

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 12, NUMÉRO 1, MAI 2007

Circoncision et prévention du VIH : un défi de droits humains et de santé publique

Trois récents essais cliniques randomisés, en Afrique, ont conclu que la circoncision peut réduire considérablement le risque de VIH pour l'homme. En conséquence, une expansion exponentielle des services pour circoncire les hommes se profile déjà à l'esprit des responsables des politiques sur le sida, à plusieurs paliers. Au moment de la rédaction du présent article, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) examinait les trois études et d'autres données et développait des recommandations de politiques afin que cette intervention préventive contre le VIH devienne largement accessible. L'OMS déclare que cet exercice de politiques devra « prendre en compte les aspects culturels et les droits de la personne qui s'associent à la promotion de la circoncision », entre autres facteurs.¹ Dans le présent article, Joanne Csete identifie certaines des principales questions de droits humains à prendre en compte dans le développement de lignes directrices à l'intention des gouvernements nationaux. Elle signale qu'une expansion des services de provision de la circoncision aux hommes offre une excellente occasion de voir aussi à des problèmes liés à la subordination de la femme.

Introduction

Des résultats de recherches récentes sur l'effet protecteur de la circoncision, contre l'infection par le VIH, ont causé tout un remous dans le monde du sida – et avec raison. Les victoires en matière de prévention du VIH étant si rares, et souvent éphémères, il est facile de s'emballer

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 aux contributions financières de l'American Bar Association (ABA) et de la Hilda Mullen Foundation.

Dans ce numéro

Le gouvernement conservateur abolit le financement de la recherche sur l'Insite 19

La Cour suprême du Mexique juge le congédiement de soldats séropositifs inconstitutionnel 52

Un comité des Communes échoue à recommander des réformes législatives pour promouvoir les droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels 16

Le gouvernement thaïlandais émet des licences obligatoires sur des médicaments pour le VIH/sida 31

Commentaire : Susciter un solide leadership contre le VIH/sida 12

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
Télé. : +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

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

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

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2007. 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.

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 aux contributions financières de l'**American Bar Association (ABA)** et de la **Hilda Mullen Foundation**.

Les opinions exprimées dans cette publication relèvent uniquement de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou positions officielles de la **Hilda Mullen Foundation**, de l'**American Bar Association** ou du Réseau juridique canadien VIH/sida ou.

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.

L'ABA AIDS Coordinating Committee

(www.abanet.org/AIDS), 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 plaider pour la mise en œuvre des politiques de l'ABA quant à ces enjeux.

Fondée en 1966, l'ABA Section of Individual Rights and Responsibilities

(www.abanet.org/irr) 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 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.



L'ABA Section of International Law

(www.abanet.org/intlaw) 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.

Des commentaires?

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

TABLE DES MATIÈRES

DOSSIER

Circoncision et prévention du VIH : un défi de droits humains et de santé publique	1
Commentaire : Susciter un solide leadership contre le VIH/sida	12

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

Un sous-comité échoue à recommander les réformes législatives nécessaires à la promotion des droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels	16
Le gouvernement conservateur abolit le financement de la recherche sur l'Insite	19
Une ébauche d'évaluation révèle que le programme pilote de tatouage sécuritaire pouvait réduire la transmission de maladies	21
L'Agence de santé publique du Canada affirme que l'échange de seringues en prison réduit les risques et ne compromet pas la sécurité	22
Ontario – Nouvelle loi sur le test sanguin obligatoire : examen préliminaire	24
Le projet de loi abolissant l'emprisonnement avec sursis est amendé pour exclure les infractions liées à la drogue	25
Vancouver – Le maire propose un nouveau plan de traitement pour les utilisateurs de stimulants	26
Annonces de financement du gouvernement fédéral et de la Fondation Gates	27
En bref	29
Rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques	
La vérificatrice générale critique le rendement réglementaire de Santé Canada	
La police d'Ottawa accusée de nuire au programme de distribution de pipes à crack	

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

Thaïlande – Le gouvernement émet des licences obligatoires sur des médicaments pour le VIH/sida	31
É.-U. – Projet de loi fédérale pour autoriser la distribution de condoms et le test du VIH en prison	33
Fédération de Russie – Le gouvernement menace la liberté d'association et de réunion des organismes GLBT	34
Fédération de Russie – Des conditions inhumaines dans des établissements de traitement de la toxicomanie tournent à la tragédie	36
R.-U. – Nouvelles publications sur la transmission du VIH ou l'exposition, et le système pénal	37
En bref	38
Inde – Une multinationale pharmaceutique conteste la Loi sur les brevets	
É.-U. – Proposition d'assouplissement aux règles de visa de bref séjour pour les personnes séropositives	
UNHCR – Nouvelle stratégie pour la provision d'antirétroviraux à des réfugiés	
Indonésie – Sur la voie d'un modèle de réduction des méfaits?	
Afrique – Nouveau rapport sur l'omission des personnes GLBT par les programmes sur le VIH/sida	
Cameroun – L'OIT donne des ateliers de formation sur le VIH aux tribunaux du travail en Afrique française	
É.-U. – Déclaration nominative dans tous les États dès 2007	

.../4

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

La Cour d'appel fédérale se penche pour la première fois sur la protection des réfugiés fondée sur les soins de santé	43
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : développements et nouvelles affaires	45
En bref	49
Un tribunal des droits de la personne refuse une demande de rejet d'une plainte pour discrimination	
Une Cour d'appel juge que les règlements sur la procréation médicalement assistée ne sont pas discriminatoires à l'égard des lesbiennes et des gais	
La Cour fédérale rejette la demande de suspension d'une ordonnance de renvoi fondée sur l'éventualité d'un « préjudice irréparable »	
Un cas de négligence médicale se termine par un règlement de 6 millions \$	

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL

Mexique – La Cour suprême juge le congédiement de soldats séropositifs inconstitutionnel	52
Europe – La Cour européenne juge que la pauvreté des soins médicaux dans une prison russe porte atteinte aux droits de la personne	54
Australie – Un coroner recommande que les détenus aient accès à des seringues stériles	55
Droit criminel et VIH/sida : quatre nouvelles affaires	57
En bref	59
Afrique du Sud – Un détenu qui refuse le traitement ARV tente d'obtenir l'autorisation de mourir chez lui	
Chine – Un hôpital doit indemniser 19 personnes infectées par le VIH lors de transfusions	
Inde – La Cour suprême suspend la fabrication d'un médicament ayurvédique vendu comme « remède » contre le sida	

Circoncision et prévention du VIH : un défi de droits humains et de santé publique

de la page 1

à l'idée d'une intervention qui promet aux hommes une réduction de l'ordre de 50 % à 60 % du risque de contracter le VIH. Pas étonnant que la circoncision soit soudain surnommée « le vaccin contre le sida dans la vraie vie »,² surtout que l'éventualité d'une immunisation efficace contre le VIH, par un vaccin conventionnel, se fera attendre encore des années.

La recherche sur le VIH et la circoncision est une histoire pleine de drame, pour la recherche sanitaire. Depuis plusieurs années, les épidémiologistes observaient que la prévalence du VIH semblait plus faible dans les sociétés où la circoncision des hommes est la norme. Mais il était clair que d'autres variables – notamment les normes et pratiques sexuelles pouvant s'associer aux mêmes facteurs religieux que ceux qui affectent les us en matière de circoncision – pouvaient « confondre » la conclusion d'une association entre la circoncision et une plus faible prévalence du VIH. Seule une étude randomisée – c'est-à-dire dans le cadre de laquelle les hommes seraient assignés au hasard entre un groupe qui serait circoncis ou un groupe témoin non circoncis – pourrait permettre de contrôler de possibles facteurs de confusion, ou au moins de s'approcher suffisamment de ce but pour tirer des recommandations pour les politiques.

Il a fallu quelques années pour concrétiser ces essais randomisés, mais trois de ces études, réalisées en Afrique – l'une par une équipe de recherche financée par la France et

travaillant à Orange Farm, en Afrique du Sud, et deux autres dans le cadre de projets financés par les États-Unis et réalisés dans l'Ouest du Kenya et en Ouganda – ont maintenant livré des résultats.³ Dans les trois cas, les travaux ont été arrêtés avant la fin prévue, parce que l'effet protecteur de la circoncision contre le VIH était si important que le fait d'en priver le groupe témoin s'avérait contraire à l'éthique.

Ces trois études ont examiné uniquement l'effet de la circoncision sur la transmission du VIH de la femme à l'homme. Une étude financée par la Fondation Gates, en Ouganda, et dont la complétion est prévue en 2008, vise à quantifier l'effet de la circoncision sur la transmission sexuelle du VIH de l'homme à la femme.⁴ Une analyse préliminaire de données de cette étude, présentée lors d'une réunion technique de l'OMS en mars 2007, indiquait que les femmes pouvaient avoir un risque plus élevé que la normale de contracter le VIH lors de rapports sexuels avec des hommes récemment circoncis, jusqu'à ce que l'incision pratiquée pour la circoncision soit complètement cicatrisée – mais des porte-parole de l'OMS ont été prompts à affirmer que ces constats ne contredisaient pas l'important effet préventif de la circoncision, dans l'ensemble.⁵

Les points de vue tranchés sont chose habituelle, devant des sujets comme la circoncision, aussi imprégnés de valeurs religieuses et culturelles, de mœurs sexuelles.

L'intervention est qualifiée par certains de « mutilation génitale masculine » cruelle et inhumaine, alors que pour d'autres il s'agit d'un rite sacré, et pour d'autres encore, d'une mesure propice à l'hygiène et à la jouissance sexuelle. Ces points de vue opposés constituent un défi, pour les discussions de politiques concernant l'expansion de la circoncision dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre le sida.

La circoncision et la vulnérabilité au VIH pour la femme

La déclaration de l'OMS, sur la circoncision et le VIH, répète un thème que pratiquement tous les auteurs du domaine ont souligné : la circoncision n'offre qu'une protection partielle contre le VIH, et ne peut être considérée que comme un des éléments d'une approche complète en matière de prévention.⁶ Comme d'autres l'ont fait, l'OMS signale le danger que les hommes circoncis développent un « sentiment erroné de sécurité » et qu'en conséquence ils « adoptent des comportements à risque qui pourraient remettre en cause l'effet protecteur de la circoncision ».⁷

Ces mises en garde sont importantes, mais quelle est donc l'approche préventive « complète » dont ferait partie l'expansion de la circoncision? Les National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) états-unien, qui finançaient les études au Kenya et en Ouganda, n'ont pas tardé, après l'interruption des essais, à insister sur le point de

vue que la circoncision devrait faire partie d'une « stratégie complète de prévention qui met l'accent aussi sur l'ABC : abstinence et report du début des relations sexuelles, réduction du nombre de partenaires sexuels en général ainsi que du nombre de partenaires concurrents, et usage adéquat et soutenu du condom ». ⁸

La subordination des femmes dans les négociations touchant la sexualité est-elle un problème suffisamment important pour préoccuper les responsables des politiques, dans l'élaboration de plans d'expansion de la circoncision?

L'idée que l'approche ABC constitue une approche complète, ou simplement efficace, en matière de prévention du VIH, est largement contestée. En particulier, bien qu'il puisse être valable d'insister sur l'abstinence et la fidélité chez certaines personnes, plusieurs experts ont signalé qu'il est fréquent que des femmes ou des filles n'aient que peu de contrôle sur la possibilité d'abstinence de rapports sexuels ou de report de la première expérience sexuelle, et encore moins sur les pratiques sexuelles ou le nombre de partenaires sexuels de leur partenaires masculins. ⁹ L'usage du condom demeure faible dans plusieurs

milieux, ¹⁰ et il est clair que le statut inférieur des femmes sur les plans social et économique joue un rôle considérable à cet égard.

Les experts de l'OMS doivent, par conséquent, attaquer de front la question de savoir si la circoncision sera un élément de plus dans le cadre d'une stratégie soi-disant « complète » qui continue de passer outre aux situations concrètes de plusieurs femmes, et d'exacerber dans plusieurs cas leur incapacité d'exiger la pratique du sécurisexe. Si la négociation de l'usage du condom est un défi pour des femmes dans les meilleures circonstances, à quel point cette négociation serait-elle difficile devant un homme chez qui est présent le « sentiment erroné de sécurité » contre lequel l'OMS met en garde?

La difficulté d'exiger le sécurisexe

La subordination des femmes, dans les négociations touchant la sexualité, est-elle un problème suffisamment important pour préoccuper les responsables des politiques qui élaborent actuellement des plans d'expansion de la circoncision? Il est difficile de quantifier directement le défi que rencontrent les femmes et filles, dans l'optique d'exiger le port d'un condom. Mais il est probablement réaliste de considérer que les femmes qui sont ou ont été aux prises avec la violence domestique – une forme extrême de subordination de la femme, au foyer, qui n'est malheureusement pas rare – sont incapables d'exiger que leur partenaire sexuel porte régulièrement un condom, ou du moins que les chances sont faibles.

L'étude phare récemment réalisée par l'OMS, au sujet de la violence domestique dans dix pays, pour-

rait être un bon point de départ pour comprendre le contexte de la « négociation » pour le sécurisexe. ¹¹ Entre autres éléments qui émanent de données au sujet de 24 000 femmes de diverses parties du monde, et qui portent à réfléchir, signalons les conclusions suivantes :

- Dans la plupart des pays, entre 10 % et 50 % des femmes ont déclaré avoir déjà été l'objet d'abus sexuel par un mari ou un autre partenaire, à la maison. Par exemple, en Éthiopie, pays fortement affecté par le VIH/sida, près du tiers des femmes ont dit avoir été forcées à avoir des rapports sexuels contre leur gré, dans les 12 mois précédents.
- Le pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir été l'objet de violence physique à la maison, dans les 12 mois précédents – y compris être giflée, frappée d'un coup de poing, frappée du pied, traînée sur le sol ou menacée avec une arme – se situait entre 11 % et 21 % dans la plupart des pays. Dans chacun des pays, plus de la moitié des femmes qui ont signalé avoir subi de tels actes violents ont dit que cela avait été plus d'une fois.
- Un niveau plus élevé de scolarisation chez les femmes était associé à un degré moindre de violence domestique, dans plusieurs des pays observés. (L'OMS est encore à analyser un certain nombre de facteurs comme déterminants de la violence.)
- Dans plusieurs pays, des femmes considéraient que la violence à l'égard des femmes était justifiée lorsqu'elles étaient « désobéissantes » envers leur mari ou lui refusaient des rapports sexuels.

Ces observations indiquent qu'un grand nombre de femmes, dans le monde, sont aux prises avec d'énormes obstacles à l'autonomie concernant la sexualité. Et, bien sûr, la violence n'est qu'un aspect de leur subordination et de leur vulnérabilité au VIH. Qu'elles soient aux prises avec la violence à la maison ou ailleurs, les femmes de plusieurs pays sont limitées dans la capacité d'abandonner des unions difficiles ou dangereuses, car on ne leur reconnaît pas le droit de demander un divorce, ou des droits égaux à ceux des hommes relativement à la propriété conjugale.¹² La discrimination fondée sur le sexe peut priver des femmes d'occasions d'emploi qui pourraient leur donner une plus grande liberté, ou capacité, d'abandonner des situations domestiques risquées.

Financement et initiatives du domaine des politiques visant la vulnérabilité de la femme

Aucun de ces problèmes n'est facile à résoudre. Mais on n'y a en aucun cas octroyé une part des ressources considérables accordées à d'autres aspects de la lutte au VIH/sida. Il existe probablement des centaines d'excellentes analyses sexospécifiques de la pandémie du VIH/sida, plusieurs offrant des recommandations de politiques, mais il est difficile de recenser des octrois majeurs ayant été consacrés à des programmes pour s'attaquer aux causes sous-jacentes de la vulnérabilité des femmes devant le VIH, et aux obstacles sexospécifiques aux traitements, aux soins et au soutien.

Plusieurs organismes de femmes travaillent d'arrache-pied pour améliorer la situation des femmes sur les plans social, économique et juridique, et pour réduire les causes de l'inégalité et de la violence à leur

égard, mais dans bien des cas ils le font avec très peu de ressources. En 2005, l'Association pour les droits de la femme et le développement a procédé à une enquête auprès de plus de 400 organismes de femmes, dans le monde, et constaté que plus de la moitié d'entre eux avaient moins d'argent et de financement stable que cinq ans plus tôt.¹³ Plusieurs des organismes répondants ont signalé que l'« intégration de la sexospécificité » – la pratique de certains bailleurs de fonds consistant à placer des considérations sexospécifiques dans tous les domaines programmatiques, plutôt que d'avoir des programmes distincts et des budgets réservés pour les enjeux des femmes ou sexospécifiques – avait réduit considérablement la disponibilité de financement pour le travail axé sur l'avancement des droits de la femme.

Depuis 2002, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est une source importante de nouveaux fonds pour les réponses nationales au VIH/sida. Ses directives pour les demandes de financement incitent les pays à déposer des demandes pour aborder l'inégalité des sexes ainsi que la discrimination à l'endroit des femmes, dans le contexte du VIH/sida.¹⁴

En octobre 2006, le Réseau juridique canadien VIH/sida a examiné les descriptions publiées au sujet des 78 projets en matière de sida, à l'échelon des pays, qui avaient reçu des fonds à l'issue du second tour de financement du Fonds mondial. Aucun d'entre eux ne mentionnait les droits des femmes; seulement quatre projets (tous en Amérique latine) mentionnaient les droits humains; et un seul incluait un volet pour aider des filles à acquérir des compétences en matière de sécurisexe.¹⁵

Bien sûr, le Fonds ne peut donner suite qu'à des projets qui lui sont proposés par les Instances de coordination nationales (ICN), qui sont supposées inclure des représentants du gouvernement, des bailleurs de fonds et de la société civile, dans chaque pays. Que se passe-t-il au sein des ICN, qui les conduise à négliger aussi complètement, dans les priorités des programmes, les causes sous-jacentes de la vulnérabilité des femmes devant le VIH? Si l'expansion de la circoncision pour les hommes passe outre à l'inégalité entre les sexes et à la subordination des femmes au même degré que ce qui s'observe dans l'expansion d'autres programmes en matière de VIH/sida, on ratera une occasion cruciale de s'attaquer à la base même de l'épidémie.

Si l'expansion de la circoncision pour les hommes passe outre à l'inégalité entre les sexes et à la subordination des femmes, on ratera une occasion cruciale de s'attaquer à la base de l'épidémie.

Alors les questions qui devraient se frayer un chemin jusqu'au haut de l'ordre du jour de l'OMS sont les suivantes. Les ressources trouvées pour l'expansion de la circoncision incluront-elles un soutien majeur à la réduction de la vulnérabilité des femmes devant le VIH, y compris pour réduire la violence à l'égard

des femmes, renforcer leur capacité d'exiger le sécurisexe, et soutenir un développement de leur autonomie économique? Ou est-ce que l'expansion de la circoncision révélera encore, voire exacerbera, les inégalités entre les sexes qui continuent d'alimenter si concrètement cette épidémie destructrice? La circoncision sera-t-elle la « solution rapide » qui mobilise d'énormes ressources de donateurs, alors que les causes structurelles de la vulnérabilité des femmes devant le VIH demeurent la « question difficile » et marginalisée à laquelle personne ne touche?

La circoncision et ses implications pour le counselling et l'éducation sur la prévention du VIH

Les trois études randomisées sur le VIH et la circoncision, en Afrique, étaient toutes assorties de counselling et de provision d'information élémentaire sur le VIH/sida aux hommes qui participaient. Les chercheurs et les bailleurs de fonds impliqués dans ces études considéraient ce counselling comme un aspect crucial de la conception des études¹⁶ – et en particulier comme un moyen de veiller à ce que les hommes reçoivent le message que la circoncision ne procure pas une protection complète contre le VIH. La déclaration de l'OMS en réaction aux conclusions des essais randomisés laisse entendre que l'agence tentera de fournir des directives pour assurer que des « conseils sur la réduction des risques » fassent partie de tout investissement majeur dans la circoncision pour prévenir le VIH.¹⁷

Si l'expansion de la circoncision s'accompagnait d'un sérieux investissement dans le counselling sur le VIH, y compris le counselling pour couples, cela pourrait

offrir l'occasion d'aborder aussi des éléments liés à la vulnérabilité des femmes devant le VIH. Le counselling lié au test du VIH, par exemple, en particulier chez les femmes enceintes, est considéré par certains experts comme un outil propice à aider des femmes à mitiger les pires conséquences de la violence, de l'abandon et d'autres abus dont elles pourraient être l'objet si elles sont séropositives et que cela venait à être divulgué.¹⁸ Néanmoins, dans plusieurs pays les investissements pour établir une capacité de counselling sont inadéquats et le manque de conseillers formés demeure une entrave à l'accès au test du VIH.¹⁹

Alors même qu'elle met en relief l'importance du counselling en lien avec la circoncision, l'OMS propose des stratégies de test du VIH « à l'initiative des soignants », dans le cadre desquelles elle prévoit que ce test deviendrait plus intégré à la routine (y compris pour les femmes enceintes) et que le counselling pré-test serait remplacé par un processus « simplifié » consistant à donner certains « renseignements préalables au test ». ²⁰ Dans cette nouvelle optique du processus de test du VIH, il ne semble pas y avoir grand place pour veiller à ce que les femmes enceintes, ou autres, dans le recours au test du VIH, aient l'occasion de discuter de leurs préoccupations quant au VIH et aux conséquences possibles d'un résultat positif au test, en présence d'un conseiller bien informé, en toute confiance et confidentialité.

Il serait regrettable, et possiblement dangereux, d'escamoter de la même manière le counselling aux hommes ayant recours à la circoncision pour la prévention du VIH. Le counselling avant et après la circoncision, comme le counselling pré- et

post-test, véhicule de l'information que les gens sont en droit d'obtenir et qui contribue à leur capacité de sécurité de la personne – i.e. de contrôler ce qui est fait à leur corps.²¹ Si l'expansion de la circoncision inclut de l'information publique ou des programmes faisant appel aux médias de masse ou à des programmes scolaires, ces initiatives devraient aussi inclure des volets qui traitent de la vulnérabilité des femmes et des filles ainsi que de leurs compétences de négociation.

La probabilité que de jeunes hommes et des adolescents soient de ceux qui voudront être circoncis fait de l'expansion de cette intervention une occasion idéale de donner un tel counselling et une éducation publique pouvant influencer de manières importantes les attitudes à l'égard des femmes et des filles. Les donateurs et gouvernements qui investissent dans la circoncision devraient faire tout en leur possible afin que les lacunes du soutien pour le counselling lié au test du VIH, en particulier dans le contexte de la grossesse, ne soient pas répétées dans l'expansion de la circoncision. Une attention explicite devrait être portée à la nécessité de rehausser le respect des femmes et de faire avancer les droits des femmes, par des initiatives de counselling et d'éducation accompagnant la circoncision.

Innocuité de la circoncision et consentement éclairé

Dans plusieurs sociétés où la circoncision est la norme, les garçons sont circoncis peu après la naissance ou en très bas âge. Dans certains cas, on circoncit des adolescents dans le cadre de traditions de rites de passage à l'âge adulte. La circoncision

des hommes et adolescents comporte généralement un plus grand risque d'incident chirurgical que lorsqu'elle est pratiquée sur des bébés.²²

Un feuillet d'information de l'ONUSIDA signale que « lorsque les professionnels de la santé sont formés et outillés pour pratiquer des circoncisions sûres » [trad.], le taux de complications post-chirurgicales est de 0,2 à 2 % des cas.²³ Dans plusieurs parties du monde, toutefois, la circoncision a lieu dans des conditions qui ne sont pas aussi idéales, comme la circoncision pratiquée par des « chirurgiens traditionnels » associés à des rituels initiatiques. Plusieurs témoignages font état d'effets indésirables de la circoncision traditionnelle de garçons et de jeunes hommes – notamment la sepsie, l'hémorragie, la déshydratation et la mort.²⁴ La transmission du VIH peut être une autre conséquence, notamment si les mêmes instruments servent à de multiples circoncisions.²⁵

Du point de vue du respect, de la protection et de la promotion du droit humain à la norme de santé la plus élevée qui puisse être atteinte,²⁶ la tâche d'assurer des conditions salubres ainsi que la compétence technique des personnes qui procèdent à la circoncision devrait être une préoccupation de premier plan dans la planification de toute expansion de cette intervention.

En dépit du risque d'effets indésirables, les essais randomisés et d'autres recherches démontrent que la circoncision peut être largement acceptable aux yeux des hommes de communautés où cette pratique n'est pas la norme culturelle ou traditionnelle. Par exemple, une étude réalisée au Malawi, pays fortement affecté par le VIH/sida, a indiqué qu'hommes et femmes de régions où

la circoncision n'est pas une pratique traditionnelle accueilleraient favorablement des services de circoncision pour les hommes, pour peu qu'ils soient abordables, salubres et confidentiels.²⁷ Des attitudes semblables ont été observées parmi les hommes et femmes d'une communauté sud-africaine à forte prévalence du VIH.²⁸

Les responsables des politiques en matière de VIH/sida, à tous les paliers, sont devant un défi de droits humains et de santé publique, relativement à la circoncision.

Bien que l'acceptabilité théorique de la circoncision soit élevée, le consentement éclairé est un enjeu crucial, dans la perspective d'une expansion des services à cet effet.²⁹ Un défi particulier est d'établir des normes d'éthique pour l'obtention du consentement de garçons qui n'ont pas atteint l'âge majeur légal. La *Convention relative aux droits de l'enfant* affirme le droit des personnes de moins de 18 ans de participer aux décisions sur toute procédure administrative qui les affecte, de sorte que leurs voix soient « dûment prises en considération eu égard à [leur] âge et à [leur] degré de maturité » et au « développement [de leurs] capacités ».³⁰

L'OMS devrait examiner les directives des instances gouvernementales

et associations médicales, à cet égard. La British Medical Association, par exemple, avise ses membres que les enfants « capables d'exprimer des opinions au sujet de la circoncision devraient être impliqués dans le processus de décision » et elle recommande qu'en cas de désaccord des parents et des enfants « le médecin ne devrait pas circoncire l'enfant sans l'aval d'un tribunal ».³¹

Il importe que l'OMS s'attache à préciser le rôle et les droits des parents et tuteurs, et possiblement des leaders communautaires ou culturels, en l'absence de conseils parentaux. Il est particulièrement important de travailler de manière respectueuse et confidentielle, avec les jeunes, dans les communautés où plusieurs sont sans parents pour les aider, comme c'est souvent le cas dans des communautés affectées par le sida. Dans l'élaboration de recommandations sur le sujet, l'OMS pourrait aussi être guidée par les débats qui ont eu lieu dans nombre de pays à propos du consentement au test du VIH pour les moins de 18 ans.³²

Lorsque les bienfaits de la circoncision sur le plan de la prévention du VIH seront connus à plus grande échelle, il se peut que des hommes et des garçons ressentent diverses pressions sociales d'y avoir recours. Un solide respect des processus de consentement éclairé et l'observance stricte de la sûreté en matière de chirurgie sont des éléments indispensables, dans l'ambiance d'enthousiasme devant les effets protecteurs de cette intervention.

Conclusion

Les responsables des politiques en matière de VIH/sida, à tous les paliers, sont devant un défi de droits humains et de santé publique, rela-

tivement à la circoncision. Au regard de l'éthique et de la pratique clinique adéquate, la circoncision requiert des capacités et des structures pour assurer que l'intervention soit sûre, accompagnée d'un counselling de grande qualité et précédée du consentement éclairé de l'homme ou du garçon concerné. Mais ce que la circoncision masculine implique pour la santé et les droits humains des femmes doit être également une considération de premier plan dans les politiques et les programmes.

