'approche sans drogue, pour le traitement de la dépendance, étaient véridiques, la question demeure : que fait-on pour les personnes chez qui le traitement sans drogue ne fonctionne pas? C'est toutefois une question que les narcologues russes ne posent même pas.

En s'opposant aux mesures de réduction des méfaits comme le traitement de substitution, les narcologues russes privent la population d'outils valables qui aideraient les gens et qui seraient utiles à la lutte contre l'épidémie croissante du VIH. En contrepartie, de nos jours, on observe qu'un nombre croissant de narcologues russes sont en faveur d'un virage des politiques, et qu'ils seraient prêts à réviser leurs services.

– Vladimir Mendelevich

Le Dr Vladimir Mendelevich (mend@tbit.ru) est directeur de l'Institut de recherche en santé mentale, et chef du Département de psychologie médicale et générale à l'Université médicale d'État de Kazan, en Russie.

¹ V. Mendelevich, *Drug addiction and narcology in Russia*, (Kazan, Russie : Kazan State Medical University Publishing House, 2006), avec renvois, p. 12.

² *Ibid.*, p. 8.

³ P. Aksenov, « HIV and drug addiction » (exposé), Seminar for the Federal Drug Control Agency (FKSN), Organisation mondiale de la santé, Volgograd, 2006.

⁴ V. Mendelevich, p. 8.

⁵ *Ibid.*, p. 34.

⁶ *Ibid.*, p. 14.

⁷ V. Krasnov et coll., *Medical Newspaper*, 31 mars 2006, p. 6.

⁸ V. Mendelevich, p. 21.

⁹ N. Ivanets, « Drug addition in Russia » (exposé), Congrès international « Health of the nation and fight against narcoterrorism », Moscou, 2006.

¹⁰ V. Mendelevich, p. 49.

¹¹ N. Ivanets.

¹² V. Mendelevich, p. 23.

Déplacer la lutte sur leur terrain : le rôle des oppositions aux brevets, dans la lutte pour l'accès aux médicaments

En modifiant en 2005 ses lois sur les brevets, conformément à l'Accord sur les ADPIC (l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce), l'Inde a été forcée de reconnaître une protection de brevets pharmaceutiques longue de 20 ans, menaçant ainsi la capacité continue de ses fabricants de médicaments génériques de produire des médicaments antirétroviraux (ARV) abordables. Dans cet article, Chan Park examine les réussites et les défis rencontrés par les organismes indiens du domaine de la santé, dans leurs nouveaux efforts pour s'opposer à l'octroi de brevets pour des médicaments cruciaux.

Afin d'empêcher l'octroi de brevets pour les ARV et autres médicaments essentiels, des organismes de la société civile de l'Inde ont décidé de mener la campagne conventionnelle pour l'accès aux traitements dans un domaine jusqu'ici inconnu : le bureau de l'examineur des brevets. En déposant des énoncés d'opposition à des demandes de brevet pour des médicaments indispensables, la société civile est arrivée des victoires remarquables dans sa tentative de faire en sorte que des brevets ne soient pas accordés au prix de vies humaines.

Promulguée au milieu d'une tempête politique, la Indian Patents (Amendment) Act of 2005 [Loi indien-

ne sur les brevets (amendements) de 2005, ci-après, « la Loi »] était le fruit d'un compromis politique entre les tenants d'une solide protection des droits de brevets et ceux qui insistaient sur la notion voulant qu'il était du devoir et de l'obligation de l'Inde, en vertu de la Déclaration de Doha, d'appliquer l'Accord sur les ADPIC d'une manière qui ne nuise pas à « l'accès aux médicaments pour tous ».¹ Bien que le produit final soit loin d'avoir optimisé l'application des éléments de souplesse de l'Accord sur les ADPIC, les efforts incessants des groupes de patients, activistes pour la santé et autres regroupements de la société civile ont permis d'obtenir

quelques concessions importantes. Deux dispositions d'importance particulière étaient les articles 3(d) et 25 de la Loi.

L'article 3(d), qui n'a d'égal dans aucune autre loi nationale sur les brevets, stipule que « la simple découverte d'une nouvelle forme d'une substance connue, sans amélioration à l'efficacité connue; ou la simple découverte d'une nouvelle propriété ou utilisation d'une substance connue » n'est pas considérée comme une invention en vertu de la Loi.² Ainsi, on a limité la capacité des sociétés pharmaceutiques d'entreprendre des mesures visant la « perpétualisation » du brevet

– une pratique (appelée en anglais « evergreening », par analogie à la verdure permanente des conifères) qui consiste à breveter subséquemment des modifications mineures à un médicament, afin de prolonger artificiellement la durée du brevet initial. Cet article de la Loi, de pair avec l'article 25, qui permet à toute personne de déposer une opposition officielle à une demande de brevet, avant la décision des autorités,³ a fourni aux organismes du pays l'occasion de s'opposer à l'octroi de brevets sur des médicaments importants.

