

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 12, NUMÉRO 2/3, DÉCEMBRE 2007

Contagion législative : propagation de nouvelles lois problématiques sur le VIH en Afrique occidentale

Les lois modèles peuvent être un élément utile à la lutte contre le VIH/sida, mais à condition d'être solidement ancrées dans les principes des droits humains. En 2004, l'organisme AWARE-HIV/AIDS a préparé une loi type sur le VIH, pour l'Afrique occidentale. Quelques pays de cette région ont déjà rédigé des lois nationales fondées sur cette loi type. Dans le présent article, Richard Pearshouse examine certaines des principales dispositions de cette loi type, et y identifie des problèmes en ce qui concerne les droits humains; ces problèmes devraient être réglés avant qu'une telle loi soit considérée comme un modèle pour les législatures nationales.

Introduction

Il y a presque 20 ans que le juge Michael Kirby de l'Australian High Court a formulé une mise en garde contre la propagation d'un type de virus dangereux, les « lois fortement inefficaces ».¹ Si tôt dans l'épidémie, le juge Kirby

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 de l'American Bar Association (ABA) ainsi que de l'Initiative droit et santé et du Projet médias et santé du Programme de santé publique de l'Open Society Institute.



OPEN SOCIETY INSTITUTE
Public Health Program

Numéro trilingue

Ce numéro est trilingue : anglais, français et russe – une première pour la *Revue*! La version russe des articles est au milieu du document et ses pages ont une bordure grise.

Section spéciale : l'Initiative droit et santé

Ce numéro de la *Revue* contient une section spéciale composée d'une série d'articles qui décrivent des interventions reliant le VIH/sida et les droits humains, en Afrique et en Europe de l'Est. Ces interventions ont été pilotées par l'Initiative droit et santé du Programme de santé publique de l'Open Society Institute.

Voir page 65.

Выпуск на трех языках

Данный выпуск журнала публикуется на трех языках: английском, французском и русском – впервые в истории Обзора! Русская версия расположена в середине данного тома; края страниц русской версии окрашены в серый цвет.

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
Téléc. : +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 :

David Garmaise dgarmaise@gmail.com

Rédactrice en chef, Développements au Canada :

Alison Symington asymington@aidslaw.ca

Rédacteur en chef, Développements internationaux :

Richard Pearshouse rpearshouse@aidslaw.ca

Rédactrice en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux – Canada :

Sandra Ka Hon Chu schu@aidslaw.ca

Rédactrice en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux – International,

et correctrice pour la version russe : Leah Utyasheva

lutyasheva@aidslaw.ca

Coordonnateur : Vajdon Sohail

Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault,

Johanne Forget, Natasha Pakhomova et Liana Ibragimova

Mise en page : Liane Keightley

© 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 de l'American Bar Association (ABA) ainsi que de l'Initiative droit et santé et du Projet médias et santé du Programme de santé publique de l'Open Society Institute.

Les opinions exprimées dans cette publication relèvent uniquement de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou positions officielles de l'American Bar Association, de l'Initiative droit et santé et du Projet médias et santé du Programme de santé publique de l'Open Society Institute, ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

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 413 000 membres, l'American Bar Association (www.abanet.org) est la plus importante association professionnelle volontaire au monde. À titre de représentante nationale de la profession juridique aux États-Unis, elle travaille à améliorer l'administration de la justice; fournit des programmes d'assistance aux avocats et juges; accrédite des écoles de droit; offre une formation continue en droit; et cherche à rehausser la compréhension du public, à travers le monde, quant à l'importance de la suprématie du droit dans une société démocratique.

Au sujet de l'Initiative droit et santé et du Projet médias et santé du Programme de santé publique de l'Open Society Institute

L'Open Society Institute (OSI) (www.soros.org) est une fondation privée subventionnaire qui vise à orienter les politiques publiques de manière à promouvoir la gouvernance démocratique, les droits humains ainsi que la réforme économique, légale et sociale. L'Initiative droit et santé et le Projet médias et santé font partie du Programme de santé publique de l'OSI, qui fait la promotion de politiques en matière de santé fondées sur l'inclusion sociale, les droits humains, la justice et des données scientifiques. L'Initiative droit et santé appuie des efforts de la société civile pour faire avancer la santé et les droits humains par le recours à des actions en justice en tant qu'instrument créatif pour promouvoir la santé publique. Le Projet médias et santé vise à rehausser la sensibilisation du public aux enjeux liés à la santé, en particulier le stigmate à l'endroit des populations marginalisées.

Des commentaires?

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

TABLE DES MATIÈRES

DOSSIERS

Contagion législative : propagation de nouvelles lois problématiques sur le VIH en Afrique occidentale	I
Les tribunaux de traitement de la toxicomanie au Canada – Examen basé sur les données	13
Le recours au droit mou comme réponse au VIH/sida en Asie du Sud-Est	20

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

Le lieu sécuritaire pour l'injection reçoit une autre extension temporaire; une action en justice est intentée	23
Premier essai du mécanisme de l'OMC pour fournir des médicaments génériques à l'aide d'une licence obligatoire, par le biais du Régime canadien d'accès aux médicaments	25
Deux contestations judiciaires fondées sur la Charte, contre les lois canadiennes sur le travail sexuel	28
Le gouvernement conservateur annonce une nouvelle stratégie antidrogue	29
Ottawa – Le conseil municipal abolit le programme de pipes à crack	31
En bref	33
Entrée en vigueur de la loi albertaine autorisant le test forcé du VIH	
Le test anonyme du VIH rendu disponible au Manitoba	
Nouveau test-minute du VIH disponible en Ontario	
Des seringues plus sûres seront exigées dans les établissements de santé de l'Ontario	
Deux nouvelles études confirment des taux plus élevés de VHC et de VIH parmi les détenus	

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

Afrique du Sud – Congédiement de la sous-ministre de la Santé Madlala-Routledge	36
Chine – Deux pas en avant, un pas en arrière pour un nouvel organisme sida et droits	38
Thaïlande – Un rapport analyse les obstacles à l'accès aux ARV pour les personnes qui s'injectent des drogues	40
Botswana et Swaziland – Un rapport établit un lien entre des violations des droits des femmes et le VIH	41
Des agences de l'ONU publient de nouvelles recommandations sur le test du VIH	43
En bref	44
Singapour – Maintien d'une disposition du <i>Code pénal</i> criminalisant les rapports sexuels entre hommes	
Les membres de l'APEC adoptent de vastes lignes directrices sur le VIH en milieu de travail	

.../4

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

Les principaux administrateurs du système d'approvisionnement en sang sont acquittés d'accusations criminelles en rapport avec la tragédie du sang contaminé	46
La Cour fédérale juge la Couronne non responsable de la maladie d'un détenu séropositif	48
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : quatre nouvelles affaires	49
En bref	51
Requête en révision judiciaire accordée dans le cas d'une femme séropositive qui demande le statut de réfugié	
Rejet de la demande de sursis du renvoi d'un éducateur sur le VIH/sida	
La Cour fédérale refuse de surseoir à la déportation d'une femme séropositive vers la Zambie	
La Cour d'appel déclare que la séropositivité ne justifie pas d'interdire les contacts entre enfant et parents	
Règlement approuvé dans une affaire d'équipement médical mal stérilisé	
Les requérants doivent établir leur admissibilité pour que l'arbitre du fonds VIH évalue le montant de leurs dommages-intérêts	

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL

Inde – Un tribunal refuse d'invalider une loi qui empêche l'obtention de brevets pour des versions légèrement modifiées de médicaments existants	55
Pardon accordé aux travailleurs de la santé condamnés à mort par un tribunal libyen	57
Un Comité des Nations Unies conclut que la Colombie a porté atteinte aux droits d'un couple homosexuel	58
Afrique du Sud – La Cour constitutionnelle protège le droit à la vie privée des personnes vivant avec le VIH	60
Droit criminel et VIH/sida : deux nouvelles affaires	62
En bref	63
Asie Centrale – Poussées de VIH liées à des transfusions de sang contaminé et à des conditions d'hygiène déficientes dans des hôpitaux	
Russie – Des autorités jugées responsables de deux cas de transmission du VIH dans des hôpitaux	

SECTION SPÉCIALE — L'INITIATIVE DROIT ET SANTÉ : RELIER VIH/SIDA ET DROITS HUMAINS

Inscrire le droit et les droits humains à l'ordre du jour – Avant-propos aux articles de cette section spéciale	65
Intégrer les soins de santé et le soutien psychosocial et juridique destinés aux femmes enceintes, en Afrique du Sud	67
Rehausser l'accès au test du VIH avec counselling, dans le respect des droits humains	70
Soins palliatifs et services juridiques en Afrique du Sud	74
L'aide juridique fonctionne! La réduction des méfaits et les services juridiques à Poltava, Ukraine	75
Géorgie – Une loi anti-drogue contrevient aux droits humains	76
Un premier précédent juridique au Kirghizstan : bris de confidentialité médicale	78
Swaziland – Des veuves luttent pour leurs droits	80
Réagir au flot croissant d'appels à criminaliser la transmission du VIH, en Afrique australe	81
Soins à domicile : à qui incombe cette responsabilité?	82
Documenter les violations des droits humains des travailleuses sexuelles au Kenya	84

Contagion législative : propagation de nouvelles lois problématiques sur le VIH en Afrique occidentale

de la page 1

avait identifié ce qu'il a décrit comme des « sous-variantes » de lois fortement inefficaces, par exemple pour le test obligatoire à des groupes vulnérables ou la restriction de la liberté de mouvement des personnes vivant avec le VIH/sida. Il a signalé que :

le virus dont je parle ici n'est pas visible au microscope. Il s'agit néanmoins d'un développement tangible qui peut être décelé dans un nombre croissant de sociétés. À certains égards, cela est aussi apeurant et dangereux que le VIH. L'hôte n'est pas le corps d'un individu, mais plutôt le corps politique.²

Depuis 20 ans qu'a été lancé l'avertissement du juge Kirby, nombre de pays ont décidé de se doter de lois nationales sur le VIH/sida. Dans plusieurs cas, il s'agit de lois générales, de grande portée, i.e. des lois « omnibus » en lien avec le VIH.

(Les pays n'ont pas tous adopté des lois générales sur le VIH. Certains ont aussi révisé des lois existantes, notamment en lien avec la santé publique ou contre la discrimination – alors que d'autres n'ont pas adopté de loi spécifique, mais plutôt établi une réponse nationale par le biais d'un document-cadre de politiques, comme un plan stratégique national.)

Bien qu'il n'existe pas à proprement parler de modèle établi, pour les lois générales en matière de VIH, il existe à présent

suffisamment d'exemples pour identifier des caractéristiques communes, tant positives que négatives. Souvent, de telles lois créent une instance nationale de coordination des activités sur le VIH/sida, et de surveillance; instaurent des activités d'éducation et d'information; régissent la sécurité de l'approvisionnement en sang, tissus et organes; établissent les principes juridiques du test du VIH et du counselling en la matière; établissent des protections contre la discrimination liée au VIH; et incluent des garanties de confidentialité de la séropositivité au VIH. Elles peuvent aussi prévoir des peines relevant du droit criminel, pour certaines infractions à la loi, voire des peines spécifiques pour la transmission du VIH ou l'exposition à l'infection.

Pratiquement sans que l'on ne le remarque hors de la région, l'Afrique occidentale est le site d'une prolifération de lois nationales sur le VIH, depuis quelques années. Depuis 2005, sept lois nationales sur le VIH ont été adoptées, dans cette région (au Bénin, en Guinée, en Guinée-Bissau, au Mali, au Niger, au Togo et, plus récemment, au Sierra Leone).³ D'après un observateur, six autres pays ont actuellement des projets de loi nationaux en préparation.⁴ Ces développements font de l'Afrique occidentale l'une des régions les plus « légiférées » au monde (sinon

la plus « légiférée »), en ce qui concerne le VIH.

Le développement si rapide d'un tel nombre de lois sur le VIH n'est pas le fruit du hasard, mais plutôt la conséquence d'un projet pour promouvoir une loi type sur le VIH, dans la région.⁵

Loi type

En septembre 2004, un petit projet, l'Action for West Africa Region–HIV/AIDS (AWARE–HIV/AIDS), a organisé un atelier à N'djamena, au Tchad. Établi au Ghana, AWARE–HIV/AIDS est actif dans toute l'Afrique occidentale. Il reçoit du financement de l'USAID et est réalisé par Family Health International, avec des fonds additionnels d'organismes états-uniens comme Population Service International et le Constella Futures Group.⁶

Le but énoncé de l'atelier tenu à N'djamena était d'adopter une loi type sur le VIH. Un grand nombre de parlementaires de la région y ont assisté. Au cours des trois journées de la réunion, une loi type sur le VIH/sida pour l'Ouest et le Centre de l'Afrique (« la loi type ») a été adoptée par les participants, de même qu'un plan pour sa promotion dans la région.

Les lois modèles sont un outil relativement commun pour la réforme du droit. Cette approche implique l'élaboration d'un « modèle » législatif, que chaque ressort est ensuite libre de modifier et d'adopter.

Cela offre l'avantage d'un partage d'information, évitant la duplication d'efforts que représenterait l'élaboration de lois distinctes, dans chaque ressort en vase clos. Les Nations Unies, par exemple, ont une loi type contre la discrimination raciale.⁷ Une loi type est également utile pour normaliser les approches, d'un ressort à l'autre, par des cadres juridiques similaires, y compris dans les pays qui ont un système de gouvernement fédéral.

Cependant, une loi type n'est utile que si son contenu est bon; sinon, les problèmes et les erreurs risquent de se répéter dans les lois qui ont pris modèle sur elle.

Une loi type n'est utile que si son contenu est bon; sinon, les problèmes et les erreurs risquent de se répéter dans les lois qui ont pris modèle sur elle.

La loi type de l'AWARE-HIV/AIDS est décrite, dans des communiqués, comme une réponse au besoin de « loi sur les droits humains, dans la région, qui protège les personnes qui sont infectées et celles qui sont exposées au VIH » [trad.].⁸ Dans l'introduction de la loi type, on peut lire :

L'ignorance des modes de transmissions [sic], nourrit la peur irrationnelle de l'infection, entraînant les préjugés, la discrimination et la stigmatisa-

tion contre les PVVIH et celles qui leur sont associées. La violation des droits humains des personnes infectées ou affectées par le VIH/SIDA réduit l'efficacité des programmes de prévention, de traitement et de prise en charge du VIH/SIDA.⁹

La loi type comporte plusieurs éléments positifs; notamment :

- des dispositions garantissant le counselling pré-test et post-test;
- des dispositions garantissant des services de soins de santé aux personnes vivant avec le VIH/sida;
- des protections de la confidentialité médicale; et
- des interdictions de discrimination au motif de la séropositivité, avérée ou inférée, au VIH, y compris en milieu de travail, dans les établissements d'éducation, le milieu des soins de santé ainsi que dans les domaines du crédit et de l'assurance.

Examinée à travers la lorgnette des droits humains, cependant, la loi type renferme plusieurs dispositions problématiques.

La loi type d'AWARE-HIV/AIDS examinée du point de vue des droits humains

Il existe des conseils spécifiques sur les manières dont les droits humains devraient être intégrés dans les lois sur le VIH. Par exemple, les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne (les « Directives internationales »), développées lors d'une série de réunions consultatives d'experts organisées par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'Homme (OHCHR) et le Programme

commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), renferment 12 recommandations spécifiques sur la promotion et la protection des droits de la personne dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida.¹⁰

Le *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/sida, la législation et les droits de l'homme* (le « Guide pratique à l'intention du législateur »), publié en 1999 par l'Union interparlementaire et l'ONUSIDA,¹¹ propose des mesures concrètes que les législateurs et les responsables d'État peuvent adopter afin d'appliquer les *Directives internationales*.

Malheureusement, plusieurs éléments de la loi type vont à l'encontre de ces orientations proposées.