Sans une attention réelle et soutenue, à l'égard des nombreuses manifestations d'inégalité entre les sexes, qui alimentent l'épidémie, l'expansion de la circoncision risque de devenir un autre facteur qui illustre et exacerbe la subordination et la vulnérabilité des femmes au VIH, nonobstant les meilleures intentions. Les projets d'expansion de la circoncision seront-ils un autre élément qui détournera l'attention des efforts pour l'égalité des femmes dans la société et au regard du droit, et pour leur autonomie dans les relations sexuelles avec des hommes?

Élargir le recours à la circoncision chez les hommes sans tenter de profiter de l'occasion pour répondre à la subordination des femmes, par le counselling ou d'autres éléments, serait l'apogée du sexisme et de l'inégalité des sexes au cœur du travail contre le VIH/sida. Accélérer l'accès à la circoncision sans élargir du même coup les mesures propices à l'innocuité de l'intervention ainsi qu'à la mise en œuvre de processus de consentement éclairé, serait l'expression ultime d'une quête désespérée d'une « arme magique » contre le VIH.

Négliger de faire en sorte que le counselling et l'éducation concernant

la circoncision soient aussi conçus et adéquatement financés de manière à contribuer au bien-être et aux droits humains des femmes ainsi que des hommes, serait le déni le plus complet des leçons à retenir de 25 années de réponse au VIH/sida.

– Joanne Csete

Joanne Csete (jcsete@aidslaw.ca) est directrice générale du Réseau juridique canadien VIH/sida. Cet article a été préparé avec l'assistance de Richard Elliott, directeur adjoint du Réseau juridique.

Note au lecteur : L'OMS a publié des recommandations pour les politiques et programmes, relativement à la circoncision, peu avant le moment où le présent article allait être imprimé. Les recommandations incluent que les pays adoptent « des méthodes d'élargissement des services de circoncision qui auront pour objectifs de changer les normes des relations entre hommes et femmes, et de promouvoir l'égalité entre les sexes »; et que les « administrateurs de programme doivent aussi surveiller et régler tout problème de parité entre les sexes découlant des programmes de circoncision » [sic]^(*). L'OMS souligne aussi l'importance de pratiques chirurgicales sûres et salubres, dans l'expansion de la circoncision, et suggère que l'homme, s'il est d'âge mineur, ait « la possibilité de donner son assentiment ou son consentement, conformément à l'évolution de ses capacités », comme le prévoit la *Convention relative aux droits de l'enfant*. Il nous tarde de voir l'OMS fournir des conseils en vue d'actions concrètes, et des modèles de pratiques exemplaires, dans le sillage de ces recommandations, qui sont accessibles via <http://www.onusida.org>.

¹ OMS, *Déclaration sur les résultats des essais au Kenya et en Ouganda concernant la circoncision et le VIH – La circoncision réduit pour l'homme le risque d'infection par le VIH mais n'offre pas une protection complète*, décembre 2006. Accessible via www.who.int/mediacentre.

² T. Rosenberg, « A real-world AIDS vaccine? », *New York Times Magazine*, 14 janvier 2007, p. 11.

³ B. Auvert et coll., « Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial », *PLoS Medicine* (revue Internet) 2:e298 (2005), accessible à www.plosmedicine.org; R.C. Bailey et coll., « A randomized controlled trial of male circumcision to reduce HIV incidence in Kisumu, Kenya: progress to date », article présenté au XVI^e Congrès international sur le sida, 2006, Toronto (abrégé TUAC0201). Voir aussi U.S. National Institutes of Health, National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), *Questions and Answers: NIAID-Sponsored Adult Male Circumcision Trials in Kenya and Uganda*, décembre 2006. Accessible via www3.niaid.nih.gov.

⁴ NIAID, *Questions and Answers*.

⁵ D. Brown, « HIV study raises caution about circumcision » *Washington Post*, 7 mars 2007, p. A14.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

⁸ *Ibid.*

⁹ Voir, p. ex., « Is it churlish to criticise Bush over his spending on AIDS? » (éditorial), *Lancet* 364(9431) (2004) : 303–304; S.W. Sinding, « Does 'CNN' (condoms, needles and negotiation) work better than 'ABC' (abstinence, being faithful and condom use) in attacking the AIDS epidemic? », *International Family Planning Perspectives* 31(1) (2005) : 38–40; S.A. Cohen, « Beyond slogans: lessons from Uganda's experience with ABC and HIV/AIDS », *Guttmacher Report on Public Policy* 6(5) (2003) : e1–5. Accessible via www.guttmacher.org.

¹⁰ Global HIV Prevention Working Group, *Global HIV Prevention: the Access and Funding Gap* (feuille d'information), août 2006. Accessible à www.kff.org/hiv/aids/hivghpwpkgpackage.cfm.

¹¹ OMS, *WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women — Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*, 2005.

¹² Voir, p. ex., Human Rights Watch, *Policy Paralysis: a Call for Action on HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa*, 2003.

¹³ Association pour les droits de la femme et le développement, *Où est l'argent pour les droits des femmes?*, 2006. Accessible via www.awid.org.

¹⁴ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Directives pour les propositions – Sixième appel à propositions*, 2006. Accessible via www.theglobalfund.org.

¹⁵ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Phase 2 – Fiches de résultats*. Accessible à www.theglobalfund.org/en/funds_raised/gsc/.

¹⁶ Voir, p. ex., B. Auvert et coll., « Authors' reply » (lettre), *PLoS Medicine* (revue Internet) 3(1) : e74 (2006). Accessible via www.plosmedicine.org; NIAID, *Questions and Answers*.

¹⁷ OMS, *Déclaration sur les résultats des essais au Kenya et en Ouganda concernant la circoncision et le VIH*.

¹⁸ Voir, p. ex., A. Medley et coll., « Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes », *Bulletin of the World Health Organization* 82 (2004) : 299–307, en particulier à la p. 305.

¹⁹ Voir, p. ex., Assemblée générale des Nations Unies, *Développer la prévention, les soins, le traitement et les services d'accompagnement en matière de VIH*, UN doc. A/60/737, 24 mars 2006, en particulier aux p. 10–11.

²⁰ OMS et ONUSIDA, *Recommandations sur le dépistage du VIH et le conseil à l'initiative des soignants dans les établissements de santé (Projet pour commentaires du public)*, novembre 2006.

²¹ Voir *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, 999 U.N.T.S. 171 (1966), art. 9(1) et 19(2).

²² S. Moses et coll., « Male circumcision: assessment of health benefits and risks », *Sexually Transmitted Infections* 74 (1998) : 368–373.

²³ ONUSIDA, *Fact Sheet: Male Circumcision and HIV*, juillet 2005. Accessible via www.unaids.org.

²⁴ E. Lagarde et coll., « Acceptability of male circumcision

as a tool for preventing HIV infection in a highly infected community in South Africa », *AIDS* 17 (2003) : 89–95. Voir aussi P. Cleaton-Jones, « The first randomised trial of male circumcision for preventing HIV: what were the ethical issues? », *PloS Medicine* (revue Internet) 2(11) : e287 (2005).

²⁵ Lagarde, p. 94.

²⁶ *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, art. 12.

²⁷ R.C. Ngalande et coll., « Acceptability of male circumcision for prevention of HIV infection in Malawi », *AIDS Behavior* 10 (2006) : 377–385.

²⁸ Lagarde, p. 93–94.

²⁹ OMS, *Déclaration sur les résultats des essais au Kenya et en Ouganda concernant la circoncision et le VIH*.

³⁰ *Convention relative aux droits de l'enfant*, 1577 U.N.T.S. 3 (1989), art. 12(1) et 14.

³¹ British Medical Association, Medical Ethics Committee, *The Law and Ethics of Male Circumcision — Guidance for Doctors*, 2003 (révisé en 2006). Accessible via www.bma.org.uk.

³² La page portant sur le test du VIH, du Youth Policy Project chapeauté par le Constella Futures Group Policy Project et le YouthNet, à www.youth-policy.com/content.cfm?page=vct, renferme des liens à plusieurs politiques nationales sur le consentement de personnes d'âge mineur, concernant le test du VIH et d'autres services.

^(*) N.D.T. La version originale anglaise ne parle pas exactement de régler les problèmes découlant des programmes de circoncision, mais plutôt de réduire les possibles conséquences négatives de ces programmes.

Susciter un solide leadership contre le VIH/sida

L'importance du leadership, en particulier du leadership animé par les droits humains, dans la lutte au VIH/sida, est largement reconnue. Le genre de leadership brave qu'il faut pour réellement changer les choses est toutefois absent, selon Michael Pates. Ce dernier prône le développement d'une Initiative de leadership contre le sida et il décrit comment on pourrait y arriver.

Pratiquement toutes les stratégies internationales de lutte contre la pandémie du sida accordent une importance de premier rang au leadership fondé sur les droits humains. Mais en dépit de progrès majeurs au chapitre du traitement et du financement inspirés par ces plans, les ravages mondiaux du sida, y compris des menaces à la sécurité nationale et à la stabilité mondiale, continuent de progresser plus vite que la réponse.¹ Un leadership accru, amélioré et durable est par conséquent nécessaire.

Prenons les exemples de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, adoptée aux Nations Unies en 2001, qui a été le premier outil de consensus mondial sur le sujet, et du [U.S.] President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), qui est à présent l'un des moteurs de la réponse internationale à la pandémie. Il est affirmé sans détour, dans la *Déclaration d'engagement*, que le leadership des gouvernements est essentiel à la lutte contre le VIH/sida et doit être complété par l'implication active et à part entière de la société civile, du monde des affaires et du secteur privé.²

De plus, « le respect des droits [humains] des personnes atteintes

du VIH/sida entraîne l'adoption de mesures efficaces » et nécessite l'adoption et la mise en œuvre de lois pour « éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux ».³

Trois ans plus tard, sous le titre « Créer un solide leadership » [*Engendering Bold Leadership*], le PEPFAR faisait écho à la Déclaration :

Une action précoce et efficace, des leaders politiques de haut niveau, peut contenir et même renverser les épidémies ... Lorsque les leaders sont silencieux, inactifs, ou pire encore – rébarbatifs, ou porteurs de messages erronés ou stigmatisants –, le VIH continue de se propager en dépit des meilleurs efforts des communautés et contributeurs. [trad.]⁴

Néanmoins, un rapport d'étape quinquennal sur la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement signalait en 2006 que :

bien que la plupart des ... stratégies nationales reconnaissent l'importance

d'un effort multisectoriel, de la protection des droits humains et de la réponse aux vulnérabilités de certaines populations, il existe un fossé entre les déclarations sur papier et ce qui est fait dans la réalité, et entre les promesses des politiciens et leurs réalisations. [trad.]⁵

Par ailleurs, bien que le PEPFAR soit un apport précieux aux efforts de traitement dans les pays auxquels il s'adresse, l'expression « droits humains » est à toutes fins pratiques absente de ce plan, et plusieurs de ses politiques de financement ont été qualifiées d'antithèse des droits humains et, par conséquent, de contre-productives.⁶

Il demeure donc crucial de stimuler un leadership meilleur et plus solide, pour endiguer la pandémie. Comme l'a signalé récemment Laurie Garrett, chercheuse en matière de santé mondiale au Council on Foreign Relations :

Des milliards de dollars sont sur la table et l'on n'a toujours pas de gouvernance nationale claire, en matière de santé, dans les pays les plus touchés; et l'on n'observe aucun réel leadership international. Pour en arriver à des approches durables, équitables et rationnelles sur le plan

financier, devant des crises mondiales de santé, il faut un leadership mondial et une pensée novatrice.⁷

Reconnaissant ce besoin crucial de leadership aux échelons supérieurs, en juin 2001 (alors que la Déclaration était aux étapes finales de rédaction), l'International Crisis Group (ICG) a publié un rapport, *HIV/AIDS as a Security Issue*, où il recommandait que le Secrétaire général de l'ONU établisse un « puissant conseil », formé d'anciens leaders mondiaux, afin de faire pression en faveur de l'application des principes énoncés dans la Déclaration.⁸ Ce conseil aurait contribué à « donner à la guerre contre le sida l'urgence et la priorité sérieuse qu'elle nécessite, en habilitant les répondants techniques des premières lignes grâce au soutien politique nécessaire à l'accomplissement de leurs tâches ».

Une Initiative pour le leadership contre le sida fournirait une tribune adéquate pour mobiliser le prestige, l'influence et d'autres ressources uniques, parmi les grands leaders mondiaux de la lutte au sida.

On n'a pas créé ce conseil. Cependant, vu les retraites récentes ou prochaines de plusieurs leaders nationaux et mondiaux qui ont déjà fait preuve d'engagement à la lutte contre la pandémie – et étant donné

qu'un leadership solide et soutenu est encore urgentement nécessaire à l'échelle mondiale –, la suggestion mérite d'être rappelée à l'attention.

Une Initiative pour le leadership contre le sida

Nous l'expliquerons ci-dessous : une Initiative pour le leadership contre le sida, semblable au conseil qu'a imaginé l'ICG, fournirait une tribune adéquate pour mobiliser le prestige, l'influence et d'autres ressources uniques, parmi les grands leaders mondiaux de la lutte au sida, ce qui leur donnerait de meilleures occasions de s'investir et d'encourager et promouvoir un solide leadership de leurs homologues. L'initiative pourrait servir de vitrine internationale pour ceux qui font déjà preuve de leadership, et ainsi inciter les leaders qui ne sont pas engagés dans la lutte au sida – et permettre également de « faire honte » à ceux qui font obstruction, qui retardent ou qui ne font rien.

Pourquoi

En 1994, le regretté Dr Jonathan Mann et ses collègues ont affirmé que « la discrimination, la marginalisation, la stigmatisation et, de manière plus générale, le mépris des droits humains et de la dignité d'individus et de groupes aggrave leur vulnérabilité à être exposés au VIH ». Cette tendance, ont-ils conclu, « peut être l'illustration d'un phénomène plus large – la vulnérabilité des individus et des populations, à la maladie, au handicap et au décès prématuré dépend du degré de respect des droits humains et de la dignité ».⁹ Depuis, la perspective de Mann dure, sans conteste.

De ce point de vue, le potentiel d'une Initiative pour le leadership

contre le sida est riche, car même si elle ne contribuait à stimuler qu'un leadership national contre la stigmatisation et la discrimination, il en résulterait probablement des progrès dans le recours au test et dans la prévention, qui en l'essence, seraient des accomplissements importants au chapitre des droits humains.¹⁰ Mais si elle faisait également progresser les droits humains et la santé publique de manière plus générale (ce qui semble plausible), elle pourrait à plus long terme favoriser la sécurité, la stabilité et le développement, aux paliers national, régional et mondial.

Autrement dit, si la protection de la sécurité nationale et de la stabilité mondiale nécessite de réduire la propagation du VIH, et si la réduction de la propagation du VIH nécessite d'améliorer la situation des droits humains, alors la sécurité nationale et la stabilité mondiale passent par l'amélioration de la situation des droits humains. En ce sens, le sida promeut les droits humains du rang de noble aspiration à celui d'impératif directement lié à des intérêts, ce qui offre un levier politique sans précédent pour l'avancement des droits humains en général.

Qui

Une première étape pleine de bon sens, pour susciter un leadership solide, consiste à identifier les personnes les mieux placées pour ce rôle – c'est-à-dire qui ont elles-mêmes déjà fait preuve de leadership en la matière, en particulier d'anciens leaders nationaux ou mondiaux qui ne sont plus accaparés politiquement par les vicissitudes des événements du jour. D'anciens chefs d'États ou des ministres ayant fait preuve d'un engagement à un plaidoyer axé sur les droits humains, pour la lutte au

sida, constitueraient un atout formidable pour susciter un leadership semblable de la part d'autres, en poste ou aspirants.

Ces leaders pourraient être notamment Kofi Annan, ancien Secrétaire général des Nations Unies; Tony Blair, bientôt ancien premier ministre du Royaume-Uni; Bill Clinton, ancien président des États-Unis; Gareth Evans, ancien ministre des Affaires étrangères de l'Australie; Richard Holbrooke, ancien ambassadeur des États-Unis à l'ONU; Kenneth Kaunda, ancien président de la Zambie; Nelson Mandela, ancien président de l'Afrique du Sud; Colin Powell, ancien secrétaire d'État des États-Unis; et Mary Robinson, ancienne présidente de l'Irlande et ancienne haut-commissaire onusienne aux droits de la personne.

Quoi

Une simple promesse d'engagement, d'un tel groupe, appuyée par des messages constants et personnels de plaidoyer conséquent à cette promesse, par les membres du groupe, pourrait fournir l'élan manquant et contribuer à l'avènement d'un solide leadership contre le sida. La promesse d'engagement pourrait être :

Nous, anciens chefs d'États et ministres représentant toutes les régions du monde, et engagés à enrayer la pandémie du VIH/sida, affirmons par la présente que :

1. la pandémie du VIH/sida est une menace à la sécurité nationale, au développement économique et à la stabilité mondiale;
2. l'atténuation de cette menace requiert un leadership solide et soutenu, engagé à promouvoir

la discussion franche au sujet du VIH/sida, à éliminer le stigmatisme et la discrimination à l'égard des personnes qui vivent avec le VIH ou qui en sont affectées autrement, et à favoriser un accès sûr aux services de traitement et de prévention; et que

3. nous nous engageons à continuer de fournir et de soutenir un tel leadership, et à encourager les autres leaders à emboîter le pas à nos efforts.

Pour préserver la sécurité nationale et la stabilité mondiale, il faut réduire la propagation du VIH et, par extension, faire progresser les droits humains.

Une telle promesse d'engagement appuie les éléments des droits humains qui sont centraux à une réponse efficace – c'est-à-dire la non-discrimination et l'accès aux traitements –, sans employer directement la terminologie des droits humains, évitant ainsi la résistance déplorable mais prévisible de certains aspirants leaders. Le plaidoyer du groupe pourrait prendre de multiples formes, mais la plus efficace serait probablement de parler franchement et souvent de la stigmatisation et de la discrimination, dans leurs pays et dans d'autres pays où des aspirants leaders trouvent difficile d'en parler.

De plus, l'insistance du groupe sur un leadership solide et efficace des aspirants leaders donnerait à ce leadership la proéminence mondiale qu'il mérite (et que ces leaders pourraient valoriser).

Comment

Au moins deux organismes semblent bien placés pour amorcer une Initiative pour le leadership contre le sida, que ce soit conjointement ou individuellement : la Fondation Clinton et le Club de Madrid.

La William J. Clinton Foundation, par le biais de sa Clinton Global Initiative (à présent à sa deuxième année), vise à mobiliser des engagements de leaders représentant les secteurs public et privé ainsi que la société civile, à l'égard d'améliorations mondiales dans quatre principaux domaines, dont la santé mondiale. Ses exigences de reddition annuelle de comptes assurent que les engagements pris soient respectés. Et le statut de la fondation à titre d'organisme privé réduirait ou éliminerait les machinations politiques auxquelles une Initiative pour le leadership contre le sida serait assujettie si elle se trouvait chapeauté par l'ONU ou par une autre organisation intergouvernementale.

Le Club de Madrid, qui réunit 68 anciens chefs d'États et de gouvernements, est un regroupement consultatif pour les gouvernements, les leaders de la démocratie et les institutions impliquées dans la transition à la démocratie. De pair avec d'autres politiciens d'échelons élevés ainsi que d'experts en gouvernance, le Club transpose des idées dans des plans d'action.

Bien que le principal point de mire de ce club soit la promotion de la démocratie, la menace que le

sida représente, pour les démocraties émergentes, pour les droits humains et pour la règle de droit, place sûrement la pandémie dans son champ de préoccupation. Le Namibian Institute for Democracy, par exemple, a signalé que le VIH/sida affecte le processus démocratique en réduisant le nombre de gens qui vont voter, lors d'élections, et qui participent aux programmes civiques. Par conséquent, il a exhorté les leaders politiques à « donner des exemples plus évidents de leadership en parlant ouvertement de leur état sérologique » et il a recommandé que des messages pour réduire la stigmatisation et la discrimination fondées sur le sida soient intégrés dans les campagnes futures.¹¹

Conclusion

Les intérêts que serviraient un accroissement du leadership pour les droits humains, dans la lutte au sida, ne sont plus que des affaires domestiques ou humanitaires, mais aussi des enjeux mondiaux et stratégiques : afin d'éviter que la pandémie continue de nuire, dans les mots de Colin Powell, « aux systèmes sociaux, économiques et politiques qui sont le fondement de nations et de régions entières ». Pour faire écho au D^r Mann, soulignons de nouveau qu'à l'ère du sida, les droits

humains, la sécurité nationale, le développement durable et le *leadership* sont inextricablement liés. Pour les renforcer tous, c'est le leadership qui doit prendre le dessus.

– Michael Pates

Michael Pates (PatesM@staff.abanet.org) est directeur du AIDS Coordination Project, de l'American Bar Association. Les opinions exprimées dans cet article sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les politiques officielles de l'ABA. Remerciements particuliers à Anna R. Dolinsky, adjointe de projet et étudiante au Georgetown University Law Center et à la Johns Hopkins University, pour ses contributions à ce texte.

¹ En 2000, le Conseil de sécurité de l'ONU a déclaré que le VIH/sida constituait une menace potentielle à la sécurité nationale et mondiale – c'est la seule maladie à être l'objet d'une telle déclaration (S/RES/1308(2000)). En 2002, Colin Powell, alors secrétaire d'État des É.-U., a affirmé : « Le VIH ne détruit pas que le système immunitaire ; il nuit aussi aux systèmes sociaux, économiques et politiques qui sont le fondement de nations et de régions entières » (Woodrow Wilson International Center for Scholars Conflict Prevention Project, *Preventing the Next Wave of Conflict: Understanding Non-Traditional Threats to Global Stability* 101 [2003]). En 2005, Alexander Zhukov, premier ministre adjoint de la Russie, a décrit le VIH/sida comme « un enjeu de sécurité stratégique, sociale et économique » dans son pays (Kaisernetwork.org, Daily HIV/AIDS Report, 31 mars 2005). Voir aussi L. Garrett, *HIV and National Security: Where Are the Links?*, Council on Foreign Relations (2005).

² Nations Unies, Résolution S-26/S, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* (2001), au paragraphe d'introduction précédant l'item 37.

³ *Ibid.*, à 58.

⁴ Office of the U.S. Global AIDS Coordinator, *President's Emergency Plan for AIDS Relief: U.S. Five-Year HIV/AIDS Strategy* 19, 2004.

⁵ Conseil international des ONG de lutte contre le sida, *Community Monitoring and Evaluation: Implementation of the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, 2006.

⁶ Voir, p. ex., L.S. Rubenstein et E. A. Feldman, « Human rights and the President's AIDS Initiative », *Human Rights* 31 (2004) (citant des critiques à l'égard des dispositions du PEPFAR fondées sur l'abstinence prémaritale afin de censurer ou de déformer de l'information sur la transmission et la prévention du VIH, refusant de protéger des femmes qui risquent de contracter le VIH de leur mari, et exerçant de la discrimination contre les gais et les lesbiennes en ne reconnaissant pas leur droit de se marier légalement).

⁷ P. Farmer et L. Garrett, « From 'marvelous momentum' to health care for all [Garrett replies] », *Foreign Affairs* 161 (mars-avril 2007).

⁸ International Crisis Group, *Issues Report No. 1*, 19 juin 2001. Accessible via www.crisisgroup.org (cliquer sur « Thematic Issues »).

⁹ J. Mann, L. Gostin et coll., « Health and human rights », *Health and Human Rights: An International Journal* 1 : 1 (1994) : 6–23.

¹⁰ L'exemple de l'Ouganda est digne de mention. Au cours des années 1980, le président Yoweri Museveni, qui craignait que l'armée soit décimée par le sida, a instauré un programme national d'action mettant l'emphase sur l'ouverture, la non-discrimination et l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida – des éléments de droits humains, dans une approche éventuellement nommée « ABC » (abstinence, fidélité, condom), qui a radicalement réduit l'incidence du VIH dans ce pays. Bien que cette réponse ne soit ni une approche complète en matière de droits humains, ni conforme en tous points aux lois et normes internationales des droits humains, il y a peu de doute que ces éléments centraux des droits humains, appuyés par le leadership de Museveni, ont été déterminants dans cette réussite.

¹¹ Kaisernetwork.org, *Daily HIV/AIDS Report*, 29 août 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. À moins d'autre mention, 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.

Un sous-comité échoue à recommander les réformes législatives nécessaires à la promotion des droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels

En décembre 2006, le Sous-comité de l'examen des lois sur le racolage de la Chambre des communes a rendu public son rapport longuement attendu sur les lois pénales canadiennes relatives à la prostitution, intitulé *Le défi du changement : Étude des lois pénales en matière de prostitution au Canada*.¹ Ce rapport échoue à recommander des amendements aux dispositions du *Code criminel* dont on a démontré qu'elles accroissent les risques pour la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs sexuels. Le Réseau juridique canadien VIH/sida et deux organismes de travailleuses du sexe, Stella et Maggie's, ont publié une analyse conjointe du rapport.²

En février 2003, en réponse à une série de meurtres violents et de disparitions de travailleuses sexuelles, à

Vancouver et Edmonton, la Chambre des communes a résolu à l'unanimité de procéder à un examen des lois

pénales canadiennes concernant le travail sexuel. Le Sous-comité de l'examen des lois sur le raco-

lage a été créé, afin « d'examiner les lois sur le racolage dans le but d'améliorer la sécurité des travailleurs du sexe et de la collectivité dans son ensemble ainsi que de recommander des changements qui réduiront l'exploitation et la violence dont les travailleurs du sexe sont victimes. »³ Le Sous-comité a examiné la littérature publiée et a entendu quelque 300 témoins, notamment des travailleuses sexuelles, des universitaires, des chercheurs du domaine juridique, des experts du domaine des politiques, des intervenants en services sociaux et de santé, des officiers de police ainsi que de simples citoyens.

Le rapport du Sous-comité

Tout au long de son rapport, le Sous-comité décrit deux « philosophies » à l'égard du travail sexuel, entre lesquelles, dit-il, la majorité des témoins s'étant adressés à lui étaient divisés : « la prostitution comme une forme d'exploitation » et « la prostitution comme une forme de travail ». ⁴ Les membres du Sous-comité admettent avoir échoué à réconcilier les divergences « philosophiques » de ces modèles. Néanmoins, le rapport présente six recommandations unanimes, une recommandation de la majorité (appuyée par tous les membres sauf les Conservateurs) et une expression du point de vue minoritaire du Parti conservateur.

Recommandations unanimes

Cinq recommandations sont adressées au Gouvernement du Canada (de façon générale) :

1. Voir à ce que l'exploitation sexuelle commerciale des mineurs « demeure un crime grave

faisant l'objet de lourdes sanctions ».

2. Voir à ce que le problème de la traite des personnes demeure une priorité.
3. Reconnaître que le statu quo sur les lois canadiennes entourant la prostitution est inacceptable et que les lois actuelles ne sont pas appliquées également.
4. Établir et développer des campagnes de sensibilisation afin d'éviter que des personnes s'engagent dans la prostitution, et « élabore[r] des stratégies d'abandon permettant d'aider les personnes qui se livrent à la prostitution mais qui souhaitent s'en sortir à reprendre leur vie en main ».
5. Financer des recherches sur la prostitution « afin de pouvoir cerner avec plus de justesse les activités de prostitution au pays, les problèmes qui y sont associés et les besoins des personnes impliquées dans ces activités », et mener une analyse juridique des dispositions actuelles du *Code criminel* relatives à la prostitution.