Après que la Cancer Patients Aid Association eut gain de cause dans son opposition à la demande de brevet de Novartis AG pour le médicament Gleevec,⁴ des regroupements indiens de personnes vivant avec le VIH/sida ont déposé une première opposition, en mars 2006, ciblant la demande de brevet de GlaxoSmithKline (GSK) pour le Combivir, une combinaison à doses fixes de lamivudine et de zidovudine.⁵ La demande de brevet pour le Combivir est un exemple typique de tentative de perpétualisation de brevet. La prétendue « invention », dans la demande de brevet, concernait la combinaison de deux médicaments déjà connus, et d'un glissant pour production sous forme de comprimé.⁶ Cependant, les substances utilisées comme glissants sont des ingrédients courants (comme le dioxyde de

silicone et le talc), qui sont largement utilisés par l'industrie depuis plusieurs années afin de produire des médicaments sous forme de comprimés.⁷

En plus de déposer une opposition officielle à la demande de brevet pour le Combivir en Inde, le 7 août 2006, les groupes indiens de PVVIH se sont joints à des groupes de la Thaïlande pour organiser des manifestations simultanées devant les bureaux de GSK à Bangalore et à Bangkok, exigeant que la compagnie retire ses demandes de brevets pour le Combivir. Deux jours plus tard, GSK annonçait le retrait de ses demandes de brevets dans ces deux pays.⁸ Il s'agit d'une démonstration concrète de la manière dont la pression légale des oppositions à des demandes de brevets, combinée aux pressions politiques d'un tollé public, peut améliorer l'accès à des médicaments cruciaux.

Étant donné que l'opposition à des brevets peut être un puissant outil d'amélioration de l'accès à des médicaments, la capacité de la société civile en matière de droit de la propriété intellectuelle ainsi que de science pharmaceutique fondamentale gagnerait à être accrue, dans les pays en développement où l'accès à des ARV et à d'autres médicaments essentiels est crucial. En bout de ligne, toutefois, l'opposition aux brevets doit être considérée comme

une simple facette d'un mouvement plus large de la lutte pour l'accès aux médicaments – une facette qui peut et doit être combinée à l'accroissement de pouvoir et à la mobilisation des groupes de PVVIH/sida et d'autres dépositaires d'enjeux.

– Chan Park

Chan Park (aidslaw1@lawyerscollective.org) est agent de plaidoyer à la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit, New Delhi, Inde; il coordonne les efforts de la Campagne pour des médicaments et traitements abordables en Inde.

¹ Organisation mondiale du commerce, *Déclaration sur les ADPIC et la santé publique*, 2001.

² *Patents Act, 1970*, art. 3(d).

³ *Ibid.*, art. 25(1).

⁴ Indian Patent Office, Chennai, *Decision in the Matter of an Application for a Patent No. 1402/MAS/98 Filed on July 17, 1998*. En filière à la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit.

⁵ *Pre-Grant Opposition by Way of Representation Re: Patent Application No. 2044/CAL/1997 Filed on 29 October 1997, titled "Pharmaceutical Compositions."* En filière à la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit.

⁶ *Ibid.*, p. 3.

⁷ *Ibid.*, p. 5.

⁸ GlaxoSmithKline, « GSK patents and patent applications for Combivir », communiqué, 10 août 2006. Accessible à www.gsk.com/ControllerServlet?appld=4&pagelid=402&newsid=874.

Les négociations sur le libre-échange pourraient nuire à votre santé

En négociant des accords de libre-échange (ALÉ), le gouvernement des États-Unis utilise son énorme pouvoir pour contraindre des pays à accepter des dispositions sur la propriété intellectuelle qui vont au delà des exigences des traités internationaux en la matière. Dans cet article, fondé sur une présentation par affiche au Congrès, Gaëlle Krikorian explique ces tactiques états-uniennes et comment elles pourraient entraver l'accès aux nouveaux médicaments dans les pays en développement.

L'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) est entré en vigueur à la création de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), en 1994. Depuis quelques années, les États-Unis ont amorcé des négociations bilatérales et régionales dont les restrictions de propriété intellectuelle excèdent même les normes de l'OMC. Plusieurs pays ont déjà signé des ALÉ avec les États-Unis;¹ d'autres sont en cours de négociation.²

Tous les accords conclus renferment des dispositions sur la propriété intellectuelle qui sont susceptibles d'affecter l'accès aux médicaments – notamment des périodes d'exclusivité des données (de trois à cinq ans), la prolongation de la durée des brevets, l'élargissement des critères de brevetabilité, l'abandon du droit d'opposition pré-approbation, la limitation des motifs de licence obligatoire et de recours par le gouvernement, et l'établissement d'un lien entre les brevets et l'inscription des médicaments.