Éducation et information

L'article 2 de la loi type prévoit la création de campagnes d'éducation et d'information dans les écoles. Une partie de l'article stipule que « [i]l est strictement interdit de dispenser une instruction telle que celle prévue au présent article aux mineurs sans une consultation préalable et avisée avec les parents dont le consentement libre et éclairé est requis tant dans le contenu de l'enseignement que du matériel utilisé ».

Cette approche ne tient pas compte de la réalité de l'âge de la première relation sexuelle, dans plusieurs pays. Au Mali et en Guinée, par exemple, l'âge moyen de la première relation sexuelle chez les filles est de 16 ans.¹² L'accès des enfants à l'éducation sexuelle ne devrait pas dépendre de ce qui est considéré approprié par leurs parents.

Il serait préférable que des programmes complets d'éducation fournissent une information complète, factuelle et sans préjugés, au sujet de la prévention du VIH, y compris de

l'information sur l'usage adéquat et constant des condoms; ces éléments sont cruciaux pour les adolescents et les jeunes adultes, en tel contexte. L'accès à l'information sur le VIH/sida est un droit humain.

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) garantit à toute personne « la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce », y compris de l'information sur sa santé.¹³ Le droit à l'éducation est garanti par de nombreux instruments internationaux des droits de la personne, dont la *Convention internationale des droits de l'enfant*.¹⁴

Les Directives internationales incitent les États à prendre des mesures positives pour « veiller à ce que les enfants et les adolescents aient accès, dans le cadre et à l'extérieur de l'école, à des informations et à un enseignement appropriés en matière de santé, notamment à des informations sur les moyens de prévenir et de soigner l'infection au VIH ou le SIDA, ces informations et cet enseignement étant conçus en fonction de leur âge et de leurs capacités, pour les rendre aptes à maîtriser de manière avisée et responsable leur sexualité ».¹⁵

Obligations de divulgation et « devoir d'avertir »

L'article 26 de la loi type requiert qu'une personne diagnostiquée séropositive au VIH divulgue cette information à son « conjoint ou partenaire sexuel » [régulier] dès que possible, et au plus tard six semaines après le diagnostic. Le centre de test sera obligé de divulguer l'information aux conjoints et partenaires sexuels après cette période, en veillant à ce que tous les efforts soient faits pour que les

partenaires puissent avoir une compréhension complète de la situation.

Cette exigence est trop large. Pourquoi la divulgation est-elle requise par la loi, sans égard au degré de risque de transmission? Requérir cette divulgation, par une disposition générale, à tout partenaire sexuel – sans égard à des éléments comme la conduite sexuelle en cause, l'application de précautions pour prévenir la transmission du VIH, la capacité de la PVVIH/sida de faire cette divulgation en toute sécurité, ou les craintes de répercussions pour cette personne – est une atteinte injustifiée à la vie privée et expose les PVVIH/sida à la stigmatisation, à la discrimination, à la violence et à d'autres abus.

La divulgation de la séropositivité au VIH peut être difficile, pour diverses raisons, notamment le stigmatisme et la honte qui s'associent encore trop souvent à cette affection.

La divulgation de la séropositivité au VIH peut être particulièrement difficile, pour diverses raisons, notamment à cause du stigmatisme et de la honte qui s'associent encore trop souvent à cette affection. Dans certains cas, particulièrement pour les femmes, la crainte de violence peut être une raison de ne pas informer un partenaire. Dans certains ressorts,

le processus de la notification des partenaires est doté d'un examen de la possibilité de violence domestique, ou de référence à des services spécialisés si le cas s'avère. Les Directives internationales recommandent la notification volontaire des partenaires, mais avec considération de situations exceptionnelles :

Aux termes de la législation relative à la santé publique, les professionnels de la santé doivent être autorisés, mais sans y être obligés, à décider, suivant la nature du cas et en fonction de considérations éthiques, d'informer les partenaires sexuels d'un patient de sa séropositivité. Une telle décision est cependant subordonnée aux critères suivants :

- Le porteur du virus a reçu tous les conseils nécessaires;
- Ces conseils ont été inutiles pour provoquer chez lui le changement de comportement souhaité;
- Le porteur du virus a refusé d'informer ses partenaires ou n'a pas consenti à ce qu'ils soient informés;
- Un risque réel de transmission du VIH au(x) partenaire(s) existe;
- Le porteur du virus a reçu un préavis suffisant;
- Si possible, l'identité du porteur du virus n'est pas révélée au(x) partenaire(s);
- Le cas échéant, un suivi est assuré pour aider les intéressés.¹⁶

Le test du VIH

L'article 18 interdit le test obligatoire du VIH en général, mais crée un certain nombre d'exceptions, notamment :

- « lorsqu'une personne est inculpée d'infection à VIH/sida d'une

autre personne ou tentative d'infection à VIH par quelque moyen que ce soit;

- lorsqu'une personne est inculpée de viol;
- lorsque la détermination du statut sérologique à VIH est nécessaire pour résoudre un litige matrimonial »;
- dans les cas de don d'organe, de tissus ou de sang; et
- « lorsqu'une femme enceinte subit un examen médical ».¹⁷

Étant donné le caractère intrusif de l'imposition du test du VIH, elle constitue une violation du droit de la personne à la vie privée et à l'intégrité corporelle.¹⁸ Le test du VIH sans consentement est presque toujours injustifié¹⁹ et comme dans le cas d'autres violations de droits humains, les raisons invoquées à titre de justification nécessitent un examen minutieux.

Imposition du test aux personnes accusées de viol ou de transmission ou tentative de transmission à autrui

On devrait faire preuve d'extrême prudence, quant à l'adoption d'une loi prévoyant d'imposer le test du VIH aux personnes accusées de ces crimes – principalement parce qu'une telle utilisation du test du VIH :

- ne procure pas une information fiable et en temps opportun, au sujet du risque d'infection pour la victime d'agression;²⁰
- constitue une approche malavisée, potentiellement néfaste, aux besoins de la victime d'agression;²¹
- contrevient aux droits de l'accusé à l'intégrité corporelle, à la vie privée et à la dignité humaine; et²²

- peut ne pas être propice au rétablissement psychologique de la victime d'agression.²³

Le but présumé de l'imposition du test aux personnes accusées de crimes sexuels est de fournir une occasion aux victimes de recevoir une prophylaxie post-exposition (PPE) si elles ont pu être exposées au VIH. Cependant, la loi devrait assurer à toutes les victimes de crimes sexuels l'accès à la PPE et à un counselling en la matière, sans égard au fait que le test du VIH soit imposé ou non aux agresseurs.

Imposition du test pour résoudre un litige matrimonial

La résolution d'un conflit matrimonial requiert rarement, voire jamais, que l'on force quiconque à passer le test du VIH. Par ailleurs, il n'est pas recommandé que la séropositivité au VIH soit un motif pour annuler un mariage, puisque cela contribuerait à accroître la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH.

Imposition du test aux femmes enceintes

Un énoncé de politique de l'ONUSIDA sur le test du VIH et le counselling affirme :

Qu'il y ait ou non présence de facteurs de risque, ou potentiel d'intervention efficace pour prévenir la transmission, on ne doit pas obliger une femme [enceinte] à se faire tester. Par contre, il faut lui donner tous les renseignements qui lui permettront de prendre ses propres décisions concernant le test [du] VIH, la reproduction et l'allaitement au sein.²⁴

L'offre systématique du test du VIH aux femmes enceintes (et non le

test systématique, qui est effectué automatiquement sauf si la personne a exprimé un refus explicite), accompagnée de counselling et suivie d'une procédure pour le consentement éclairé, est une réponse appropriée aux objectifs de santé publique ainsi qu'au respect, à la protection et à la réalisation des droits humains.

La criminalisation de la transmission du VIH ou de l'exposition à l'infection

L'art. 36 de la loi type aborde la question de la criminalisation de la transmission du VIH et de l'exposition à l'infection. Malheureusement, compte tenu de la complexité particulière de cet enjeu, l'article 36 est formulé maladroitement et il manque de clarté. Sans raison apparente, l'ordre des sous-paragraphes est inversé dans les versions française et anglaise, et des différences évidentes s'observent entre ces deux versions du texte.

Par ailleurs, une partie de l'art. 36 de la loi type crée une infraction de « transmission volontaire ». Il y est affirmé que toute personne coupable de transmission volontaire du VIH recevra une sanction. La « transmission volontaire » est définie à l'article 1 comme « tout attentat à la vie d'une personne par l'inoculation de substances infectées par le VIH, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées ». La « transmission du VIH » est également définie, avec la clarification que l'infection peut se produire en raison de rapports sexuels, de transfusion de sang, de partage d'aiguille intraveineuse, d'instruments qui percent la peau, ou en situation mère-enfant.

Dans la mesure où un recours au droit pénal intervient, en lien avec le

VIH, les Directives internationales recommandent que :

La législation pénale et/ou la législation relative à la santé publique ne doit pas viser expressément les cas exceptionnels de transmission délibérée et intentionnelle du VIH, mais plutôt les traiter comme un autre délit.^(*) Elle garantirait ainsi que les éléments de prévisibilité, d'intention, de causalité et de consentement sont clairement stipulés dans la loi à l'appui d'un verdict de culpabilité et/ou de peines plus sévères.²⁵

En ce qui concerne cette partie de l'art. 36 de la loi type, il est approprié d'inclure, comme préalable à la possibilité de responsabilité criminelle, la nécessité que l'accusé eût connaissance du fait qu'il était séropositif au VIH. Cependant, l'expression « de quelque manière » ratisse trop large, en particulier si l'on tient compte de la définition donnée à « transmission du VIH » dans la loi type. Dans les faits, l'on risque d'imposer des peines criminelles dans des situations où :

- une personne a pratiqué le sexe, indifféremment de sa divulgation au partenaire sexuel et du risque réel de transmission;
- une personne a pris les mesures pour désinfecter une seringue, une aiguille ou un autre instrument qui perce la peau, indifféremment de sa divulgation au partenaire sexuel et du risque réel de transmission; et
- une mère a transmis le VIH à son enfant, y compris *in utero* ou pendant l'accouchement ou la phase du travail, indifféremment des précautions appliquées pour réduire le risque de transmission et du risque réel de transmission.

Omissions dans la loi type

Femmes

L'« Exposé des motifs » de la loi type énumère, entre autres, les principes suivants parmi les « principaux aspects » de la loi proposée :

La loi type n'aborde aucun des facteurs sociaux, culturels, économiques et juridiques qui rendent les femmes plus vulnérables devant le VIH.

« L'État s'attaquera vigoureusement aux conditions qui aggravent la propagation de l'infection à VIH, notamment, la pauvreté, les inégalités relatives au genre, les pratiques culturelles à risque »; et

« Le Gouvernement devra reconnaître la vulnérabilité accrue des femmes et des enfants et prendre les mesures nécessaires pour répondre à leurs besoins spécifiques. »

Néanmoins, la loi type ne fait pas mention des droits des femmes et elle n'aborde aucun des facteurs sociaux, culturels, économiques et juridiques qui sont spécifiques à la vulnérabilité accrue des femmes devant l'infection à VIH et les rendent plus susceptibles d'être aux prises avec des répercussions de cette infection.

Détenus

L'art. 8 de la loi type prévoit que de l'information sur le VIH doit être fournie « de la manière la plus appropriée » dans tous les centres de détention. Il donne aux ministères de la Justice, de l'Intérieur et de la Santé le pouvoir d'application de cet article. Bien qu'il soit implicite que certains détails restent à déterminer par voie de règlement subsidiaire, l'art. 8 ne fournit aucune indication quant aux éléments à réglementer. Pour être efficace, l'information sur le VIH doit être accompagnée de la prestation d'équipement concret pour prévenir l'infection par le VIH, en prison comme ailleurs, par exemple des condoms et du matériel stérile pour l'injection.

Autres personnes vulnérables

Très peu de choses, dans la loi type, abordent le cas de personnes vulnérables ou les programmes dont elles ont besoin.

Lois nationales sur le VIH

Les tenants de la loi type citent maintes fois la souveraineté des États comme un facteur de poids et contrepoids [« *check and balance* »], en rapport avec la loi type. Autrement dit, les États demeurent libres d'adopter, d'adapter, de modifier ou de rejeter le modèle, au motif de leur situation et de leurs besoins particuliers.

Compte tenu de l'expérience de la loi type de N'djamena, c'est une perspective empreinte de naïveté. En dépit des nombreuses dispositions problématiques au regard de la perspective des droits de la personne, la loi type est présentée comme un modèle (i.e., un idéal, une pratique exemplaire) législatif. Et, de fait, toutes les lois nationales sur le VIH

qui ont été adoptées par des pays de l'Afrique occidentale ont clairement été influencées par la loi type. L'une d'entre elles, récemment adoptée par la Guinée-Bissau, en est une réplique presque mot pour mot.

Généralement, les lois nationales sont basées en grande partie sur les dispositions de la loi type, avec certaines modifications, additions ou omissions mais suivant les mêmes grandes lignes législatives. Par exemple, les dispositions sur la notification des partenaires et sur le « devoir d'avertir » des professionnels de la santé, dans les lois du Niger, du Mali et du Togo, sont essentiellement identiques aux éléments susmentionnés de la loi type.

Parfois, les lois nationales présentent des dispositions supplémentaires qui sont un prolongement de la même intention législative que celle de la loi type. Lorsque les dispositions de la loi type font fi des principes des droits humains et des lois qui en découlent, les dispositions correspondantes dans les lois nationales peuvent exacerber ces problèmes. Par exemple :

- l'art. 2 de la loi guinéenne ajoute une autre restriction (au texte de la loi type) à l'éducation et à l'information sur le VIH/sida, en interdisant expressément l'éducation sur le VIH/sida aux enfants de moins de 13 ans;
- l'art. 28 de la loi guinéenne exige le test du VIH avant le mariage;
- l'art. 50 de la loi togolaise stipule le test obligatoire périodique des travailleuses et travailleurs sexuels, pour le VIH et des infections transmissibles sexuellement.²⁶

En dépit des recommandations contenues dans les Directives inter-

nationales à l'effet de ne pas créer d'infraction criminelle spécifique au VIH,²⁷ toutes les lois nationales de la région, relativement au VIH, établissent des dispositions pénales sur la « transmission volontaire du VIH ».²⁸ Aucune des lois ne contient de définition de l'expression « volontaire » – une omission qui est contraire à la mise en garde des Directives internationales à l'effet que, dans le cas d'infractions criminelles de transmission ou exposition, l'on s'assure « que les éléments de prévisibilité, d'intention, de causalité et de consentement sont clairement stipulés dans la loi à l'appui d'un verdict de culpabilité et/ou de peines plus sévères ».²⁹

Seule la loi togolaise offre un certain éclairage quant à l'élément mental requis pour démontrer la culpabilité en droit pénal : l'art. 53 de cette loi stipule que « [s]ont considérés comme des crimes : ... les relations sexuelles non protégées dans le souci de transmettre le virus ou toute autre activité de propagation *volontaire* du virus ».

Si une disposition pénale relative à la transmission est incluse en droit, l'application des mesures pénales devrait être limitée à une conduite où l'on observe ce degré élevé d'intention malicieuse, limitant l'ampleur du plus sérieux instrument juridique d'État et les pénalités conséquentes, aux cas pour lesquels un tel traitement est clairement mérité.

D'autres lois nationales sont beaucoup plus floues quant aux conduites qu'elles pénaliseraient. Par exemple :

- L'art. 27 de la loi du Bénin décrète qu'il est criminel pour toute personne qui sait qu'elle « est infectée par le virus du SIDA » [sic] d'avoir des rapports

sexuels non protégés avec une personne non informée de son état sérologique. On ne requiert pas qu'il y ait eu transmission du VIH.