Une recommandation est adressée spécifiquement au ministère de la Justice :

6. Coordonner à titre prioritaire la réalisation d'une étude sur la prostitution avec les autres niveaux de gouvernement, des institutions et des organisations non gouvernementales, ainsi qu'avec des personnes qui vendent des services sexuels.

Recommandation de la majorité

La recommandation des membres du Sous-comité qui font partie du Parti libéral, du Nouveau parti démocra-

tique et du Bloc québécois se fonde sur leur conviction que la prostitution est avant tout un enjeu de santé publique, et pas seulement une question de droit criminel. Leur recommandation (n° 7 dans le rapport) préconise :

des efforts concrets immédiats pour améliorer la sécurité des personnes qui vendent des services sexuels et les aider à quitter le milieu de la prostitution si elles ne s'y trouvent pas par choix. Aussi, le gouvernement fédéral devrait consid[é]rer [d']augmenter les paiements de transfert aux provinces pour qu'elles puissent affecter d'importantes ressources au soutien du revenu, à l'éducation et à la formation, à la réduction de la pauvreté et au traitement des toxicomanies, et ce, dans le respect des compétences des provinces.⁵

La prostitution est avant tout un enjeu de santé publique.

Point de vue minoritaire

Les membres du Sous-comité qui appartiennent au Parti conservateur ont écrit que « la façon la plus réaliste, la plus humaine et la plus responsable d'aborder la prostitution est de commencer par voir la plupart des personnes prostituées comme des victimes ». ⁶ Ils considèrent que les dispositions du *Code criminel* relativement au travail sexuel sont imparfaites, mais que « la marginalisation [des travailleuses et travailleurs sexuels] n'est pas le produit des lois, mais [...] plutôt le résultat

des efforts déployés pour les contourner ».⁷ Ils demandent des réformes qui criminaliseraient les « exploiters (les clients et les proxénètes) » et qui « rend[ra]ient les personnes qui se livrent à la prostitution – les victimes – plus à même de quitter le milieu ».⁸

Analyse et commentaire

Selon l'analyse conjointe du Réseau juridique, de Stella et de Maggie's, le Sous-comité n'a pas relevé le défi, qui consistait à recommander des changements législatifs qui sont urgemment requis, au Canada, pour protéger et réaliser les droits des travailleuses et travailleurs sexuels adultes, à la santé et à la sécurité, ainsi que leurs droits humains.

Le rapport final ne résout pas le problème que certaines dispositions du *Code criminel*, et la manière dont elles sont appliquées, contribuent à pousser des travailleuses et travailleurs sexuels dans des situations qui menacent leur santé et leur sécurité, et qui les rendent vulnérables à la stigmatisation et à la discrimination, à la violence ainsi qu'à la possibilité d'exposition au VIH. Au lieu de cela, le rapport consacre une trop grande attention à l'exploitation sexuelle d'enfants et au trafic de personnes – des problèmes dont s'occupe déjà le *Code criminel*, au Canada, et qui n'ont pas grand lien avec les meurtres ou la disparition de travailleuses et travailleurs sexuels, ni avec les abus

incessants qu'ils rencontrent dans leur vie de tous les jours.

Les trois organismes affirment que la dévaluation des droits de la personne, par le Sous-comité, est inacceptable et heurte l'idée que toutes les personnes, au Canada, ont droit à un degré égal de respect et de dignité. Plutôt que de considérer la réalisation des droits humains comme une norme fondamentale à laquelle toutes les lois canadiennes doivent être conformes, le rapport du Sous-comité fait référence aux droits humains – et en particulier ceux des travailleuses et travailleurs sexuels – comme à un élément de nature « philosophique ».

Les organismes exhortent le gouvernement à abroger les quatre articles du *Code criminel* qui rendent illégaux la « communication », les « maisons de débauche » et le fait de « vivre des produits » de la prostitution; et à inclure la participation des travailleuses et travailleurs sexuels dans le processus de réforme des politiques et du droit. Il est essentiel, selon eux, que les travailleuses et travailleurs sexuels aient un mot à dire dans la modernisation des lois et des politiques qui les affectent.

Ces mesures sont essentielles à protéger les droits des travailleuses et travailleurs sexuels en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* et du droit international des droits de la personne, et à faire en sorte que ces individus puissent bénéficier de

la santé, de la sécurité et des droits humains auxquels toute personne, au Canada, a droit.

– Leon Mar et Glenn Betteridge

Leon Mar (lmar@aidslaw.ca) est directeur des communications au Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ Chambre des communes, Sous-comité de l'examen des lois sur le racolage, *Le défi du changement : Étude des lois pénales en matière de prostitution au Canada*, décembre 2006. Accessible via www.parl.gc.ca/sslr.

² Réseau juridique canadien VIH/sida, Stella et Maggie's, *Le défi (raté) du changement : Analyse du rapport du Sous-comité de l'examen des lois sur le racolage*, février 2006. Accessible via www.aidslaw.ca/travailsexuel.

³ *Débats de la Chambre des communes*, 055 (7 février 2003) à 1425. Accessible via www.parl.gc.ca.

⁴ L'affirmation qu'il s'agit de divergences « de nature philosophique » est à la page 101 du rapport du Sous-comité; cette juxtaposition de positions divergentes est faite notamment aux p. 31, p. 33-34, 37-38 et 82-83.

⁵ *Le défi du changement*, p. 98.

⁶ *Ibid.*, p. 99.

⁷ *Ibid.*, p. 100.

⁸ *Ibid.*

Le gouvernement conservateur abolit le financement de la recherche sur l'Insite

Le gouvernement fédéral a mis un terme au financement de l'évaluation continue de l'Insite, le seul lieu supervisé pour l'injection (LSI) en Amérique du Nord, en dépit de récentes études qui continuent de démontrer son impact positif.

Lorsque l'Insite a été créé en 2003, à titre de projet pilote de trois ans, il a été convenu que ses coûts d'exploitation seraient assumés par le Gouvernement de la Colombie-Britannique, par le biais de la Vancouver Coastal Health Authority, et que le gouvernement fédéral financerait l'évaluation continue du projet. Le financement de l'évaluation prenait fin en septembre 2006.

Le même mois, en réponse à de vives pressions de militants, de scientifiques et d'éditorialistes, le gouvernement fédéral a annoncé une prolongation de durée limitée (jusqu'à la fin de 2007) de l'exemption de l'Insite en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Cette exemption était essentielle à ce que l'Insite continue de fonctionner.

Le ministre fédéral de la Santé Tony Clement a affirmé que des études additionnelles seraient nécessaires à déterminer comment les LSI affectent la criminalité, la prévention et le traitement.¹ En dépit de cette déclaration, le gouvernement fédéral a choisi de ne pas renouveler le financement de l'évaluation de l'Insite.² À l'heure actuelle, des fonds provisoires sont versés par la Vancouver Coastal Health Authority.

(En janvier 2007, le ministre Clement a déclaré au quotidien *Vancouver Province* : « Je ne crois

pas que ce soit notre responsabilité d'organiser la recherche. Je m'attends à ce que d'autres recherches soient faites – et nous les évaluerons. »[trad.]³)

Thomas Kerr, l'un des chercheurs du British Columbia Centre for Excellence on HIV/AIDS impliqués dans l'évaluation continue de l'Insite, estime que les implications de l'abolition du financement de l'évaluation sont considérables – même si des fonds provisoires ont été obtenus et que d'autres sources de financement seront recherchées – parce que « l'avenir de cette importante évaluation demeure incertain ». Il a souligné que :

[c]ette coupe est inquiétante, parce que Santé Canada avait mandaté trois experts mondialement reconnus dans le domaine de l'injection de drogue et du VIH/sida, de procéder à un examen anonyme de notre demande de financement continu pour l'évaluation – et que tous avaient fortement recommandé le maintien du financement. Or le gouvernement fédéral l'a quand même coupé, ce qui laisse entendre que la politique et l'idéologie – et non la science – influencent d'importantes décisions liées à la santé des personnes qui s'injectent des drogues, au Canada.⁴

Études récentes

En novembre 2006, une étude publiée dans le *Journal de l'Association*

médicale canadienne (JAMC) a résumé les résultats de diverses recherches menées au cours des trois premières années d'existence de l'Insite.⁵ Elle a conclu que l'Insite « est associé à un éventail de bienfaits pour la communauté et la santé publique, sans preuve d'impacts néfastes ». Plus précisément, l'étude a constaté que l'Insite :

« La politique et l'idéologie – et non la science – influencent d'importantes décisions liées à la santé des personnes qui s'injectent des drogues, au Canada. »

- a entraîné une réduction significative de l'usage de drogue en public, du nombre de seringues jetées dans des lieux publics et du partage de seringues;
- a stimulé l'adhésion aux programmes de traitement de la toxicomanie;
- a référé des clients à une vaste gamme de ressources communautaires et médicales;

- a servi de lieu clé pour l'éducation des utilisateurs de drogue au sujet des pratiques sécuritaires pour l'injection; et
- n'a pas entraîné d'augmentation du trafic de drogue dans les lieux avoisinants; ni de la criminalité liée à l'achat de drogue; ni des taux de nouveaux utilisateurs de drogue par injection ou des taux de rechute vers l'injection de drogue parmi les ex-utilisateurs.

Les évaluations ont également démontré que l'Insite est largement accepté, parmi la communauté locale d'injection de drogue, et qu'il attire une population particulièrement vulnérable.

D'autres études récentes ont révélé que :

- des changements positifs ont été observés dans les pratiques d'injection de clients fréquents de l'Insite, comme une réduction de la réutilisation de seringues;⁶ et que
- des LSI comme l'Insite peuvent jouer un rôle important dans la gestion des surdoses.⁷

Dans un commentaire accompagnant l'étude du JAMC, Mark Wainberg, directeur du Centre sur le sida de l'Université McGill, a critiqué la décision du gouvernement fédéral de couper le financement de la recherche sur l'Insite. « Pourquoi le gouvernement annoncerait-il, d'une part, qu'il faut plus de temps pour

étudier le succès potentiel du LSI de Vancouver, et abolirait-il, d'autre part, les ressources nécessaires à une telle évaluation? », a-t-il demandé.⁸

Julio Montaner, directeur du B.C. Centre for Excellence on HIV/AIDS, soutient que le gouvernement fédéral ne veut tout simplement pas connaître les bienfaits de l'Insite. « Je crois qu'il existe un profond biais au sein de cette administration », a-t-il déclaré. « Malheureusement, peu importe le nombre de fois que nous avons tenté d'avoir une discussion intelligente et éduquée à ce sujet, leurs principes empêchent la prise de décisions fondées sur des données. »⁹

En janvier 2007, à la suite d'une visite sur les lieux, le chef de l'opposition fédérale Stéphane Dion a affirmé que l'Insite était « tout un succès » et qu'un gouvernement libéral financerait des LSI dans plus de villes canadiennes, si les autorités locales en faisaient la demande.¹⁰

Dans un développement connexe, le rapport annuel de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) a adressé des critiques à de nombreux pays – notamment le Canada – qui permettent à des LSI de demeurer ouverts. L'OICS a indiqué que ces établissements vont à l'encontre de traités internationaux sur le contrôle de la drogue, qu'ils favorisent l'abus de drogue et qu'ils offrent une occasion de distribution de drogues illégales.¹¹

Ce n'est pas la première fois que l'OICS soutient que les LSI contreviennent aux traités sur le contrôle

de la drogue, bien que l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime et les autorités des pays qui autorisent les LSI aient conclu le contraire.¹²

– David Garmaise

¹ Voir D. Garmaise, « Le LSI de Vancouver est prolongé pour une durée limitée », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11, 2/3 (2006) : 24–26.

² Aucune annonce publique n'a été faite au sujet de la décision de ne pas renouveler le financement de l'évaluation; l'information a été communiquée par voie de lettre à la Vancouver Coastal Health Authority.

³ I. Bailey, « Tories decline Insite study », *Vancouver Province*, 3 janvier 2007 : A14.

⁴ Communication personnelle avec Thomas Kerr, 10 avril 2007 (en filière auprès de l'auteur).

⁵ E. Wood et coll., « Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility », *Journal de l'Association médicale canadienne* 175, 11 (2006) : 1399–1404.

⁶ J.-A. Stoltz et coll., « Changes in injecting practices associated with the use of a medically supervised safer injection facility », *Journal of Public Health* 29, 1 (2007) : 35–39.

⁷ T. Kerr et coll., « A micro-environmental intervention to reduce the harms associated with drug-related overdose: evidence from the evaluation of Vancouver's safer injection facility », *International Journal of Drug Policy* 18 (2007) : 37–45; T. Kerr et coll., « Drug-related overdoses within a medically supervised safer injection facility », *International Journal of Drug Policy* 17 (2007) : 436–441.

⁸ M. Wainberg, « The need to promote public health in the field of illicit drug use », *Journal de l'Association médicale canadienne* 177, 11 (2006) : 1395.

⁹ « Vancouver's safe injection site successful: study – top AIDS researcher suggests Harper government has 'profound bias' against site », *CBC News* (en-ligne), 20 novembre 2006.

¹⁰ D. Ward, « Safe injection project 'quite a success': Dion », *Vancouver Sun*, 26 janvier 2007 : A5.

¹¹ Organe international de contrôle des stupéfiants, *Rapport annuel 2006*, mars 2007, paragr. 175–177.

¹² Voir Réseau juridique canadien VIH/sida et Open Society Institute, *Closed to Reason: The International Narcotics Control Board and HIV/AIDS*, février 2007. Accessible via www.aidslaw.ca/drugpolicy.

Une ébauche d'évaluation révèle que le programme pilote de tatouage sécuritaire pouvait réduire la transmission de maladies

Comme nous le signalions dans le numéro précédent, le gouvernement fédéral a mis fin, le 30 septembre 2006, à l'initiative pilote de tatouage sécuritaire qui était en cours dans six prisons.¹ Une ébauche du rapport d'évaluation, obtenue en vertu de la *Loi sur l'accès à l'information*, fait état de résultats positifs, de contraintes et d'améliorations pour remédier à des problèmes liés à la mise en œuvre et à l'efficacité de l'initiative.²

L'examen a été mené par la Division de l'évaluation du Service correctionnel du Canada (SCC), à partir d'une stratégie d'évaluation élaborée par les services de santé du SCC et l'Agence de santé publique du Canada.

L'évaluation a porté sur les volets opérationnel (salons de tatouage dans six prisons fédérales) et éducatif (information aux détenus sur les pratiques sécuritaires de tatouage, dans les centres régionaux de réception et les six prisons dotées d'un salon de tatouage), sur la base des critères suivants : succès, rapport coût-efficacité, mise en œuvre, impacts inattendus et pertinence à long terme. Des méthodes de recherche quantitatives et qualitatives ont été utilisées pour la collecte des données.

Faits saillants et observations clés

L'évaluation a révélé que 324 détenus se sont fait tatouer dans le cadre de l'initiative, entre le 1^{er} août 2005 et le 31 août 2006; 60 étaient sur une liste d'attente.³ Le rapport renferme dix observations clés,⁴ dont trois se recoupent :

- l'initiative a démontré le potentiel de réduire les méfaits et l'exposition à des risques de

santé, et d'accroître la sécurité des employés, des détenus et du grand public – un potentiel qui varie en fonction de facteurs spécifiques à chaque site. Plus précisément, les résultats de l'évaluation ont suggéré que le tatouage illicite était plus prévalent dans les établissements à sécurité moyenne et que, pendant l'initiative, la pratique avait décliné.

- l'initiative a résulté en une éducation et une sensibilisation rehaussées, parmi les employés et les détenus, à l'égard des pratiques de prévention et de contrôle des maladies à transmission hémotogène.
- l'initiative était conforme à la stratégie du gouvernement fédéral visant à lutter contre le VIH/sida.⁵

D'autres observations concernaient des lacunes dans la mise en œuvre, qui ont réduit l'efficacité et l'efficacité de l'initiative. Dans la plupart des sites, les activités de tatouage étaient limitées par un manque de tatoueurs formés; et des heures d'ouverture sporadiques ont influencé le nombre de tatouages réalisés dans certains sites. En termes de coût-efficacité, l'évaluation a constaté que, bien que les coûts de

l'initiative étaient faibles, comparativement à ses bienfaits potentiels, un modèle plus efficace aurait pu produire les mêmes résultats, voire mieux, sans compromettre la sécurité.

Enfin, le rapport d'évaluation propose divers moyens pour pallier aux lacunes dans la mise en œuvre et pour rendre l'initiative plus efficace et efficiente. Parmi les améliorations possibles, il est notamment suggéré que le SCC envisage le recours à des services communautaires de tatouage.⁶

Recommandations et réaction

L'évaluation recommande qu'« afin de maintenir un meilleur degré d'éducation et de sensibilisation aux pratiques de prévention et de contrôle des infections, le SCC devrait poursuivre le volet éducatif de l'Initiative sur les pratiques de tatouage sécuritaires. »[trad.]⁷

(Une seconde recommandation a été rayée de l'ébauche du rapport, le SCC ayant invoqué des exemptions dans la *Loi sur l'accès à l'information*.⁸)

L'administrateur en chef de la santé publique du Canada, le Dr David Butler-Jones, a déclaré que le programme n'avait pas eu suffisam-

ment de temps pour démontrer de façon concluante son impact sur les taux de VIH, d'hépatite C et d'autres maladies infectieuses.⁹

– Glenn Betteridge

¹ G. Betteridge, « Le SCC ferme les salons de tatouage sécuritaire », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11, 2/3 (2006) : 31. Pour plus d'information sur l'initiative, voir G.

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

² M. Nakef, *Draft Evaluation Report: Correctional Service Canada's Safer Tattooing Practices Pilot Initiative*, Service correctionnel du Canada, sans date. En filière auprès de l'auteur.

³ *Ibid.*, p. 10.

⁴ *Ibid.*, p. vii.

⁵ Agence de santé publique du Canada, *L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada : Renforcer l'intervention fédérale dans la réponse du Canada au VIH/sida*, 2004.

⁶ *Draft Evaluation Report*, p. 37.

⁷ *Ibid.*, p. 22.

⁸ La Loi sur l'accès à l'information, L.R. 1985, ch. A-1, paragr. 21(a) et (b), stipule que le responsable d'une institution fédérale peut refuser la communication d'avis ou de recommandations élaborés par ou pour une institution fédérale ou un ministre, ou de comptes-rendus de consultations ou délibérations auxquelles ont participé des administrateurs, dirigeants ou employés d'une institution fédérale, un ministre ou son personnel.

⁹ W. Kondro, « Prison tattoo program wasn't given enough time », *Journal de l'Association médicale canadienne* 176, 3 (2007) : 307–308.

L'Agence de santé publique du Canada affirme que l'échange de seringues en prison réduit les risques et ne compromet pas la sécurité

En avril 2006, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) a soumis un rapport au Service correctionnel du Canada (SCC) à propos des risques et bienfaits potentiels de l'introduction de programmes d'échange de seringues dans les prisons fédérales canadiennes (PÉSP).¹ Le rapport conclut qu'en dépit de l'absence de données décisives au sujet de l'impact des PÉSP sur la transmission de pathogènes hématogènes parmi les détenus, ces programmes ont entraîné une diminution des comportements à risque et n'ont pas compromis la sécurité, dans des établissements correctionnels.

En 2005, le SCC et l'ASPC ont conclu une entente selon laquelle l'ASPC fournirait au SCC des avis scientifiques, médicaux et techniques à propos des PÉSP,² qui incluraient « une analyse de l'applicabilité et des risques et bienfaits potentiels des PÉSP dans le contexte canadien ».³ Dans le cadre de la préparation de son rapport, l'ASPC a visité des prisons fédérales sélectionnées, au Canada; participé à des visites d'étude dans des prisons dotées de PÉSP, en Allemagne et en Espagne;

effectué une revue exhaustive de la littérature (plus de 200 documents); et organisé une rencontre d'experts canadiens et internationaux.

La revue de la littérature a révélé trois facteurs déterminants qui sous-tendent la réflexion sur l'échange de seringues en prison dans le contexte canadien. Premièrement, les « données disponibles suggèrent fortement qu'une vaste proportion des utilisateurs qui s'injectent des drogues, dans le contexte correctionnel [canadien], partagent (empruntent ou prêtent) des

seringues et d'autres instruments pour l'injection »[trad.].⁴

Deuxièmement, à l'échelle internationale, « plusieurs utilisateurs de drogue par injection semblent s'adonner à des pratiques d'injection plus néfastes, en prison ... [et] certains détenus qui n'avaient pas d'antécédents d'injection de drogue commencent à s'injecter pendant leur incarcération »[trad.].⁵

Troisièmement, étant donné que, comparativement au VIH, le virus de l'hépatite C (VHC) est plus prévalent

parmi les détenus canadiens, plus facilement transmissible et plus résistant à l'eau de Javel, « le recours à l'eau de Javel n'est pas recommandé en tant qu'élément d'une stratégie de prévention du VIH, dans la communauté comme en prison »[trad.].⁶

Conclusions du rapport

Vu l'exhaustivité de l'examen mené par l'ASPC, et le fait que le rapport n'ait pas été rendu public, nous reproduisons ici l'ensemble de ses conclusions :⁷

Il n'existe pas de données décisives à propos de l'impact des PÉSP sur l'incidence des virus à transmission hémato-gène.⁸

Les données sur les changements comportementaux découlant de l'introduction de PÉSP, à l'échelle mondiale, présentent ces points communs :

- Les PÉSP n'entraînent pas une hausse de l'injection de drogue;
- Le partage de seringues diminue, dans les prisons dotées de programmes d'échange de seringues;
- Les références à des programmes de traitement de la toxicomanie augmentent, dans les prisons dotées de programmes d'échange de seringues;
- Le nombre d'interventions de soins de santé liées à des abcès aux points d'injection diminue, dans les prisons dotées de programmes d'échange de seringues; et
- Le nombre d'interventions de soins de santé liées à des surdoses et à des décès diminue, dans les prisons dotées de programmes d'échange de seringues.

En ce qui a trait à la sécurité, le corpus de données actuel démontre que :

- Les seringues et aiguilles obtenues par le biais de PÉSP ne sont pas utilisées comme armes;
- Les PÉSP n'accroissent pas le nombre d'altercations parmi les détenus ou entre détenus et employés correctionnels;
- Les PÉSP n'accroissent pas le nombre de cas de blessures par aiguille;
- Les PÉSP n'accroissent pas le nombre de saisies de drogues illégales ou de matériel pour la consommation de drogue;
- Les PÉSP n'accroissent pas l'usage de drogue;
- Les PÉSP n'encouragent pas l'amorce de l'injection de drogue pendant l'incarcération; et
- Les attitudes des employés correctionnels et leur degré d'acceptation à l'égard des PÉSP sont passées de la peur et du ressentiment à une reconnaissance du fait que les PÉSP constituent un ajout important et nécessaire à la gamme de services de réduction des méfaits et d'interventions de santé et de sécurité – plusieurs employés appuient vivement le maintien du soutien financier et des programmes.[trad.]

Commentaire

Le rapport de l'ASPC fait écho aux conclusions formulées par le Réseau juridique dans son rapport sur *L'échange de seringues en prison: leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*.⁹ Malheureusement, le rapport de l'ASPC échoue à recommander au SCC l'introduction de projets pilotes d'échange de seringues – de fait, il ne fournit aucun conseil.

En raison de divers facteurs, dont plusieurs sont expliqués dans le rap-

port, il est peu probable que des données décisives au sujet de l'impact des PÉSP sur la transmission du VIH et des hépatites soient bientôt disponibles. En l'absence de telles données probantes, et à la lumière des conclusions du rapport, l'ASPC disposait d'une base sans équivoque pour recommander au SCC de mettre à l'essai des PÉSP. Bien qu'une telle recommandation puisse avoir été faite d'autre manière, on ne dispose d'aucune preuve publique à cet effet.

Le gouvernement fédéral actuel est profondément opposé aux mesures de réduction des méfaits, en prison comme dans la communauté, et il n'apprécie guère les données de santé publique à l'appui d'interventions de réduction des méfaits. Interrogé sur le rapport et sur la possibilité d'introduire des PÉSP, un porte-parole du Ministère a répondu : « Nous préférons éduquer les détenus au sujet des dangers de l'usage de drogue en prison. Tolérance zéro ».¹⁰ Dans ce contexte, il semble que le contentieux soit la seule avenue possible, pour les détenus et les militants qui souhaitent la mise en place de programmes d'échange de seringues dans les prisons fédérales.

– Glenn Betteridge

¹ Agence de santé publique du Canada, *Prison needle exchange: Review of the evidence*, avril 2006. Rapport obtenu par l'auteur en octobre 2006; en filière auprès du Réseau juridique canadien VIH/sida.

² G. Betteridge, « Développement en vue de l'échange de seringues dans les prisons fédérales », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10, 3 (2005) : 22.

³ *Prison needle exchange*, p. 10.

⁴ *Ibid.*, p. 19.⁵ *Ibid.*, p. 20.⁶ *Ibid.*, p. 32.⁷ *Ibid.*, p. 33.⁸ Voir *ibid.*, p. 28, où les limites de l'évaluation des PÉSP

existants sont expliquées comme suit : « Il n'existe pas de données décisives au sujet de l'impact des PÉSP sur l'incidence [des virus à transmission hématogène]. Les limites communes à toutes les évaluations de PÉSP incluent des échantillons de petite taille, des échéanciers de suivi relativement courts, l'incohérence des méthodologies de test et l'absence de groupes de comparaison. » [trad.]

⁹ 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, 2^e éd., 2006. Accessible via www.aidslaw.ca/lesprisons.¹⁰ W. Kondro, « Conservative government scuttles needle exchange », *Journal de l'Association médicale canadienne* 176, 3 (2007) : 308.

Ontario – Nouvelle loi sur le test sanguin obligatoire : examen préliminaire

En décembre 2006, la Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin a été adoptée en troisième lecture par l'Assemblée législative de l'Ontario.¹ Une fois en vigueur, la loi remplacera le système administratif de dépistage sanguin obligatoire présentement régi par la loi ontarienne sur la santé publique. La responsabilité du dépistage sanguin obligatoire passera du ministre de la Santé et des Soins de longue durée au ministre de la Sécurité communautaire et des Services correctionnels.²

En 2001, l'Ontario a amendé la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*, pour autoriser les médecins hygiénistes à recevoir des requêtes individuelles visant à soumettre une tierce personne à un test sanguin pour le dépistage de maladies transmissibles.³ Les amendements de 2001 et leurs règlements sont entrés en vigueur en 2003.⁴

À l'heure actuelle, les médecins hygiénistes sont les principaux responsables du processus décisionnel. Ils décident d'ordonner ou non un test, à la lumière de l'examen des données pertinentes à l'exposition alléguée d'une personne aux liquides corporels potentiellement contaminés d'une autre personne; et ils peuvent tenir des audiences, au besoin. Le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario est autorisé à entendre des appels relatifs au refus d'ordonnances de test.

La nouvelle loi entraînera divers changements à la procédure par laquelle des individus peuvent demander à ce qu'une personne subisse un test, sans consentement, pour le dépistage de maladies transmissibles comme le VIH et l'hépatite B et C.