Il est encore difficile d'évaluer le véritable impact de ces dispositions sur l'accès aux médicaments. Peu de pays les ont déjà mises en œuvre; lorsqu'ils l'auront fait, il faudra un certain temps pour observer

l'évolution des prix. Cela défavorise les défenseurs de la santé publique au profit des sociétés pharmaceutiques de marque qui invoquent l'absence de preuve d'un impact négatif.³

Toutefois, des chercheurs ont démontré l'effet néfaste des restrictions de propriété intellectuelle sur la santé publique, dans les pays en développement;⁴ et des études menées en Colombie et en Thaïlande, par exemple, ont clairement illustré l'inévitable hausse de prix qu'entraîne l'exclusivité de marché.⁵ Ces accords s'avéreront donc particulièrement problématiques pour l'accès aux médicaments plus nouveaux, comme d'éventuelles thérapies antirétrovirales de deuxième ou troisième génération.

Les États-Unis négocient des accords globaux, où la propriété intellectuelle n'est qu'un enjeu parmi tant d'autres. Ils tentent ainsi de remédier à ce qu'ils considèrent comme des lacunes dans l'Accord sur les ADPIC et des problèmes d'interprétation.

Dans la plupart des cas, les prétendus bienfaits sont discutables et semblent fondés davantage sur l'idéologie que sur des preuves solides. Par ailleurs, le recours à la menace est un important facteur du mécanisme de négociation. Les tac-

tiques de peur consistent à demander « Que se passera-t-il si vous ne concluez pas d'accord avec nous, alors que tous vos voisins le font? » et à évoquer le possible recours à la « liste 301 » qui permet aux États-Unis de suspendre les bénéfices des traités sur le commerce ou d'imposer des taxes sur les biens de pays étrangers. Dans ce contexte, il est difficile de faire valoir des préoccupations de santé publique, surtout si l'impact sanitaire potentiel de l'accord n'a pas été évalué avant le début des négociations.

Les acteurs les plus disposés à signer un ALÉ appartiennent habituellement aux hautes sphères de la politique (p. ex., roi, président, premier ministre); les consultations du public ou de la législature sont souvent rares. Sous la pression des É.-U., les ébauches de l'entente sont gardées secrètes jusqu'à ce que le document final soit ratifié.

Les États-Unis présentent leur ébauche d'entente dès le début du mécanisme de négociation. Au fil des pourparlers avec divers pays, ils élaborent des modèles pour chaque chapitre. Une fois un premier accord signé, il sert de point de départ aux négociations avec d'autres pays.⁶ Les discussions qui s'ensuivent per-

mettent d'apporter des améliorations au modèle. Les pays qui négocient avec les États-Unis ont rarement d'expérience en la matière. Jusqu'ici, les États-Unis ont refusé toute proposition de texte alternatif sur la propriété intellectuelle venant de pays en développement.

Les coalitions qui font état de préoccupations quant à l'impact des ALÉ sur l'accès aux médicaments n'ont pas encore réussi à influencer concrètement l'issue de ces négociations. La mobilisation de la société civile joue néanmoins un rôle crucial : elle aide les fonctionnaires et les négociateurs à faire valoir certaines préoccupations et leur donne plus de pouvoir de négociation. À l'instar des ALÉ détaillés qui touchent plusieurs domaines, l'opposition à leur endroit vient d'alliances multisectorielles de la société civile (p. ex., personnes vivant avec le VIH, agriculteurs, travailleurs et banques).

En outre, l'opposition publique aux ALÉ tend à s'élargir au fil du

temps et à persister, dans une certaine mesure, même après la ratification d'un accord. En dépit de possibles conflits avec les États-Unis, cette situation pourrait inciter des autorités locales à défendre plus ardemment l'accès aux soins de santé, dans l'avenir.

En somme, les ALÉ soulèvent la question de la marge de manœuvre laissée aux pays en développement dans l'exercice de leur souveraineté. La façon dont ces accords sont imposés aux populations et le fait qu'ils impliquent d'importants changements juridiques pour les pays en développement – en particulier sur des questions sociales comme l'accès aux médicaments et aux soins de santé, l'alimentation, l'éducation et les connaissances ou la protection de l'environnement – semblent susciter une réaction sociale organisée qui dépasse le simple geste de résistance réactive.

– Gaëlle P. Krikorian

Gaëlle Krikorian (galk@free.fr) travaille au Centre de recherche sur la santé, le social et le politique (CRESP), à Paris, France.

¹ Le Viêt Nam et la Jordanie en 2000; le Laos, le Chili et Singapour en 2003; le Maroc, le Bahreïn et l'Australie en 2004; le Salvador, le Guatemala, le Honduras, le Nicaragua, le Costa Rica et la République dominicaine (Accord de libre-échange d'Amérique centrale) en 2004; l'Oman et le Pérou en 2005; et la Colombie en 2006.

² Pratiquement tous les pays de l'Amérique centrale, du Nord et du Sud (Accord de libre-échange des Amériques), les Émirats arabes unis, la Thaïlande, la Malaisie, l'Équateur, le Panama et la Corée du Sud.