- L'art. 14 de la loi du Togo impose une obligation à *toute* personne d'utiliser des condoms masculins ou féminins « lors des rapports sexuels à risque ». Dans les faits, cet article rend illégale toute pénétration vaginale ou anale sans condom – et ce sans égard aux circonstances. L'art. 13 vise spécifiquement les PVVIH/sida, leur interdisant tout « rapport sexuel non protégé » – peu importe si elles ont divulgué leur séropositivité à un partenaire, qui est consentant, et peu importe l'état sérologique du partenaire.
- Dans la loi de la Guinée, le crime élémentaire de « transmission volontaire du VIH » découle à la fois de l'art. 35 (qui catégorise comme infraction la transmission du VIH par les rapports sexuels ou par le sang) et de la définition sous-jacente, dans l'art. 1, de l'expression « transmission volontaire du VIH ». La définition semble inclure non seulement les circonstances où le virus est réellement transmis par le biais de substances porteuses, mais aussi toute exposition à de telles substances sans égard aux conséquences.

Cette définition semble aussi imposer une responsabilité pénale, relativement à la transmission et même pour l'exposition, sans égard aux éléments suivants : (a) la question de savoir si la personne se savait séropositive ou était consciente du risque de transmission à

autrui; (b) le risque réel de transmission associé à l'activité; (c) la question de savoir si la personne séropositive avait divulgué son état à l'autre personne ou si cette dernière en était consciente de quelque manière; (d) la question de savoir si la personne a pris des moyens pour réduire le risque de transmission (p. ex., condoms, autres mesures de prévention sexuelle, désinfection du matériel d'injection de drogue); et (e) la question de savoir si, dans les circonstances, la PVVIH avait un contrôle sur le degré de risque (p. ex. le port du condom par son mari ou partenaire).

- La définition de « transmission du VIH », dans certaines lois (p. ex. Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Niger) inclut la transmission périnatale [ou *transmission mère-enfant* (TME)] : certaines définitions de « transmission du VIH » font expressément référence à la TME; d'autres semblent considérer la TME comme une forme de transmission par le sang. Puisque de telles définitions pourraient être déterminantes pour établir qu'il y a eu infraction de « transmission volontaire du VIH », ces lois semblent considérer la TME comme un crime.
- La loi de la Sierra Leone contient deux articles distincts qui définissent l'infraction de « transmission du VIH ». L'art. 21(1) établit qu'une personne qui est séropositive au VIH (et qui le sait) doit « prendre toutes les mesures et précautions raisonnables pour prévenir la transmission du VIH à d'autres, et dans le cas d'une femme enceinte, au fœtus ». Par

ailleurs, selon l'article 21(2), une personne qui est séropositive au VIH (et qui le sait) ne doit pas sciemment ou par imprudence exposer une autre personne (et dans le cas d'une femme enceinte, le fœtus) au risque de contracter le VIH, sauf si cette personne connaît le fait et accepte volontairement le risque d'être infectée.³⁰

Certaines lois nationales semblent considérer la transmission périnatale du VIH comme une infraction criminelle.

Ces dispositions comportent plusieurs problèmes. Premièrement, elles violeraient le droit au traitement médical sur consentement volontaire et éclairé. Le consentement éclairé à prendre un traitement antirétroviral pour réduire le risque de TME est important, car ce traitement peut affecter la santé de la femme enceinte.³¹

Deuxièmement, l'on ne précise pas ce que l'on entend par « toutes les mesures et précautions raisonnables ». De fait, il est loin d'être évident que de telles mesures et précautions sont articulées avec suffisamment de clarté et suffisamment comprises par les professionnels de la santé

et par les femmes enceintes d'une manière qui ferait en sorte qu'il soit approprié d'appliquer des dispositions pénales pour les écarts à ces mesures et précautions. Pour ne donner qu'un exemple, est-ce que la transmission du VIH par l'allaitement du bébé constituerait un acte passible de responsabilité pénale?

Troisièmement, la crainte que l'accouchement dans un établissement de soins de santé puisse exposer des femmes à une responsabilité pénale risque d'inciter des femmes à ne pas s'adresser à ces établissements et en particulier aux soins de maternité. Quatrièmement, il est douteux que l'imposition d'une peine criminelle à une mère serve les meilleurs intérêts du nouveau-né.

Conclusion

La pression sur les législateurs et sur les gouvernements, aux quatre coins du monde, de répondre au VIH sur le plan législatif, est énorme.³² Cependant, les lois relatives au VIH, même lorsqu'elles sont maquillées des atours des droits de la personne, ne sont pas toujours un progrès. Les lois en la matière peuvent être déterminantes pour promouvoir des initiatives efficaces en réponse au VIH/sida, mais elles peuvent, en contrepartie, y nuire.

Il existe un cadre détaillé de référence sur les principes des droits humains (les *Directives internationales*), pour guider les législateurs dans le processus d'élaboration de lois en lien avec la pandémie. Afin de contribuer de manière constructive à la réduction de l'impact du VIH, les lois nationales doivent établir un cadre de réel soutien, pour les personnes séropositives et celles qui sont

vulnérables à l'infection. Beaucoup trop souvent, cette réalité semble avoir été laissée pour compte dans les lois sur le VIH qui ont récemment été adoptées en Afrique occidentale.

— Richard Pearshouse

Richard Pearshouse (rpearshouse@aidslaw.ca) est directeur de la recherche et des politiques, pour le Réseau juridique canadien VIH/sida.

la réunion de consultation sur le cadre légal sur le VIH abordant les droits humains et les droits des femmes, Hôtel N'gor Diarama, Dakar, Sénégal, 24–25 juillet 2007.

⁵ Un communiqué de juillet 2007 où l'on décrit l'adoption de la plus récente loi dans la région, est intitulé « Seven down, eleven to go: Sierra Leone seventh country to adopt HIV/AIDS law with help from Constella Futures » [Sept sont faits, onze restent : la Sierra Leone est le septième pays à adopter une loi sur le VIH/sida avec l'aide de Constella Futures] 17 juillet, 2007. Accessible à www.constellagroup.com/news/impact/2007/hiv_aids_model_law_071707.php.

⁶ Voir www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/WestAfrica/wafricapartners.htm; AWARE-HIV/AIDS, *Regional Workshop to Adopt a Model Law for STI/HIV/AIDS for West and Central Africa – General Report*, septembre 2004 (en filière auprès de l'auteur); Constella Group.

⁷ Haut-Commissariat aux droits de l'homme, « Législation nationale type servant de ligne directrice aux États pour l'adoption et le développement de lois interdisant la discrimination raciale ». À www.unhchr.ch/french/html/menu6/2/pub962_fr.htm. Pour des exemples en matière de contrôle des drogues illicites, voir www.unodc.org/unodc/en/legal_advisory_common.html.

⁸ Constella Group.

⁹ AWARE-HIV/AIDS.

¹⁰ ONUSIDA/HCDH, *Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme*, version consolidée de 2006. Accessible via www.ohchr.org/english/issues/hiv/guidelines.htm.

¹¹ ONUSIDA et Union interparlementaire, *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/sida, la législation et les droits de l'homme*, 1999. Accessible à www.ipu.org/PDF/publications/aids_fr.pdf. Au moment où nous écrivions cet article, une deuxième édition revue et mise à jour était en voie d'être finalisée.

¹² M. Bozon, *At What Age Do Women and Men Have Their First Sexual Intercourse? World Comparisons and Recent Trends*, Institut National d'Études Démographiques (France) (basé sur des enquêtes du DHS), 2003.

¹³ *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, G.A. res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) à 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), article 19.

¹⁴ *Déclaration universelle des droits de l'homme*, art. 26; *Pacte international relatif aux droits économiques, culturels et sociaux*, art. 13; *Convention sur l'élimination de la discrimination sous toutes ses formes à l'égard des femmes*, art. 10 et 14; *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*, art. 29; *Convention internationale des droits de l'enfant*, art. 28 et 29.

¹⁵ Directives internationales, par. 38(g).

¹⁶ Directives internationales, directive 3(g).

¹⁷ Pour une raison inconnue, la disposition stipulant le test obligatoire des femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals figure dans la version anglaise de la loi type, mais pas dans la traduction française.

¹⁸ Voir, p. ex., l'art. 17 du PIRDCP.

¹⁹ L'unique exception à l'interdiction d'imposer le test obligatoire concerne le cas des dons de sang, de tissus humains et d'organes, où il existe de tout évidence un impératif sanitaire de pratiquer le test du VIH et pour lequel l'État a un devoir légal de diligence envers les receveurs potentiels.

²⁰ Un résultat négatif à un test du VIH administré à un accusé ne constitue pas une preuve définitive à l'effet

que la victime n'a pas été exposée au VIH, puisqu'il se peut que l'on ait administré le test à l'accusé pendant la « période fenêtre » de l'infection à VIH (au cours de laquelle les anticorps au VIH ne sont pas détectables par les tests) : Legal Assistance Centre (LAC), *A Case Against Mandatory HIV Testing of Rapists*, 1997; AIDS Law Project (ALP), Centre for Applied Legal Studies, *Submission on the Compulsory HIV Testing of Alleged Sexual Offenders Bill*, 6 février 2003.

²¹ Relativement au potentiel de répercussions néfastes, le rapport du LAC (voir note précédente) affirme que si l'on applique des mesures de test obligatoire afin de porter des accusations supplémentaires contre les agresseurs sexuels, les victimes de viol pourraient être exposées à des questions au sujet de leurs antécédents sexuels ainsi que de leur état sérologique au VIH avant l'agression. La confidentialité au sujet de la possible séropositivité au VIH, pour la victime, après le procès, pourrait aussi devenir un problème.

²² *Ibid.*

²³ Dans le rapport de l'ALP (cf note 21) il est affirmé que « dans la vaste majorité des cas, le suspect n'est pas appréhendé dans un court laps de temps ». En conséquence, la victime n'a généralement pas l'occasion de connaître le résultat du test du suspect au moment où elle doit prendre une décision d'amorcer ou non une prophylaxie antirétrovirale.

²⁴ ONUSIDA, *Politique de l'ONUSIDA relative au test et au conseil VIH*, 1997, p. 1. Dans les Directives internationales, il est souligné que « [l]es États devraient veiller à ce que toutes les femmes et les jeunes filles en âge de procréer aient accès à des informations et à des conseils fiables et exhaustifs sur la manière de prévenir la transmission du VIH et sur le risque de transmission verticale du virus, ainsi qu'aux moyens disponibles pour réduire ce risque autant que possible ou pour mener à bonne fin une grossesse si elles choisissent de le faire. » : Directives internationales, par. 38(f).

^(*) N.d.t. : L'expression utilisée dans la version française des Directives internationales, « les traiter comme un autre délit », peut porter à confusion. La version originale anglaise dit : « *apply general criminal offences to these exceptional cases* », donc il s'agit d'une recommandation d'avoir recours aux dispositions pénales existantes plutôt que de créer des lois pénales spécialement pour le VIH.

²⁵ Directives internationales, Directive 4, par. 21(a).

²⁶ Les Directives internationales déconseillent le test obligatoire des travailleuses et travailleurs sexuels; on y recommande une approche plus large et non coercitive, en matière de prévention : Directives internationales, par. 29(c).

²⁷ Directives internationales, Directive 4, par. 21(a).

²⁸ Dans les faits, la plupart des dispositions criminalisent l'exposition à l'infection par le VIH, plutôt que sa transmission.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Plutôt que de découler de la loi type, l'art. 21 de la loi de la Sierra Leone semble basé sur l'art. 24 de la *HIV and AIDS Prevention and Control Act (2006)* du Kenya, bien que la mention expresse de la TME n'apparaisse que dans la loi de la Sierra Leone.

³¹ Voir Center for Reproductive Rights, *Pregnant Women Living with HIV/AIDS: Protecting Human Rights in Programs to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV* [briefing paper], août 2005. À www.reproductiverights.org/pdf/pub_bp_HIV.pdf.

³² M.D. Kirby.

¹ M.D. Kirby, *The New AIDS Virus — Ineffective and Unjust Laws*, document inédit préparé pour le Sommet international sur le sida, Paris, 23 octobre 1987, publié dans le *Washington Post*, 2 février 1988, p. 14.

² *Ibid.*

³ La « Loi portant prévention, prise en charge et contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin », (n° 2005-31, du 5 avril 2006) au Bénin; la « Loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida » (n° 2005-25) en Guinée; la « Loi cadre relative à la prévention, au traitement et au contrôle du VIH/sida » de la Guinée-Bissau; la « Loi fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/SIDA » (n° 06-28, du 29 juin 2006) au Mali; la « Loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) » (n° 2007-08, 30 avril 2007) au Niger; la « Loi sur la prévention et le contrôle du VIH/sida » (2007) en Sierra Leone; et la « Loi portant protection des personnes en matière de VIH/sida » (n° 2005-012) au Togo.

⁴ D'après le professeur Amsatou Sow Sidibe de l'Université Cheikh Anta Diop à Dakar; ces ressorts sont le Cameroun, le Tchad, l'Île Maurice, le Sénégal, la Côte d'Ivoire et Cap-Vert : A.S. Sidibe, « Étude régionale des cadres légaux relatifs au VIH/SIDA », exposé lors de

Les tribunaux de traitement de la toxicomanie au Canada – Examen basé sur les données

Des tribunaux de traitement de la toxicomanie (TTT), une forme de traitement imposé par le droit pénal, comme voie de rechange à l'incarcération de personnes déclarées coupables d'infractions liées à la drogue ont vu le jour au Canada en 1998. De récentes annonces du gouvernement fédéral portent à croire que le modèle des tribunaux de traitement de la toxicomanie demeurera en fonction dans quelques ressorts canadiens et connaîtra une expansion. Deux évaluations de tels programmes – à Vancouver et à Toronto – ont été réalisées. Dans le présent article, D. Werb et coll. en analysent les conclusions. Leurs analyses révèlent qu'en dépit des évaluations, on connaît peu de choses des contributions des TTT à la réduction à long terme de l'usage de drogue et de la récidive, parmi les participants; et que le rapport coût-efficacité de ces programmes doit encore être étudié. Les auteurs concluent que la continuation du financement des TTT au Canada devrait être conditionnelle à la réalisation d'essais contrôlés et randomisés afin de mesurer le succès de ces programmes dans la réduction de l'usage de drogue et de la récidive à long terme; de mesurer l'impact des TTT sur des facteurs sociétaux comme les taux de criminalité et d'incarcération d'utilisateurs de drogue; et de mesurer le rapport coût-efficacité des TTT en comparaison avec celui d'autres interventions axées sur la réduction d'effets négatifs de l'usage problématique de drogue et de la criminalité liée à la drogue.

Introduction

La criminalité associée à la drogue et les conséquences néfastes de santé publique découlant d'un usage non sécuritaire de drogue sont encore un fardeau pour plusieurs centres urbains, au Canada et dans plusieurs autres pays.^{1,2} Dans la rue, le commerce et l'usage de drogue demeurent fortement liés au désordre public ainsi qu'à des crimes acquisitifs et contre la propriété.^{3,4} Certaines formes d'usage de drogue, comme l'injection, ont par ailleurs des conséquences graves et démontrées, sur la santé des populations d'utilisateurs de drogue.⁵

Bien qu'un nombre croissant d'administrations municipales, comme celle de la Ville de Vancouver, structurent leurs réponses à ces enjeux en optant pour une approche dite « équilibrée » à quatre piliers – application de la loi, prévention, réduction des méfaits et traitement de la

toxicomanie –, des données récentes indiquent qu'il persiste une emphase disproportionnée sur l'application de la loi⁶ et que cela entrave souvent d'autres efforts qui visent à réduire les méfaits associés à la drogue chez les personnes qui en utilisent.⁷

En mars 2007, en dépit de ce déséquilibre apparent le Gouvernement canadien, dirigé par le Parti conservateur, a annoncé la mise en œuvre d'une Stratégie canadienne antidrogue qui met l'emphase sur des politiques axées exclusivement sur l'application de la loi, la prévention et le traitement,⁸ et qui comprend aussi du financement pour des programmes de diversion et de traitement extrajudiciaire, pour les personnes déclarées coupables en lien avec la drogue. Les TTT constituent l'un de ces programmes qu'endosse le gouvernement fédéral actuel.