En vertu de la nouvelle loi, toute personne qui pourrait avoir contracté un virus causant une maladie transmissible, à la suite d'une exposition, devra encore déposer une requête auprès d'un médecin hygiéniste. Toutefois, les médecins hygiénistes ne seront plus les principaux décideurs. Leur rôle se limitera essentiellement à tenter de communiquer avec la personne qui doit être testée et à lui demander de fournir un échantillon de sang (ou une autre preuve de séropositivité aux maladies transmissibles énumérées).

La personne qui reçoit une demande de prélèvement sanguin soi-disant « volontaire » aura deux jours pour s'y conformer. Si elle échoue à agir dans ce délai, le médecin hygiéniste se verra dans l'obligation de référer le dossier à la Commission du consentement et de la capacité, chargée de prendre les décisions dans de tels cas.

La Commission avait initialement été créée pour examiner les enjeux soulevés par la *Loi de 1996 sur le consentement aux soins de santé*. L'examen juridique qui devra être effectué par la Commission, pour décider d'ordonner ou non le prélèvement d'un échantillon de sang, est semblable à celui auquel les médecins hygiénistes doivent actuellement procéder. Toutefois, les échéances du processus ont été réduites, dans la nouvelle loi. La Commission

devra conclure l'audience dans un délai de sept jours (sauf si les parties s'entendent pour prolonger le délai) et faire connaître sa décision le jour suivant la fin de l'audience.

La décision de la Commission sera finale; la nouvelle loi ne prévoit pas de droit d'appel. Par conséquent, pour contester une décision de la Commission, il faudra soumettre une demande à un tribunal, en vue d'un examen juridique qui sera à sa discrétion.

À l'instar de la loi actuelle, la nouvelle loi stipule que la Cour supérieure de l'Ontario peut émettre une ordonnance à l'endroit d'une personne qui ne s'est pas conformée

à un ordre de la Commission. En vertu de la loi actuelle, le médecin hygiéniste ou le ministre de la Santé peut demander une telle ordonnance de la cour; mais dans la nouvelle loi, seul le requérant pourra le faire. Afin de protéger la personne qui se voit imposer un prélèvement sanguin, la nouvelle loi stipule explicitement que l'ordonnance en vertu de la Loi et les résultats du test sanguin ne seront pas admissibles comme preuve en cas de poursuite criminelle.

À la mi-avril 2007, la *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin* n'était pas entrée en vigueur, et les règlements nécessaires à la complétion du nouveau modèle adminis-

tratif n'avaient pas encore été publiés. Une analyse complète du nouveau modèle ne sera possible que lorsque les règlements seront disponibles.

– Glenn Betteridge

¹ *Loi de 2006 sur le dépistage obligatoire par test sanguin*, 2006, L.O. 2006, ch. 26.

² Au sujet du changement de responsabilité ministérielle, voir *La Gazette de l'Ontario*, 140, 13 (2007), O.C. 556/2007.

³ L.R.O. 1990, c. H 7, art. 22.1.

⁴ *Orders Under Section 22.1 of the Act*, O. Reg. 166/03.

Le projet de loi abolissant l'emprisonnement avec sursis est amendé pour exclure les infractions liées à la drogue

Les partis de l'opposition de la Chambre des communes ont imposé des changements à la législation introduite par le gouvernement conservateur minoritaire qui visait à abolir la possibilité de peine d'emprisonnement avec sursis pour certains crimes. La loi ne s'appliquera pas aux infractions liées à la drogue.¹

Le Projet de loi C-9, *Loi modifiant le Code criminel (emprisonnement avec sursis)*, tel que présenté le 4 juin 2006, aurait éliminé 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 ». ² Cela est une forme de peine minimale obligatoire.

Les dispositions du projet de loi initial étaient très larges et auraient englobé notamment certaines infractions établies dans la *Loi contrôlant certaines drogues et autres substances* (LCDS), comme le « trafic » ou la « possession en vue du trafic » de toute quantité de certaines substances désignées, comme l'héroïne, la cocaïne ou la méthadone. ³

Le 26 septembre 2006, le Réseau

juridique canadien VIH/sida a témoigné devant le Comité de la justice de la Chambre des communes, chargé de l'examen du projet de loi, pour soulever plusieurs préoccupations à l'égard du projet de loi, ⁴ notamment :

- qu'il nuirait aux efforts pour réduire les méfaits associés à l'usage de drogue (y compris l'infection par le VIH);

- que ce serait une politique malavisée, du point de vue de la santé publique, que d'augmenter le taux d'incarcération des personnes qui consomment des drogues, vu notamment que les prisons canadiennes ne donnent pas accès à des seringues stériles; et
- que le joug de l'emprisonnement obligatoire n'aurait pas retombé sur les personnes qui profitent réellement du trafic de drogue, mais plutôt sur des personnes impliquées dans un trafic à petite échelle et la distribution dans la rue.

Le Réseau juridique a également souligné que, comme l'a déjà conclu

Justice Canada, des données états-uniennes montrent que les peines minimales obligatoires pour des infractions liées à la drogue sont inefficaces.

À l'issue de son examen, le Comité de la justice a amendé le projet de loi pour exclure les infractions liées à la drogue. Le 3 novembre 2006, la Chambre des communes a adopté le projet de loi amendé, qui est à présent devant le Sénat.

La loi amendée éliminera la possibilité de condamnation avec sursis pour certaines « infractions graves de sévices à la personne » (notamment l'agression sexuelle), les infractions de terrorisme et les infractions liées aux gangs criminels, lorsqu'elles sont pas-

sibles d'une peine d'emprisonnement allant jusqu'à dix ans.

– David Garmaise

¹ Réseau juridique canadien VIH/sida, « Nouvelle sur le Projet de loi C-9, *Loi modifiant le Code criminel (emprisonnement avec sursis)* », novembre 2006. Accessible via www.aidslaw.ca/drogues.

² Voir G. Betteridge, « Peines d'emprisonnement avec sursis : abolition éventuelle pour certaines infractions liées à la drogue », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 11, 2/3 (2006) : 30.

³ Réseau juridique canadien VIH/sida, « Nouvelle sur le Projet de loi C-9 ».

⁴ Voir Réseau juridique canadien VIH/sida, *Une option trompeuse et malavisée : l'incarcération obligatoire pour certaines infractions liées à la drogue*, 26 septembre 2006. Accessible via www.aidslaw.ca/drogues.

Vancouver – Le maire propose un nouveau plan de traitement pour les utilisateurs de stimulants

Le maire de Vancouver, Sam Sullivan, a proposé la création d'un programme de traitement de substitution, pour les utilisateurs de cocaïne et de méthamphétamine (*crystal meth*), qui prendrait la forme d'un essai clinique impliquant jusqu'à 700 participants.¹

M. Sullivan croit qu'un tel programme de traitement, en combinaison avec trois autres éléments clés qui devraient venir d'Ottawa ou de Victoria, éliminerait la plupart des problèmes d'itinérance, de mendicité et de trafic de drogue à Vancouver. Les autres éléments seraient un financement au logement social, un plan plus vigoureux pour les soins de santé mentale, et le recours à des

tribunaux communautaires pour orienter les utilisateurs de drogue vers le programme proposé par le maire.²

Le maire Sullivan subit d'intenses pressions pour améliorer les conditions sociales, à Vancouver, avant les Jeux Olympiques d'hiver de 2010.

Le 22 janvier 2007, le *Vancouver Sun* a rapporté que le maire Sullivan faisait pression auprès du gouvernement fédéral pour obtenir une exemp-

tion en vertu des lois canadiennes sur les drogues (semblable à celle autorisant le fonctionnement de l'Insite, le lieu supervisé pour l'injection de Vancouver).³ Toutefois, des reportages subséquents ont signalé qu'une exemption ne serait pas nécessaire, puisque les substituts fournis seraient des médicaments d'ordonnance légaux. Santé Canada devrait quand même approuver tout projet d'essai clinique.⁴

Le maire de Vancouver espère qu'un tel programme de traitement serait financé par le secteur privé, mais intégré dans les systèmes de santé publique. Un organisme à but non lucratif, appelé Inner Change, a été mis sur pied pour collecter des fonds. Lois Johnson, militante conservatrice de longue date, qui a été co-présidente de la campagne de l'actuel ministre fédéral de la Santé Tony Clement pour la course au leadership du Parti conservateur, en Colombie-Britannique, il y a quelques années, deviendra la première directrice générale de l'organisme. L'objectif est d'amasser environ 500 000\$ par année, pour la mise en œuvre du programme.⁵

Par ailleurs, trois éminents médecins ont accepté de conseiller le

maire dans l'élaboration du plan de traitement : le Dr Perry Kendall, médecin hygiéniste en chef de la Colombie-Britannique; le Dr John Blatherwick, médecin hygiéniste en chef de la Vancouver Coastal Health Authority; et le Dr David Marsh, chef de la médecine en toxicomanie, à la Vancouver Coastal Health Authority.⁶

Aucun essai semblable à grande échelle n'a encore été réalisé; mais des essais à petite échelle en Australie, au Royaume-Uni et aux États-Unis ont donné des résultats positifs.⁷

Certains observateurs se demandent si l'essai verra bientôt le jour, puisque le gouvernement fédéral conservateur a clairement exprimé son opposition à tout programme de traitement ou de réduction des

méfais qui impliquerait de fournir des drogues aux toxicomanes.

– David Garmaise

¹ F. Bula, « Mayor wants city exempted from federal narcotics laws: Sullivan proposes 'revolutionary' treatment plan for addicts », *Vancouver Sun*, 22 janvier 2007 : A2.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*

⁴ C. Bains, « Drug project has flaws, B.C. doctors' group warns », *Presse canadienne/Globe and Mail* (en-ligne), 5 mars 2005.

⁵ F. Bula, « Ex-Tory organizer to lead mayor's drug program », *Vancouver Sun*, 16 février 2007.

⁶ A. Ivens, « Doctors to advise Vancouver mayor on drug addictions problems before Olympics », *Presse canadienne/Vancouver Province*, 15 février 2007.

⁷ « Alternative treatments give addicts a chance: maintenance programs for cocaine and heroin users isn't so different from giving meth to hyper-active children », éditorial, *Vancouver Sun*, 24 janvier 2007 : A12.

Annonces de financement du gouvernement fédéral et de la Fondation Gates

Lors de deux annonces distinctes, en décembre 2006 et en février 2007, le gouvernement fédéral a octroyé de nouveaux fonds à la lutte contre le VIH/sida. La seconde annonce s'accompagnait d'une promesse de don de la Fondation Gates.

Initiatives mondiales de lutte au VIH/sida

À l'occasion de la Journée mondiale du sida, le 1^{er} décembre 2006, la ministre de la Coopération internationale, Josée Verner, a annoncé une nouvelle contribution de 120 millions \$ à des projets mondiaux de lutte au VIH/sida axés sur la prévention, le

renforcement des systèmes de santé, l'habilitation des femmes et les droits des enfants.¹

Une telle annonce était attendue lors du Congrès international sur le sida, à Toronto, en août 2006, mais le gouvernement conservateur l'avait reportée car il considérait que l'événement avait pris une tournure trop politique.

La somme de 120 millions \$ inclut des octrois de 41 millions \$ à l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida; 20 millions \$ au Gouvernement de la Tanzanie et 10 millions \$ au Gouvernement du Mozambique pour leurs plans nationaux de lutte au VIH/sida; 19 millions \$ à un projet de traitement des ITS et de prévention du VIH en Haïti; 15

millions \$ au Partenariat international pour des microbicides; et 6 millions \$ à l'Initiative de recherche en santé mondiale. Des fonds ont aussi été alloués à de plus petits projets, notamment :

- 4,4 millions \$ sur cinq ans aux ministères national et provinciaux de la Santé de l'Afrique du Sud, pour accroître leur capacité de gérer et de verser des fonds à des ONG du domaine du VIH/sida;
- 3 millions \$ sur trois ans à l'Open Society Institute, pour améliorer la capacité d'organismes locaux de fournir des services de réduction des méfaits, en Europe de l'Est; et
- 1,5 millions \$ à CARE Canada, pour améliorer la santé des enfants et rehausser la sensibilisation au VIH/sida en Zambie.

Des militants des domaines du VIH/sida et du développement ont accueilli favorablement l'augmentation du financement, tout en signalant qu'elle n'avait rien d'avant-gardiste et que la plupart des ressources iront à des initiatives que le Canada appuie déjà. Des porte-parole du Réseau juridique canadien VIH/sida et d'Oxfam Canada ont critiqué le fait que l'annonce n'incluait pas de mesures pour que le Canada respecte sa promesse de fournir des médicaments plus abordables aux pays en développement.²

Initiative canadienne de vaccin contre le VIH

Le 20 février 2007, le premier ministre Stephen Harper a annoncé

que le gouvernement canadien et la Fondation Gates s'engageaient à financer une nouvelle Initiative canadienne de vaccin contre le VIH.³ Le gouvernement fédéral s'est engagé à verser « un montant maximum de 111 millions \$ », et la Fondation Gates, 28 millions \$.

L'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH appuiera la collaboration d'institutions et de chercheurs canadiens avec des partenaires internationaux, dans le cadre d'activités de développement de vaccins anti-VIH qui incluront la recherche de nouveaux vaccins candidats, le renforcement de la capacité d'essai clinique, la fabrication de candidats prometteurs en vue d'essais, et la réponse aux enjeux d'ordre social, de politiques et de réglementation liés au développement de vaccins anti-VIH.

Le gouvernement a indiqué que l'Initiative appuiera les priorités de recherche de l'Entreprise mondiale pour un vaccin contre le VIH, une alliance de chercheurs, de bailleurs de fonds et de militants voués à l'accélération du développement de vaccins contre le VIH.

Selon l'Associated Press et le South Florida Sun-Sentinel, une partie du financement servira à bâtir un établissement de recherche pour les chercheurs du Canada et d'ailleurs. L'établissement aura la capacité de fabriquer des vaccins expérimentaux. Les deux médias ont indiqué que le gouvernement fédéral invitera les propositions de provinces intéressées à accueillir l'établissement.⁴

La réponse des chercheurs du domaine du VIH/sida a été généralement positive. Celle des organismes de lutte au VIH/sida et des inter-

venants de première ligne était plus mitigée. Tous ont accueilli favorablement les nouveaux fonds, mais certains ont souligné que le développement d'un vaccin anti-VIH/sida n'était qu'un aspect d'une réponse complète, et que des fonds additionnels étaient requis pour mener des recherches sur les manières de ralentir la propagation du VIH parmi les populations vulnérables.⁵

– David Garmaise

¹ Agence canadienne de développement international, « Le Canada est pleinement engagé dans la lutte mondiale contre le VIH/sida », communiqué, Ottawa, 1^{er} décembre 2006.

² « AIDS funding welcomed but incomplete, activists say », CBC/CA News (en-ligne), 4 décembre 2006; « Feds \$120M pledge panned », *Toronto Sun*, 2 décembre 2006 : 28.

³ Cabinet du premier ministre, « Le nouveau gouvernement du Canada et la fondation Gates appuient la recherche sur un vaccin contre le VIH/sida », communiqué, Ottawa, 20 février 2007.

⁴ B. Duff-Brown, « Canada and Gates join to fight aids; \$119 million promised for research to develop vaccine », *Associated Press/South Florida Sun-Sentinel*, 21 février 2007 : A16.

⁵ G. Galloway, « Gates joins Canada in AIDS fight », *Globe and Mail*, 21 février 2007; I. Rodrigue, « Gates et Harper annoncent 139 millions \$ pour un vaccin contre le sida », *Presse canadienne*, 20 février 2007.

En bref

Rapport d'étape sur la Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques

En septembre 2004, les premiers ministres du Canada ont identifié les éléments d'une Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques, dans le cadre d'un plan pluriannuel pour réformer les soins de santé, puis ils ont dirigé les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie.¹ En juin 2006, le groupe de travail ministériel a publié un rapport d'étape.²

Trois thèmes fondamentaux du rapport sont pertinents aux personnes vivant avec le VIH/sida au Canada : l'accès; l'innocuité, l'efficacité et l'usage approprié; et la viabilité du système de santé. Le rapport signale que l'accès aux médicaments d'ordonnance (à l'extérieur des hôpitaux) « est principalement déterminé par le lieu de résidence ou par le lieu de travail, et pas nécessairement par le besoin ».³

Un enjeu important, pour certaines personnes vivant avec le VIH, est l'accès à une couverture des médicaments onéreux – pour la provision de médicaments à des individus qui éprouveraient autrement des difficultés financières indues, en raison des coûts de leurs médicaments. Le groupe de travail a identifié un ensemble de principes – dont l'universalité, l'égalité et la transparence – selon lesquels tous les Canadiens devraient être admissibles à une couverture comparable qui soit simple à comprendre et facile d'accès.

Le groupe de travail concentrera dorénavant ses efforts sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une analyse des coûts de deux scénarios de couverture des médicaments onéreux. Selon le premier scénario, les gens seraient admissibles à la couverture dès que les coûts de leurs médicaments dépasseraient un pourcentage fixe de leur revenu; selon l'autre scénario, le seuil d'admissibilité serait plus bas pour les revenus faibles, et haussé pour les revenus plus élevés.

Le rapport reconnaît l'existence d'incohérences et d'iniquités, dans l'accès aux médicaments, qui relèvent principalement de la province ou du territoire de résidence. Le groupe de travail souligne les bienfaits du Programme commun d'évaluation des médicaments et il recommande son expansion.⁴ Par ailleurs, le groupe de travail poursuivra l'élaboration d'une Liste nationale commune de médicaments (i.e., une liste de médicaments couverts par les régimes publics).

En ce qui a trait à l'amélioration de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments, le groupe de travail a recommandé la consultation de dépositaires d'enjeux, au sujet des quatre stratégies interdépendantes identifiées (un organisme de surveillance, un réseau de recherche, l'implication des équipes de soins de santé primaires et des équipes basées dans les hôpitaux, de même que l'établissement de normes claires et la transparence des données).⁵

– Glenn Betteridge

La vérificatrice générale critique le rendement réglementaire de Santé Canada

La façon dont Santé Canada gère ses programmes de réglementation pose divers problèmes; entre autres, le ministère ne sait pas s'il « s'acquitte pleinement de ses responsabilités à titre d'organisme de réglementation des médicaments, des matériels médicaux et de la sécurité des produits ». Telle est la conclusion du Rapport de la vérificatrice générale du Canada présenté au Parlement le 28 novembre 2006.⁶

La vérificatrice générale Sheila Fraser a signalé que Santé Canada n'avait pas fixé d'objectifs de rendement pour ses programmes réglementaires, et n'avait pas déterminé le niveau d'activités que les programmes devraient maintenir pour permettre au Ministère d'assumer ses responsabilités de réglementation, ni le niveau de ressources requis à cette fin.

Mme Fraser a expliqué que le niveau de financement des programmes est demeuré constant, mais que la demande a augmenté, ce qui rend « plus difficile pour les gestionnaires de programme d'assumer pleinement les responsabilités au titre de la réglementation pour ce qui est de la protection de la santé des Canadiens et de leur sécurité », y compris la protection contre des produits thérapeutiques non sécuritaires ou inefficaces.

La vérificatrice a affirmé que Santé Canada « doit fixer ses objectifs et ses priorités et orienter les res-

sources vers les programmes et les services qui aident les Canadiens ».

Le rapport identifie divers domaines particulièrement négligés, notamment l'évaluation adéquate des risques liés aux produits; l'émission de mises en garde « exactes et opportunes » à l'intention du public; l'inspection des ingrédients pharmaceutiques et des pratiques de fabrication; l'examen d'essais cliniques; l'examen des pharmacies Internet; l'examen des signalements, plaintes et rappels de dispositifs médicaux; et en particulier tous les aspects de la surveillance post-commercialisation, comme l'examen des plaintes de consommateurs et le suivi des effets indésirables.

Le rapport adresse à Santé Canada dix recommandations spécifiques pour améliorer la supervision de ses programmes réglementaires. Le Ministère a accepté d'appliquer les réformes avant la fin de l'année budgétaire 2007-2008.

– David Garmaise

La police d'Ottawa accusée de nuire au programme de distribution de pipes à crack

L'hygiéniste en chef de la Ville d'Ottawa, le Dr David Salisbury, a accusé la police de nuire active-

ment au programme de distribution de pipes à crack et à d'autres programmes de réduction des méfaits, à Ottawa. Il a signalé que la police et d'autres intervenants minent la confiance du public à l'égard de ces programmes vitaux, en véhiculant des informations erronées.⁷

Le chef de la police, M. Vince Bevan, avait affirmé que ces programmes encouragent l'usage de drogue et ont peu d'impact contre la propagation des maladies. M. Salisbury a répliqué que des dizaines d'études menées dans d'autres villes font la preuve du contraire, et que les programmes commencent même à avoir un impact positif sur le contrôle des maladies à Ottawa.⁸

Le 17 février 2007, l'*Ottawa Sun* a affirmé détenir copie d'un rapport d'évaluation qui sera rendu public en juin 2007 par la Stratégie intégrée de lutte contre les drogues et la toxicomanie, citant des extraits qui font état d'une réduction significative des méfaits liés à l'usage de drogue depuis la création du programme de distribution de pipes à crack en avril 2005. Parmi les utilisateurs de drogue interviewés pour le rapport, la proportion de ceux qui partageaient du matériel pour l'usage de crack est passée de 37 p. cent, avant le programme, à 13 p. cent un an plus tard.⁹

La département de santé publique de la Ville d'Ottawa dispose d'un budget de 40 millions \$, dont 50 000\$ sont consacrés à la réduction

des méfaits. L'initiative de distribution de pipes à crack coûte 8 000\$ par année.¹⁰

– David Garmaise

¹ Pour plus d'information sur le Plan décennal pour consolider les soins de santé et d'autres initiatives fédérales/provinciales/territoriales sur les soins de santé, voir le site Internet de Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca.

² Groupe de travail ministériel fédéral/provincial/territorial, *Stratégie nationale relative aux produits pharmaceutiques : Rapport d'étape*, juin 2006. Accessible à www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/care-soins/2006-nps-snpp/index_f.html.

³ *Ibid.*, p. 7.

⁴ Le Programme commun d'évaluation des médicaments est un mécanisme établi par le gouvernement fédéral et la plupart des gouvernements provinciaux, afin d'examiner les médicaments nouvellement approuvés pour la vente au Canada et de fournir une liste de recommandations aux régimes publics fédéral, provinciaux et territoriaux d'assurance médicaments.

⁵ Pour plus d'information sur la surveillance post-approbation et les traitements anti-VIH/sida au Canada, voir Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, *La surveillance post-commercialisation des médicaments : Où est le problème?*, mars 2006, et documents d'accompagnement. Accessible via www.ctac.ca.

⁶ Vérificatrice générale du Canada, *Rapport de la vérificatrice générale du Canada, novembre 2006*, « Chapitre 8 : L'affectation des fonds aux programmes de réglementation – Santé Canada ». Accessible à www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20061108cf.html.

⁷ J. Ruper, « Drug programs 'crucial' to city's health: medical officer lauds needle exchange, crack pipe plan », *Ottawa Citizen*, 18 janvier 2007 : F1.

⁸ *Ibid.*

⁹ N. Elayoubi, « Piping up for crack programs; fearing budget cuts, harm reduction advocates organize rally », *Ottawa Sun*, 17 février 2006 : 5.

¹⁰ *Ibid.*

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.

Thaïlande – Le gouvernement émet des licences obligatoires sur des médicaments pour le VIH/sida

En janvier 2007, le gouvernement de la Thaïlande a émis des licences obligatoires sur deux médicaments afin de réduire le prix de traitements du VIH/sida ainsi que maladie cardiaque.¹ Les médicaments visés sont le Plavix, un anticoagulant utilisé chez des personnes ayant une maladie du cœur, et le Kaletra, un médicament anti-VIH/sida. Une licence obligatoire avait déjà été émise pour l'Efavirenz, un autre médicament anti-VIH/sida, en novembre 2006.²

Les licences font en sorte que d'autres compagnies peuvent produire des versions génériques de médicaments brevetés, sans le consentement du

détenteur du brevet.³ Elles rendent possible aussi d'importer d'autres pays des versions génériques moins chères de ces médicaments, en dépit

du brevet.⁴ D'après le Dr Mongkol Na Songkhla, ministre de la Santé publique, les licences étaient requise étant donné que « nous n'avons

pas suffisamment d'argent pour acheter des médicaments sûrs et nécessaires » [trad.].⁵ Il a indiqué que d'autres licences pourraient être émises.⁶ Des médias ont ensuite laissé entendre qu'un panel ministériel étudiait actuellement quels autres médicaments seraient nécessaires à la Thaïlande.⁷

En vertu de l'art. 31 de l'*Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (l'Accord sur les ADPIC) adopté par l'Organisation mondiale du commerce (OMC),⁸ les gouvernements peuvent émettre des licences obligatoires dans des situations « d'urgence nationale », d'autres « circonstances d'extrême urgence » ou à des fins non commerciales.⁹ La *Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique*, adoptée en 2001, clarifie que chaque gouvernement « a le droit d'accorder des licences obligatoires et la liberté de déterminer les motifs pour lesquels de telles licences sont accordées ».¹⁰

Dans l'espoir d'empêcher le gouvernement de produire les médicaments génériques, la société pharmaceutique états-unienne Abbott Laboratories, détentrice du brevet du Kaletra, a entamé des pourparlers avec le gouvernement de la Thaïlande au sujet d'une baisse du prix de ce médicament.¹¹ Thawat Suntrajarn, directeur général du département thaïlandais du contrôle de la maladie, a affirmé que « [s]i les négociations n'aboutiss[ai]ent pas à des résultats satisfaisants, l'organisation pharmaceutique du gouvernement [allait] communiquer avec les sociétés pharmaceutiques d'origine, pour discuter de redevances » puis « décider si elle allait acheter les médicaments auprès de fournisseurs

offrant des prix concurrentiels ou les fabriquer elle-même ».¹²

Suivit Wibulpolprasert, du ministère de la Santé publique, a affirmé : « Abbott a convenu en principe, avec le gouvernement thaïlandais, de rendre le Kaletra plus abordable pour tous les Thaïlandais » [qui en ont besoin].¹³ Selon Wibulpolprasert, « Merck a déjà accepté de réduire le prix de l'Efavirenz, de 1 300 à 800 bahts, parce que la Thaïlande commence à importer ce médicament de l'Inde au prix de 650 bahts. »¹⁴

Dans un développement connexe, la nouvelle directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé, la D^{re} Margaret Chan, a été largement critiquée à la suite de commentaires qu'elle a faits le 2 février 2007. Au cours d'une visite au National Security Health Office de la Thaïlande, la D^{re} Chan a déclaré : « Nous devons trouver un bon équilibre pour les licences obligatoire. Nous ne pouvons être naïfs à ce sujet. Il n'y a pas de solution parfaite pour l'accès aux médicaments à la fois sur le plan de la qualité et sur celui de la quantité ».¹⁵

Dans une lettre ouverte endossée par plus de 400 signataires, en date du 8 février 2007, des préoccupations ont été exprimées à l'effet que les commentaires de la D^{re} Chan ne reflétaient pas la mission de l'OMS de travailler en vue de la meilleure santé possible pour tous les peuples, et que la D^{re} Chan « aurait plutôt dû féliciter la Thaïlande pour ses efforts, complètement légaux en vertu des règles de l'OMC, afin d'améliorer la santé publique et l'accès aux médicaments » [trad.] pour son peuple.¹⁶

La veille, la D^{re} Chan avait écrit au ministre de la Santé publique, le Dr Songkhla,¹⁷ affirmant que

« l'OMS appuie sans équivoque le recours des pays en développement aux souplesses de l'Accord sur les ADPIC qui assurent l'accès à des médicaments abordables et de grande qualité. Ceci inclut le recours à des licences obligatoires » [trad.].¹⁸

– 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 « Thailand allows copycat AIDS, heart disease drugs », Reuters (édition en-ligne), 29 janvier 2007.