³ Entrevue de l'auteure avec Claude Burcky, représentant d'Abbott, ancien représentant états-unien du commerce, mai 2006.

⁴ Voir, par exemple, Organisation mondiale de la santé, *Mondialisation et accès aux médicaments – Perspectives sur l'Accord ADPIC de l'OMC* (Série Économie de la Santé et Médicaments, n°7), WHO/DAP/98.9, révisé en 1999; J. Dumoulin et coll., « World market strategies for drugs to fight AIDS », dans J.P. Moatti et coll. (éds.), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries: Issues and Challenges*, Paris, France, Agence nationale de recherches sur le sida, 2003 : 213–244.

⁵ Pan American Health Organization, *Modelo prospectivo des impacto de la proteccion a la propiedad intelectual sobre el acceso a medicamentos en Colombia*, novembre 2004; voir aussi les données du ministère thaïlandais de la Santé sur l'estimation des coûts de l'expansion de l'exclusivité de marché découlant de l'ALÉ.

⁶ P. Drahos, *Developing Countries and International Intellectual Property Standard-Setting*, Commission on Intellectual Property Rights, Study Paper 8.

Népal – Un environnement hostile à des populations vulnérables

Au Népal, les minorités sexuelles et de genre se heurtent souvent à des violations de droits, à l'exclusion des services et à la violence. Dans le présent article, issu d'une séance simultanée du Congrès, Sunil Pant donne des exemples de tels problèmes et décrit la réponse de la Blue Diamond Society (BDS), un organisme de lutte au VIH/sida et de défense des droits humains des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenre et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Certains employés et membres de la BDS ont été des cibles d'importante stigmatisation et de discrimination de la part de la société et des autorités népalaises. Des intervenants ont été violés et battus par des policiers armés. Plusieurs employés ont été

arrêtés lors d'activités d'éducation à la prévention du VIH et de distribution de condoms, et accusés de promouvoir l'homosexualité.

En tentant de soutenir et de protéger un couple de lesbiennes, des employés de la BDS ont été l'objet de menaces de mort et d'intimidation physique de la part de proches du couple, qui ont également initié une action en justice contre la BDS, qu'ils ont accusée de « trafic ».

En 2004, un membre de la BDS a été victime d'une tentative de meurtre par égorgement; aucune enquête ni arrestation n'a encore eu lieu.

La détention arbitraire de personnes transgenre (appelées « métisses », au Népal), de gais et lesbiennes et d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, dont plusieurs sont employés ou membres de la BDS, est courante. En 2005, 39 personnes ont été arrêtées et accusées de « nuisance publique ». Durant la première moitié de 2006, 27 autres ont été arrêtées. En 2003, deux personnes métisses ont été violées, battues et abandonnées à leur mort par la police.

Un individu a déposé une demande d'ordonnance auprès de la Cour suprême du Népal, réclamant la fermeture de la BDS et l'accusant de promouvoir des comportements contre-nature et illégaux. L'organisme est la cible d'attaques fréquentes des médias contrôlés par le gouvernement et de certains quotidiens privés.

La stigmatisation et la discrimination se répercutent jusque dans le système de soins de santé. Plusieurs personnes métisses, hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, personnes qui s'injectent des drogues et travailleuses et travailleurs sexuels séropositifs au VIH n'arrivent pas à obtenir un lit à l'hôpital. Ils

reçoivent de piètres traitements, voire aucun. En cas de décès, les ambulanciers refusent souvent d'aller chercher leur corps; et les services d'incinération leur sont pratiquement inaccessibles.

Pour lutter contre le stigmate et la discrimination, la BDS travaille à protéger et à promouvoir la santé des minorités sexuelles par des interventions en matière de VIH/sida, notamment un programme de distribution de condoms et de lubrifiant et une formation à l'intervention. La BDS a réussi à convaincre le Programme népalais sur le VIH/sida d'inclure les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes comme groupe vulnérable dans sa stratégie nationale de lutte au VIH/sida. Cela a contribué à sensibiliser les professionnels de la santé et d'autres autorités aux besoins des minorités sexuelles.

La BDS a également fourni du soutien social à des personnes harcelées, attaquées ou abandonnées; établi des partenariats avec des ministères sympathisants et des ONG nationaux et internationaux; fait connaître des incidents par le biais de médias locaux, nationaux et internationaux; et obtenu la mise en liberté provisoire de plusieurs personnes métisses emprisonnées.

En 2003, la BDS a organisé une importante rencontre entre les autorités policières et 50 personnes métisses et hommes gais. L'inspecteur en chef de la police a par la suite écrit à tous les postes de police, se disant préoccupé par le degré de violence des forces policières. Il a souligné que de tels actes étaient répréhensibles et seraient dorénavant matière à poursuites.