Les TTT sont des programmes de traitements imposés par le sys-

tème judiciaire, comme mesure de rechange aux peines d'incarcération.⁹ En général, les participants sont sélectionnés parmi un bassin de contrevenants non violents accusés de crimes liés à la drogue (le plus souvent, il s'agit de possession, possession en vue d'un trafic, ou de trafic; en général, les individus accusés de trafic commercial ou de crimes violents sont exclus), et dans la plupart des modèles de TTT, l'accusé doit plaider coupable avant d'entamer le programme. Une fois enrôlés, les participants sont soumis régulièrement à des tests de détection de l'usage de drogue et placés dans un processus de traitement qui est ajusté selon leur progrès.

Un élément clé du modèle de TTT est la comparution régulière devant un tribunal, où une équipe qui n'a pas recours à une procédure contradictoire, et comprenant généralement un juge, un procureur, un avocat de

la défense ainsi qu'un conseiller en traitement, collabore afin d'examiner le progrès du participant et de stimuler l'avancement vers les buts du traitement.¹⁰ Tous les TTT fonctionnent selon le même principe d'un traitement coercitif de la toxicomanie, fondé sur l'abstinence et qui n'admet qu'une tolérance limitée à l'égard de la rechute.^{11, 12}

Depuis la création du premier TTT, en Floride, en 1989, plus de 1 600 TTT ont été établis aux États-Unis; des centaines d'autres sont en développement.¹³ Dans plusieurs ressorts états-uniens, les TTT constituent un important point de contact entre des personnes qui font usage de drogue et des services de traitement de la toxicomanie.¹⁴ Des programmes de TTT ont aussi été mis en œuvre en Australie et au Royaume-Uni.¹⁵ Plusieurs évaluations de divers degrés de qualité et de rigueur ont été présentées, au sujet de l'efficacité des TTT pour le traitement de la toxicomanie et la réduction du taux de récidive.^{16, 17, 18, 19, 20, 21} Cependant, alors que des centaines de TTT états-uniens procèdent régulièrement à s'auto-évaluer,²² le nombre d'évaluations de TTT qui sont examinées par des pairs est peu élevé, et dans certaines de ces dernières l'on a signalé d'importantes lacunes méthodologiques.²³

Seulement trois essais contrôlés et randomisés (ECR) ont été réalisés au sujet de TTT. L'un d'entre eux, à Baltimore, n'a relevé aucune différence statistiquement significative entre les participants associés au groupe expérimental (TTT) et au groupe contrôle (judiciarisé), en ce qui concerne les taux de criminalité, d'alcoolisme, d'emploi, de mortalité, ni en ce qui touche la solidité des relations familiales et sociales, trois ans après leur acceptation au TTT

de Baltimore.²⁴ Une autre évaluation de TTT, dans le Comté de Maricopa, Arizona, a constaté qu'après 36 mois, le groupe expérimental (TTT) avait un taux de récidive de 33 %, comparé à 44 % pour le groupe contrôle (judiciarisé), et que cette différence était significative au plan statistique.²⁵ En outre, l'ECR réalisé dans l'État de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, n'a décelé aucune différence statistiquement significative entre le groupe expérimental (TTT) et le groupe contrôle (judiciarisé) un an après la complétion du programme.²⁶

Tous les tribunaux de traitement de la toxicomanie fonctionnent selon le même principe : traitement coercitif de la toxicomanie, fondé sur l'abstinence, et tolérance limitée à l'égard de la rechute.

Au Canada, l'expérience des TTT est limitée : un a été instauré à Toronto en 1998 et un à Vancouver en 2001.^{27, 28} Cependant, la création récente de TTT à Edmonton et à Regina,^{29, 30} l'octroi de 13,3 millions \$ pour le développement d'autres TTT à Winnipeg et à Ottawa,³¹ et l'emphasis que place le gouvernement actuel sur les programmes de diversion extrajudiciaire, portent à croire que ces programmes sont de plus en plus attrayants pour les responsables des politiques canadiennes.

Trois hypothèses centrales catalysent l'expansion et la popularité des TTT : on affirme qu'ils réduisent la récidive et l'usage de drogue,³² et qu'ils présentent un rapport coût-bienfaits qui est avantageux.³³ Les deux premières affirmations sont proposées à titre de preuves de l'efficacité des TTT dans le traitement de la toxicomanie.³⁴ L'affirmation voulant que les TTT soient une approche rentable est fondée sur leur présumée capacité d'alléger la pression sur les services correctionnels en s'occupant du cas d'individus dépendants de drogue et qui autrement seraient emprisonnés.³⁵ Cependant, il n'est toujours pas démontré que les TTT conduisent à de tels bienfaits, et l'on a peu discuté de l'impact que la coercition et l'exigence d'abstinence entraînent en termes d'efficacité des programmes.

Évaluations de TTT au Canada

Deux évaluations majeures ont été réalisées au Canada : l'une à Toronto, l'autre à Vancouver. Signalons qu'une évaluation du TTT d'Edmonton a aussi été réalisée, mais que la taille minime de son échantillon (sept personnes) et sa durée limitée (cinq mois) affectent grandement l'utilité de cette étude.³⁶

L'évaluation du TTT de Vancouver

L'évaluation du TTT de Vancouver a procédé selon une conception non randomisée. Les auteurs ont identifié, comme facteurs à l'encontre de la randomisation, l'injustice de refuser un traitement de la toxicomanie à des individus qui pourraient en bénéficier, et le souhait de l'équipe de l'étude pilote de recruter les participants les plus admissibles au programme.³⁷

Comme groupe contrôle, l'équipe d'évaluation a eu recours à un groupe sélectionné d'individus assortis au groupe de participants au TTT selon des variables préétablies. Ce groupe contrôle (de 327 personnes) était composé de volontaires incarcérés ainsi que d'une cohorte « virtuelle » d'individus qui ont été retracés au moyen de dossiers de probation et de fichiers électroniques de contrevenants ayant des problèmes de toxicomanie.

Bien que les évaluateurs aient couplé 166 individus du groupe TTT et du groupe contrôle, relativement à cinq variables clés – appartenance ethnique, sexe, infractions antérieures avec violence, âge et nombre de condamnations antérieures –, cette sous-cohorte d'individus assortis présentait des différences significatives, en comparaison avec l'ensemble du groupe TTT, au plan de l'âge, de l'appartenance ethnique, et du sexe. Les résultats extraits d'une comparaison des individus assortis peuvent, par conséquent, ne pas refléter nécessairement les résultats de l'ensemble du groupe TTT.

Les individus formant le groupe contrôle étaient aussi en moyenne plus susceptibles d'être plus âgés, de sexe masculin et de race caucasienne, en comparaison avec le groupe TTT. De plus, des différences cruciales s'observaient dans les antécédents criminels des participants des deux groupes. En comparaison avec les participants du groupe TTT, ceux du groupe contrôle avaient passé en moyenne deux fois plus de jours en détention préventive (153 vs 75), plus de mois en détention (35,8 vs 20,16) et étaient moins susceptibles d'avoir perpétré des crimes liés à la drogue (29,1 % vs 67,7 %). Ces différences dans les données de base, entre le

groupe TTT et le groupe contrôle, ont probablement affecté les conclusions de l'évaluation et pourraient contribuer à expliquer des différences dans les taux d'usage de drogue et de récidive, entre les deux groupes, après le programme.

Le TTT de Vancouver a été évalué pendant approximativement trois ans et demi, soit de décembre 2001 à mars 2005. Pendant cette période, 322 participants y ont été admis, dont 34 (10,6 %) ont « gradué », et huit (2,5 %) ont complété différemment le programme (en ce sens qu'ils ont réduit considérablement leur consommation de drogue et ont atteint un certain degré de stabilité économique et sociale). Au mois de mars 2005, 185 participants (57,5 %) avaient abandonné le programme volontairement ou en avaient été expulsés; 25 (7,8 %) en étaient suspendus à ce moment; et 64 (19,9 %) y participaient encore. Six individus (1,5 %) sont décédés pendant la période où ils participaient au programme.³⁸

Fait important, la participation au programme n'avait pas eu de conséquence statistiquement significative sur le taux d'accusations portées contre les participants pendant leur période de participation au programme. De plus, aucune différence statistique n'a été observée entre les participants au TTT et les individus du groupe contrôle, en ce qui concerne l'accumulation d'accusations pénales post-programme, mesurée six mois après la participation au TTT. Les évaluateurs du TTT de Vancouver n'ont pas collecté de données concernant la consommation de drogue après la participation au programme. Sans cette information, il n'y a aucun moyen de mesurer le degré de succès du programme à cet égard.

L'évaluation du TTT de Toronto

L'évaluation du TTT de Toronto consistait en ce que les évaluateurs ont qualifié d'« essai quasi-randomisé »; les participants au groupe TTT étaient comparés à deux groupes contrôle. La comparaison principale était faite avec 64 participants qui étaient admissibles au TTT mais qui avaient choisi de ne pas participer au programme et dont le cas a ultérieurement été traité par le système traditionnel de justice pénale; ce groupe était appelé « groupe contrôle judiciaire ». Tous les participants du TTT faisaient l'objet d'un suivi d'approximativement 18 mois, après l'admission au programme; chacun était évalué au regard de plusieurs variables qui incluaient des facteurs sociodémographiques et des indicateurs d'usage de drogue, de récidive criminelle, et de l'état de santé.

Dans l'ensemble, lorsque comparés aux participants du groupe TTT, les individus du groupe contrôle judiciaire présentaient un taux beaucoup plus élevé d'activité criminelle constituant une source majeure de revenu avant l'inscription à l'étude (23,3 % vs 6,9 %); ils étaient plus jeunes que les participants du groupe TTT (30,8 ans vs 34,2 ans); ils étaient plus susceptibles d'être chroniquement sans emploi (62,8 % vs 34,2 %); en plus grande proportion de sexe féminin (48,4 % vs 24,1 %); et avaient pris de la cocaïne plus souvent dans les 90 jours précédant l'évaluation clinique du TTT (en moyenne 54,5 jours vs 34,3 jours) que leurs contreparties du groupe TTT.

En général, les évaluateurs ont décrit le groupe contrôle judiciaire comme étant généralement plus lourdement caractérisé par l'abus de drogue et l'activité criminelle.³⁹

Certaines des variables susmentionnées, en lien avec lesquelles les participants aux groupes présentaient des différences, ont été démontrées comme des facteurs associés à un risque plus marqué de dépendance à la drogue et de préjudices associés, ainsi que d'injection de drogue en particulier, parmi des populations à risque.^{40, 41, 42, 43, 44} Par conséquent, en incluant des contrevenants qui présentaient moins d'indicateurs de dépendance à la drogue que dans le groupe contrôle judiciaire, le groupe TTT comptait possiblement des individus qui avaient une meilleure chance de réussir le traitement, en comparaison avec les individus du groupe de comparaison judiciaire.

L'évaluation du tribunal de traitement de la toxicomanie de Toronto n'a pas fourni d'information fiable sur l'usage de drogue après le programme.

De plus, étant donné que le groupe contrôle judiciaire a été formé d'individus qui étaient admissibles au groupe TTT mais qui avaient décidé de ne pas y participer, les évaluateurs ont immiscé un biais de sélection, dans cet essai, puisque les participants au groupe TTT étaient potentiellement plus motivés que le groupe contrôle judiciaire, à l'égard d'un recours au traitement et du respect des exigences.

Pendant la période du 1^{er} avril 1999 au 1^{er} octobre 2003, d'un total de 365 participants, 57 (15,6 %) ont « gradué » du TTT de Toronto, alors que 308 (84,4 %) en ont été expulsés ou ont abandonné le programme.⁴⁵ Quant à l'hypothèse voulant que les TTT réduisent la récidive, une analyse de suivi a démontré que les participants du TTT de Toronto avaient un taux moindre d'accusations et de verdicts de culpabilité après leur participation au programme TTT, en comparaison avec leur taux d'accusations et de verdicts de culpabilité antérieurs à leur inscription au programme. Cependant, une diminution semblable et significative de ces mêmes taux s'observait aussi dans le groupe contrôle judiciaire.⁴⁶

L'évaluation du TTT torontois n'a pas livré d'information fiable au sujet de l'usage de drogue et du statut socioéconomique, à l'issue du programme, pour les participants du groupe TTT et des groupes contrôle. Par conséquent, on connaît peu de choses sur l'effet du TTT de Toronto sur la vie ultérieure des participants, et en particulier sur leurs tendances en ce qui touche l'usage de drogue, à long terme.

Coûts et rapport coût-efficacité des TTT de Vancouver et de Toronto

L'évaluation du TTT de Vancouver a clairement établi les coûts du TTT sur 3,5 ans et elle a comparé le rapport coût-efficacité pour les participants inscrits au programme et pour les individus assortis du groupe contrôle. En comparant les coûts directs des participants du TTT qui avaient laissé tomber le programme ou en avaient été expulsés, et ceux de leurs contreparties assorties dans le groupe contrôle, l'évaluation a conclu à une

économie directe en faveur du groupe contrôle judiciaire, d'environ 6 000 \$ par individu qui a abandonné le TTT, et de 10 000 \$ pour les individus qui en ont été expulsés. Cependant, dans le groupe assorti de plus petite taille, de participants ayant « gradué » du TTT, une économie d'environ 4 000 \$ a été mesurée en faveur de ces gradués, en comparaison avec les individus assortis du groupe contrôle.

Dans l'ensemble, le coût par personne a été établi à 21 254 \$ pour les participants du TTT de Vancouver, et à 13 117 \$ pour les individus du groupe contrôle assorti, ce qui indique une différence d'environ 8 000 \$ entre les uns et les autres. Comme l'ont signalé les évaluateurs du TTT de Vancouver : « Généralement, afin d'atteindre une rentabilité avec une stratégie de TTT, il faut qu'un grand nombre de participants présentent des résultats positifs (i.e. un moins grand nombre de verdicts de culpabilité). D'après les données actuelles, ce pourrait être possible si le programme arrivait à faire graduer une plus grande proportion de participants » [trad.].⁴⁷

Ceci indique que l'inefficacité du modèle de prestation de traitement du TTT de Vancouver peut être la principale raison du faible rapport coût-efficacité du programme. Cependant, en raison du manque de données sur l'usage de drogue post-programme, Devlin et ses collègues ont été incapables d'inclure les coûts associés à la continuation de l'usage de drogue, dans leur analyse du rapport coût-efficacité; il va sans dire que cela limite la portée de leur évaluation des coûts.

En outre, les coûts totaux du TTT de Vancouver pour la période de décembre 2001 à mars 2005 étaient de 4 058 819 \$.⁴⁸ Avec 42 participants

ayant gradué ou complété autrement le programme, le coût par gradué ou finissant s'élève à 96 639 \$.