² « Thailand authorizes generic production of two more patented drugs », *Bridges Weekly Trade News Digest*, 11(3) (2007).

³ *Ibid.*

⁴ « Thailand in talks on cheaper AIDS drugs », Agence France Presse English, 9 février 2007.

⁵ « Thailand authorizes generic production ... »

⁶ *Ibid.*

⁷ N. Wong-Anan, « Thailand plans to break patents on 14 drugs: firms », Reuters (online version), 14 février 2007.

⁸ Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce, 15 avril 1994, Accord de Marrakesh instituant l'Organisation mondiale du commerce, Annexe 1C, 1869 U.N.T.S. 299, 33 I.L.M. 1197 (1994).

⁹ Accord sur les ADPIC, art. 31(b).

¹⁰ OMC, *Déclaration sur les ADPIC et la santé publique*, WT/MIN(01)/DEC/2, 20 novembre 2001, art. 5(b).

¹¹ « Thailand in talks on cheaper AIDS drugs. »

¹² « Thailand, Abbott Laboratories to hold talks over compulsory licensing of antiretroviral Kaletra », *Kaisernet.org*, 8 février 2007.

¹³ « Thailand in talks on cheaper AIDS drugs. »

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ A. Treerutkuarkul, « WHO raps compulsory licensing plan: Govt urged to seek talks with drug firms », *Bangkok Post*, 2 février 2007.

¹⁶ Lettre à Margaret Chan, directrice générale de l'OMC, 8 février 2007. Accessible via <http://worldaidscampaign.info>

¹⁷ Lettre au Dr Mongkol Na Songkhla, ministre de la Santé publique, de la Dre Margaret Chan, directrice générale de l'OMC, 7 février 2007. Accessible via www.cptech.org/blogs/ipdisputesinmedicine/2007

¹⁸ *Ibid.*

É.-U. – Projet de loi fédérale pour autoriser la distribution de condoms et le test du VIH en prison

La représentante Barbara Lee (D-CA) réintroduit à la Chambre des représentants états-unienne un projet de loi qui obligerait les établissements correctionnels fédéraux à permettre à des organismes communautaires de distribuer des condoms et à fournir un counselling et le test volontaire aux détenus, pour le VIH et les ITS. Le projet de loi a été référé au Sous-comité sur le crime, le terrorisme et la sécurité intérieure, du Comité judiciaire de la Chambre.

La « Loi sur la justice pour les personnes non protégées contre les infections transmissibles sexuellement, parmi les personnes confinées et exposées » (la Loi sur la justice [*JUSTICE Act*], H.R. 178), interdirait aux autorités correctionnelles de considérer que la possession de condom est une preuve d'activité prohibée. À l'heure actuelle, plusieurs États interdisent l'activité sexuelle entre détenus, de même qu'entre détenus et employés de prison.¹ La loi exigerait également une enquête annuelle du Département états-unien de la Santé et des Services auprès des établissements correctionnels afin de déterminer l'incidence et la prévalence des infections transmissibles sexuellement (ITS); de vérifier la disponibilité d'éducation sur la prévention, de condoms, de services de counselling et de test du VIH et des ITS; d'évaluer l'incidence de la violence sexuelle; et de recenser les types de références pré- et post-libération.

À l'heure actuelle, seulement deux États (le Vermont et le Mississippi) et cinq villes (Los Angeles, New York, Philadelphia, San Francisco et Washington, D.C) fournissent des condoms aux détenus.² Mme Lee a déposé le projet de loi pour la pre-

mière fois en 2006, en réponse au veto opposé par le gouverneur de la Californie, Arnold Schwarzenegger, contre une loi de l'État qui aurait permis que des organismes sans but lucratif distribuent des condoms et des digues dentaires dans les prisons de l'État.³ La version précédente (*JUSTICE Act of 2006*) a également été référée au Comité judiciaire de la Chambre, après quoi aucun suivi législatif n'a eu lieu.

Bien que le projet de loi de Mme Lee mette l'accent sur le caractère volontaire du test et du counselling, 46 États ainsi que le District of Columbia ont actuellement des politiques d'imposition du test du VIH, d'une manière ou d'une autre, dans le système judiciaire, et 23 États soumettent tous leurs détenus au test obligatoire du VIH.⁴ D'autres États envisagent des dispositions législatives pour imposer le test obligatoire. Au palier fédéral, un projet de loi intitulé *Stop AIDS in Prisons Act of 2006* (H.R. 6038), proposé par la représentante Maxine Waters (D-CA), visait à faire en sorte que les établissements correctionnels fournissent le test du VIH au détenus « dans le cadre d'un examen médical complet, immédiatement après leur

admission dans un établissement », en accordant l'option de refus à chaque individu. Mme Waters prévoit déposer à nouveau son projet de loi au cours de la session actuelle.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'ONUSIDA soulignent tous deux que « le test doit être volontaire et ... [que] le patient doit avoir le droit de refuser de passer le test » [trad.].⁵ L'OMS recommande que « [l]es mesures de prévention du VIH/sida en prison devraient compléter celles prises au sein de la communauté et être compatibles avec elles. Ces mesures devraient également tenir compte des comportements à risque que l'on rencontre effectivement chez les détenus, notamment le partage de seringues chez les toxicomanes I.V. [*sic*] et les rapports sexuels non protégés ».⁶

La Cour suprême états-unienne ne s'est pas encore prononcée sur la constitutionnalité du test obligatoire du VIH, ni sur les droits des détenus au test du VIH. Deux affaires fédérales ont porté sur le droit à un test du VIH. Dans *Doe v. Wigginton*, il a été soutenu que le refus de la demande de test du VIH à un détenu ne violait pas ses droits à des soins médicaux en vertu du huitième amen-

dement.⁷ Dans *Feigley v. Fulcomer*, il a été suggéré que le refus d'un test du VIH demandé par un détenu afin de soulager son angoisse à propos de son état sérologique ne violait pas ses droits constitutionnels.⁸

On comptait en 2005 près de 2,2 millions de personnes incarcérées, aux États-Unis.⁹ Des données de 2003 ont établi que 0,51 % de la population totale des prisons, et 2,8 % des détenus des prisons fédérales, sont séropositifs au VIH (en comparaison avec 0,15 % de la population générale).¹⁰ Les taux de séroprévalence dans les systèmes de prisons d'État varient; les plus élevés sont ceux du District of Columbia (7,6 %), de l'État de New York (4,3 %) et du Massachusetts (4,0 %).¹¹

Cependant, il importe de noter que de piètres systèmes de surveillance, la brièveté de périodes d'incarcération,

le manque de soins médicaux dans les prisons (y compris en matière de counselling et test du VIH) ainsi que la stigmatisation entourant le VIH/sida et les ITS font en sorte qu'il est difficile d'établir avec précision la prévalence de l'infection. Les taux signalés sont très probablement des sous-estimations de la prévalence réelle du VIH et du sida dans le système carcéral états-unien. Plusieurs détenus sont réticents à passer le test, par peur de représailles et de stigmatisation de la part des autorités de prison ainsi que des autres détenus.

– Anna Dolinsky

Anna Dolinsky (dolinksa@staff.abanet.org) est adjointe de projet au AIDS Coordinating Committee de l'American Bar Association.

¹ B.V. Smith, « Prison and punishment: rethinking prison sex, self-expression and safety », *Columbia Journal of Gender & Law* 15 (2006) : 185–226.

² Human Rights Watch, *Letter to the Governor's Office in Support of Assembly Bill 1677*, 25 août 2006. Via www.hrw.org.

³ Pour un reportage antérieur sur ce dossier, voir R. Pearshouse, « California – Le gouverneur oppose son veto au projet de loi sur les condoms en prison », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11(2/3) (2006) : 38.

⁴ Des exemples de lois d'États relativement au test du VIH dans le processus judiciaire incluent l'imposition du test dans le cas des personnes accusées ou coupables de crimes sexuels, et/ou de prostitution, des prisonniers pré-libération ou approchant de la liberté sous condition, et de tout détenu représentant un risque possible de transmission. Voir National HIV/AIDS Clinicians' Consultation Center, University of California San Francisco, *State HIV Testing Laws*, 2006.

⁵ ONUSIDA/OMS, *Policy Statement on HIV Testing*, 2004.

⁶ OMS, *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, 1993.

⁷ *Doe v. Wigginton* [1994] 21 F.3d 733 (6th Cir. 1994).

⁸ *Feigley v. Fulcomer* [1989] 720 F. Supp. 475 (M.D. Pa. 1989).

⁹ L.M. Maruschak, *HIV in Prisons, 2003*, Bureau of Justice Statistics Bulletin, septembre 2005.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

Fédération de Russie – Le gouvernement menace la liberté d'association et de réunion des organismes GLBT

Le maire de Moscou, Yuri Luzhkov, a souligné qu'il n'allait pas autoriser qu'ait lieu la parade de la Fierté gaie à Moscou prévue le 27 mai 2007; il l'a d'ailleurs qualifiée d'événement « satanique ».¹ Luzhkov a proscrit la première parade de la Fierté gaie, qui avait été prévue à même date en 2006.² À cette occasion, les autorités avaient déclaré que l'événement n'avait pas été autorisé en raison de l'impossibilité d'assurer une protection adéquate de la sécurité des participants.³ Deux décisions de tribunaux ont confirmé ultérieurement l'interdiction.⁴

En février 2007, les organisateurs de la parade de la Fierté gaie ont déposé une demande à la Cour européenne des droits de l'Homme, soutenant

que l'interdiction de la parade par les autorités violait plusieurs droits garantis par la Convention [européenne] de sauvegarde des

droits de l'Homme et des libertés fondamentales.⁵

En réponse aux nombreuses questions sur l'interdiction imposée à la

parade de la Fierté gaie de Moscou,⁶ le gouvernement a diffusé une déclaration dans laquelle il affirme son appui au droit des minorités sexuelles à la liberté de réunion.⁷ Le message diffusé affirmait que les manifestations pacifiques en faveur des droits des minorités sexuelles ne peuvent être proscrites; que la police a un devoir de protéger de telles manifestations; et qu'une interdiction générale des réunions pacifiques ne peut être justifiée qu'en présence d'un réel danger de désordre qui ne pourrait pas être évité par des mesures raisonnables.⁸

Cependant, d'autres déclarations et actions de représentants gouvernementaux contredisent cette déclaration. D'après des reportages, la communauté gaie, lesbienne, bisexuelle et transgenre (GLBT) a des difficultés dans la procédure d'enregistrement d'organisme ainsi que dans la protection des droits et libertés de ses membres.⁹ À la fin de 2006, l'Agence fédérale d'enregistrement dans la région de Tyumen avait refusé à trois reprises l'enregistrement à un organisme GLBT appelé « Raduzhnyi dom » (Maison arc-en-ciel).¹⁰ Plus tôt la même année, le parlement national a établi de nouvelles règles resserrant les formalités d'enregistrement et les exigences en matière de déclaration, pour les ONG étrangers et nationaux – exigeant notamment le réenregistrement des organismes existants.¹¹

Dans l'avis de refus d'enregistrement à la Raduzhnyi

dom, il était signalé que l'organisme a un caractère extrémiste :

[L]e mandat de l'organisme est de protéger les droits humains de personnes d'orientation sexuelle non traditionnelle. Les activités de l'organisme, décrits dans les documents de sa fondation, sont axées sur ce mandat, et ainsi entraîneront la propagande d'orientation sexuelle non traditionnelle.¹²

« Nos experts ont conclu que le mandat de cet organisme n'est pas conforme à la Constitution de la Fédération de Russie », déclarait le chef de l'Agence.¹³ Les officiels ont par ailleurs affirmé que l'organisme est « extrémiste » et « incite à la haine nationale ».¹⁴

D'après l'art. 16(1) de la Loi fédérale « sur les associations publiques », « la création et l'activité d'organismes publics dont les buts et le mandat sont axés sur des activités extrémistes sont interdites ».¹⁵ Toutefois, les buts de Raduzhnyi dom incluent la protection des droits et libertés de la personne, la lutte contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, et l'éducation aux GLBT afin qu'ils se considèrent comme des citoyens égaux et valables.

Ce n'est pas le premier groupe GLBT à se voir refuser l'enregistrement.¹⁶

D'après le droit russe, la liberté d'association et de réunion est garantie par la Constitution.¹⁷

– Leah Utyasheva

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

¹ « Moscow mayor: Gay Pride is 'satanist happening' » *GayRussia*, 29 janvier 2007. Accessible à www.gayrussia.ru/en/news/detail.php?ID=8425.

² « Moscow Gay Pride ban goes to the European Court of Human Rights », *GayRussia*, 29 janvier 2007. Accessible à www.gayrussia.ru/en/news/detail.php?ID=8421. Le 27 mai est la date d'anniversaire de la décriminalisation de l'homosexualité en Russie, advenue en 1993.

³ *Ibid.*

⁴ Une décision de la cour du district moscovite de Tverskoi, le 26 mai 2006, a appuyé l'interdiction. La Cour municipale de Moscou, dans son jugement en appel, a confirmé l'interdiction en juillet 2006. Accessible à www.gayrussia.ru/en/inf/detail.php?ID=5307.

⁵ « Moscow Gay Pride ban... »

⁶ Human Rights Watch, *Letter to Mayor Yuri Luzhkov* (« Russia: Gay Parade should not be banned »), 27 février 2006. Accessible à www.hrw.org/english/docs/2006/02/27/russia12729.htm.

⁷ Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, réponse du président du Comité des ministres (« Ban on a Moscow demonstration by homosexuals »), Doc. 11175, révisé le 12 février 2007. Accessible à <http://assembly.coe.int/Main.asp?link=/Documents/WorkingDocs/Doc07/EDOC11175.htm>.

⁸ *Ibid.*

⁹ Russian LGBT Network, « Dve LGBT-organizatsii v tretii raz podali dokumenti na registratsiy » (Deux organismes GLBT demandent l'enregistrement une troisième fois), 11 janvier 2007. Accessible à www.lgbtnet.ru/news/detail.php?ID=2851.

¹⁰ « Chinovniki otkazivayt LGBT organizatsiyam v prave na sushestvovanie » (Des fonctionnaires nient le droit d'existence des organismes GLBT), 28 décembre 2006, Informational Agency LINA, *GayNews.RU*. Accessible à www.gaynews.ru/gaylife/article.php?ID=2787.

¹¹ Law on Public Associations, # 82-3, 1995, amendée le 10 janvier 2006.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ « Chinovniki otkazivayt... »

¹⁶ Russian LGBT Network, « Omskoi LGBT-organizatsii Favorit snova otkazali v gosudarstvennoi registratsii » (Omsk LGBT organization « Favorit » was again denied governmental registration), 31 janvier 2007. Accessible à www.lgbtnet.ru/news/detail.php?ID=2853.

¹⁷ Constitution of the Russian Federation, 1993, art. 30.

Fédération de Russie – Des conditions inhumaines dans des établissements de traitement de la toxicomanie tournent à la tragédie

Le 9 décembre 2006, un incendie dans un hôpital de traitement de la toxicomanie, à Moscou, a causé la mort de 44 femmes séropositives au VIH qui suivaient un traitement contre la dépendance à la drogue, et de deux employés de l'hôpital. Onze autres personnes ont subi de graves brûlures.

Bien que la cause de l'incendie demeure incertaine, le fait qu'un tel nombre de décès ait eu lieu a été attribué aux mesures de « sécurité » de l'hôpital. D'après les reportages, l'incendie a eu lieu au deuxième étage de l'édifice, où les fenêtres portaient des barreaux et n'avaient pas de poignées.¹ Toutes les chambres étaient barrées pendant la nuit, la sortie principale était bloquée par une barrière verrouillée et l'échelle de secours était barrée.

Il n'y avait pas d'alarme d'incendie, ni d'autre signal pour avertir les occupants du bâtiment.² Le département d'État d'inspection des incendies a signalé que le personnel de l'hôpital a attendu entre 20 et 30 minutes avant d'appeler les pompiers, qui sont arrivés six minutes après l'appel – déjà trop tard.

Le Bureau du procureur général de la Fédération de Russie a annoncé l'ouverture d'enquêtes criminelles en vertu de deux articles : destruction malicieuse de propriété et mépris de la sécurité relative aux incendies et ayant causé la mort. Aucune accusation n'a encore été déposée.

Dans une lettre ouverte au ministre de la Santé et du Développement social de la Fédération de Russie,

des organismes de lutte contre le sida ont signalé le besoin urgent de réviser le concept du traitement de la toxicomanie.³ D'après les signataires de la lettre, la principale cause de la tragédie est le système déshumanisant et inefficace du traitement de la toxicomanie. Ils ont signalé un urgent besoin de réviser et de réformer les principes élémentaires du traitement de la dépendance à la drogue, en Russie et dans d'autres pays de l'ex-URSS. Ils ajoutent que le respect des droits humains des patients et les approches modernes fondées sur des données devraient devenir les fondements des programmes de traitement de la toxicomanie.

Plusieurs médias russes ont jeté le blâme sur les utilisateurs de drogue.⁴ Cette approche renforce la perception négative du public à l'égard de ces personnes, intensifiant du même coup la stigmatisation et la discrimination.

Les mesures de sécurité en place dans cet hôpital, comme les sorties de secours bloquées, sont dues au fait que les responsables craignent que certains toxicomanes s'enfuient. Les ailes de désintoxication sous verrou sont un relent de l'époque soviétique, où des « narcologues » soumettaient alcooliques et toxicomanes à des

séances d'hypnose, des thérapies d'aversion et des travaux forcés. Dans la Russie d'aujourd'hui, les personnes qui ont recours à un traitement pour la dépendance à la drogue ne se voient offrir que peu ou pas de soutien psychologique et à la réadaptation. Au lieu de telles mesures, le gouvernement enregistre leur nom et ils sont la cible de discrimination et de marginalisation : ces phénomènes sont encore plus prononcés lorsqu'il s'agit de femmes et qu'elles vivent avec le VIH/sida.

– Leah Utyasheva

¹ « Fires at Russian hospitals kill over 50 in 2 days, neglect of safety rules blamed », *International Herald Tribune* (édition européenne), 9 décembre 2006. Accessible à www.ihrt.com/articles/ap/2006/12/10/europe/EU_GEN_Russia_Hospital_Fire.php.

² Un compte-rendu des événements (en russe) est accessible sur le site Internet de la Russian Harm Reduction Network, via www.hamreduction.ru.

³ Russian Harm Reduction Network et International Treatment Preparedness Coalition, *Open Letter to the Minister of Health and Social Development of the Russian Federation*. Accessible à http://itpcru.org/en/moscow_tragedy.

⁴ « Fires at Russian hospitals... ».

R.-U. – Nouvelles publications sur la transmission du VIH ou l'exposition, et le système pénal

Deux nouveaux documents médico-légaux d'importance pour les individus qui travaillent dans le système de justice pénale, ou en lien avec ce secteur, ont été récemment publiés par deux organismes britanniques, le NAM (fournisseur communautaire d'information sur le VIH) et le National AIDS Trust (NAT). Bien que les deux publications concernent le Royaume-Uni, une grande partie de leur contenu est pertinente aux autres circonstances.

Des procès pour la transmission du VIH, ou l'exposition d'autrui à l'infection, sont intentés depuis les années 1980, dans plusieurs pays, et cela est de plus en plus fréquent. Aucune ressource n'avait encore fait le tour de la question; le nouveau bouquin du NAM, *Criminal HIV Transmission*, vise à combler cette lacune. L'ouvrage devrait être utile à toute personne qui a besoin d'information à jour et en langage clair et simple, sur les aspects scientifiques – d'ordre médical, clinique, social, épidémiologique et médico-légal – de la transmission du VIH du point de vue du droit pénal.

En préface, le juge Edwin Cameron, de la Cour suprême de l'Afrique du Sud, explique :

le recours au droit pénal concerne la réprobation et le châtement du comportement inacceptable qui cause un préjudice à autrui ou l'y expose. Mais ce que nous considérons être un « comportement inacceptable » et un « préjudice » varie selon les valeurs de la société, les attitudes qui ont cours ainsi que les principes juridiques et constitutionnels. Le principal déterminant de ces facteurs ne devrait pas être la peur, les préjugés et les stigmates, mais plutôt une information adéquate,

à jour, bien présentée et fondée sur les connaissances scientifiques au sujet du VIH et de l'épidémie du sida. C'est pourquoi je suis heureux et fier de signer la préface de ce bouquin... C'est un ouvrage écrit de manière claire et compréhensible, qui présente un minutieux aperçu des sciences médicales et sociales ainsi que du droit, en lien avec le VIH.

Le chapitre premier, « Le VIH en contexte », présente une information élémentaire sur la transmission, le diagnostic, le traitement, le pronostic et l'espérance de vie. Il fournit aussi des renseignements de fond sur la vie avec le VIH en 2007 et au sujet des communautés les plus affectées par le VIH au Royaume-Uni; puis il compare et place en opposition le VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement et/ou par voie sanguine (y compris les hépatites virales).

Le chapitre intitulé « VIH et comportement » décrit avec plus de détail le contexte social de la transmission du VIH, en présentant au lecteur une perspective de terrain sur la façon dont les individus, les communautés à risque et l'ensemble de la société sont informés sur les risques sexuels concernant le VIH, comment ils l'interprètent et com-

ment cela influence leurs agissements. On y explique comment la stigmatisation et la discrimination liées au VIH – tant perçues que réelles – affectent l'obtention et le partage d'information sur le VIH aux paliers individuel, communautaire et sociétal. On montre aussi comment et pourquoi la notion de rapport sexuel protégé et celle de la divulgation peuvent prendre diverses formes et significations pour différentes personnes.

Le chapitre sur « La transmission sexuelle du VIH » présente un aperçu détaillé des manières dont le VIH peut être transmis lors de rapports sexuels, et des facteurs qui augmentent ou réduisent la probabilité de transmission. De plus, l'information la plus récente sur les risques associés à divers types de rapports sexuels est résumée, de même qu'à propos des condoms, de la charge virale, de la circoncision et d'autres facteurs possibles. On y explique la différence entre exposition au VIH et transmission du VIH, en précisant les difficultés bien concrètes d'établir si une personne a pu en exposer une autre au VIH, et si une personne a contracté l'infection.

« Criminalistique du VIH », explique comment des preuves peuvent

servir à établir un fait ou à réfuter une allégation ainsi que le moment et la direction d'une transmission sexuelle du VIH. En particulier, on y montre comment et pourquoi les éléments de la preuve scientifique recueillis au cours d'une enquête criminelle ne devraient être considérés que comme de petites pièces d'une mosaïque beaucoup plus grande. Le chapitre aborde les preuves de type virologique – notamment l'analyse phylogénétique – et d'autres aspects des antécédents médicaux du plaignant et de l'accusé.

L'analyse phylogénétique – un processus scientifique complexe qui évalue le degré de ressemblance génétique entre des souches du VIH – est utilisée pour « prouver » la transmission du VIH, dans certains procès. Cependant, un document d'information publié conjointement par le NAT et le NAM explique en détail pourquoi les enquêtes criminelles sur des allégations de

transmission du VIH ne peuvent pas arriver à une preuve conclusive en misant uniquement sur ce type de test.

L'autre ouvrage, un document d'information intitulé *HIV Forensics: The Use of Phylogenetic Analysis as Evidence in Criminal Investigation of HIV Transmission* [Criminalistique du VIH : le recours à l'analyse phylogénétique comme preuve dans l'enquête criminelle sur la transmission du VIH], décrit les limites et les pièges possibles du recours à l'analyse phylogénétique comme élément de preuve. Le document renferme des recommandations sur l'approche que devraient utiliser les experts témoins, dans le recours à l'analyse phylogénétique à des fins d'enquête, et dans l'interprétation des résultats. En outre, le document aborde le contexte juridique des poursuites pénales pour la transmission du VIH, et comment et quand a été établi un précédent ouvrant la

porte à ce type d'analyse virale, dans plusieurs ressorts.

– Edwin J. Bernard

Edwin J. Bernard (edwin@nam.org.uk) est employé sdu NAM et rédacteur en chef de *AIDS Treatment Update* et de *Criminal HIV Transmission*. L'ouvrage *Criminal HIV Transmission* (14,95 £; ou 9,95 £ pour les organismes bénévoles) est disponible auprès du NAM (+44 20 7840 0050, info@nam.org.uk, www.aidsmap.com). Le document *HIV Forensics: The Use of Phylogenetic Analysis as Evidence in Criminal Investigation of HIV Transmission* (gratuit) a été écrit par Edwin J. Bernard, Yusef Azad (NAT), Anne-Mieke Vandamme (Rega Institute for Medical Research, Belgique), Matthew Wait (Research Institute for Law, Politics and Justice, Keele University) et Anna Maria Geretti (Department of Virology, Royal Free Hospital, Londres). Il est téléchargeable en fichier PDF des sites Internet du NAM et du NAT. Des exemplaires imprimés peuvent aussi être obtenus auprès du NAT (+44 20 7814 6767, info@nat.org.uk, www.nat.org.uk).

En bref

Inde – Une multinationale pharmaceutique conteste la Loi sur les brevets

En février 2007, la Haute cour de Madras a entamé ses audiences dans une affaire phare en contestation de la *Patents Act* [Loi sur les brevets] de l'Inde.

En janvier 2005, des amendements à cette loi sont entrés en vigueur afin de rendre ses dispositions conformes aux obligations de l'Inde en vertu de l'*Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* [l'Accord sur les ADPIC] de l'Organisation mondiale du commerce. L'article 3(d) de la Loi a été amendé afin d'inclure les éléments suivants à titre d'inventions qui ne sont pas brevetables en vertu de la Loi :

la simple découverte d'une nouvelle forme d'une substance connue, sans

amélioration à l'efficacité connue de cette substance; ou la simple découverte d'une nouvelle propriété ou utilisation d'une substance connue, ou la simple utilisation d'un processus ou d'un appareil connu, à moins que ces moyens conduisent à un nouveau produit ou utilisent au moins un nouveau réactant. [trad.]

Cet article a été adopté afin de prévenir la « perpétualisation » des brevets (appelée en anglais « *evergreening* », par analogie à la verdure permanente des conifères), une pratique de sociétés pharmaceutiques consistant « à breveter des modifications négligea-

bles à des médicaments existants » afin de prolonger leur monopole sur sa vente.¹

En 1998, la société pharmaceutique Novartis a demandé un brevet pour une nouvelle formulation de son médicament Gleevec, utilisé dans le traitement du cancer. À l'époque, une version générique de ce médicament, produite à l'aide de la formulation originale de Novartis, était déjà produite et vendue en Inde. Un fabricant générique indien a déposé une opposition à la demande de brevet de Novartis.

Le 25 janvier 2006, le contrôleur adjoint des brevets et designs a rendu une décision de refus de la demande de Novartis, se fondant en partie sur l'art. 3(d) de la Loi et concluant que « cette demande de brevet ne concerne qu'une nouvelle forme d'une substance connue, sans amélioration significative en termes d'efficacité ».²

Novartis conteste ce refus devant la Haute cour. Entre autres motifs, Novartis affirme que l'art. 3(d) de la Loi n'est pas conforme à l'Accord sur les ADPIC et contrevient à l'art. 14 de la Constitution de l'Inde qui interdit à l'État d'agir de manière discriminatoire et arbitraire.