En 2004, la BDS a tenu une audience publique pour promouvoir les droits humains des minorités

sexuelles et rehausser la sensibilisation à la violence à leur endroit. De renommés militants des droits de la personne et un député du Parlement y ont pris la parole. Cet événement a eu un impact considérable sur les médias et le gouvernement; il a suscité des débats au sein des principaux partis politiques, quant aux politiques à l'égard des minorités sexuelles. Il a aussi rappelé aux forces policières que les actes de violence à l'endroit de minorités sexuelles ne seront pas tolérés ni ignorés.

Par ailleurs, la BDS participe activement à un récent mouvement pour la démocratie au Népal. Elle a été l'un des rares organismes à s'opposer publiquement au code de conduite introduit par le précédent gouvernement autocratique pour contrôler les ONG et la société civile.

Le Népal est un pays en transition. Une assemblée constituante et une ébauche de constitution sont en développement. La BDS a demandé à être impliquée dans le processus, mais sans grand succès. La majorité des partis politiques et des organismes des droits humains n'ont pas une vision libérale ou progressiste de l'homosexualité, qu'ils perçoivent comme une mauvaise influence de l'Occident.

La BDS ne reçoit aucun financement pour son travail en matière de droits humains.

– Sunil Pant

Sunil Pant (sunil@bds.org.np) est directeur de la Blue Diamond Society.

La Convention relative aux droits de l'enfant dans un monde frappé par le VIH/sida

Bien que la Convention relative aux droits de l'enfant (CRDE) ait été ratifiée plus rapidement et par plus de gouvernements que tout autre instrument de droits humains, ses principes fondamentaux sont souvent violés dans la réponse au VIH/sida. Dans cet article, issu de l'exposé qu'il a présenté lors d'une séance interdisciplinaire du Congrès, Michael Kelly fournit des exemples de violations des droits des enfants et conclut que l'idéal serait de renforcer la capacité des familles de protéger les enfants et de s'occuper d'eux.

La CRDE enchâsse quatre principes généraux établissant des droits fondamentaux et servant de repère pour l'analyse et l'évaluation de la réalisation de tous les autres droits qui y sont énoncés. Ces principes concernent la non-discrimination (art. 2); le meilleur intérêt de l'enfant (art. 3); la vie, la survie et le développement (art. 6); et la participation et l'expression (art. 12).

Le principe de non-discrimination implique la protection de tous les enfants contre toute forme de discrimination, pour qu'ils aient une opportunité égale de jouir pleinement de leurs droits. Ce droit est brimé quand des enfants de familles affectées par le sida se heurtent à de la discrimination, à de la stigmatisation ou à de l'intimidation, à l'école ou ailleurs. Il l'est aussi quand des enfants séropositifs au VIH n'ont pas accès à des médicaments anti-rétroviraux salvateurs; quand des filles de familles affectées par le sida n'ont pas les mêmes opportunités d'éducation que les garçons; et quand des enfants handicapés ne reçoivent pas une éducation adéquate à la santé sexuelle et génésique.

Le principe du meilleur intérêt de l'enfant exige que cette considération ait préséance, dans les décisions de l'État ou d'autres autorités

qui touchent les enfants. Ce droit est souvent enfreint dans la réponse au VIH/sida. Il n'est pas dans le meilleur intérêt des enfants qu'une approche étroite et moralisatrice les empêche d'accéder à l'éducation, à l'information et aux services qui leur procureraient une certaine protection contre l'infection par le VIH.

On n'a pas à cœur le meilleur intérêt de l'enfant quand l'agression sexuelle de personnes d'âge mineur, en particulier des filles, ne peut donner lieu à des procédures judiciaires régulières; ou quand les systèmes de santé et d'éducation ont une capacité limitée d'embaucher du personnel qualifié pour fournir des services accessibles et abordables.

Le principe du droit à la vie, à la survie et au développement implique le droit de l'enfant de bénéficier de politiques sociales et économiques qui favorisent son développement physique, mental, émotionnel, cognitif, social et culturel. Compte tenu du fait que 570 000 enfants sont décédés du sida en 2005, et que la prévention de la transmission périnatale du VIH rejoint moins de 10 p. cent des mères qui en ont besoin, il est clair que ce droit n'est pas réalisé, dans un monde frappé par le VIH/sida. L'épidémie a mis en relief l'urgent besoin d'actions gouvernementales

pour respecter, protéger et réaliser ce droit et les nombreux autres qu'il implique – i.e., les droits à l'identité et à l'enregistrement de la naissance; à la sécurité sociale; à la protection contre la violence et l'abus; à la compensation pour manque de soutien familial; à la santé; à l'éducation; au repos, au loisir et au jeu; et à la protection contre l'exploitation par le travail et toute forme de trafic et d'abus sexuel.