Le ministère fédéral de la Justice a alloué 1,6 million \$ pour financer le TTT de Toronto sur une période d'essai de quatre ans. Cependant, ce chiffre n'inclut pas les coûts des services de traitement et d'infrastructure fournis par le Centre de toxicomanie et de santé mentale (CTSM) qui a servi de partenaire du TTT torontois en matière de traitement. Les évaluateurs de Toronto ont effectué une analyse de coût du TTT en calculant tous les coûts associés au volet « tribunal » du programme, et en les ajoutant aux coûts estimés des traitements, de la coordination communautaire et de la détermination de la peine. Au moyen de cette méthode, le coût moyen par participant au TTT de Toronto a été établi à 42 564 \$. En moyenne, les gradués coûtent 53 555 \$, les participants qui ont abandonné le programme dans le premier trimestre coûtent 29 748 \$ et ceux qui ont voulu poursuivre le programme au delà de trois mois mais qui l'ont abandonné ou en ont été exclus ultérieurement coûtent 72 322 \$.⁴⁹

Cependant, les évaluateurs ont été incapables de donner un chiffre pour le coût total du programme; et ils ont exclu plusieurs des coûts associés au TTT, comme le coût des services de traitement, ou de services juridiques fournis en nature, le coût des fournisseurs de traitements non affiliés au CTSM, le coût du traitement ordonné par le tribunal et inclus dans la peine (qui réfère au traitement administré dans le cadre d'une sentence distincte du programme de TTT) et des coûts indirects.⁵⁰

Des médias canadiens et au moins un chercheur ont avancé que le TTT de Toronto est rentable, en estimant

le coût du traitement par participant au TTT à entre 3 000 \$ et 5 000 \$ par année,⁵¹ en comparaison avec un coût annuel de 48 000 \$ à 52 000 \$ pour incarcérer un contrevenant. Cependant, les statistiques canadiennes révèlent que, pour 83 % des personnes incarcérées pour des crimes liés à la drogue, la durée moyenne de la peine d'emprisonnement pour possession est de 15 jours, et de trois mois pour le trafic.^{52, 53} Par conséquent, le fait de prétendre que les TTT constituent une économie de coût, en comparant des taux annuels d'incarcération et des taux annuels de traitement constitue une fausse représentation des faits, puisque la durée d'incarcération pour les contrevenants en lien avec la drogue est souvent beaucoup plus brève que les programmes de TTT, et en conséquence emporte des coûts généraux associés qui sont plus faibles.

Les individus qui ont une forte dépendance à la drogue peuvent être les plus vulnérables à l'« échec » puisque ces tribunaux du traitement visent l'abstinence.

Le rôle de la coercition et de l'abstinence dans les modèles de TTT

Les TTT fonctionnent sur le principe de la coercition judiciaire, où le pouvoir des tribunaux et la menace

d'incarcération jouent un rôle de facteurs de motivation pour promouvoir la fidélité au traitement chez les participants au TTT.⁵⁴ Cependant, les évaluations qui examinent le recours à la coercition, dans la fourniture de traitements de la toxicomanie, ont livré des résultats jusqu'ici non concluants.^{55, 56, 57, 58, 59}

Bien que les TTT de Vancouver et de Toronto soient des programmes orientés vers le traitement, les deux exigent que les participants soient complètement abstinents de drogue afin de « graduer » du programme. Ce point de mire sur l'abstinence ne tient pas compte de l'impact du rôle de la rechute sur l'histoire naturelle de la toxicomanie.⁶⁰ Un corpus bien établi de littérature démontre que la toxicomanie est une affection chronique et récurrente, conditionnée par une multitude de caractéristiques comportementales et socio-contextuelles qui peuvent ne pas correspondre à tout coup à des programmes fondés sur l'abstinence.^{61, 62}

En outre, le point de mire des TTT sur l'abstinence entraîne que les individus qui présentent une forte dépendance à la drogue peuvent être les plus vulnérables à « échouer » au programme du TTT.⁶³ Comme le démontrent des évaluations de TTT, les utilisateurs les plus dépendants échouent souvent au programme et sont retournés au système judiciaire, alors que les individus moins dépendants (qui ont de meilleures chances de contrôler leur usage de drogue et, par conséquent, de graduer) sont récompensés; par exemple, dans une étude qui cherchait à identifier les prédicteurs de rétention parmi les participants du TTT, les individus qui signalaient que leur drogue de prédilection était la marijuana ou l'alcool et qui avaient été arrêtés le moins

souvent étaient les plus susceptibles d'arriver à graduer du programme de TTT.⁶⁴

Conclusion

Les évaluations des TTT canadiens ont échoué jusqu'ici à faire la preuve que ces programmes sont efficaces pour réduire les taux de récidive et d'usage de drogue parmi les participants. L'évaluation du TTT de Vancouver et celle du TTT de Toronto, comme bon nombre d'autres évaluations de TTT, sont minées par des problèmes de méthodologie (spécialement graves dans le cas de celle de Vancouver) qui rendent difficile d'évaluer adéquatement l'efficacité de ces programmes.

De plus, les taux élevés d'échec qui caractérisent les TTT ont le potentiel d'exacerber le contact des contrevenants pour drogue avec le système judiciaire, puisque ceux qui échouent aux programmes sont souvent renvoyés dans le système judiciaire traditionnel. Ceci peut résulter en une augmentation des coûts d'ensemble, pour le système judiciaire et correctionnel, et une prolongation du placement de l'individu au sein de ces systèmes, en dépit de leur échec à traiter efficacement la dépendance à la drogue.

Vu les nombreuses inconnues relatives aux TTT, en particulier dans le contexte canadien, la décision du gouvernement fédéral de procéder à l'expansion du système canadien de TTT semble prématurée. Bien que des évaluations des TTT de Toronto et de Vancouver aient été réalisées, aucune n'offre une analyse complète de l'effet de ces interventions sur les participants.

Le financement des TTT au Canada devrait, par conséquent, être rendu conditionnel à la réalisation de

recherches évaluatives qui utilisent une méthodologie d'essai contrôlé et randomisé, et qui incluent un certain nombre de critères de mesures de succès. En particulier, les recherches évaluatives sur les TTT au Canada devraient inclure des mesures de l'efficacité à long terme (i.e. mesures à long terme de l'usage de drogue et de la récidive) et de l'innocuité; elles devraient mesurer l'impact des TTT sur des éléments sociétaux comme les taux de crime et d'incarcération d'utilisateurs de drogue par injection; et elles devraient inclure des composantes destinées à mesurer le rapport coût-efficacité des TTT en comparaison avec d'autres interventions destinées à réduire les répercussions négatives de l'usage problématique de drogue ainsi que la criminalité associée à la drogue. Sans ces données additionnelles, il est impossible de justifier l'expansion de tels programmes au Canada.

— Daniel Werb, Richard Elliott,
Benedikt Fischer, Evan Wood,
Julio Montaner, Thomas Kerr

Daniel Werb et Thomas Kerr sont à l'emploi du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS; Richard Elliott, du Réseau juridique canadien VIH/sida; Benedikt Fischer, du Centre for Addictions Research of British Columbia, University of Victoria; Evan Wood et Julio Montaner, du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et du Département de Médecine, University of British Columbia. La correspondance devrait être envoyée à Thomas Kerr (tkerr@cfcenet.ubc.ca).

¹ B. Fischer et coll., « Illicit opioid use in Canada: comparing social, health, and drug use characteristics of untreated users in five cities (OPICAN study) », *Journal of Urban Health* 82 (2005) : 250–266.

² « Social and economic costs of illicit drugs », *Chronique ONG* 35 (1998) : 7.

³ S. Brochu, *Estimating the Costs of Drug-Related Crime*, document présenté lors du 2^e Symposium international sur les coûts sociaux et économiques de la toxicomanie, 1995, Montebello, Québec.

⁴ K. Pemanen et coll., *Proportions des crimes associés à l'alcool et aux autres drogues au Canada*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002.

⁵ E. Wood et coll., « Inability to access addiction treatment and risk of HIV-infection among injection drug users », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 36(2) (2004) : 750–754.

⁶ K. DeBeck et coll., « La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 – Examen basé sur les données », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11 (2/3) (2007) : 1, 5–14.

⁷ J. Cohen et J. Csete, « As strong as the weakest pillar: harm reduction, law enforcement and human rights », *International Journal of Drug Policy* 17 (2006) : 101–103.

⁸ Gouvernement du Canada, *Le Plan budgétaire* [2007], ministère des Finances, 19 mars 2007.

⁹ S. Belenko, *Research on Drug Courts: A Critical Review 2001 Update*, The National Center on Addiction and Substance Abuse, 2001.

¹⁰ C. La Prairie et coll., « Drug treatment courts — a viable option for Canada? Sentencing issues and preliminary findings from the Toronto court », *Substance Use & Misuse* 37 (2002) : 1529–1566.

¹¹ M. Devlin et coll., *Drug Treatment Court of Vancouver Program Evaluation: Final Evaluation Report*, Centre national de prévention du crime, 2006.

¹² C.W. Huddleston et coll., *Painting the Current Picture: A National Report Card on Drug Courts and Other Problem Solving Court Programs in the United States*, National Drug Court Institute, 2005.

¹³ *Ibid.*

¹⁴ S. Belenko.

¹⁵ « Drug courts' three-year extension », *BBC News* (édition Internet), 30 mars 2006.

¹⁶ C. La Prairie et coll.

¹⁷ M. Devlin et coll.

¹⁸ K. Freeman, L. Karski et P. Doak, *New South Wales Drug Court Evaluation: Program and Participant Profiles*, Bureau of Crime Statistics and Research, 2000.

¹⁹ B. Lind, D. Weatherburn et S. Chen, *New South Wales Drug Court Evaluation: Cost-Effectiveness*, New South Wales Bureau of Crime Statistics and Research, 2002.

²⁰ J. Goldkamp et coll., « Context and change: the evolution of pioneering drug courts in Portland and Las Vegas (1991–1998) », *Law & Policy* 23(2) (2001) : 141–170.

²¹ M. Kleiman, « Drug court can work: would something else work better? », *Criminology & Public Policy* 2 (2003) : 167–169.

²² C.W. Huddleston et coll.

²³ J.F. Andersen, « What to do about 'much ado' about drug courts? », *International Journal of Drug Policy* 12(5) (2001) : 469–475.

- ²⁴ D. Gottfredson et coll., « The Baltimore city drug treatment court: 3-year self-report outcome study », *Evaluation Review* 29(1) (2005) : 42–64.
- ²⁵ S. Turner et coll., « A decade of drug treatment court research », *Substance Use & Misuse* 37(12/13) (2002) : 1489–1527.
- ²⁶ B. Lind.
- ²⁷ M. Devlin et coll.
- ²⁸ L. Gliksman et coll., *Toronto Drug Treatment Court Evaluation Project Final Report*, Centre national de prévention du crime, 2004.
- ²⁹ McCready Consultants, *Evaluation of Edmonton's Experimental Drug Treatment Court*, Prostitution Awareness and Action Foundation of Edmonton, 2006.
- ³⁰ B. Pacholik, « Treatment mandate of new local court », *Regina Leader-Post*, 3 octobre 2006.
- ³¹ Ministère de la Justice, *Élargissement des tribunaux de traitement de la toxicomanie au Canada*, 2005.
- ³² W.G. Meyer et A.W. Ritter, « Drug courts work », *Federal Sentencing Reporter* 14 (2001) : 179.
- ³³ S. Belenko.
- ³⁴ W.G. Meyer et A.W. Ritter.
- ³⁵ S. Belenko.
- ³⁶ McCready Consultants.
- ³⁷ M. Devlin et coll.
- ³⁸ *Ibid.*
- ³⁹ L. Gliksman et coll.
- ⁴⁰ B. Fischer et coll., « Illicit opiates and crime: results of an untreated user cohort study in Toronto », *Revue canadienne de criminologie* 43 (2001) : 197–217.
- ⁴¹ C.M. Fuller et coll., « Factors associated with adolescent initiation of injection drug use », *Public Health Report* 116 (S1) (2001) : 136–145.
- ⁴² E.L. Gollub et coll., « Gender differences in risk behaviors among HIV+ persons with an IDU history: the link between partner characteristics and women's higher drug-sex risks. The Manif 2000 study group », *Sexually Transmitted Diseases* 25 (1998) : 483–488.
- ⁴³ E. Roy et coll., « Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation », *Journal of Urban Health*, 80 (2003) : 92–105.
- ⁴⁴ *Ibid.*
- ⁴⁵ L. Gliksman et coll.
- ⁴⁶ *Ibid.*
- ⁴⁷ M. Devlin et coll.
- ⁴⁸ *Ibid.*
- ⁴⁹ L. Gliksman et coll.
- ⁵⁰ *Ibid.*
- ⁵¹ A.L. Chiodo, « Sentencing drug-addicted offenders and the Toronto drug court », *Criminal Law Quarterly* 45 (2001) : 53–100.
- ⁵² C. La Prairie et coll.
- ⁵³ Statistique Canada, *Statistiques sur les tribunaux de juridiction criminelle pour adultes 1998/99*, Centre canadien de la statistique juridique, 2000.
- ⁵⁴ R. Mugford et J. Weekes, *Traitement obligatoire et imposé*, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, 2006.
- ⁵⁵ D.D. Simpson, G.W. Joe et G.A. Rowan-Szal, « Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes », *Drug and Alcohol Dependence* 47 (1997) : 227–235.
- ⁵⁶ D. Anglin, M. Brecht et E. Maddahian, « Pretreatment characteristics and treatment performance of legally coerced versus voluntary methadone maintenance admissions », *Criminology* 27 (1989) : 537–557.
- ⁵⁷ M. Brecht et M.D. Anglin, « Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients », *American Journal of Drug & Alcohol Abuse* 19 (1993) : 89–106.
- ⁵⁸ J.J. Collins et M. Allison, « Legal coercion and retention in drug abuse treatment », *Hospital and Community Psychiatry* 34 (1983) : 1145–1149.
- ⁵⁹ J.A. Inciardi, *Screening and Assessment for Alcohol and Other Drug Abuse Among Adults in the Criminal Justice System*, Centre for Substance Abuse Treatment, 1994.
- ⁶⁰ G.J. Connors, S.A. Maisto et D.M. Donovan, « Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models », *Addiction* 91 (1996) : S5–S13.
- ⁶¹ A.I. Leshner, « Addiction is a brain disease, and it matters », *Science* 278 (1997) : 45–47.
- ⁶² P. Owen et G.A. Marlatt, « Should abstinence be the goal for alcohol treatment? », *American Journal on Addictions* 10 (2001) : 289–295.
- ⁶³ M.B. Hoffman, « The drug court scandal », *North Carolina Law Review* 78 (2000) : 1437–1527.
- ⁶⁴ R.H. Peters, A.L. Haas et M.R. Murrin, « Predictors of retention and arrest in drug courts », dans S. Belenko et coll. (éd.), *National Drug Court Institute Review, vol. II* (Alexandria, Virginia: National Drug Court Institute, 1999), 30–48.

Le recours au droit mou comme réponse au VIH/sida en Asie du Sud-Est

Des ententes non exécutoires, ou « droit mou », ont contribué à influencer des politiques gouvernementales et à réduire la vulnérabilité au VIH parmi des travailleurs de la construction dans la sous-région du Grand Mekong, en Asie du Sud-Est. Dans cet article, David Patterson et ses collègues expliquent que le droit mou comporte certains avantages par rapport au droit des traités, mais que des défis persistent dans sa mise en œuvre.

Ces dernières années, en Asie du Sud-Est, la plupart des économies ont connu un essor rapide et ont investi dans d'importants projets d'infrastructure. Plusieurs travailleurs de la construction (des hommes, pour la plupart) œuvrant à ces projets sont des ressortissants nationaux mobiles, mais bon nombre sont des migrants (documentés ou non) de la région.

Tous ces travailleurs sont exposés à un risque accru d'infection par le VIH parce qu'ils ont les moyens de se payer de l'alcool, d'autres drogues et des services sexuels; ils sont éloignés de leurs familles et de leurs réseaux de soutien social; et ils ne sont peut-être pas joints par des programmes locaux de prévention du VIH (là où il en existe), en raison d'obstacles liés à la langue ou à l'alphabétisation. À leur retour à la maison, ils peuvent transmettre le VIH et d'autres infections à leurs partenaires sexuel·les et d'injection de drogue.

La plupart des gouvernements de la région de l'Asie du Sud-Est ont manifesté peu d'intérêt à l'égard des traités existants sur les droits des travailleurs migrants.¹ La *Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille* n'a été ratifiée que par les Philippines et le Timor-

Leste; le Cambodge et l'Indonésie l'ont signée, sans toutefois la ratifier. Et seules les Philippines ont ratifié la *Convention sur les travailleurs migrants (dispositions complémentaires)* de l'Organisation internationale du travail (OIT).