La conclusion de cette affaire pourrait avoir un impact marqué sur l'accès mondial à des médicaments essentiels. L'Inde est le plus important fabricant de médicaments génériques au monde; elle n'approvisionne pas que sa population, mais aussi celle de plusieurs pays en développement. Par exemple, un feuillet d'information publié en 2007 par Médecins sans frontières indique que 70 % des médicaments antirétroviraux contre le VIH qui sont achetés par des agences d'aide

internationale et de financement du développement, pour traiter des patients dans 87 pays, viennent de fournisseurs génériques indiens.³

– Glenn Betteridge

Glenn Betteridge est analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

É.-U. – Proposition d'assouplissement aux règles de visa de bref séjour pour les personnes séropositives

En décembre 2006, la Maison blanche a annoncé une proposition visant à rendre moins sévères les restrictions de bref séjour interdisant actuellement aux personnes vivant avec le VIH/sida d'entrer aux États-Unis. Un feuillet d'information de la Maison blanche, rendu public lors de la Journée mondiale du sida, a indiqué que le président Bush allait transmettre une ordonnance exécutive au secrétaire d'État et au secrétaire à la Sécurité nationale, pour « amorcer une réglementation qui proposerait une exemption de catégorie pour les personnes séropositives au VIH désireuses d'entrer aux États-Unis en vertu de visas de courte durée » [trad.].⁴

Seuls les visiteurs de courte durée pour tourisme ou affaires seraient affectés. La déclaration n'explique pas comment la dispense fonctionnerait, ni si les nouvelles règles nécessiteraient encore que les individus déclarent leur séropositivité aux agents états-uniens.⁵

Aucun changement n'a encore été apporté. À l'heure actuelle, les États-Unis refusent aux personnes vivant avec le VIH/sida l'entrée sur

leur territoire si elles n'ont pas de dispense. Les demandes de dispense impliquent une entrevue dans une ambassade états-unienne et une longue attente au cours de laquelle le demandeur est privé de son passeport, en plus d'une estampe permanente et stigmatisante, dans le passeport, si la demande est acceptée.⁶

Leonard Rubinstein, directeur général de Physicians for Human Rights, a signalé que les changements proposés sont « trop limités ... Si vous voulez déstigmatiser le sida, vous devez aller jusqu'au bout et éliminer toutes les restrictions d'entrée aux États-Unis pour les personnes vivant avec le VIH ».⁷ À cet effet, une porte-parole de la démocrate Barbara Lee, représentante au Congrès, a annoncé des plans de déposer un projet de loi au 110^e Congrès afin de révoquer l'interdiction d'entrée au motif du VIH, tant pour les immigrants que pour les visiteurs.⁸ Aucun projet de loi n'a encore été déposé.

– Cheryl Robinson

Cheryl Robinson 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.

UNHCR – Nouvelle stratégie pour la provision d'antirétroviraux à des réfugiés

En janvier 2007, le Haut commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) a annoncé une nouvelle stratégie en matière d'accès au traitement antirétroviral (TARV) et aux soins et mesures de soutien, pour les réfugiés séropositifs au VIH

et autres personnes séropositives qui sont déplacées, dans le monde. Conçue pour fournir des conseils à l'agence ainsi qu'aux gouvernements de pays qui accueillent des réfugiés et des personnes déplacées, la politique est un complément aux politiques et lignes directrices antérieures de l'UNHCR.⁹

Il est signalé que les réfugiés vivent souvent plusieurs années dans des situations relativement stables, ce qui fait du TARV une considération pratique. En conséquence, la politique aborde la provision de mesures de courte durée, comme la prévention de la transmission périnatale ainsi que la prophylaxie post-exposition.

On y décrit la provision de TARV à long terme aux réfugiés, en prévoyant que « [p]our les réfugiés qui bénéficiaient d'un traitement ARV dans leur pays d'origine avant la fuite, tous les efforts seront faits pour que le traitement soit repris rapidement ». ¹⁰ Pour ceux qui n'en recevaient pas, « ce traitement doit être offert lorsqu'il est disponible pour les populations environnantes ». ¹¹ Pour les réfugiés qui rentrent de plein gré dans leur pays d'origine, l'UNHCR indique que ces individus « seront autorisés à retourner vers les régions où la poursuite du traitement ARV peut être garantie, et recevront à cet effet l'aide nécessaire. » ¹²

Par ailleurs, la politique demande que des interventions soient incluses « dès les tout premiers stades d'une réponse d'urgence face à un déplacement forcé ». ¹³

La stratégie de l'UNHCR recommande que les réfugiés reçoivent des services équivalents à ceux qui sont fournis aux communautés d'accueil avoisinantes. Paul Spiegel, le responsable

technique du programme de l'UNHCR en matière de VIH/sida, a affirmé : « Nous aimerions que les réfugiés puissent obtenir les médicaments tout comme les populations locales ... Nous plaidons pour que les gouvernements incluent les besoins d'antirétroviraux des réfugiés, dans leurs demandes de financement, par exemple au Fonds mondial ». ¹⁴

– Cheryl Robinson

Indonésie – Sur la voie d'un modèle de réduction des méfaits?

La troisième conférence nationale indonésienne sur le VIH/sida a eu lieu à Surabaya, deuxième plus grande ville du pays, au début de février 2007. Plus de 1 500 participants, dont des fonctionnaires nationaux et provinciaux de haut niveau et plusieurs représentants d'organismes de personnes vivant avec le VIH/sida, y ont assisté.

Le gouvernement a présenté des données d'enquête démontrant qu'environ la moitié des nouveaux cas de VIH en Indonésie sont liés à l'injection de drogue, en grande partie d'héroïne. La conférence a été remarquable par le soutien très public qui a été exprimé par des officiels de haut niveau à la perspective de déployer des mesures de réduction des méfaits – y compris des programmes de seringues stériles et de traitement à la méthadone – afin qu'ils soient éventuellement disponibles même dans des établissements sanitaires locaux, à l'échelle du pays.

Le ministre coordonnateur du Bien-être du peuple, Aburizal Bakrie,

représentant du plus haut échelon gouvernemental à avoir prononcé un discours à cette occasion, a répété l'engagement du gouvernement indonésien à l'égard de la réduction des méfaits dans le cadre de sa réponse nationale au sida. Le D^r Nafisah Mboi, président de la Commission nationale sur le sida, a décrit un plan visant à faire en sorte que les services de réduction des méfaits deviennent accessibles à toute personne qui en a besoin.

Néanmoins, on a peu parlé, au cours de l'événement, de ce qui est peut-être le plus lourd obstacle à ces services, en Indonésie : la sévérité des lois anti-drogue et des pratiques pour son application, dans ce pays. La loi sur la drogue permet d'imposer de longues peines d'emprisonnement pour des délits relativement mineurs de possession de drogue, et la peine de mort est admise pour le trafic de drogue.

En 2004, Amnistie internationale a estimé que 30 des 54 personnes en attente d'exécution, en Indonésie, en étaient là pour des infractions touchant la drogue, dont 22 étrangers déclarés coupables d'importation de drogue en Indonésie. ¹⁵ Par ailleurs, des médias ont rapporté qu'il arrive que la police prend pour cible des patients à proximité de cliniques de méthadone, ¹⁶ un type de pratique qui nuit au déploiement de programmes de traitement de la dépendance dans plusieurs autres pays.

– Joanne Csete

Joanne Csete (jcsete@aidslaw.ca) est directrice générale du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Afrique – Nouveau rapport sur l’omission des personnes GLBT par les programmes sur le VIH/sida

L’International Gay and Lesbian Human Rights Commission (IGLHRC) a récemment publié une nouvelle étude, « Off the Map », qui révèle comment des gouvernements de pays d’Afrique, les politiques mondiales en matière de VIH/sida et la communauté des bailleurs de fonds passent outre aux droits humains des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenre (GLBT) en Afrique.¹⁷ Le rapport documente des cas accablants de refus de services efficaces en matière de prévention, de counselling, de test, de traitement et de soins, à des personnes GLBT en Afrique.

Le rapport affirme le constat que :

en dépit de preuves de plus en plus nombreuses du besoin d’interventions en matière de VIH, à l’intention des personnes qui ont des relations de même sexe, on trouve à peine une poignée de programmes formels de prévention du VIH, de test, de traitement ou de soins pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, en Afrique, et encore moins pour les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes ... Sans une attention immédiate à cette crise des droits humains, les efforts pour combattre efficacement l’épidémie du sida en Afrique pourraient être aculés à un sérieux défi. [trad.]

Entre autres conclusions, le rapport recommande les mesures suivantes : l’abrogation des lois qui criminalisent les rapports sexuels consensuels entre personnes de même sexe; l’abolition des restrictions états-uniennes sur

le financement en matière de santé génésique qui catalysent la stigmatisation des minorités sexuelles; et l’accroissement du financement aux agences gouvernementales et organismes de la société civile, en Afrique, qui sont disposés à mettre en œuvre des programmes sur le VIH/sida à l’intention des individus qui ont des rapports avec des personnes de même sexe.

Pour plus d’information, communiquez avec l’auteur du rapport, Cary A. Johnson (cjohnson@iglhrc.org).

Cameroun – L’OIT donne des ateliers de formation sur le VIH aux tribunaux du travail en Afrique française

Du 18 au 21 septembre 2006, l’Organisation internationale du travail (OIT) a présenté un « Séminaire sous-régional en Afrique francophone sur le VIH/SIDA et l’emploi pour les tribunaux du travail », à Douala, Cameroun. Les participants à ce séminaire étaient des juges de tribunaux du travail et de l’industrie ainsi que des représentants de regroupements de travailleurs et d’employeurs du Bénin, du Burkina Faso, du Cameroun, de la République démocratique du Congo, du Togo et de l’Île Maurice.

Plus tôt en 2006, un séminaire tenu en Afrique du Sud a abordé le même thème en présence d’un nombre semblable de juges ainsi que de membres de regroupements syndicaux et d’employeurs de pays de l’Afrique anglaise.

Le séminaire constituait un acte de reconnaissance, par l’OIT, de la nécessité de réduire l’écart consi-

dérable entre la mise à niveau des lois sur le travail, en ce qui a trait au VIH/sida en milieu de travail, et la formation fournie aux tribunaux industriels qui appliquent ces lois. Au cours des quatre journées, les participants ont été invités à prendre part à divers modules, dont des exposés, des discussions de panel et des groupes de travail.

Les séances incluait un point de mire sur la vulnérabilité particulière, en milieu de travail, des femmes vivant avec le VIH/sida. D’autres modules portaient sur des études en lien avec des lois nationales relatives au VIH/sida en milieu de travail, et sur le rôle des organismes de travailleurs et d’employeurs, devant la pandémie du VIH/sida.

La somme de ces exercices a conduit à une meilleure appréciation, par les participants, de la nécessité d’éduquer les juges, arbitres et regroupements de travailleurs et d’employeurs, au sujet du VIH/sida, et de contrer les mythes répandus parmi les travailleurs, à propos du VIH/sida, afin de mettre un terme à la stigmatisation et à la discrimination qui en résultent.

– Glenn Dodge

Glenn Dodge est étudiant au Programme de gestion de projets internationaux, au Humber College, et il fait du bénévolat au Réseau juridique. Pour plus d’information sur ces activités de formation, communiquez avec Jane Hodges à l’OIT, à hodges@ilo.org.

É.-U. – Déclaration nominative dans tous les États dès 2007

D’ici la fin de 2007, la totalité des 50 États ainsi que Washington D.C.

sont supposés avoir adopté des systèmes de déclaration des nouveaux cas de VIH de manière nominative (à l'opposé de l'usage de codes). À compter de la présente année budgétaire, les fonds fédéraux versés en vertu du Ryan White CARE Act seront fondés sur des données en matière de VIH issues de systèmes de déclaration nominative.

Huit États et le District de Columbia ont commencé en 2006 à compiler les noms de patients séropositifs au VIH; le Massachusetts a commencé en janvier 2007. Les autres États qui utilisent encore des systèmes de déclaration au moyen de codes – le Vermont, le Maryland et Hawaï – sont supposés changer bientôt leur système.¹⁸

En 1999, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) états-unis ont recommandé que tous les États du pays procèdent à une surveillance des cas de VIH au moyen de systèmes nominatifs confidentiels, dans le cadre de leurs activités de surveillance du sida.¹⁹ Selon les CDC,

[e]n comparaison avec des systèmes de déclaration des cas de VIH utilisant d'autres types d'identificateurs (comme un code ou un mélange nom/code), la déclaration nominative confidentielle du VIH s'avère plus efficace et atteint régulièrement des degrés plus élevés d'exactitude et de fiabilité. La déclaration nominative confidentielle des cas de

VIH est harmonisée aux systèmes de déclaration d'autres maladies infectieuses, comme le sida. [trad.]²⁰

Plusieurs militants de la lutte au VIH/sida ont exprimé des craintes que le fait de consigner les noms conduise des personnes à éviter de passer le test et d'avoir recours aux traitements, et que les noms finissent par être divulgués à la suite de brèches des mesures de sécurité.²¹ Certains États ont répondu à ces préoccupations en renforçant les efforts de protection de la confidentialité des données. Un projet de loi du Vermont, déjà approuvé par le sénat de cet État, restreindrait l'entreposage et le traitement de ces renseignements, et autoriserait les poursuites au civil en cas de divulgation malicieuse.²²

– Richard Pearshouse

¹ C. Park, *The Struggle for Affordable Medicines*, 2007. Accessible via www.infochangeindia.org.

² *Novartis A.G. Switzerland v. Natco Pharma Ltd, India (January 25, 2006)*, (V. Rengasamy, Assistant Controller of Patents and Designs).

³ Médecins sans Frontières, « Examples of the importance of India as the «pharmacy for the developing world» ». Accessible via www.accessmed-msf.org.

⁴ Office of the Press Secretary, *Fact Sheet: World Aids Day 2006*, 1 décembre 2006. Accessible via www.whitehouse.gov/news/.

⁵ E.J. Bernard, « US promises 'streamlined' process for HIV-positive tourist visas », *Aidsmap News*, 4 décembre 2006. Accessible via www.aidsmap.com.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

⁸ « U.S. Law banning HIV-positive foreigners from entering country harming testing efforts, panel members say », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 22 novembre 2006.

⁹ UNHCR, *Politique du HCR en matière de traitement antiretroviral pour les réfugiés*, janvier 2007. Accessible via <http://www.unhcr.fr>.

¹⁰ *Ibid.*, p. 8.

¹¹ *Ibid.*, p. 8.

¹² *Ibid.*, p. 9.

¹³ *Ibid.*, p. 6.

¹⁴ « Africa: streamlining ARV provision for refugees », *IRIN News*, 29 janvier 2007.

¹⁵ Amnistie internationale, *Indonesia: A Briefing on the Death Penalty*, 2004. Accessible via www.amnesty.org.

¹⁶ « Police arrests haunt harm reduction program », *Jakarta Post*, 19 janvier 2007. Accessible via www.asia-pacific-action.org/southeastasia/indonesia/netnews/.

¹⁷ IGLHRC, *Off the Map: How HIV/AIDS Programming is Failing Same-Sex Practicing People in Africa*, 2007. Accessible via www.iglhrc.org.

¹⁸ C. Johnson, « All states will track HIV cases: names will be in systems nationwide by end of '07 », *The State Journal-Register*, 2 avril 2007. Accessible à www.sj-r.com/sections/news/stories/111370.asp.

¹⁹ CDC, « Guidelines for national human immunodeficiency virus case surveillance, including monitoring for human immunodeficiency virus infection and acquired immunodeficiency syndrome », *Morbidity and Mortality Weekly Reports* 48 (1999) : 1–28.

²⁰ CDC, « HIV Infection Reporting », accessible à www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/reporting.htm.

²¹ Voir C. Johnson. Par exemple, en 2005, un fonctionnaire du secteur de la santé, au Palm Beach County Health Department (Floride), a transmis par courriel, par inadvertance, une liste confidentielle contenant les noms d'environ 6 500 personnes séropositives du comté, à quelque 800 intervenants du domaine de la santé à travers le comté : « Palm Beach County, Fla. official accidentally e-mails confidential list of HIV-positive people to health dept. employees », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 22 février 2005.

²² SB 192, « HIV name-based reporting », accessible à www.leg.state.vt.us/database/status/summary.cfm?Bill=S%2E0192&Session=2008.

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. Pour cette rubrique dans le présent numéro, le rédacteur en chef a été Glenn Betteridge. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à David Garmaise, directeur de la rédaction, à dgarmaise@rogers.com.

La Cour d'appel fédérale se penche pour la première fois sur la protection des réfugiés fondée sur les soins de santé

Le 10 novembre 2006, la Cour d'appel fédérale a établi un précédent en rejetant la demande d'un ressortissant mexicain qui souhaitait demeurer au Canada à titre de « personne à protéger » selon la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR)*.¹ La principale question soumise à la Cour consistait à déterminer si la LIPR protège ou non les personnes dont la vie serait menacée si elles étaient renvoyées dans leur pays d'origine, lorsque la menace découle du fait que le gouvernement ne leur offre pas un traitement médical abordable.

Covarrubias, qui a été débouté de sa demande d'asile, souffrait d'insuffisance rénale en phase terminale et recevait au Canada un traitement d'hémodialyse, traitement

médical essentiel au maintien de la vie. La LIPR accorde aux demandeurs de statut de réfugié qui sont déboutés le droit de présenter une demande pour demeurer au Canada

à titre de « personne à protéger ». Selon le sous-alinéa 97(1)(b) de la LIPR, à 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 ».

La protection n'est toutefois offerte que si « la menace ou le risque ne résulte pas de l'incapacité du pays de fournir des soins médicaux ou de santé adéquats » – l'exception fondée sur les soins de santé.²

Covarrubias soutenait que le gouvernement du Mexique ne fournissait pas ce traitement, qu'il n'avait pas les moyens de le payer, et, par conséquent, qu'il mourrait rapidement s'il était renvoyé au Mexique.

L'exception fondée sur les soins de santé de la LIPR a été abordée récemment par une cour de première instance.³ C'est la première fois que la Cour d'appel se penche sur la question.

Covarrubias a soutenu que la disposition de la LIPR sur les « personnes à protéger » a pour but de protéger les personnes dont la vie serait menacée par suite d'une violation des droits internationaux de la personne ou de normes qui s'y rattachent. Selon lui, l'exception fondée sur les soins de santé de la LIPR doit être interprétée en fonction du droit à la santé reconnu en droit international, de manière à exclure de la protection des réfugiés uniquement les personnes originaires de pays vraiment incapables, pour des motifs d'ordre financier, de fournir des traitements médicaux à leurs citoyens – pas les personnes originaires de pays où des

choix politiques privent les citoyens de soins de santé adéquats.

En rejetant la demande, la Cour a déclaré:

... l'expression « ne résulte pas de l'incapacité du pays de fournir des soins médicaux ou de santé adéquats » au sous-alinéa 97(1)b)(iv) de la LIPR empêche de reconnaître la qualité de personnes à protéger aux personnes qui fondent leur demande sur des éléments de preuve tendant à démontrer que leur pays d'origine est incapable de fournir des soins médicaux adéquats parce qu'il a choisi de bonne foi, pour des raisons légitimes de politique et de priorités financières, de ne pas fournir de tels soins à ses ressortissants. Cependant, le demandeur qui réussit à démontrer que le refus de son pays de fournir les soins en question n'est pas légitime peut éviter de tomber sous le coup de cette exception.⁴

La Cour a donné un exemple de ce type de persécutions, en rapport avec le traitement anti-VIH, en établissant une distinction entre l'« incapacité » d'un pays de fournir des soins de santé adéquats et le « refus » de le faire :

... lorsqu'un pays cherche délibérément à persécuter une personne ou agit de façon discriminatoire à son égard en allouant sciemment des ressources insuffisantes pour traiter et soigner la maladie ou l'invalidité dont souffre cette personne, comme certains pays l'ont fait dans le cas de patients atteints du VIH/sida, cette

personne peut bénéficier de cet article, car il s'agit en pareil cas d'un refus et non d'une incapacité de fournir des soins.⁵

La décision offre aux demandeurs de statut de réfugié qui sont séropositifs au VIH, et dont la demande est rejetée, une possibilité d'être autorisé à demeurer au Canada légalement, lorsque le pays vers lequel ils doivent être déportés refuse, de mauvaise foi, de fournir des soins médicaux adéquats aux personnes qui vivent avec le VIH/sida.

– Glenn Betteridge

¹ *Covarrubias c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, 2006 C.A.F. 365.

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

³ *Travers c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, 2006 C.F. 44, examinée dans J. Chan, « La Cour fédérale accorde une nouvelle audience à la demande de statut de réfugié d'un homme séropositif originaire du Zimbabwe », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11, 2/3 (2006) : 48-49.

⁴ *Covarrubias c. Canada*, par. 41.

⁵ *Ibid.*, par. 39.

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

Trois développements dans la première affaire de meurtre reliée au VIH

La Cour supérieure de justice de l'Ontario a rendu trois décisions préalables au procès dans la première affaire canadienne concernant une personne séropositive accusée de meurtre en conséquence de la non-divulgence de sa séropositivité. L'accusé, M. Aziga, fait face à treize chefs d'accusation d'agression sexuelle grave et deux de meurtre. Les accusations de meurtre se rapportent au décès de deux femmes qu'il aurait infectées et qui seraient mortes de complications liées au VIH. Chacune des trois décisions portait sur une question juridique qui, au meilleur de la connaissance du rédacteur, n'avaient jamais été examinées auparavant par un tribunal canadien dans le contexte d'une poursuite criminelle associée au VIH.

Le 14 novembre 2006, la Cour a décidé d'admettre en preuve les déclarations sur bande-vidéo des femmes aujourd'hui décédées, et les transcriptions de ces déclarations.¹ La police avait obtenu de chacune des femmes, mourantes, une déclaration relative au procès criminel.

En règle générale, selon la loi canadienne sur la preuve, les déclarations enregistrées sur bande-vidéo sont considérées comme du oui-dire et ne sont pas admissibles dans les procédures judiciaires. Toutefois, il existe deux exceptions pertinentes à

la règle du oui-dire, que la poursuite a évoquées dans sa requête pour faire admettre en preuve ces déclarations et les transcriptions. Les exceptions doivent être appliquées ensemble.

La première exception présume que sont admissibles en preuve les soi-disant « déclarations du mourant » – les déclarations sur les circonstances du décès qui sont faites lorsque l'imminence de la mort est certaine. Selon la seconde exception, la preuve par oui-dire peut être admise lorsqu'elle est nécessaire pour prouver un fait en litige et que l'information est digne de foi. Le juge a conclu que les déclarations des deux femmes enregistrées sur vidéo répondaient aux critères des exceptions et étaient donc admissibles en preuve.

Le 29 décembre 2006, la Cour a jugé que les déclarations faites par M. Aziga aux autorités de la santé publique après qu'il eut reçu une ordonnance relative à une maladie transmissible n'étaient pas admissibles en preuve.² En octobre 2002, M. Aziga avait reçu, selon la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario (LPPS),³ une ordonnance l'obligeant notamment à fournir aux autorités de la santé publique la liste des personnes avec lesquelles il avait eu des rapports sexuels non protégés avec pénétration depuis qu'il avait été diagnostiqué séropositif (en 1996), de participer à des séances de counselling avec une infirmière de santé

publique et de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels non protégés.

Les autorités de la santé publique avaient des motifs de croire que M. Aziga ne respectait pas certaines conditions de l'ordre et l'avaient rencontré pour discuter de son comportement. Les autorités avaient demandé et obtenu de la Cour supérieure, en vertu de la LPPS, une injonction visant à l'empêcher de violer les conditions de l'ordonnance antérieure des autorités de santé publique.⁴ M. Aziga a été arrêté à la fin d'août 2003, après quoi il a discuté avec une infirmière de la santé publique à trois reprises pendant sa détention.

La Cour devait déterminer si l'admission en preuve au procès des déclarations faites par M. Aziga aux autorités de la santé publique porterait atteinte au droit à la protection contre l'auto-incrimination reconnu par la *Charte canadienne des droits et libertés*. Selon l'article 7 de la Charte, conformément aux règles de justice fondamentale, seules les déclarations faites librement et volontairement par les personnes accusées peuvent être admises en preuve. La Cour a examiné les quatre facteurs qui sous-tendent la protection constitutionnelle contre l'auto-incrimination.⁵

La Cour a jugé que les déclarations avaient été obtenues *sous la contrainte* et avaient été faites dans le contexte d'un *rapport d'opposition*. Admettre ces déclarations en preuve aurait miné *l'efficacité du plan de réglementation* établi par la loi sur la

santé publique concernant la déclaration des partenaires, en incitant les gens à donner des informations peu fiables. Finalement, permettre à la police d'utiliser des renseignements privés et extrêmement personnels pourrait augmenter la *probabilité d'abus de la part de l'État*. La Cour a par la suite formulé un commentaire sur l'importance de l'équilibre entre les intérêts individuels et les intérêts de la société qui sont en jeu dans ce type de situation :

[I]l importe de rappeler que l'objectif de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* n'est pas d'aider la police à enquêter sur des crimes particuliers. Par conséquent, dans le contexte de la *Loi*, il ne s'agit pas de réaliser l'équilibre entre les critères relatifs à l'auto-incrimination d'un côté et l'efficacité des poursuites criminelles de l'autre. Il y a plutôt lieu de réaliser l'équilibre entre le droit de la personne à ne pas s'auto-incriminer dans les procédures criminelles et l'intérêt de la province à prévenir la propagation de maladies. L'équilibre établi par la reconnaissance de l'immunité d'utilisation [c'est-à-dire que les déclarations faites aux autorités de la santé publique ne peuvent pas être utilisées en preuve dans le procès criminel] semble être le moyen le plus efficace d'atteindre des objectifs de santé publique valides sans sacrifier le principe de protection contre l'auto-incrimination.⁶

Dans la troisième décision, rendue le 10 janvier 2007, la Cour a accordé la demande d'ajournement du procès criminel présentée par M. Aziga, afin de lui permettre d'obtenir les services d'un expert scientifique pour conseiller ses avocats. La Cour devait déterminer si l'aide de cet expert lui était nécessaire pour préparer une défense pleine et entière aux accusa-

tions portées contre lui. En accordant la demande, la Cour a évoqué la complexité de l'affaire qui « implique une preuve scientifique pour laquelle il avait fallu créer un laboratoire spécial et de nouveaux protocoles scientifiques » et le fait que la poursuite avait eu beaucoup de temps pour préparer la preuve scientifique sur laquelle elle allait s'appuyer.⁷

– Glenn Betteridge

Selon l'article 7 de la Charte, seules les déclarations faites librement et volontairement par les personnes accusées peuvent être admises en preuve.