Le principe de la participation et de l'expression se rapporte au droit de l'enfant de s'exprimer et de faire entendre son point de vue. Ce droit fait l'objet de flagrantes violations lorsque, à la mort des parents, les proches se partagent la garde des orphelins sans tenir compte de leur opinion; ou lorsque des orphelins ou des enfants de la rue sont rapidement retournés dans les villages d'où l'on croit que leurs parents étaient originaires. Il est aussi brimé quand des adolescents et de jeunes adultes ne sont pas considérés comme des partenaires égaux dans les programmes et services liés au VIH/sida, bien qu'ils constituent un important groupe vulnérable, affecté chaque année par plus de la moitié des nouvelles infections.

Chacun des principes de la CRDE reconnaît les enfants comme titulaires de droits – des individus qui ont des

droits égaux et inaliénables que les États doivent respecter, protéger et réaliser. Le quatrième principe, celui de la participation et de l'expression, concerne la nécessité de tenir compte des perspectives des enfants, à mesure qu'ils grandissent, gagnent en maturité et deviennent des agents actifs de leur vie.¹

Le préambule de la CRDE reconnaît que ce développement sera optimal en contexte familial, dans un climat de bonheur, d'amour et de compréhension. Cela se reflète dans

la principale stratégie suggérée pour la protection, les soins et le soutien aux orphelins et enfants vulnérables : renforcer la capacité des familles de protéger les enfants et de s'occuper d'eux, en prolongeant la vie de leurs parents et en leur fournissant du soutien économique, psychosocial et autre. Dans un monde frappé par le VIH/sida, il n'y a pas plus grand espoir pour l'enfant que la solidité de l'unité familiale.

– Michael J. Kelly

Michael J. Kelly (mjkelly@jesuits.org.zm) est prêtre jésuite et professeur retraité du département d'éducation de l'University of Zambia. D'origine irlandaise, il vit et travaille en Zambie depuis plus de cinquante ans.

¹ S. Gruskin et D. Tarantola, « Human rights and children affected by HIV/AIDS », dans G. Foster, C. Levine et J. Williamson (éds.), *A Generation at Risk: The Global Impact of HIV/AIDS on Orphans and Vulnerable Children*, New York, Cambridge University Press, 2005 : p. 141.

Le retrait de l'exigence d'auto-divulgence de la séropositivité au VIH, du formulaire canadien de demande de visa de résident temporaire

Dans la période ayant précédé SIDA 2006, un groupe de travail a réussi à faire apporter des changements aux questions posées aux visiteurs faisant une demande de visa canadien – des questions qui, dans les faits, nécessitaient que les personnes qui se savaient séropositives au VIH en fassent la divulgation. Dans le présent article, Lori Stoltz décrit les efforts de collaboration du groupe de travail ainsi que les changements qui ont été apportés.

Le groupe de travail a été constitué pour le compte de l'Hôte local SIDA 2006 Toronto (l'hôte local), dans la préparation pour le XVI^e Congrès international sur le sida, afin de réagir au fait que le formulaire canadien de demande de visa de résident temporaire requérait l'auto-divulgence de la séropositivité au VIH.¹

En novembre 2004, l'hôte local s'est rendu compte que tous les

visiteurs² au Canada, de pays pour lesquels Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) requérait un visa, devaient remplir un formulaire qui contenait des questions phrasées en termes généraux, requérant l'auto-divulgence par toute personne se sachant séropositive au VIH :

au visiteur et à tout membre de sa famille :

([12]a) Vous a-t-on jamais traité(e) pour une maladie mentale ou physique grave, ou pour une maladie contagieuse ou chronique?

Si vous avez répondu «oui» à l'une ou l'autre question ci-dessus, veuillez préciser.³

Le groupe de travail a adopté la position que ces questions requéraient, de fait, la divulgation de la séropositivité

au VIH par toute personne séropositive faisant une demande de visa canadien, sans égard à la situation de l'individu. Il a soutenu que cette exigence généralisée de divulgation était indûment large et qu'elle allait à l'encontre des critères juridiques en vigueur à l'effet d'une approche aussi peu intrusive que possible, en ce qui a trait aux droits de la personne, y compris le droit de ne pas subir de discrimination et le droit à la vie privée. En particulier :

- les questions visaient la divulgation de renseignements personnels sur la santé qui sont très délicats et qui, dans la majorité des cas, ne contribueraient à l'avancement d'aucun but légitime, tout en ouvrant cependant la porte à d'autres interrogatoires ou examens plus poussés, et inappropriés, ou au refus de visa à ces demandeurs; et
- pour les demandeurs qui divulguaient leur séropositivité au VIH, il pourrait s'ensuivre un traitement discriminatoire ou des menaces pour leur santé et la sécurité de leur personne si la confidentialité de cette information ne pouvait être garantie (et cela était particulièrement préoccupant, du fait que les demandes de visa sont généralement reçues et examinées dans le pays de résidence des demandeurs).

L'hôte local, l'International AIDS Society et les co-organisateurs du Congrès⁴ ont soutenu que cette exigence d'auto-divulgation de la séropositivité au VIH n'était pas conforme au principe en vertu duquel le Congrès international sur le sida ne doit être tenu que dans des pays où l'entrée sans restriction ni discrimi-

nation des personnes vivant avec le VIH/sida peut être assurée.