Les ententes internationales et régionales non exécutoires sur le VIH comportent des avantages par rapport au droit des traités : elles peuvent être préparées assez rapidement et, dans le cas d'ententes régionales, elles peuvent être adaptées au contexte local. Leurs mécanismes de surveillance sont aussi plus informels et flexibles que ceux des traités.

En novembre 1999, le Groupe d'intervention sur le VIH/sida de l'Association of South East Asian Nations (ASEAN) a proposé que « les gouvernements de l'ASEAN adoptent une politique commune recommandant l'intégration de programmes de prévention du VIH en tant que condition préalable aux mécanismes d'appel d'offres et d'approbation de contrats de construction et de développement d'infrastructure » [trad.]. Cette disposition a été incluse dans les « Recommandations on Building HIV Resilience along the ASEAN Highway » (ci-après, les « Recommandations de Bangkok ») adoptées lors d'une rencontre

régionale intergouvernementale à Bangkok, en octobre 2003.²

Dans la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* de 2001, tous les États membres des Nations Unies se sont engagés, « [d]'ici à 2005, [à] élaborer et commencer à appliquer, aux niveaux national, régional et international, des stratégies qui facilitent l'accès aux programmes de prévention du VIH/sida pour les migrants et les travailleurs mobiles, notamment en fournissant des informations sur les services sanitaires et sociaux ».³ Le cadre visant à surveiller la mise en œuvre de la Déclaration fait aussi référence aux populations mobiles.⁴ La Déclaration a été réitérée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2006.⁵

En 2004, six pays (Cambodge, Chine, Laos, Myanmar, Thaïlande et Viet-Nam) ont convenu dans un protocole d'entente (ci-après, « Protocole régional »), entre autres, de « ... rehausser la collaboration entre les ministères responsables de l'agriculture, de la construction, des finances, de la santé, des affaires intérieures, du travail, des travaux publics, de la sécurité publique et des transports, afin de promouvoir les Recommandations révisées de Bangkok dans la construction d'infrastructures pour le réseau routier de l'ASEAN... » [trad.].

Développée par le Groupe régional d'intervention de l'ONU sur la mobilité et la réduction de la vulnérabilité au VIH (UNRTF), la « Regional Strategy on Mobility and HIV Vulnerability Reduction in the Greater Mekong Subregion 2002-2004 » [« Stratégie régionale sur la mobilité et la réduction de la vulnérabilité au VIH dans la sous-région du Grand Mekong 2002-2004 »] (ci-après, « Stratégie régionale ») a été révisée en 2006 : on l'a reconduite jusqu'en 2006-2008 et l'on y a ajouté une référence au Protocole régional (tout en précisant que la mise en œuvre nationale demeurerait limitée).⁶

En 2005, un outil d'évaluation a été développé et mis en œuvre au Cambodge, au Laos, en Thaïlande et au Viet-Nam pour examiner la reconnaissance et la conformité nationales à l'égard de ces ententes. Cette auto-évaluation des politiques nationales a permis d'attirer l'attention d'intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux sur leurs engagements internationaux et de stimuler les discussions et l'engagement, relativement à l'avancement du mécanisme de réforme des politiques.

Par exemple, la Thaïlande a déclaré que même si elle n'exige pas d'évaluation de l'impact du VIH, elle développera des lignes directrices sur la manière dont une telle évaluation devrait se dérouler. Elle s'est aussi engagée à élaborer une politique sur l'intégration de programmes de prévention du VIH en tant que condition préalable aux mécanismes d'appel d'offres et d'approbation de contrats de construction.⁷

En juin 2007, les ministres de la Santé des pays de l'Asia Pacific Economic Cooperation (APEC) ont appuyé des lignes directrices à

l'intention des économies de l'APEC, qui font référence au *Recueil de directives pratiques sur le VIH/sida et le monde du travail* de l'OIT et qui intègrent des éléments clés des Recommandations de Bangkok.⁸ Plus précisément, elles recommandent que des évaluations de l'impact du VIH soient menées dans le cadre d'études de faisabilité des projets d'infrastructure, et que les exigences d'appel d'offres et d'approbation incluent l'intégration de programmes complets et sexospécifiques sur la santé au travail et la prévention du VIH.

La Thaïlande s'est engagée à élaborer une politique sur l'intégration de programmes de prévention du VIH, comme préalable aux mécanismes d'appel d'offres et d'approbation de contrats de construction.

Étude de cas : Cambodge

Au Cambodge, la réponse nationale au VIH est coordonnée par la National AIDS Authority (NAA). En 2004, la NAA a convoqué un Groupe de travail technique et multisectoriel sur le VIH et la mobilité. Le ministère des Travaux publics et des Transports, membre du Groupe de travail, a aussi mis sur pied un Comité ministériel sur le VIH/sida, qui a développé en 2005 un plan d'action sur le VIH.

Dans ce plan d'action, les domaines prioritaires de plaidoyer et de réforme des politiques incluent la mise en œuvre du Protocole régional dans le cadre d'importants projets d'infrastructure. En octobre 2005, un atelier de formation sur le plaidoyer a été offert aux membres du Groupe de travail.⁹ Il a impliqué le développement d'un plan de plaidoyer pour l'adoption d'une politique sur l'allocation d'un budget aux activités sur le VIH dans les projets d'infrastructure.

En 2006, le Ministère a adopté une série de politiques sur le VIH/sida, dont l'une vise explicitement à mettre en œuvre les obligations énoncées dans le Protocole régional, mentionné dans l'introduction et inclus en annexe. Cette politique stipule notamment que « tous les budgets de contrats issus d'appels d'offres dans le cadre de programmes de développement de projets pour la construction d'infrastructures publiques doivent être soumis au président du Comité du sida du Ministère des Travaux publics et des Transports, pour examen et recommandation à la direction du ministère, en vue de l'approbation de programmes de prévention du VIH et des ITS... » [trad.]¹⁰

Discussion

L'expérience du Cambodge démontre que les ententes non exécutoires entre États peuvent favoriser la réforme des politiques nationales sur le VIH conformément aux orientations et pratiques exemplaires internationales.

Toutefois, des défis persistent dans la mise en œuvre. Les pays sont réticents à consacrer au VIH une enveloppe budgétaire, dans les ententes de prêt, soutenant que ces fonds devraient être versés sous forme de subventions. De façon

générale, les donateurs ne sont pas encore engagés à inclure des subventions pour la prévention du VIH dans les budgets de projets d'infrastructure, bien que certains aient financé de telles activités dans le cadre de leurs contributions.¹¹

Des efforts de plaidoyer par le biais d'instances régionales comme l'UNRTEF, l'ATFOA et l'APEC sont requis, en Asie du Sud-Est, pour inciter les donateurs à inclure régulièrement de telles subventions dans les budgets de projets d'infrastructure.¹² Les préjudices sociaux et économiques à cibler peuvent être mesurés à l'aide d'outils conçus à cette fin.¹³

Comme pour les traités, il y a toujours un risque que les gouvernements prennent leurs obligations à la légère. Jusqu'à présent, le Protocole régional et les lignes directrices de l'APEC n'ont été appuyés que par des ministres de la Santé. Pour rehausser l'engagement national, de telles ententes devraient aussi être endossées par des instances multisectorielles sur le VIH et des ministères ayant des pouvoirs de convocation, comme le ministère de la Planification économique ou son équivalent.

– David Patterson, Tia Phalla,
Thuan Nguyen et Sarun Im

David Patterson (david.patterson@videotron.ca) est chef d'équipe régional des politiques, de la planification et du plaidoyer au Programme régional Canada-Asie du Sud-Est sur le VIH/sida (CSEARHAP). Tia Phalla est consultante nationale au Cambodge pour le Programme des Nations Unies pour le développement. Thuan Nguyen est consultant régional sur les politiques, la planification et le plaidoyer au CSEARHAP, et Sarun Im y est directeur du Programme national du Cambodge.

¹ Néanmoins, l'ASEAN Vientiane Action Programme, adopté par les dirigeants de l'ASEAN le 30 novembre 2004 à Vientiane, Laos, proposait « l'élaboration d'un instrument de l'ASEAN sur la protection et la promotion des droits des travailleurs migrants », art. I.1.4.6. Le 13 janvier 2007, les dirigeants de l'ASEAN ont adopté la *Declaration on the Protection and Promotion of the Rights of Migrant Workers* [Déclaration sur la protection et la promotion des droits des travailleurs migrants], qui réitère cet engagement.

² Les Recommandations de Bangkok ont été révisées à Yangon, Myanmar, en février 2004. L.-N. Hsu, *Mobile Populations and HIV Vulnerability: Selected Responses in South East Asia*, Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), 2002, p. 13.

³ *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Résolution S-26/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies, adoptée le 27 juin 2001, par. 50.

⁴ *Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : Directives pour l'élaboration d'indicateurs de base*, ONUSIDA, 2005.

⁵ *Déclaration politique sur le VIH/sida*, Résolution 60/262 de l'Assemblée générale des Nations Unies, adoptée le 2 juin 2006.

⁶ Accessible via www.hiv-development.org.

⁷ *Consolidated National Policy Self Audits: Cambodia, Lao PDR, Thailand and Vietnam*, CSEARHAP, 2006. Accessible via www.csearhap.org.

⁸ *Guidelines for Creating an Enabling Environment for Employers to Implement Effective Workplace Practices for People Living with HIV/AIDS*, APEC, 2007.

⁹ Voir *Summary Report of the Workshop on Advocacy and Policy Promotion Related to Mobility and HIV/AIDS*, NAA, Cambodge, 2005. L'atelier a été dirigé par PACT Cambodia en collaboration avec la NAA, et avec le soutien financier et technique du CSEARHAP.

¹⁰ *Policies on HIV/AIDS Prevention in Response to Activities of Public Works and Transport Sectors in the Kingdom of Cambodia*, traduction officielle du texte khmer, datée du 18 août 2006.

¹¹ En 2001, la Japanese Bank for International Cooperation (JBIC) a financé la reconstruction du port de Sihanoukville au Cambodge. Quelque 300 ouvriers y travaillaient quotidiennement et le commerce du sexe y était florissant. En réponse à cette situation, la JBIC a initié des activités de prévention du VIH, mises en œuvre par les autorités locales de la santé et par des ONG locales et internationales. *HIV/AIDS Prevention for Mobile Population in Greater Mekong Subregion: Corporate Social Responsibility in JBIC Infrastructure Projects*, rapport de la rencontre satellite à l'occasion du 7th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, Kobe, 2 juillet 2005. Accessible via www.jbic.go.jp.

¹² Voir l'énoncé intitulé *Joint Initiative by Development Agencies for the Infrastructure Sectors to Mitigate the Spread of HIV/AIDS*, Toronto, Canada, 11 août 2006.

¹³ Voir *HIV Impact Assessment Tool: The Concept and Its Application*, PNUD, 2001.

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. Les lecteurs sont invités à signaler des sujets et développements à Alison Symington, rédactrice en chef de cette rubrique, à asymington@aidslaw.ca.

Le lieu sécuritaire pour l'injection reçoit une autre extension temporaire; une action en justice est intentée

L'Insite, lieu sécuritaire pour l'injection établi à Vancouver, s'est vu accorder un autre renouvellement de courte durée de son exemption en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS). Entre-temps, afin de mettre un terme à l'incertitude continue quant à la capacité de l'Insite de continuer de fonctionner légalement, deux organismes ont intenté des recours en justice.

L'Insite est en fonction depuis septembre 2003; il fournit du matériel d'injection stérile, des installations où l'injection est supervisée médicalement, de même que des services de soutien et de référence, aux personnes qui s'injectent des drogues. L'Insite fonctionne en vertu d'une

exemption à la LDS, accordée par le ministre de la Santé. L'exemption initiale était en vigueur jusqu'au 12 septembre 2006. À la veille de son expiration, le ministre de la Santé avait accordé une extension jusqu'au 31 décembre 2007, en affirmant que des études supplémentaires seraient

nécessaires pour déterminer comment un lieu sécuritaire pour l'injection peut affecter la criminalité, la prévention et le traitement.¹

En octobre 2007, le ministre fédéral de la Santé, Tony Clement, dans un communiqué laconique, annonçait que l'exemption en

vertu de l'article 56 était prolongée jusqu'au 30 juin 2008, et que « [d]’ici là, d’autres recherches seront effectuées pour déterminer l’incidence des sites d’injection supervisés sur la prévention, le traitement et la criminalité ». ² L’explication est pratiquement identique à celle qui accompagnait l’extension précédente.

Action en justice

En août 2007, une requête a été déposée à la Cour suprême de la Colombie-Britannique, par la PHS Community Services Society (qui gère l’Insite) et par deux utilisateurs du service. D’après la déclaration des requérants, les deux individus ont depuis plusieurs années une dépendance à l’héroïne et sont séropositifs à l’hépatite C. ³

Dans leur requête, les requérants invoquent deux arguments principaux. Premièrement, ils affirment que, si l’Insite fermait ou devait appliquer les dispositions de la LDS qui criminalisent les activités qui y ont lieu, il résulterait pour ces individus des risques accrus de surdose, d’infection, de dégradation de leur bien-être mental et psychologique ainsi que d’autres complications de santé en raison de leur usage de drogue. Ils avancent que, par conséquent, ils se verraient brimés de leurs droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, qui sont garantis par l’article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*. ⁴

Deuxièmement, ils affirment que le traitement des causes et conséquences médicales et sociales de la dépendance à la drogue et, en particulier, les services fournis par l’Insite, relèvent de la sphère des soins de santé et, par conséquent, sont de ressort exclusivement provincial. ⁵

Les requérants demandent à la Cour de déclarer : (a) que l’Insite

est un service de santé publique qui relève exclusivement du ressort de la province de la Colombie-Britannique (C.-B.); (b) que l’Insite n’a pas besoin d’une exemption de la LDS afin de fonctionner légalement; et (c) que l’application de la LDS aux personnes qui utilisent l’établissement constituerait une violation de leurs droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. Dans l’alternative, ils souhaitent une déclaration que toute décision du ministre d’accorder une extension en vertu de l’art. 56 de la LDS constituerait une violation des droits des requérants à la vie et à la sécurité de la personne, garantis par l’art. 7 de la Charte. ⁶

Une autre requête a été déposée à la Cour suprême de la C.-B., au nom du Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU). ⁷ Le VANDU est une société à but non lucratif dont les objectifs sont notamment l’amélioration de la qualité de vie des personnes qui font usage de drogues illicites, et le développement de réseaux locaux de personnes disposées à travailler à faire en sorte que les politiques publiques soient respectueuses des personnes qui font usage de drogues illicites.

Dans sa requête, le VANDU souligne qu’en aucun temps les employés de l’Insite ne sont en possession ou en situation de trafic de substances contrôlées au sens des alinéas 4(1) et 5 de la LDS, et que, par conséquent, l’Insite n’a pas besoin d’une exemption en vertu de l’art. 56 de la LDS. ⁸ Le VANDU affirme également que le traitement des personnes atteintes de toxicomanie est une question médicale et relève par conséquent de la législature provinciale; ⁹ et que le droit pénal fédéral et les conditions d’une exemption en vertu de l’art. 56 de la LDS sont,

par conséquent, sans pertinence pour l’Insite dans la mesure où ils interdiraient ou réglementeraient les activités de la sphère de la santé qui y ont lieu. ¹⁰

De plus, le VANDU affirme :

- que l’interdiction par la LDS de posséder des substances désignées contrevient aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, des utilisateurs de drogue par injection, qui sont garantis par l’art. 7 de la Charte;
- qu’étant donné que les substances prohibées entraînent une dépendance, et que la peine pour le crime de possession inclut l’incarcération, la menace constante de l’application de la loi engendre un degré élevé de stress, chez les UDI, ce qui cause des menaces à leur liberté et à leur sécurité;
- que, par ailleurs, la prohibition pénale contraint les utilisateurs de drogue à choisir entre leur liberté et leur sécurité, ou leur accès à un service; et
- que l’action de l’État dans l’imposition de la prohibition a des effets grossièrement disproportionnés qui portent préjudice à la santé des UDI, affectant ainsi leur vie, leur liberté et leur sécurité. ¹¹

Le VANDU soutient par ailleurs que l’art. 56 de la LDS est inconstitutionnel parce qu’il ne renferme pas de critères ou de normes concernant l’exercice de la discrétion du ministre dans l’octroi d’exemptions, à l’encontre de l’art. 7 de la Charte. ¹²

Le VANDU demande à la cour de déclarer que le cadre relevant de la LDS pour régir le fonctionnement de l’Insite est invalide sur le plan constitutionnel, et de rendre une ordonnance

interlocutoire accordant une exemption intérimaire au personnel et aux clients de l'Insite, jusqu'à la conclusion de l'affaire. Si la cour détermine qu'une certaine forme d'exemption légale est requise, et qu'elle accepte que l'article 56 de la LDS est inconstitutionnel, le VANDU demande à la cour d'émettre une exemption constitutionnelle pour le personnel et les clients jusqu'à ce qu'un processus constitutionnellement valide soit mis en œuvre pour l'obtention d'exemptions.¹³

Les requêtes du VANDU et de la PHS Society n'ont pas encore été entendues par la cour.