Un juge impose deux ans de prison, avançant que les besoins liés au traitement seraient mieux satisfaits dans un pénitencier fédéral

En juin 2006, M. Williams, un homme séropositif, a plaidé coupable à deux accusations de voies de fait graves et deux accusations de violation de ses conditions de remise en liberté. Bien qu'il ait su qu'il était séropositif, il avait eu des rapports sexuels non protégés avec deux femmes pendant plusieurs années sans leur divulguer son état. En décembre 2006, un juge

de la Cour de justice de l'Ontario a condamné Williams à douze mois d'emprisonnement pour chaque infraction à purger consécutivement, et à trois ans de probation.⁸

S'appuyant sur *R. c. Cuerrier*,⁹ l'arrêt de la Cour suprême qui a établi l'obligation pour les personnes séropositives de divulguer leur état avant d'avoir des rapports sexuels non protégés, le juge a écrit que « la dissuasion et la réprobation » étaient les principaux objectifs de la détermination de la peine dans ces cas.¹⁰ Le juge a examiné les circonstances et les peines imposées dans des affaires précédentes portant sur l'exposition au VIH par des rapports sexuels non protégés, qui variaient de une à onze années d'incarcération, et il a conclu qu'on imposait systématiquement une période « d'emprisonnement véritable ». ¹¹ En outre, le juge a cité le principe de proportionnalité, prévu à l'article 781.1 du *Code criminel du Canada*, selon lequel la détermination de la peine convenable repose sur « la gravité de l'infraction et la responsabilité de l'accusé ». ¹²

Pour déterminer la peine adéquate dans le cas de Williams, le juge a soupesé divers facteurs atténuants et aggravants. Parmi les facteurs aggravants, le juge a tenu compte des importants problèmes de santé publique associés à la transmission potentielle du VIH par les partenaires sexuelles de Williams à d'autres personnes. Le juge a également tenu compte des conséquences personnelles potentielles pour les femmes, du point de vue médical et social, y compris le trouble émotionnel et psychologique considérable vécu par l'une des femmes lorsqu'elle a appris que Williams était séropositif. À titre d'autre facteur aggravant, le juge a mentionné l'indifférence¹³ de

Williams à l'égard du sort des deux femmes, manifestée par la répétition consciente des rapports sexuels non protégés.

Parmi les facteurs atténuants, le juge a retenu le fait que les deux femmes n'ont ni l'une ni l'autre contracté le VIH lors de leurs rapports sexuels non protégés avec Williams. La décision de Williams de plaider coupable a été considérée comme une preuve qu'il a reconnu sa responsabilité. La sincérité de son remords fut d'ailleurs étayée par sa conduite préalable à la détermination de la peine. Plus précisément, il a participé à des séances de counselling volontaire et à du travail d'approche pour le compte d'un organisme communautaire de lutte contre le sida. Finalement, le juge a commenté favorablement les antécédents criminels sans gravité de Williams et ses possibilités de réhabilitation.

Compte tenu de ces facteurs et du principe de proportionnalité, le juge a conclu que chaque déclaration de culpabilité pour voies de fait graves justifiait une peine se situant entre 18 et 21 mois, et est arrivé à une peine globale de 38 mois. Le temps que Williams a passé en détention préalable à la détermination de la peine a été déduit. Il est intéressant de noter que le juge a également tenu compte, dans la détermination de la peine, de la séropositivité de Williams et des soins de santé pertinents :

Compte tenu de la preuve exhaustive qui m'a été présentée concernant les établissements, les programmes et le degré de soins offerts dans les établissements fédéraux et provinciaux, je suis d'avis que les besoins de M. Williams au plan thérapeutique seront mieux servis dans le système correctionnel fédéral. C'est pour cette raison – parallèlement au fait qu'une

peine de pénitencier reflète mieux la gravité des infractions de voies de fait dans cette affaire que le ferait la détention dans une maison de correction – que j'ai imposé une peine de deux ans plutôt qu'une peine qui se rapprocherait de la peine maximale dans une maison de correction.¹⁴

Selon le *Code criminel*, les peines inférieures à deux ans moins un jour sont purgées dans un établissement de détention provincial; les peines de deux ans ou plus sont purgées dans un pénitencier fédéral.

– Cheryl Robinson

Cheryl Robinson 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.

Une peine de cinquante-six mois pour des rapports sexuels non protégés avec deux petites amies

En janvier 2007, M. Walkem a plaidé coupable à deux chefs d'agression sexuelle grave fondés sur le fait qu'il avait eu des rapports sexuels non protégés avec deux ex-petites amies sans leur dévoiler sa séropositivité.

Un juge de la Cour supérieure de l'Ontario a qualifié la conduite de Walkem de « déréglée, insouciant et égoïste » avant de le condamner à 56 mois de détention dans un pénitencier fédéral.¹⁵

Reconnaissant que les objectifs de la dissuasion et de la réprobation sont d'une importance primordiale dans la détermination de la peine, le juge s'est appuyé sur les principes formulés et l'approche adoptée dans

les arrêts *Cuerrier* et *Williams* pour déterminer la peine adéquate.¹⁶ Par conséquent, il a évalué les facteurs atténuants et aggravants par rapport au principe de proportionnalité.¹⁷ Le juge a retenu le plaidoyer de culpabilité de l'accusé comme facteur atténuant.

Cependant, le juge n'a pas été persuadé que M. Walkem éprouvait des remords. Il a observé que, contrairement à Williams, M. Walkem avait fait peu d'efforts pour comprendre les conséquences de ses activités sur les autres.¹⁸ Le juge a par ailleurs été choqué par un blogue de Walkem, dans lequel il se vantait d'avoir eu des rapports sexuels non protégés avec l'une des plaignantes.¹⁹

Le juge a noté l'insouciance répétée de l'accusé, qui a persisté à avoir des rapports sexuels non protégés, malgré une ordonnance des autorités de la santé publique lui interdisant d'avoir des rapports sexuels sans divulguer préalablement son infection et sans porter de condom.²⁰ Le juge a noté le subterfuge utilisé par l'accusé face aux questions que lui posaient ses partenaires sexuelles concernant sa séropositivité, la fréquence et la nature des rapports sexuels avec pénétration, et le fait que l'une des deux plaignantes a reçu un diagnostic de séropositivité au VIH pendant leur relation.²¹

Le juge a mesuré l'importance de ces facteurs aggravants ainsi que « sa répugnance et son dégoût absolu à l'égard des actions et des activités de Walkem, aussi bien avant qu'après les événements qui ont donné lieu aux accusations en cause », par rapport au principe voulant qu'une première peine d'emprisonnement devait être la plus brève possible et adaptée à la situation personnelle de l'accusé.²² En conséquence, le juge a imposé à

l'accusé des peines consécutives de 36 mois pour la première accusation et de 22 mois pour la seconde, moins le temps déjà passé en détention. Le juge a mentionné que le système correctionnel fédéral était en mesure de soigner l'accusé et de maintenir son traitement antirétroviral.²³

– Cheryl Robinson

Un ex-joueur de football professionnel est déclaré coupable de deux chefs d'agression sexuelle grave

Dans un des procès dont on a le plus parlé à ce jour au Canada concernant des accusations criminelles pour la non-divulgence de la séropositivité, l'ex-joueur de football Trevis Smith a été déclaré coupable de deux chefs d'agression sexuelle grave.²⁴ À l'issue d'un procès tenu devant un juge de la Cour provinciale de Saskatchewan siégeant sans jury, le juge a conclu le 8 février 2007 que Smith avait eu des rapports sexuels non protégés avec deux femmes sans leur dire préalablement qu'il était séropositif. Les conclusions du juge reposaient sur des motifs liés à la crédibilité; le témoignage des deux femmes a été jugé plus crédible que la preuve présentée par Smith. Le 22 février 2007, Smith a présenté un avis d'appel des jugements de culpabilité.²⁵

Le 26 février 2007, le juge a condamné Smith à six ans de détention : cinq ans et demi pour les deux chefs d'agression sexuelle grave et six mois pour violation des conditions de sa remise en liberté avant le procès.²⁶

– Glenn Betteridge

Rejet de l'appel d'un homme qui avait révélé sa séropositivité à la police et disait avoir ignoré que le VIH mettait la vie en danger

Dans une décision rendue en janvier 2006, qui vient d'être portée à l'attention des rédacteurs de la présente rubrique, la Cour d'appel du Québec a accordé en partie l'appel d'un homme séropositif.²⁷ Tous les motifs d'appel portant spécifiquement sur son état séropositif ont cependant été rejetés. L'homme avait été déclaré coupable, entre autres accusations, d'agression sexuelle grave pour avoir omis de divulguer sa séropositivité avant des rapports sexuels non protégés.

En appel, l'homme a soutenu que le juge de première instance avait commis une erreur en autorisant une preuve de sa séropositivité obtenue en violation de ses droits protégés par la Charte. Au moment de son arrestation à son appartement, l'accusé a demandé aux policiers d'apporter ses médicaments. La question en litige devant la Cour d'appel consistait à déterminer si la manière dont la police avait découvert sa séropositivité portait atteinte à ses droits constitutionnels, notamment à son droit à la protection contre l'auto-incrimination, son droit à la protection contre les fouilles et saisies abusives et son droit à l'avocat.

Le jugement de la Cour concernant les trois prétendues violations de la Charte portait sur la question de savoir si l'homme avait volontairement dit à la police qu'il était séropositif ou si la police avait obtenu ce renseignement d'une manière coercitive. La Cour a conclu que l'homme avait spontanément déclaré

aux policiers qu'il était séropositif et leur avait demandé d'apporter ses médicaments.

L'homme soutenait également que le tribunal de première instance avait commis une erreur en le déclarant coupable d'agression sexuelle grave en l'absence de preuve au-delà de tout doute raisonnable qu'il savait qu'il mettait la vie de ses partenaires en danger en ayant des rapports sexuels non protégés. Selon l'article 273 du Code criminel, l'agression sexuelle grave est une agression sexuelle durant laquelle l'accusé « blesse, mutilé ou défigure le plaignant ou met sa vie en danger. »

Parmi les éléments de l'infraction d'agression sexuelle grave, la poursuite doit prouver que l'accusé avait une prévision objective que ses actions mettraient en danger la vie de la personne plaignante. La Cour a conclu que la preuve avait démontré que l'homme savait que le fait d'avoir des rapports sexuels non protégés pouvait mettre en danger la vie de ses partenaires sexuels.

– Glenn Betteridge

¹ R. c. Aziga, [2006] O.J. No 4545 (QL).

² R. c. Aziga, [2006] O.J. No 5232 (QL).

³ L.R.O. 1990, ch. H.7, art. 22.

⁴ *Ibid.*, art. 102.

⁵ La Cour suprême du Canada a énuméré ces facteurs dans R. c. White, [1992] 2 R.C.S. 417.

⁶ R. c. Aziga, [2006] O.J. No 5232, par. 48.

⁷ R. c. Aziga, [2007] O.J. No 61 (QL), par. 14.

⁸ R. c. Williams, [2006] O.N.C.J. 484.

⁹ R. c. Cuenier, [1998] 2 R.C.S. 371.

¹⁰ R. c. Williams, par. 17.

¹¹ *Ibid.*, par. 20.¹² *Ibid.*, par. 21.¹³ *Ibid.*, par. 23.¹⁴ *Ibid.*, par. 28.¹⁵ *R. c. Walkem*, [2007] O.J. No 186 (Westlaw), par. 3.¹⁶ *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371; *R. c. Williams*, [2006] O.N.C.J. 484 (Cour de justice de l'Ontario).¹⁷ *Ibid.*, par. 20–21.¹⁸ *Ibid.*, par. 25.¹⁹ *Ibid.*, par. 8.²⁰ *Ibid.*, par. 13.²¹ *Ibid.*, par. 10.²² *Ibid.*, par. 24.²³ *Ibid.*, par. 28.²⁴ J. Friesen, « Smith guilty, faces prison », *Globe and Mail*, 9 février 2007, p. A7.²⁵ « Smith files appeal », *Leader-Post (Regina)*, 29 février 2007, p. A5.²⁶ J.G. Pruden, « Ex-CFL player gets six years in HIV case: prosecutor questions sincerity of apologies », *National Post*, 27 février 2007, p. A10.²⁷ *R. c. D.(N.)*, [2006] J.E. 2006-273; [2006] CarswellQue 19.

En bref

Un tribunal des droits de la personne refuse une demande de rejet d'une plainte pour discrimination

En septembre 2006, le Human Rights Tribunal de Colombie-Britannique a rejeté une demande présentée par la Interior Health Authority (IHA) concernant le rejet d'une plainte formée par le plaignant Reid.¹ Dans sa plainte, Reid soutenait que l'IHA avait exercé contre lui une discrimination fondée sur son orientation sexuelle, dans la fourniture d'un service, contrairement au *Human Rights Code* (Code des droits de la personne).

Reid soutenait que, à l'occasion de son hospitalisation pour une appendicectomie en octobre 2005, il avait subi un traitement discriminatoire après avoir déclaré au médecin traitant qu'il était homosexuel. Ce traitement discriminatoire s'était manifesté par des commentaires importuns sur son orientation sexuelle de la part du personnel de l'hôpital, par des questions répétées sur son état sérologique relativement au VIH et, pour finir,

par l'administration d'un test VIH sans son consentement. Dans sa réponse, l'IHA proposait une version différente des faits, contestait la compétence du Tribunal d'instruire des questions de nature clinique et médicale et présentait une demande pour faire rejeter la plainte.

Selon le Code, un Tribunal peut rejeter une plainte avant l'instruction sur le fond de l'affaire, au motif notamment que la présumée conduite ne porte pas atteinte au Code, qu'il serait peu probable que la plainte soit retenue, ou que d'y donner suite ne servirait pas les objectifs du Code. Le Tribunal a refusé de rejeter la plainte. Il a jugé que les allégations faites par Reid, si elles étaient démontrées, pourraient donner lieu à une conclusion de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle contrairement au Code.²

En évaluant s'il existait une probabilité raisonnable que la plainte soit retenue, le Tribunal a établi que, bien que la version des événements présentée par le intimés fût différente de celle de Reid, ce n'était pas un motif suffisant pour rejeter la plainte.³

En outre, le Tribunal a jugé qu'il était compétent pour déterminer si le comportement d'un médecin était discriminatoire.⁴

– Cheryl Robinson

Une Cour d'appel juge que les règlements sur la procréation médicalement assistée ne sont pas discriminatoires à l'égard des lesbiennes et des gays

En janvier 2007, la Cour d'appel d'Ontario a confirmé une décision d'un tribunal inférieur à l'effet que les lignes directrices concernant l'exclusion de donneurs, dans le *Règlement sur le traitement et la distribution du sperme destiné à la reproduction assistée*,⁵ étaient constitutionnellement valides.⁶ Selon le Règlement, « les sujets à haut risque d'infection par le VIH » comme les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ont été exclus du don de sperme pour la procréation

assistée, tout comme les hommes de plus de 40 ans.⁷

L'appelante, une lesbienne, soutenait que le Règlement portait atteinte à son droit à l'égalité reconnu par la Charte et à son droit à la liberté et à la sécurité de la personne. L'intervenant, D, un gai de plus de 40 ans, était le donneur souhaité par l'appelante. Ce dernier soutenait que son exclusion à titre de donneur portait atteinte à son droit à l'égalité garanti par la Charte.

La Cour d'appel a rejeté ces allégations. La Cour a noté que l'objectif du Règlement est de protéger la santé des femmes et de leurs enfants à naître, et de réduire leurs risques de contracter des maladies infectieuses transmissibles.⁸ La Cour a jugé que la différence de traitement que vivent les lesbiennes ne repose pas sur l'orientation sexuelle, mais sur l'absence de conjoint ou de partenaire susceptible de donner son sperme, ce qui touche de la même manière les femmes célibataires hétérosexuelles.⁹

En outre, la Cour a conclu que la différence de traitement ne découlait pas de préjugés, de stéréotypes ou d'un désavantage historique. La Cour a observé que les exclusions relatives aux donneurs ne sont plus absolues. Depuis 2000, les femmes qui connaissent l'identité d'un donneur peuvent demander une « autorisation d'accès spécial », sous réserve d'un délai de quarantaine de six mois durant lequel il doit être démontré que le sperme ne contient pas d'agents infectieux comme le VIH.¹⁰ La Cour a également conclu que le règlement ne porte pas atteinte au droit de l'appelante à la liberté ou à la sécurité de la personne.

La Cour a reconnu que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont traités différemment des hommes hétérosexuels, mais elle

a jugé que la différence de traitement n'était pas discriminatoire. La Cour a mentionné la preuve médicale établissant la prévalence plus élevée de VIH chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes que chez les hommes hétérosexuels et conclu que l'exclusion était justifiée par des motifs d'ordre médical.¹¹ Les avocats qui représentaient l'appelante et l'intervenant ont indiqué qu'ils envisageaient de demander à la Cour suprême du Canada de se prononcer sur la question.¹²

– Glenn Betteridge

La Cour fédérale rejette la demande de suspension d'une ordonnance de renvoi fondée sur l'éventualité d'un « préjudice irréparable »

Le 12 décembre 2006, la Cour fédérale a rejeté la demande de sursis d'exécution d'une mesure de renvoi formée par une femme séropositive. La requérante est arrivée au Canada en novembre 2001 à titre de visiteur et a subséquemment présenté une demande de statut de réfugié, qui a été refusée. Elle n'a pas demandé la révision judiciaire de ce refus. Elle a par la suite été arrêtée et détenue en attendant son renvoi du Canada (c'est-à-dire sa déportation).

Elle a alors présenté une demande d'évaluation des risques avant le renvoi conformément à la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*. Son renvoi du Canada a été fixé au 17 décembre 2006, et elle a demandé la suspension de l'ordonnance de renvoi. Un

agent d'immigration a rejeté ses deux demandes. Elle a demandé l'autorisation de faire réviser les deux décisions.

Elle a également demandé à la Cour de suspendre l'ordonnance de renvoi, afin de pouvoir demeurer au Canada en attendant le résultat des diverses procédures judiciaires qu'elle avait engagées. Selon les critères juridiques applicables, les tribunaux ordonnent la suspension d'une ordonnance de renvoi lorsque la personne requérante démontre qu'il y a une question grave en cause, qu'elle subirait un préjudice irréparable si on la renvoyait dans son pays d'origine, et que la prépondérance des inconvénients entre les parties favorise la suspension de l'ordonnance.

La Cour a refusé de suspendre l'ordonnance de renvoi pour le motif que l'allégation selon laquelle la requérante subirait un préjudice irréparable était « non corroborée et conjecturale ». ¹³ Plus particulièrement, la Cour a jugé que la preuve présentée n'avait pas démontré que la femme serait victime de stigmatisation et qu'elle ne pourrait pas travailler dans l'industrie de l'alimentation à cause de sa séropositivité. En outre, la Cour a conclu que la perte d'emploi dans le domaine choisi par la requérante ne constituait pas un préjudice irréparable. Finalement, la Cour a rejeté l'argument de la requérante selon lequel elle subirait un préjudice irréparable relativement aux traitements médicaux dont elle aurait besoin, parce que celle-ci n'était pas en traitement.

– Cheryl Robinson

Un cas de négligence médicale se termine par un règlement de 6 millions \$

Une mère a poursuivi trois médecins dont la négligence aurait provoqué l'infection de son enfant par le VIH au moment de la naissance. La poursuite contre un des médecins a fait l'objet d'un règlement.

La mère, qui poursuivait en son nom et au nom de ses deux enfants, soutenait que les médecins avaient omis de lui recommander certaines mesures à prendre pour prévenir la transmission du VIH pendant sa deuxième grossesse. Le médecin soutenait que la mère avait refusé de passer un test du VIH. Selon la mère, la note écrite présentée par le méde-

cin au soutien de sa position avait été falsifiée, au même titre que sa preuve précédant le procès.

Il n'y a pas eu de jugement sur la présumée falsification des dossiers, parce que la poursuite a été réglée la veille du début du procès. Dans le cadre du règlement, un des médecins a accepté de payer 6 millions \$ à la mère plus les frais judiciaires; les deux autres médecins ont consenti à une ordonnance rejetant l'action contre eux. Les détails de l'affaire viennent de deux décisions judiciaires dans lesquelles la Cour a approuvé le règlement, déterminé l'intérêt payable et tranché certaines questions concernant le montant à payer par le médecin défendeur.¹⁴

– Glenn Betteridge

¹ *Reid c. Interior Health Authority*, [2006] B.C.H.R.T.D. 464.

² *Ibid.*, par. 15.

³ *Ibid.*, par. 20.

⁴ *Ibid.*, par. 19–22.

⁵ DORS/96-254.

⁶ *Susan Doe c. Canada (Attorney General)*, [2007] O.N.C.A. 11.

⁷ *Ibid.*, par. 8.

⁸ *Ibid.*, par. 20.

⁹ *Ibid.*, par. 25–28.

¹⁰ *Ibid.*, par. 9, par. 40.

¹¹ *Ibid.*, par. 43.

¹² J. Tibbetts, « Sperm banks can reject gay men, court rules: no charter violation », *The (Montreal) Gazette*, 29 janvier 2007, p. A11.

¹³ *David v. Canada (Minister of Citizenship & Immigration)*, [2006] C.F. 1486.

¹⁴ [2006] O.J. No 2762 (Cour supérieure de Justice de l'Ontario) (QL); [2006] O.J. No 4191 (Cour supérieure de justice de l'Ontario) (QL).

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-uniens 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.

Mexique – La Cour suprême juge le congédiement de soldats séropositifs inconstitutionnel

Le 27 février 2007, la Cour suprême de justice nationale du Mexique a jugé inconstitutionnel un article de la Loi sur l'office de sécurité sociale des forces armées qui exigeait le congédiement des soldats séropositifs de sexes masculin et féminin. La Cour a rendu son jugement à l'occasion d'un procès intenté par 11 ex-soldats séropositifs qui contestaient la validité constitutionnelle de leur renvoi des forces armées.

La loi en question prévoyait que le personnel militaire ayant certaines maladies ou accidents serait

considéré comme « congédié pour inutilité » (« *retiro por inutilidad* »). La liste des maladies comprenait la

séropositivité au VIH.¹ Huit des onze juges de la Cour suprême ont jugé que l'article violait les protections

constitutionnelles relatives à la non-discrimination et à l'égalité.

De l'avis de la majorité des juges, la loi était inconstitutionnelle parce qu'elle imposait le congédiement automatique de tout membre du personnel trouvé séropositif, sans exiger d'examen médical pour établir l'aptitude au travail de chacun. Le juge Ortiz Mayagoitia, qui présidait le procès, a dit :

La Cour a conclu que l'« inutilité » ne peut être déterminée par le simple fait d'être séropositif ... indépendamment du stade de progression de la maladie : si cette [séropositivité] est accompagnée de l'avis d'un spécialiste que la personne est inapte à exercer les activités requises par son emploi dans l'armée, le congédiement peut être ordonné et serait justifié au sens de [la loi].²

L'un des 11 cas concernait un soldat décédé avant que le jugement soit rendu. Les juges ont ordonné qu'il soit considéré comme en service actif jusqu'au moment de son décès, de sorte que sa famille puisse bénéficier de sa pension de service militaire.

Il ressort des avis des juges de la minorité que ceux-ci étaient bien mal renseignés sur les questions relatives à la transmission du VIH. Par exemple, se prononçant en faveur du congédiement des soldats, le juge Azuela déclarait :

Prenons le cas d'une école maternelle. Qu'arrive-t-il lorsqu'un enfant arrive souffrant d'une maladie quelconque? Quand [les enfants] arrivent, il y a un médecin qui les examine, et si un

enfant est malade, le médecin dit à la mère : ramenez l'enfant à la maison, et tant qu'il sera malade il ne pourra venir à l'école.³

Également en faveur des congédiements, le juge Pimentel demandait pour la forme :

Les scientifiques ont-ils pensé à la vie dans les casernes, où les 103 soldats qui forment une compagnie dorment dans des lits côte à côte; ou aux conditions dans lesquelles ils fournissent de l'aide humanitaire dans les cas de désastres comme les inondations dans [les états du] Chiapas et d'Oaxaca, où il y a de l'eau stagnante, infestée de moustiques qui transmettent des maladies?⁴

Les audiences ont été diffusées en direct à la télévision, et ces commentaires ont suscité de vives critiques.⁵

Par suite du jugement d'inconstitutionnalité, le ministre de la Défense nationale a déclaré que « compte tenu des décisions judiciaires mentionnées, les personnes qui devraient continuer leur service actif dans l'armée et l'aviation mexicaines seront rengagées ».⁶ Le ministre de la Défense nationale a également envoyé au bureau du conseil juridique de l'exécutif fédéral une proposition de réforme de la loi pertinente en vue de la rendre conforme à la décision de la Cour.⁷ Du point de vue juridique, le ministre de la Défense nationale est obligé de continuer d'appliquer la loi jusqu'à ce qu'elle soit modifiée par le Congrès national.⁸

Selon les comptes rendus des médias, au cours des 13 dernières années, environ 300 personnes ont été renvoyées de l'armée parce qu'elles étaient séropositives.⁹

– Richard Pearshouse

Richard Pearshouse (rpearshouse@aidslaw.ca) est analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ Article 226, catégorie II, no 45 de la Loi sur l'office de sécurité sociale des forces armées (*la Ley del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas*).

² « Lo que la Corte ha estimado, es que no solamente, por el solo hecho de ser seropositivo, que es el caso concreto, por sí solo sea determinante de inutilidad independientemente del grado de avance del padecimiento; si esto viene acompañado de un dictamen pericial en el sentido de que la persona ya no es apta para desarrollar la actividad a la que le obliga su enganche en el Ejército, la baja puede decretarse y será correcta... » Transcription officielle, 27 février 2007, p. 31. Accessible via <http://200.38.86.53/PortalSCJN/>.

³ « Aquí tenemos la experiencia de la guardería. ¿Qué sucede cuando un niño llega enfermo de cualquier cosa? Cuando llegan hay un médico que los tiene que checar y si un niño llega enfermo, se le habla a la mamá y se le dice: se lleva al niño, y mientras esté enfermo no entra. » Transcription officielle, 20 février 2007, p. 66. Accessible via <http://200.38.86.53/PortalSCJN/>.

⁴ « ¿Habrán considerado los científicos la vida del cuartel, donde los 103 elementos que forman una compañía duermen en camas contiguas; o las condiciones en que se desarrollan las labores de ayuda en casos de desastres como las inundaciones en Chiapas y Oaxaca, con aguas estancadas, infestadas de mosquitos transmisores de enfermedades? » Transcription officielle, 26 février 2007, p. 6. Accessible via <http://200.38.86.53/PortalSCJN/>.

⁵ D. Cevallos, « Discharge of HIV-positive troops ruled unconstitutional », Inter Press Service News Agency, 28 février 2007.

⁶ Ministère de la Défense nationale, « Le ministère de la Défense nationale se conformera aux résolutions prises par la Cour suprême de justice nationale », communiqué de presse no 18, Mexico, 6 mars 2007.

⁷ Ministère de la Défense nationale, « Le ministère de la Défense nationale réitère son engagement à aider le personnel militaire infecté par le VIH/sida », communiqué de presse no 22, Mexico, 13 mars 2007.

⁸ C. Avilés, « Corte ordena reinstalar a militares con VIH », *El Universal*, 28 février 2007.

⁹ D. Cevallos.

Europe – La Cour européenne juge que la pauvreté des soins médicaux dans une prison russe porte atteinte aux droits de la personne

Le 26 octobre 2006, la Cour européenne des droits de l'homme a jugé, dans une décision unanime,¹ que les autorités russes violaient la *Convention européenne des droits de l'homme* (la *Convention*)², notamment, en omettant de fournir des soins médicaux compétents et adéquats dans un établissement de détention russe.

Viktor Vasilyevich Khudobin, un citoyen russe qui était séropositif et souffrait de diverses maladies physiques et mentales, a passé plus d'une année en détention dans l'attente de l'enquête et de son procès relativement à une accusation de trafic de drogue, avant d'être déclaré non criminellement responsable pour cause de maladie mentale.