Ces représentations ont conduit à une démarche dans laquelle des représentants de CIC ont travaillé en étroite collaboration avec d'autres ministères et avec le groupe de travail, pour développer une approche différente qui permettrait à CIC de se conformer aux exigences législatives de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, sans contraindre les demandeurs de visa à divulguer des détails superflus à propos de leur état de santé.

À compter de mai 2005, CIC a remplacé les questions susmentionnées par celles-ci :

Au cours des deux dernières années, avez-vous eu, vous ou des membres de votre famille, la tuberculose pulmonaire ou été en contact avec une personne qui a la tuberculose pulmonaire?

Avez-vous, vous ou un des membres de votre famille qui vous accompagne, un trouble physique ou mental qui nécessiterait des services sociaux et/ou des soins de santé autres que des médicaments durant le séjour?

Conclusion

Cette expérience démontre que les intérêts légitimes des gouvernements peuvent être servis dans le respect des droits de la personne. Derrière l'adoption de politiques progressistes, peuvent cependant se dissimuler d'autres facettes de la réalité; il est essentiel de vérifier l'application de ces politiques dans les faits.

Les candidatures de pays désireux d'être hôtes du Congrès international sur le sida devraient continuer d'être évaluées en fonction de leur capacité d'assurer l'entrée non discriminatoire

des personnes vivant avec le VIH/sida. Comme ce fut le cas pour le formulaire canadien de demande de visa de résident temporaire, cet examen peut donner l'élan à des changements à des pratiques gouvernementales et être bénéfique aux personnes vivant avec le VIH/sida et à la population plus générale des personnes qui vivent avec des affections médicales graves.

– Lori Stoltz

Lori Stoltz (lstoltz@adairmorse.com) est avocate au cabinet Adair Morse LLP, à Toronto.

¹ Les membres du groupe de travail multidisciplinaire (et co-auteurs de l'abrégié qui a été retenu pour présentation au Congrès) étaient L. Stoltz, J. Anderson, G. Flintoft, R. Elliott, L. Samson, L. Binder, M. Battista et R. Shahin.

² Au Canada, l'expression « résident temporaire » inclut les visiteurs (qui resteront au pays six mois ou moins), les étudiants et les personnes détenant un permis de travail.

³ Le défaut de répondre honnêtement à cette question constituerait une fausse déclaration qui pourrait conduire à une décision de non-admissibilité pour une période allant jusqu'à deux ans, et à l'imposition d'une amende maximale de 100 000 \$ ou d'une peine d'emprisonnement maximale de 5 ans, pour fausse déclaration ou réticence sur un fait important (*Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (Canada), art. 40(1), 127 et 128).

⁴ ONUSIDA, Conseil international des ONG de lutte contre le sida, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida, Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida, Société canadienne du sida.

Attitudes communautaires à l'égard du rationnement des ARV : étude qualitative sur la justice et l'équité

Le rationnement médical des traitements antirétroviraux (ARV) peut violer le droit à la santé, mais il est néanmoins une réalité dans le monde en développement. Dans cet article, issu d'une présentation par affiche au Congrès, Stuart Rennie présente les résultats préliminaires d'une étude sur les attitudes communautaires à l'égard du rationnement d'ARV en République démocratique du Congo.

Le rationnement médical est un phénomène mondial. Aucun système de santé n'offre aux patients un accès illimité aux ressources médicales souhaitées.¹ Autrefois, le rationnement des ressources médicales passait inaperçu, souvent parce que les médecins n'avaient pas grand-chose à offrir aux patients. Avec la prolifération explosive de nouveaux médicaments, dispositifs et services (habituellement dispendieux), un fossé évident s'est creusé entre les besoins médicaux et l'accès aux soins de santé, dans les pays les plus riches du monde. Dans les pays en développement, la provision de soins médicaux en contexte de rareté et de sacrifice constitue depuis longtemps la norme.²

Le rationnement médical n'est pas nécessairement incompatible avec le droit à la santé. Il le serait si ce dernier impliquait que chaque individu a droit à toute intervention médicale potentiellement bénéfique. Plusieurs militants pour le droit à la santé réclament plutôt l'accès universel à un niveau abordable de services de santé, assurant un fonctionnement humain minimalement acceptable.³

Toutefois, on peut soutenir que l'accès à des médicaments efficaces pour les maladies qui menacent la

vie relève du droit à la santé – étant donné qu'un accès restreint finit par entraîner le décès des patients exclus. Par conséquent, le rationnement des ARV va à l'encontre du droit à la santé des personnes vivant avec le VIH qui en ont besoin. Et puisque ce droit est relationnel, les États ont une obligation éthique de fournir un accès raisonnable aux traitements.⁴