Commentaire

Pour l'instant, du moins, l'Insite peut continuer à fournir ses services aux utilisateurs de drogue. La répétition de l'appel à réaliser d'autres

recherches, de la part du ministre Clement, est troublante parce quelle continue de détourner l'attention du but premier de l'établissement, qui est de réduire des méfaits associés à l'injection de drogue.

Vu le refus répété du ministre de rendre permanente l'exemption de l'Insite en vertu de l'art. 56 de la LDS, le recours aux tribunaux semble judicieux. La contestation du mécanisme au regard de motifs constitutionnels peut contribuer à recentrer l'attention sur les droits humains et les aspects de santé publique des programmes de réduction des méfaits, et sur la responsabilité du gouvernement de fournir des services de santé appropriés à l'une des communautés les plus marginalisées au Canada.

— Alison Symington

¹ Voir D. Garmaise, « Le LSI de Vancouver est prolongé pour une durée limitée », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11(2/3) (2006) : 21–23.

² Santé Canada, « Le ministre Clement prolonge de six mois le mandat du site Insite », communiqué, Ottawa, 2 octobre 2007.

³ *PHS Community Services Society, Dean Edward Wilson and Shelly Tomic v. Attorney General of Canada*, Statement of Claim, par. 5–6. La déclaration a été déposée par F. Andrew Schroeder et M. Pongracic-Speier, du cabinet Schroeder Speier, et par Joseph J. Arvey, du cabinet Arvey Finlay.

⁴ *Ibid.*, para. 26.

⁵ *Ibid.*, para. 27.

⁶ *PHS Community Services*, par. 29.

⁷ *Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) v. Attorney General of Canada and Minister of Health for Canada*. La déclaration a été déposée par John Conroy, du cabinet Conroy & Company, en août 2006, et amendée en août 2007.

⁸ *Ibid.*, par. 12 et 31(a).

⁹ En vertu des alinéas 92(7), (13) et (16) de la *Loi constitutionnelle* de 1867, ou de toute combinaison d'entre eux.

¹⁰ *Vancouver Area Network*, par. 22–23b.

¹¹ *Ibid.*, par. 24–28.

¹² *Ibid.*, par. 29–30.

¹³ *Ibid.*, par. 31.

Premier essai du mécanisme de l'OMC pour fournir des médicaments génériques à l'aide d'une licence obligatoire, par le biais du Régime canadien d'accès aux médicaments

En juillet 2007, le Rwanda est devenu le premier pays à amorcer un recours à une procédure prévue par les règles de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) et qui est supposée permettre aux pays en développement d'importer des médicaments génériques et moins coûteux, produits dans d'autres pays en vertu de licences obligatoires. Deux mois plus tard, en réponse à l'initiative du Rwanda, le Commissaire canadien aux brevets délivrait la première licence obligatoire dans le cadre de ce régime, pour autoriser la production d'une version générique d'un médicament breveté contre le sida, pour ce pays.

Contexte

En août 2003, les membres de l'OMC ont accepté à l'unanimité de suspendre, provisoirement, l'article du traité de l'OMC en matière de propriété intellectuelle, l'*Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (ADPIC), qui restreignait le recours à la licence

obligatoire pour produire des médicaments génériques à moindre coût dans les pays dotés d'une capacité de fabrication, aux fins d'exportation à des pays n'ayant pas cette capacité.¹

Cette décision était supposée aider les pays n'ayant pas une capacité suffisante de produire des médicaments génériques pour répondre à des besoins de santé publique, à « recourir de manière effective aux licences obligatoires » pour obtenir ces médicaments plus abordables par l'importation. Tout en appuyant l'objectif fondamental, les militants pour la santé ont exprimé des préoccupations à l'effet que la procédure adoptée pour la mise en œuvre de la décision était trop encombrante et inefficace.²

En 2004, après d'intenses pressions exercées par des organismes de la société civile,³ le Canada est devenu le premier pays à mettre en application la décision de 2003 de l'OMC, en adoptant un cadre législatif détaillé qui est à présent nommé « Régime canadien d'accès aux médicaments » (RCAM).⁴

L'application de la procédure de l'OMC dans le régime légal du Canada

Il s'ensuivit un effort de quelques années afin d'avoir recours au régime légal du Canada, notamment par Apotex, le plus grand fabricant canadien de médicaments génériques, et par l'organisme humanitaire Médecins Sans Frontières (MSF) en tant qu'acheteur éventuel d'un produit générique d'Apotex.

À la demande de MSF, Apotex a développé un nouveau comprimé en combinaison à dose fixe réunissant pour la première fois trois antirétroviraux – zidovudine (AZT), lamivudine

(3TC) et névirapine – en vue d'une exportation potentielle à un ou plusieurs pays en vertu d'une licence obligatoire.⁵

La Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada, qui est l'instance nationale de réglementation des médicaments, a confirmé que le produit satisfaisait les normes requises en vertu de la loi canadienne – un préalable à l'exportation. Le produit a ensuite été approuvé par le « Programme de préqualification » de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ce qui a permis de donner une certaine assurance aux acheteurs potentiels quant à la conformité du produit et du fabricant, relativement aux normes reconnues.⁶

Divers obstacles procéduraux ont jonché le parcours d'Apotex et de MSF,⁷ et MSF a fini par faire savoir à Apotex qu'il n'arrivait pas à obtenir d'un potentiel pays importateur l'action requise en vertu de la procédure implantée en 2003 par l'OMC, et intégrée à la loi canadienne : une notification publique pour aviser l'OMC de l'intention d'avoir recours à la procédure, et précisant une quantité du produit pharmaceutique en cause.

Le 19 juillet 2007, cependant, une percée : le Rwanda a déposé la première notification à l'OMC, annonçant qu'il souhaitait utiliser la procédure de 2003 de l'OMC, possiblement pour importer 15,6 millions de comprimés en combinaison à dose fixe produits par Apotex.⁸ Grâce à cette notification, Apotex pouvait alors initier la démarche prévue dans la loi canadienne pour obtenir la licence nécessaire afin de produire et exporter légalement cette quantité du produit, pour le Rwanda.

Les communications d'Apotex avec les trois sociétés pharmaceu-

tiques détentrices des droits de brevets pertinents aux trois médicaments concernés n'ont pas conduit à l'entente qui aurait conféré à Apotex une licence volontaire pour l'utilisation des produits brevetés. En conséquence, le 4 septembre 2007, après la période obligatoire de 30 jours à tenter de négocier, Apotex a fait parvenir au Commissaire aux brevets une demande de licence obligatoire.⁹ La demande a été acceptée, et la licence a été délivrée à Apotex le 19 septembre 2007.¹⁰ Le Canada a ensuite avisé l'OMC de ce développement, tel que stipulé dans la décision de 2003 de l'OMC.¹¹

À l'heure actuelle, des rapports publics indiquaient que le produit d'Apotex coûterait approximativement 0,40 \$ US par comprimé, en comparaison avec approximativement 20 \$ US par comprimé pour le traitement utilisant les équivalents de marque. Apotex a laissé entendre que le prix chuterait davantage lorsque les ingrédients pharmaceutiques seraient obtenus à moindre prix et que la production se ferait à plus grande échelle.¹² Pour l'instant, il reste à voir si, à la suite d'un appel d'offres, le Rwanda conclura une entente avec Apotex pour acheter ce produit générique.

Commentaire

Ceci n'est pas seulement le premier cas de licence obligatoire délivrée en vertu du Régime canadien d'accès aux médicaments; c'est aussi la première licence obligatoire délivrée en vertu d'une loi nationale qui applique la décision de 2003 de l'OMC. Certes, ces développements sont réjouissants, mais ne perdons pas de vue qu'il a fallu quatre années après l'adoption de la procédure de 2003 de l'OMC, et plus de trois ans après

l'adoption de la loi canadienne qui met en œuvre cette procédure, avant d'arriver à l'étape d'une seule utilisation (potentielle).

Ce n'est pas la réponse rapide qui est nécessaire pour répondre au manque d'accès à des médicaments abordables dans les pays en développement. De plus, la loi canadienne et la décision sous-jacente de l'OMC ne constituent pas la solution souple qui est nécessaire pour faire en sorte que les pays qui n'ont pas de capacité suffisante de production pharmaceutique puissent utiliser efficacement le procédé de la licence obligatoire; or c'est une solution souple, qui est nécessaire et qui avait été promise dans la *Déclaration de Doha sur les ADPIC et la santé publique*, adoptée par les membres de l'OMC en 2001.

Les organismes de la société civile canadienne qui font partie du Groupe pour l'accès mondial aux traitements (GAMT),¹³ dont le Réseau juridique, ont demandé et continuent de demander des amendements à la loi canadienne afin de simplifier le processus de licence obligatoire et d'éliminer les restrictions superflues, pour accroître la probabilité que d'autres pays en développement et d'autres fabricants de produits génériques puissent avoir recours au régime législatif, et le fassent.

En particulier, les organismes impliqués ont demandé au Gouvernement du Canada et aux membres du Parlement d'amender la loi pour créer une « solution à licence unique » – c'est-à-dire autoriser un fabricant générique, au moyen d'une seule licence, à produire le médicament pour exportation à plusieurs pays, sans requérir de notification préalable, de quantité préétablie du produit, ni de procédure pour

l'obtention de licences distinctes pour chaque pays et chaque commande d'un médicament. Bien que cela constituerait une approche quelque peu différente de ce qui avait été décrit dans la décision de 2003 de l'OMC, les organismes de la société civile sont d'avis que cela est permis par les dispositions de l'Accord sur les ADPIC, qui permettent une certaine souplesse dans la mise en œuvre de l'entente.

Il était attendu que le ministre fédéral de l'Industrie dépose en juin 2007 au Parlement un rapport sur les résultats d'un examen gouvernemental du régime canadien, comme requis dans la loi. Cependant, au moment de la rédaction du présent article (novembre 2007), aucune information n'était disponible sur le moment où un tel rapport pourrait être publié.

– Richard Elliott

Richard Elliott (relliott@aidslaw.ca) est directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida. Pour une analyse détaillée du régime légal du Canada, et pour prendre connaissance des amendements concrets qui ont été proposés, voir *Rectifier le Régime*, un mémoire détaillé présenté par le Réseau juridique canadien VIH/sida au comité parlementaire qui a tenu des audiences sur le RCAM en avril 2007; ce document est accessible via www.aidslaw.ca/gamt (cliquez sur « Publications »).

¹ Conseil général de l'OMC, « Mise en œuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha sur l'accord sur les ADPIC et la santé publique », Décision du Conseil général en date du 30 août 2003, en-ligne à www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/implem_para6_f.htm.

² P. ex., « WTO deal on medicines: a 'gift' bound in red tape », énoncé conjoint d'ONG relativement à l'Accord sur les ADPIC et à la santé publique, 10 septembre 2003. Accessible à www.cptech.org/ip/wto/p6/ngos09102003.html.

³ Voir R. Elliott, « De Doha à Cancún... via Ottawa : les élans mondiaux pour l'accès aux traitements et le projet de loi canadien C-56 », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 8(3) (2003) : 1, 7–20; et R. Elliott, « Des pas en avant, en arrière et de côté – La loi canadienne sur l'exportation de produits pharmaceutiques génériques », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 9(3) (2004) : 16–23; accessibles via www.aidslaw.ca/revue. Voir aussi, R. Elliott, « 'Medicines for all?': commitment and compromise in the fight for Canada's law on compulsory licensing for export », dans J. Clare-Cohen et coll. (éd.), *The Power of Pills: Social, Ethical and Legal Issues in Drug Development, Marketing and Pricing* (Londres, Pluto Press, 2006), p. 227–238. Accessible via www.aidslaw.ca/gtag (cliquez sur « Publications »).

⁴ Loi modifiant la Loi sur les brevets et la Loi sur les aliments et drogues (*Engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique*), L.C. 2004, ch. 23. Accessible à www.canlii.org/ca/la/2004/c23. Pour plus de détails sur le régime, voir le site Internet du Gouvernement du Canada, à <http://camr-rcam.hc-sc.gc.ca>.

⁵ Pour information sur le produit, appelé Apo-Triavir, voir : www.apotex.com/apotriavir.

⁶ Pour plus d'information sur le Programme de préqualification de l'OMS, voir <http://mednet3.who.int/prequal/>.

⁷ Pour un sommaire chronologique des efforts voir : Médecins Sans Frontières, *Neither Expeditious, Nor a Solution: The WTO August 30th Decision is Unworkable – An Illustration Through Canada's Jean Chrétien Pledge to Africa*, document de breffage préparé pour le XVI^e Congrès international sur le sida, août 2006. Accessible à www.accessmed-msf.org/documents/WTOaugustreport.pdf.

⁸ Gouvernement du Rwanda, *Notification au titre du paragraphe 2 a) de la Décision du 30 août 2003 sur la mise en œuvre du paragraphe 6 de la Déclaration de Doha sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique - Rwanda*, WTO Doc. IP/N/9/RWA/1. Accessible via www.wto.org/french/tratop_f/trips_f/public_health_notif_import_f.htm.

⁹ La demande complète peut être consultée à http://strategis.gc.ca/sc_mrksv/cipo/jcpa/p4-f.html.

¹⁰ L'autorisation peut être consultée à http://strategis.gc.ca/sc_mrksv/cipo/new/CAMR_Authorization.pdf.

¹¹ Gouvernement du Canada, *Notification Under Paragraph 2(c) of the Decision of 30 August 2003 on the Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, WTO Doc. IP/N/10/CAN/1, accessible via www.wto.org/french/news_f/news07_f/trips_health_notif_oct07_f.htm.

¹² « Canada issues compulsory licence for HIV/AIDS drug export to Rwanda, in first test of WTO procedure », *Bridges Weekly Trade News Digest* 11 (32) (2007). Accessible via www.ictsd.org/weekly/index.htm.

¹³ Voir, p. ex., Groupe pour l'accès mondial aux traitements, *Livrer la marchandise, tel que promis : Réformer le régime canadien d'accès aux médicaments — Mémoire du GAMT à l'intention du Gouvernement du Canada*, 24 janvier 2007. Accessible via www.aidslaw.ca/gamt (cliquez sur « Publications »).

Deux contestations judiciaires fondées sur la Charte, contre les lois canadiennes sur le travail sexuel

En mars 2007, une contestation judiciaire fondée sur la Charte, à l'encontre des lois canadiennes en matière de travail sexuel, a été déposée en Cour supérieure de justice de l'Ontario. Cinq mois plus tard, une seconde était initiée, en Colombie-Britannique. Dans ces affaires simultanées mais distinctes, on soutient que d'importantes parties du Code criminel ayant trait au travail sexuel des adultes portent atteinte aux dispositions de la Charte canadienne des droits et libertés en ce qui touche la liberté d'expression, la liberté, la sécurité et l'égalité.