Pendant sa détention, Khudobin était fréquemment placé dans une salle d'hôpital pour les patients atteints de maladies contagieuses. Il a contracté la rougeole, une bronchite et une pneumonie aiguë. Il a également eu plusieurs crises d'épilepsie, en prison, pour lesquelles il n'a reçu aucun soin.

Les avocats et la famille de Khudobin ont porté plainte à plusieurs reprises à un tribunal russe, à l'administration de la prison et au ministre de la Justice à propos des conditions de détention, des problèmes de santé de Khudobin et du manque de traitements adéquats. Ils ont également demandé que des examens médicaux soient effectués par des médecins indépendants engagés par Khudobin et sa famille, mais les demandes ont été rejetées sans motifs.^{3,4}

La Cour a conclu que les autorités russes avaient violé l'article 3 de la

Convention qui interdit la torture et les traitements ou châtiments inhumains ou dégradants. Bien que la Cour ait reconnu que « l'aide médicale offerte dans les hôpitaux des prisons ne correspond pas toujours à ce qu'on trouve dans les meilleurs établissements médicaux destinés au grand public », elle a également déclaré que l'article 3 impose « à l'État l'obligation de garantir le bien-être physique des personnes privées de leur liberté », ce qui suppose de fournir aux détenus l'« aide médicale nécessaire ».⁵

De l'avis de la Cour, on a refusé à Khudobin l'aide médicale nécessaire.⁶ Bien que les maladies répétées de Khudobin en prison pouvaient « partiellement s'expliquer par ses antécédents médicaux, à savoir le fait qu'il était séropositif », la Cour a noté que « la détérioration marquée de son état de santé pendant sa détention soulève certains doutes sur le caractère adéquat des traitements médicaux offerts ».⁷

Le fait qu'il était séropositif et souffrait d'un grave trouble mental « augmentait les risques associés à toute maladie dont il a pu souffrir durant sa détention et intensifiait ses craintes ».⁸ Par ailleurs, Khudobin devait savoir qu'il pourrait à n'importe quel moment souffrir d'une urgence

médicale et qu'il ne recevrait pas les soins requis par son état, ce qui contribuait sans doute à son anxiété.

Le refus de l'aide médicale nécessaire, ajouté au refus des autorités d'autoriser un examen par un médecin indépendant, a créé un fort sentiment d'insécurité qui, de l'avis de la Cour, équivalait à un « traitement dégradant » selon l'article 3.⁹

La Cour a également conclu que la détention de Khudobin avant son procès a porté atteinte à son droit d'être jugé dans un délai raisonnable ou d'être remis en liberté dans l'attente de son procès, que garantit l'article 5(3) de la Convention, et à une audience urgente sur la légalité de sa détention selon l'article 5(4). De l'avis de la Cour, les autorités russes n'ont pas donné de justification suffisante pour le maintien de la détention et les demandes de libération ont été indûment reportées. Finalement, la Cour a conclu à une violation du droit de Khudobin à un procès équitable selon l'article 6(1) de la Convention à cause d'une faute potentielle de la police.

– 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 *Khudobin c. Russia* [2006] ECHR 898.

² *Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales* (ETS No 5) 213 RTNU 222, entrée en vigueur le 3 septembre 1953.

³ *Khudobin*, par. 27.

⁴ K. Gibson, « Europe – La Cour européenne déclare admissible une plainte pour la pauvreté des soins médicaux dans une prison russe », *RevueVIH/sida, droit et politiques* 10, 2 (2005): 57.

⁵ *Khudobin c. Russia*, no 59696/00 (26 octobre 2006), par. 93.

⁶ *Ibid.*, par. 95.

⁷ *Ibid.*, par. 84.

⁸ *Ibid.*, par. 96.

⁹ *Ibid.*

Australie – Un coroner recommande que les détenus aient accès à des seringues stériles

Par suite du décès d'un détenu au centre correctionnel Woodford, dans l'État du Queensland, le coroner Michael Barnes a recommandé que les prisonniers du Queensland aient accès à des seringues stériles.¹ La recommandation a été faite eu égard à l'incapacité du ministère des Services correctionnels d'éliminer la drogue dans les prisons, et compte tenu de son obligation de minimiser la propagation de virus véhiculés par le sang, au sein de la population carcérale.²

Darren Michael Fitzgerald, qui purgeait une peine d'emprisonnement à perpétuité pour meurtre au centre correctionnel Woodford, a été trouvé mort, effondré sur son bureau dans sa cellule vers 2 heures du matin le 13 juin 2004. On a trouvé un bouchon de seringue orange sur le bureau et une petite seringue sur le sol sous le bureau.³

Pendant l'autopsie, on a constaté au coude droit « une cicatrice associée à des marques de piqûre récentes et antérieures ». On a également constaté que Fitzgerald s'était injecté de l'héroïne dans les 12 heures précédant son décès et était infecté par le virus de l'hépatite C (VHC).⁴

Les conclusions de l'enquête ont été présentées le 19 janvier 2007 à la Magistrates Court de Brisbane.

Observant que Fitzgerald avait obtenu à 15 reprises des résultats positifs à des tests toxicologiques, le coroner a déclaré que, malgré certaines améliorations réalisées au cours des dix dernières années, la preuve indiquait que « la consommation de drogues illicites demeure un problème important au centre correctionnel Woodford et dans tous les établissements de détention du Queensland en général ».⁵

Le coroner a ajouté que « [l]e ministère reconnaît avec raison que, bien que l'élimination complète des drogues dans les prisons soit un objectif valable à long terme, il n'est pas réalisable à court terme, et entre-temps il est essentiel d'adopter des stratégies de réduction des méfaits pour réduire la propagation de virus

véhiculés par le sang et les décès par surdoses ».⁶

Selon les conclusions, le décès a été causé par une surdose accidentelle. Le coroner s'est dit persuadé que les autorités carcérales avaient répondu « de manière expéditive et adéquate » lorsqu'ils ont constaté que Fitzgerald pouvait avoir besoin d'aide.⁷

Le coroner ne croyait pas que quiconque ait directement contribué au décès de Fitzgerald, mais il a critiqué le peu d'efforts consentis par les autorités carcérales pour réduire les préjudices causés par la drogue en prison, et particulièrement son défaut de donner accès à des seringues stériles. Il a déclaré que, puisque les seringues hypodermiques étaient considérées comme illégales par les

autorités de la prison, les détenus qui consommaient des drogues devaient certainement partager les seringues. Le fait que les autorités savaient que plusieurs détenus étaient porteurs de virus véhiculés par le sang et qu'un nombre important d'entre eux s'injectaient des drogues a amené le coroner à conclure que les autorités se sont pas acquittées de leur obligation de minimiser les risques de préjudices pour les détenus en ne leur donnant pas accès à des seringues stériles.⁸

Le coroner a critiqué le peu d'efforts consentis par les autorités de la prison pour réduire les préjudices causés par la drogue en prison.

Le coroner Barnes a déclaré que « [m]ême ceux qui ont l'insensibilité de conclure que les détenus ne méritent pas ce type de considération ne peuvent ignorer le risque que les détenus en liberté infectent leur famille et d'autres personnes avec les maladies qu'ils ont contractées en prison à cause du refus du ministère de leur donner accès à des seringues ».⁹ Le coroner a également rejeté les motifs de sécurité, comme objection à l'accès aux seringues stériles au centre correctionnel. « Il existe des seringues automatiquement rétractables et de toute façon il est évident qu'il y a actuellement de

nombreuses seringues en circulation sans le système carcéral – on en a trouvé deux dans la cellule où M. Fitzgerald est mort, et aucune d'entre elles n'a servi d'arme ».¹⁰

En plus de recommander l'accès à des seringues stériles, le coroner a suggéré que le ministère des Services correctionnels mette sur pied « de toute urgence » des programmes de pharmacothérapie pour la dépendance aux opiacés fondés sur la méthadone et la buprénorphine afin de réduire la demande de drogues illicites en prison. Finalement, le coroner a recommandé qu'on augmente les ressources du service de renseignements du centre correctionnel Woodford, ce qui permettrait aux autorités de déterminer quels détenus, membres du personnel, entrepreneurs ou visiteurs doivent être surveillés activement pour réduire l'approvisionnement de drogues.¹¹

Commentaire

La consommation de drogues par injection et les taux élevés de VIH et de VHC, parmi les détenus, sont répandus dans de nombreux pays.¹² Le risque élevé d'infection à VIH et à VHC dans les prisons dû au partage de seringues, ainsi que l'efficacité démontrée des programmes d'échange de seringues dans la réduction de ce risque,¹³ ont conduit de nombreuses organisations, dont l'Organisation mondiale de la santé, ONUSIDA et le Bureau du contrôle des drogues et de la prévention du crime des Nations Unies, à recommander l'échange de seringues à titre de norme minimale pour résoudre le problème du VIH dans les prisons.¹⁴

Le défaut de donner aux détenus accès aux moyens essentiels

de prévention du VIH et du VHC constitue une violation du droit à la santé selon le droit international.¹⁵ Selon la Directive 4 des *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*, les autorités carcérales devraient fournir aux détenus les moyens de prévenir la transmission du VIH, y compris du « matériel d'injection propre »¹⁶

Quelques pays offrent actuellement des programmes d'échange de seringues dans les prisons, dont l'Arménie, le Belarus, l'Allemagne, le Kirghizstan, le Luxembourg, la Moldavie, le Royaume-Uni (l'Écosse seulement), l'Espagne et la Suisse. Les pays qui ont pris des dispositions en vue de l'instauration de programmes d'échange de seringues dans les prisons comprennent la Belgique, l'Iran, le Portugal, le Tadjikistan et l'Ukraine.¹⁷ Dans chacun de ces cas, les programmes d'échange de seringues en prison ont constitué une réponse au risque évident de transmission du VIH et du VHC dans les prisons causé par le partage de seringues pour l'injection de drogues illicites.

– Liisa Seim

¹ Inquest into the death of Darren Michael Fitzgerald, Coroner's Court Brisbane, COR 1417/04(5), 19 janvier 2007, p. 16.

² *Ibid.*

³ *Ibid.*, p. 3–5.

⁴ *Ibid.*, p. 6.

⁵ *Ibid.*, p. 8.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*, p. 6.

⁸ *Ibid.*, p. 15–16.

⁹ *Ibid.*, p. 16.

¹⁰ *Ibid.*¹¹ *Ibid.*, p. 9.¹² Voir R. Lines et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, 2^e éd., Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006, p. 5-11.¹³ Voir Organisation mondiale de la santé, *Effectiveness of Sterile Needle and Syringe Programming in Reducing HIV/AIDS Among Injecting Drug Users (Evidence for Action Technical Papers)*, 2004. Accessible via www.who.int/hiv/pub/idu/pubidu/en/¹⁴ Organisation mondiale de la santé, *Policy Brief: Reduction of HIV Transmission in Prisons*, 2004, WHO/HIV/

2004-05.

¹⁵ Lines et coll., p. 14-18.¹⁶ *Directives internationales concernant le VIH et les droits de l'homme*, UNHCR rés. 1997/33, UN Doc E/CN.4/1997/150 (1997).¹⁷ Lines et coll., p. i-iii.

Droit criminel et VIH/sida : quatre nouvelles affaires

Allemagne – Condamnation à cinq ans et demi de détention pour mise en danger et infection de plusieurs partenaires

Un tribunal de Bavière a condamné un homme à cinq ans et demi d'emprisonnement pour avoir eu des rapports sexuels avec au moins sept femmes sans utiliser de condom et sans leur dire qu'il vivait avec le VIH.¹ La cour de district de la ville de Wurzburg a déclaré l'homme, âgé de 38 ans et originaire du Kenya, coupable de neuf chefs de tentative de lésions corporelles et de voies de fait graves pour avoir transmis le virus à deux de ses partenaires et y avoir exposé les autres.²

Les procureurs avaient initialement réclamé une peine de huit ans d'emprisonnement. Ils soutenaient que l'homme avait eu l'intention d'infecter ses partenaires, parce qu'il en voulait à son ex-femme de lui avoir transmis le virus. La Cour a rejeté cet argument. Elle a plutôt conclu que l'homme croyait que le risque de transmission était moindre parce qu'il suivait un traitement antirétroviral. Un

psychiatre a témoigné au procès que l'homme n'avait que des connaissances rudimentaires sur le VIH/sida.

Les juges ont néanmoins conclu qu'une peine d'emprisonnement de cinq ans et demi était adéquate, à cause de la probabilités que l'homme persiste dans son comportement à risque.

– Alana Klein

R.-U. – Un tribunal de Bournemouth impose une peine de trois ans et demi pour transmission insouciant de VIH

Le 17 janvier 2007, un homme âgé de 35 ans a été condamné par la Crown Court de Bournemouth à trois ans et demi de prison, après avoir plaidé coupable à un chef de voies de fait graves pour avoir eu, de manière insouciant, des rapports sexuels non protégés avec sa petite amie, qui a par la suite été diagnostiquée séropositive.³ Le juge a également condamné l'homme, originaire du Zimbabwe, à une peine additionnelle de cinq ans de probation consécutive à sa libération.

Selon les comptes rendus des médias, le couple s'était connu au travail, mais avait commencé sa relation sexuelle en mai 2006 après une rencontre dans une boîte de nuit de Bournemouth. La relation sexuelle s'est poursuivie jusqu'en juillet 2006.⁴ Les témoignages ont révélé que la femme avait demandé à son ami à plusieurs reprises s'il était porteur d'infections sexuellement transmissibles. Il lui avait certifié que non et avait insisté pour avoir des rapports sexuels non protégés.

L'homme prenait des médicaments antirétroviraux, mais la plaignante croyait qu'il s'agissait de médicaments pour l'asthme. La femme a alerté la police après « avoir trouvé des documents qui confirmaient que son ex-petit ami avait été diagnostiqué séropositif en 2000 ».⁵

Il s'agirait de la onzième poursuite pour transmission insouciant de VIH en Angleterre et au pays de Galles depuis 2003; huit personnes ont plaidé coupable, deux ont été déclarées coupables à l'issue de procès et une personne a été acquittée.⁶

– Alana Klein

R.-U. – Condamnation à neuf ans de prison pour transmission insouciante du VIH et du VHC

Giovanni Mola, un citoyen italien, a été condamné le 5 avril 2007 à neuf ans de prison pour transmission insouciante du VIH et de l'hépatite C (VHC) à une ex-petite amie.⁷

Au procès devant juge et jury à la High Court de Glasgow, la preuve a révélé que l'homme, âgé de 38 ans, a commencé une relation sexuelle avec la femme, appelée Miss X, en septembre 2003. Il avait été diagnostiqué séropositif trois ans auparavant. Le litige a principalement porté sur le port du condom: au procès, Mola a soutenu qu'il avait porté des condoms pendant les cinq mois qu'avait duré la relation, mais Miss X a témoigné qu'il avait « violemment » refusé de porter des condoms.⁸ Le jury en rendu un verdict de culpabilité en février 2007.⁹

Dans le contexte de la détermination de la peine, Lord Hodge a déclaré que le jury avait manifestement cru que Miss X était un témoin plus crédible que Mola sur la question du port du condom. Il semble également avoir mis en doute la preuve médicale selon laquelle la non-divulgence du VIH serait acceptable lorsque le condom est utilisé. Il a déclaré :

Compte tenu de l'avis que vous avez reçu des médecins selon lequel vous n'étiez pas obligé de divulguer votre infection si vous preniez la précaution de porter un condom, je ne crois pas que vous puissiez être jugé criminellement insouciant et coupable pour le seul motif que vous n'avez pas révélé votre état sérologique. Il ne me revient pas de déterminer si l'avis médical que vous avez reçu était adéquat. La non-

divulgence de l'infection et l'intimité sexuelle avec utilisation du condom peuvent exposer une partenaire à un risque d'infection relativement faible auquel elle n'a pas consenti. Mais les médecins sont sans doute très conscients du préjudice que subissent les personnes infectées à cause de leur isolement social. Comme je l'ai dit, il ne me revient pas de juger l'avis médical que l'on vous a donné.¹⁰

Cette déclaration contraste avec le jugement d'un tribunal néo-zélandais selon lequel les personnes qui vivent avec le VIH/sida ne sont pas obligées de divulguer leur séropositivité si elles se servent de condoms à l'occasion de rapports sexuels de pénétration vaginale.¹¹

Il s'agirait de la première affaire dans laquelle on condamne une personne pour transmission du VHC.¹² Certaines observations scientifiques indiquent que le risque de transmission du VHC à l'occasion de rapports sexuels hétérosexuels est extrêmement faible.¹³ Les comptes rendus de l'affaire Mola dans les médias sont pratiquement muets sur la preuve scientifique présentée au procès concernant les risques de transmission du VIH et du VHC par différents actes sexuels.

– Alana Klein

Australie – Un tribunal rejette la demande de non-publication de l'identité d'un homme séropositif poursuivi au criminel

Un homme séropositif de Melbourne qui avait présenté une demande de non-publication de son identité pour

protéger sa santé et sa sécurité, relativement aux accusations criminelles portées contre lui a été débouté. L'homme fait face à 122 chefs d'accusation parce qu'il aurait eu des rapports sexuels non protégés avec 16 hommes différents alors qu'il se savait séropositif au VIH.

L'avocat de l'homme a soutenu devant la Magistrate's Court de Melbourne, le 19 mars 2007, que la publicité accordée à l'affaire avait déjà compromis la santé et la sécurité de son client, et que son client, en détention, avait subi des menaces et des agressions de codétenus. Il a également déclaré que son client était suicidaire et que les comparutions au tribunal exacerbèrent cette tendance.

La poursuite a soutenu que l'ordonnance de non-publication serait inutile, parce que l'accusé était déjà un prisonnier célèbre, et que des mesures suffisantes étaient déjà en place pour garantir sa sécurité en détention.¹⁴

Le magistrat a jugé que rien ne prouvait que l'accusé serait exposé à de plus grands dangers si son nom était divulgué, et que les mesures adoptées pour protéger sa sécurité en prison étaient suffisantes.

L'affaire a suscité la controverse dans l'État de l'État de Victoria. Apparemment, des agents de la santé publique de l'État étaient au courant du comportement de l'homme, mais la recommandation d'un comité concernant sa détention ne se serait pas rendue jusqu'au directeur de la santé qui aurait eu le pouvoir de l'ordonner.¹⁵ Le ministre de la Santé de Victoria a rejeté la responsabilité sur un problème de communication et a promis de réviser les politiques de Victoria concernant le traitement des personnes

qui vivent avec le VIH et continuent d'avoir des rapports sexuels non protégés malgré les avertissements d'agents de la santé publique.¹⁶

– Alana Klein

¹ « Kenyan jailed in Germany for infection women with AIDS virus », *Deutsche Presse-Agentur*, 17 janvier 2007.

² « Kenyan jailed in Germany for passing on the AIDS virus », *Agence France-Presse*, 17 janvier 2007.

³ « Man jailed for giving woman HIV », *BBC Online*, 17 janvier 2007. Accessible via <http://news.bbc.co.uk/1/hi/england/dorset/6272233.stm>.

⁴ P. Willis and PA, « Man jailed for infecting his girlfriend with HIV », *Daily Telegraph*, 18 janvier 2007.

⁵ J. Magee, « HIV man infected other women, fear », *Dorset Echo*, 19 décembre 2006.

⁶ E. J. Bernard, « Bournemouth man pleads guilty in tenth successfully prosecuted reckless HIV transmission case in England and Wales », *Aidsmap News*, 18 janvier 2007. Accessible via www.aidsmap.com.

⁷ *HMA c. Giovanni Mola*, (5 avril 2007); « Man jailed after passing on HIV », *BBC Online*, 5 avril 2007.

⁸ « HIV man challenged over safe sex », *BBC Online*, 6 février 2007.

⁹ « Chef guilty of infecting lover with HIV and hepatitis C », *BBC Online*, 7 février 2007.

¹⁰ *HMA v. Giovanni Mola*.

¹¹ *New Zealand Police c. Dalley*, CRI-2004-085-009168, 4 octobre 2005. Voir G. Betteridge, « Nouvelle-Zélande – Un homme est condamné à l'amende pour avoir enlevé son condom durant un rapport sexuel avec une

travailleuse sexuelle », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10, 3 (2005) : 54.

¹² E.J. Bernard, « Man sentenced to nine years for 'reckless' transmission of HIV and HCV in Scotland (updated) », *Aidsmap News*, 5 avril 2007. Accessible via www.aidsmap.com.

¹³ B. Marinovich et coll., « Absence of hepatitis C virus transmission in a prospective cohort of heterosexual serodiscordant couples », *Sexually Transmitted Infections* 79 (2003) : 160–162; mais voir J.S. Weisbord et coll., « Prevalence and risk factors for hepatitis C virus infection among STD clinic clientele in Miami, Florida », *Sexually Transmitted Infections*, 79 (2003) : 1–5.

¹⁴ M. O'Keefe, « HIV-positive man accused of infecting others », *The Australian*, 19 mars 2007; « HIV-positive man infected others: court », *The Age*, 19 mars 2007.

¹⁵ R. Wallace, « Chief medic 'not told' of HIV case », *The Australian*, 4 avril 2007.

¹⁶ *Ibid.*

En bref

Afrique du Sud – Un détenu qui refuse le traitement ARV tente d'obtenir l'autorisation de mourir chez lui

Le 1^{er} février 2007, le ministère sud-africain des services correctionnels a conclu un règlement avec un détenu qui sollicitait une audience à la commission des libérations conditionnelles afin qu'on lui permette de mourir chez lui. L'homme soutenait qu'on avait refusé sa libération à l'occasion d'une demande précédente, parce qu'il refusait de prendre des médicaments antirétroviraux.

L'homme a demandé à la High Court de Pretoria d'ordonner au ministère de convoquer une audience de la commission des libérations conditionnelles concernant sa demande de libération pour des motifs d'ordre médical. Selon le règlement, qui est devenu une ordonnance du tribunal, le ministère a accepté de convoquer la commission des libérations conditionnelles et d'autoriser le médecin de l'homme à le traiter en prison entre-temps.

L'homme, qui avait été condamné à 74 ans de prison pour des accusations de vol qualifié et d'évasion, a été diagnostiqué séropositif en mars 2006. La commission des libérations conditionnelles avait rejeté une demande de libération antérieure, parce que le médecin de la prison avait refusé de recommander sa libération pour des motifs d'ordre médical, malgré l'avis de son méde-

cin personnel selon lequel son état était très grave.

Selon le prisonnier, « le médecin a refusé de recommander ma libération pour des motifs d'ordre médical, parce que j'ai refusé de prendre les médicaments antirétroviraux. J'ai refusé, parce que je crains les effets secondaires mentionnés par la ministre de la Santé. J'ai confiance en son avis ».¹

– Alana Klein

Chine – Un hôpital doit indemniser 19 personnes infectées par le VIH lors de transfusions

Selon un règlement conclu par voie de médiation judiciaire, un hôpital de la province de Heilongjiang dans le Nord-Est de la Chine doit payer une

indemnisation pour l'infection par le VIH de 19 personnes lors de transfusions sanguines illicites.

L'affaire concerne le plus grand nombre de patients à avoir été infectés par le VIH dans un hôpital où on les traitait, en Chine.² Quinze patients ont été infectés en 2004 par du sang contaminé qui avait été vendu à l'hôpital par un homme et sa femme.³ Trois des patients ont ensuite transmis le virus à leurs épouses, et une mère l'a transmis à son enfant de cinq ans, ce qui porte à 19 le nombre de personnes infectées en raison de transfusions de sang non testé.⁴ Deux des personnes sont décédées.

Trois membres du personnel de l'hôpital ont été condamnés en juin 2005 à des peines d'emprisonnement de deux à dix ans pour avoir illégalement prélevé et distribué du sang en contravention de l'article 334 du *Code criminel de la République populaire de Chine*. Le couple, qui vivait de la vente du sang fourni à l'hôpital, est décédé.⁵

L'hôpital paiera un montant forfaitaire de 25 500 \$US plus 382 \$ par mois à chacune des 17 victimes survivantes. L'hôpital devra également payer leurs frais médicaux jusqu'à la fin de leurs jours. Les familles des deux patients morts de maladies associées au sida recevront environ 45 000 \$US chacune.⁶

En 2006, dans une tentative de prévenir la propagation du VIH/sida, la Chine a adopté des règlements qui punissent sévèrement les personnes qui participent au prélèvement et à la distribution de sang non testé et dont les actions provoquent la transmission du VIH ou entraînent d'autres conséquences sérieuses.⁷

– Liisa Seim et Alana Klein

Inde – La Cour suprême suspend la fabrication d'un médicament ayurvédique vendu comme « remède » contre le sida

En janvier 2007, la Cour suprême de l'Inde a ordonné au fabricant de médicaments T.A. Majeed de cesser de produire l'« Immuno-QR », un médicament ayurvédique que sa publicité présentait comme un « remède » contre le sida, jusqu'à ce que la High Court du Kerala puisse déterminer si la société violait les conditions de son permis.⁸ La Cour a également ordonné à la High Court du Kerala d'accélérer la tenue des audiences et le jugement concernant la production et la commercialisation du médicament par Majeed, qui devraient de préférence être terminés dans un délai de trois mois.

Majeed avait obtenu en 1993 du contrôleur des médicaments du Kerala un permis pour fabriquer le médicament ayurvédique, qu'elle disait avoir la propriété de favoriser la résistance à certains symptômes comme les sueurs nocturnes, la toux et les dermatoses. En apparente contravention des conditions du permis, Majeed a toutefois commencé à vendre l'Immuno-QR comme un « remède » contre le sida.

Le Bureau du contrôleur des médicaments a annulé le permis de Majeed en 1997, et Majeed a contesté cette annulation devant la High Court du Kerala. La décision définitive concernant le permis n'a pas encore été rendue. Entre-temps, diverses procédures judiciaires ont été engagées devant la High Court de Bombay, la High Court du Kerala et la Cour suprême de l'Inde concernant

la fabrication et la commercialisation de l'Immuno-QR. En 2000 et 2001, la High Court de Bombay et celle du Kerala ont interdit à Majeed de commercialiser le médicament comme remède contre le sida. Jusqu'à l'arrêt de la Cour suprême de 2007, Majeed avait continué de fabriquer et de vendre le médicament et de vanter sur son site Web son efficacité contre « des maladies virales mortelles ».⁹

– Alana Klein

¹ Z. Venter, « Sick C-Max inmate wants to die at home », *The Pretoria News*, 9 février 2007, p. 2.

² « AIDS victims to receive compensation », *China Daily/People's Daily* (version en ligne), 5 décembre 2006. Accessible à http://english.people.com.cn/200612/05/eng20061205_328438.html.

³ « China hospital to compensate AIDS victims », Reuters (version Internet), 5 décembre 2006.

⁴ « AIDS victims to receive compensation ».

⁵ « China hospital to compensate AIDS victims ».

⁶ « AIDS victims to receive compensation »; communication personnelle avec Lin Hong, coordonnateur de projet juridique, Aizhixing Institute, Chine, 24 février 2007.

⁷ Règlement sur la prévention et le traitement du sida, adopté à la 122^e Séance du Conseil d'État le 18 janvier 2006, entré en vigueur le 1^{er} mars 2006. Accessible via www.unchina.org/unaid/UNAIDS%20IN%20ENGLISH/documents/Regulations%20on%20HIV (en anglais, fichier PDF).

⁸ *India Network of Positive People v. T.A. Majeed & Ors* (3 janvier 2007), Ordonnance de la Cour suprême dans SLP (Civil) No(s). 5527/2004.

⁹ J. Schreedar et coll., « India: Good and bad news on AIDS », *Newsweek*, 5 juin 2006.