Or les ARV font effectivement l'objet d'un rationnement, en particulier dans les pays en développement.⁵ L'Organisation mondiale de la santé signale que la distribution équitable des ARV dans les pays à prévalence élevée et à faible revenu demeure un important défi éthique et de droits humains.⁶

À l'heure actuelle, au Congo, seulement deux p. cent des personnes qui ont besoin d'ARV en reçoivent. Le *Programme National de Lutte Contre le Sida* s'est donné l'ambitieux objectif d'atteindre un taux de 69 % d'ici 2009.⁷

En 2005-2006, mes collègues⁸ et moi avons mené une étude qualitative sur les attitudes communautaires à l'égard du rationnement des ARV à Kinshasa, au Congo, afin de contribuer à un éventuel mécanisme de délibération sur l'accès équitable aux ARV dans ce pays.

Lors d'entrevues approfondies, les participants ont classé 14 groupes sociaux en ordre de priorité, pour l'obtention d'ARV gratuits, puis expliqué leurs choix. À l'aide de vignettes, les participants aux discussions de groupe ont été invités à décrire comment le sexe, l'âge, l'état de santé actuel, le revenu, le nombre de personnes à charge, le statut social, le potentiel de fidélité au traitement et le moment de l'amorce du traitement ont influencé (ou non) leurs décisions quant à l'ordre de priorité d'accès à des ARV.

Notre analyse préliminaire a révélé sept principaux facteurs évoqués par la communauté, dans l'établissement des priorités : la responsabilité dans l'infection par le VIH, la vulnérabilité, l'importance pour la société, la préservation de la famille, les considérations spirituelles, la capacité de se payer des traitements, et le risque de transmission de l'infection. Les attitudes communautaires semblent être partagées entre une vision égalitaire influencée par la religion (le plus vaste accès possible aux ARV, en particulier pour les groupes vulnérables) et une considération « de conséquence » selon laquelle les ARV devraient être rationnés de manière à assurer la survie du pays.

La (non-)responsabilité dans l'infection par le VIH a souvent été citée comme un motif pour accorder la priorité à certains groupes sociaux plutôt qu'à d'autres, dans l'accès aux ARV, particulièrement dans le cas des travailleuses et travailleurs sexuels et des nouveau-nés. L'importance perçue pour la société congolaise (notamment des professionnels de la santé) a été un autre facteur d'influence des attitudes communautaires. Plusieurs répondants ont exprimé de la méfiance à l'égard des politiciens, tout en affirmant que l'accès universel aux ARV est la responsabilité éthique de l'État.

L'expansion de l'accès équitable aux ARV, au Congo, exigera la mise sur pied d'un mécanisme de décision fondé sur la transparence et l'imputabilité et impliquant tous les

dépositaires d'enjeux pertinents.⁹ Ce sera un défi de taille pour ce pays où règnent la pauvreté, les violations de droits humains et la méfiance à l'égard du gouvernement.

– Stuart Rennie

Stuart Rennie (stuart_rennie@dentistry.unc.edu) est professeur adjoint à la recherche (bioéthique) aux départements d'écologie dentaire et de médecine sociale de l'University of North Carolina – Chapel Hill.

¹ N. Daniels et J.E. Sabin, *Setting Limits Fairly: Can We Learn To Share Medical Resources?*, Oxford, Oxford University Press, 2000, p. 1.

² C. Olweny, « Bioethics in developing countries: ethics of scarcity and sacrifice », *Journal of Medical Ethics* 20, 3 (1995) : 169–174.

³ M. Powers et R. Faden, *Social Justice: The Moral Foundations of Public Health and Public Health Policy*, Oxford, Oxford University Press, 2006, p. 57.

⁴ A.E. Buchanan, « The right to a decent minimum of health care », *Philosophy and Public Affairs* 13, 1 (1984) : 55–78.

⁵ S. Rosen et coll., « Rationing anti-retroviral therapy for HIV/AIDS in Africa: choices and consequences », *PLoS Medicine* 3, 3 (2006).

⁶ ONUSIDA/OMS, *Orientations sur l'éthique et l'accès équitable au traitement et aux soins liés au VIH*, 2004. Accessible à www.who.int/hiv/pub/guidelines/guidanceethics_fr.pdf.

⁷ Programme National de Lutte Contre le Sida, *Plan National d'Extension de l'accès aux Traitements Antirétroviraux en RDC (2005-2009)*, OMS/ONUSIDA, 2005.

⁸ A. Nsitu, Center of Neuropsychiatry, Kinshasa; E. Birindwa, UNC-DRC Center for AIDS Research, Kinshasa; A. Comeli, Family Health International, Durham, North Carolina; R. Strauss, Center for AIDS Research, University of North Carolina – Chapel Hill.

⁹ N. Daniels, *How To Achieve Fair Distribution of ARTs in 3 by 5: Fair Process and Legitimacy in Patient Selection*, ONUSIDA, 2005. Accessible à www.who.int/ethics/en/background-daniels.pdf.