En Ontario, l'affaire a été intentée par trois femmes qui sont ou ont été travailleuses sexuelles.¹ En Colombie-Britannique (C.-B.), l'affaire a été intentée par l'organisme Sex Workers United Against Violence (SWUAV) du quartier Downtown Eastside.² Leur objectif est de faire déclarer invalides les articles 213 (communication aux fins de prostitution),³ 210 et 211 (maisons de débauche),⁴ ainsi que des parties de l'art. 212 (proxénétisme)⁵ du *Code criminel*. Dans les deux cas, l'on conteste les dispositions pénales en invoquant les droits des travailleuses et travailleurs sexuels (a) à la libre expression et (b) à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, qui sont garantis à toute personne en vertu de la *Charte* (art. 2 (b) et 7, respectivement). Dans l'affaire en C.-B. il est par ailleurs soutenu que les lois portent atteinte aux droits des travailleuses et travailleurs sexuels à l'égalité en vertu de la *Charte* (art. 15).

La vente de services sexuels, au Canada, est légale. Toutefois, les articles 210 à 213 du *Code criminel* interdisent pratiquement toutes les activités qu'elle implique. Les plaignants soutiennent que le cadre de droit pénal qui régit le travail sexuel

d'adultes porte préjudice aux travailleuses et travailleurs sexuels en leur rendant difficile de travailler en sécurité et qu'il les expose à des risques de violence grave.

L'on soutient par exemple, dans les deux contestations, que les lois relatives à la communication visant la prostitution contraignent les travailleuses et travailleurs sexuels (afin d'éviter le harcèlement et l'arrestation) à monter dans des véhicules de clients potentiels sans avoir eu une occasion adéquate de jauger si ces derniers sont dangereux. La contestation en C.-B. affirme également que des risques sont créés « parce que les travailleuses et travailleurs sexuels doivent travailler seuls et/ou à distance des autres et se déplacer vers des zones isolées ou industrielles, pour éviter d'attirer l'attention de la police » [trad.].⁶ Dans sa déclaration, le SWUAV signale aussi qu'« un nombre disproportionné de femmes portées disparues, au Canada, sont des personnes qui exerçaient le travail sexuel, et dont la disparition a été liée à cette occupation ».⁷

En ce qui concerne la loi sur les maisons de débauche, les deux contestations soutiennent que la violence est considérablement réduite,

voire éliminée, dans la plupart des situations de travail à l'intérieur.⁸ Les lois empêchent par conséquent les travailleuses et travailleurs sexuels d'opter pour des conditions de travail plus sécuritaires. Dans les deux contestations, il est aussi soutenu que des éléments des dispositions sur le proxénétisme privent les travailleuses et travailleurs sexuels de la capacité de travailler en collaboration ou pour d'autres personnes d'une manière qui pourrait être propice à l'amélioration de leur santé et de leur sécurité.⁹

Le SWUAV soutient par ailleurs que les dispositions ciblent les travailleuses et travailleurs sexuels par un traitement différentiel et discriminatoire. Il affirme que les lois ont des répercussions néfastes sur le traitement des travailleuses et travailleurs sexuels par le public, les fournisseurs de services sociaux et de santé ainsi que les employeurs et la police.

Ce n'est pas la première fois que ces dispositions seront soumises à l'examen de tribunaux. En 1990, la Cour suprême du Canada a confirmé la validité des articles sur la communication et sur les maisons de débauche, à l'issue d'une affaire intitulée *Renvoi relatif à la prostitution*.¹⁰ En 1992, elle a confirmé la validité

de la disposition sur le proxénétisme, dans l'affaire *R c. Downey*.¹¹

Par ailleurs, des comités gouvernementaux ont procédé à des recherches sur le sujet et ont examiné des possibilités de réforme. Plus récemment, après des consultations pancanadiennes, le Sous-comité parlementaire chargé de l'examen des lois sur le racolage a publié un rapport, en décembre 2006, mais a failli à son mandat de recommander des mesures spécifiques pour la réforme de la loi.¹²

Si les plaignantes ont gain de cause dans leur contestation, l'issue pourrait déclencher un changement fondamental du cadre pénal qui régit le travail sexuel au Canada.

— Julie Shugarman

Julie Shugarman, étudiante en droit à l'Université d'Ottawa, a effectué un stage au Réseau juridique en 2007. Elle travaille auprès du comité de réforme du droit, créé par la Pivot, depuis ses débuts en 2003.

D'autres articles sur le sujet ont été publiés sous la rubrique Développement au Canada, dans les numéros 11(2-3) et 12(1) de la *Revue*.

¹ L'équipe juridique est dirigée par Alan Young, professeur à l'Osgoode Hall Law School.

² Katrina Pacey, de la Pivot Legal LLP, et Joseph J. Arvay, du cabinet Arvay Finlay, ont été choisis comme conseillers juridiques adjoints.

³ L'affaire ontarienne conteste l'alinéa 213(1)(c); l'affaire intentée en C.-B. conteste l'art. 213 en entier.

⁴ Les lois sur les maisons de débauche interdisent de maintenir ou de contrôler un lieu qui sert à la prostitution; d'y vivre ou de s'y trouver; d'y emmener ou diriger quiconque; et de permettre à autrui de l'utiliser. Dans la déclaration déposée dans l'affaire ontarienne, l'art. 211 n'est pas expressément mentionné.

⁵ Les lois sur le proxénétisme qui sont contestées inter-

disent d'induire ou de gérer le travail sexuel d'une autre personne, de référer des clients, de former des relations d'affaires et de partager des revenus issus de services sexuels. L'alinéa contesté dans l'affaire ontarienne est l'alinéa 212(1)(j). En C.-B., l'ensemble de l'art. 212 est contesté à l'exception des alinéas (g), (i) et 212(2).

⁶ *SWUAV v. Her Majesty the Queen*, Statement of Claim, 3 août 2007, par 8(a).

⁷ *Ibid.*, par 8(d).

⁸ *Terri Jean Bedford, Amy Lebovitch and Valerie Scott v. Her Majesty the Queen*, Notice of Application, 20 mars 2007, par 2(e).

⁹ La contestation ontarienne, par exemple, souligne que l'alinéa 212(1)(j) rend illégale l'embauche de gérants, de chauffeurs et de personnel de sécurité (Notice of Application, par 2(e)).

¹⁰ *Renvoi relatif à l'art. 193 et à l'al. 195.1(1)c du Code criminel (Man.)*, [1990] 1 R.C.S. 1123.

¹¹ *R. v. Downey* [1992], 2 R.C.S. 10. Il est valable de signaler que les preuves de répercussions des lois visées, de même que la jurisprudence relative à la Charte, se sont développées considérablement depuis le *Renvoi relatif à la prostitution* et l'affaire *R c. Downey*.

¹² Pour une analyse commentée du rapport du Sous-comité, voir : 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.

Le gouvernement conservateur annonce une nouvelle stratégie antidrogue

Le 4 octobre 2007, le premier ministre Stephen Harper a dévoilé officiellement la Stratégie nationale antidrogue de son gouvernement, qui promet de sévir contre les « criminels de la drogue » tout en faisant preuve de compassion à l'égard de leurs victimes. Décrite initialement dans le budget fédéral de mars 2007, la nouvelle stratégie prévoit une somme additionnelle 63,8 millions \$ sur deux ans.¹

Les priorités affirmées de la nouvelle stratégie sont de lutter contre la production et la distribution de drogues illicites; rehausser la sensibilisation, surtout parmi les jeunes,

au phénomène des drogues illicites et à leurs effets négatifs; et offrir des soins et des services de réadaptation aux personnes aux prises avec une dépendance. Selon le gouvernement,

ces trois éléments « constituent une approche ciblée visant à réduire l'offre et la demande de drogues illicites et à faire échec à la criminalité associée à ces dernières, rendant ainsi

nos collectivités plus sûres et plus saines ».²

Les nouveaux fonds s'ajoutent aux 385 millions \$ déjà consacrés annuellement à des programmes et initiatives en matière de drogue. Ils incluent 21,6 millions \$ à l'appui de l'application de la loi pour lutter contre l'usage de drogues illicites en ciblant de façon proactive les installations de culture de marijuana, les laboratoires de méthamphétamine ainsi que les gangs.

Dix millions \$ seront investis dans une campagne de prévention à l'intention des jeunes et de leurs parents. Les services de traitement de la dépendance à la drogue, en particulier ceux destinés aux jeunes, aux Premières Nations et aux Inuits, recevront une somme additionnelle de 32,2 millions \$.³ Le gouvernement a aussi promis d'introduire des peines d'emprisonnement obligatoires pour les producteurs et les vendeurs de drogue.⁴

Des critiques ont accusé la nouvelle stratégie d'être fondée sur l'idéologie plutôt que sur des faits, et de singer la soi-disant « guerre aux drogues » des États-Unis, qui n'a pas réussi à réduire l'approvisionnement en drogue, ni la consommation de drogue, dans ce pays. En outre, ils lui reprochent de traiter la dépendance à la drogue essentiellement comme un problème criminel plutôt que de santé publique.⁵

Commentaire

Même si le gouvernement conservateur qualifie sa stratégie de « nouvelle », les allocations de fonds ressemblent grandement à celles de la stratégie précédente. Comme l'application de la loi représentait déjà près des trois quarts des dépenses gouvernementales pour la lutte antidroge, les allocations addition-

nelles à la prévention et au traitement auront peu d'impact sur la répartition globale des ressources. L'application de la loi demeurera le point central de la stratégie, et la prévention et le traitement recevront environ la même part des ressources que dans la stratégie précédente.⁶

Par ailleurs, du point de vue de la santé publique et des droits humains, l'absence du « pilier » de la réduction des méfaits, dans la stratégie, est matière à vive inquiétude. (Les quatre piliers de la stratégie précédente étaient l'application de la loi, la prévention, le traitement et la réduction des méfaits.⁷) Plusieurs études ont démontré que les programmes de réduction des méfaits — y compris l'échange de seringues, les cliniques de méthadone et les lieux sécuritaires pour l'injection — atténuent des répercussions de l'usage de drogues illicites, notamment la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C.⁸ Par conséquent, la réduction des méfaits est essentielle à une approche au VIH/sida fondée sur les droits humains.

L'abandon de la réduction des méfaits dans l'approche canadienne aux drogues illicites pourrait avoir un effet restrictif sur les programmes en matière de drogue, aux paliers provincial et municipal. Cela pourrait aussi ternir la réputation mondiale du Canada, reconnu pour l'inclusion de la réduction des méfaits dans sa réponse à l'usage de drogue et à des problématiques de santé publique comme le VIH et l'hépatite C. Il pourrait aussi y avoir des reculs dans les programmes existants de réduction des méfaits qui sont de ressort fédéral, notamment dans les prisons fédérales.

Enfin, même si l'on ne connaît pas encore le contenu de la nouvelle

loi qui imposerait des peines plus sévères aux producteurs et aux vendeurs de drogue, le premier ministre a déjà annoncé que le gouvernement proposera des peines minimales obligatoires pour les infractions graves liées à la drogue. (Fait digne de mention, le gouvernement a tenté d'introduire de telles peines lors de la session parlementaire précédente, mais la tentative a échoué en raison d'amendements réclamés par des comités, en partie grâce au lobbying du Réseau juridique et d'autres acteurs.)

Rien ne démontre que les peines minimales obligatoires réduisent l'usage de drogue ni les méfaits qui s'y associent. Des études ont toutefois révélé que l'incarcération d'utilisateurs de drogue est un facteur qui contribue à la propagation du VIH au Canada.⁹ Aux États-Unis, les politiques de peines obligatoires ont eu un impact disproportionné sur les femmes, les minorités visibles et les communautés marginalisées.¹⁰ En retirant aux juges la liberté de déterminer les peines selon les circonstances particulières et les facteurs atténuants propres à chaque cas, la justice est bien mal servie.

— Alison Symington

¹ Ministère des Finances Canada, *Le Plan budgétaire de 2007 : Viser un Canada plus fort, plus sécuritaire et meilleur*, présenté à la Chambre des communes par l'honorable James M. Flaherty, P.C., député, le 19 mars 2007.

² *Ibid.*, p. 280.

³ Ibid., p. 281.

⁴ « Le premier ministre Harper promet de sévir contre les criminels de la drogue et de faire preuve de compassion à l'égard de leurs victimes », discours du premier ministre Stephen Harper, Winnipeg, 4 octobre 2007.

⁵ Voir, p. ex., Réseau juridique canadien VIH/sida, « Ottawa opte pour la « guerre aux drogues » à l'états-unienne, qui ne fonctionne pas — La nouvelle Stratégie nationale antidrogue : une manœuvre politique qui met des vies en jeu », communiqué, Toronto, 1^{er} octobre 2007; AIDS Committee of Toronto, *Harm Reduction and*

the Federal Government's New Anti-Drug Strategy, énoncé de position, octobre 2007; et « Drug policy offers same old failures: 'fresh approach' continues enforcement focus despite decades of costly, futile efforts », *Times Colonist* (Victoria), 10 octobre 2007, p. A12.

⁶ Communication personnelle avec Kora DeBeck, Urban Health Research Initiative, BC Centre for Excellence in HIV/AIDS. Voir aussi K. DeBeck et coll., « La Stratégie canadienne antidrogue renouvelée en 2003 — Examen basé sur les données », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11(2/3) (2006) : p. 1; 5–14.

⁷ Gouvernement du Canada, *Stratégie canadienne anti-drogue : de quoi s'agit-il?*, Cat. H 128-1/05-443-1, 2005.

⁸ Voir N. Hunt, *A Review of the Evidence-Base for Harm Reduction Approaches to Drug Use*, Forward Thinking on Drugs — A Release Initiative, 2003.

⁹ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Les peines minimales obligatoires pour les infractions liées à la drogue : tout le monde y perd et voici pourquoi*, document d'information, avril 2006, p. 1–2.

¹⁰ Ibid., p. 3–4.

Ottawa – Le conseil municipal abolit le programme de pipes à crack

En juillet 2007, le conseil municipal de la Ville d'Ottawa a opté pour l'abolition de l'Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack, dans une controverse quant à l'efficacité de ce programme de réduction des méfaits.

Amorcé le 1^{er} avril 2005, l'Initiative distribuait du matériel pour l'inhalation plus sécuritaire aux fumeurs de crack. La motion surprise visant à abolir l'initiative est venue du conseiller municipal Rick Chiarelli, qui trouvait qu'elle envoyait « un message parmi les plus contradictoires et ironiques qu'un gouvernement municipal puisse lancer ».¹ Appuyée par le maire Larry O'Brien, la motion a été adoptée le 11 juillet par un vote de 15 à 7. Le programme coûtait à la ville 7 500 \$ par année; le reste de son budget de 40 000 \$ venait du gouvernement provincial.

L'abolition est entrée en vigueur sur-le-champ. Dans sa décision, le conseil municipal est allé à l'encontre de l'avis du médecin hygiéniste en chef d'Ottawa, le Dr

David Salisbury, qui avait répété à maintes reprises que l'initiative était fructueuse — elle sauvait des vies, donc des millions de dollars en dépenses médicales futures, et elle était bénéfique à la santé publique.² Les trousses visaient à prévenir la propagation de l'hépatite et du VIH. Elles contenaient des tubes de verre, des embouts buccaux de caoutchouc, des grilles de cuivre, des condoms, d'autres items ainsi que du matériel éducatif.

Les éraflures et les coupures aux lèvres sont fréquentes chez les fumeurs de crack. Puisque les pipes à crack sont souvent partagées, des utilisateurs peuvent entrer en contact avec des traces de sang potentiellement contaminé. L'inhalation est généralement considérée comme étant plus sécuritaire que l'injection

de drogue, mais des études ont démontré que les fumeurs demeurent exposés à un risque élevé de contracter le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC). Il a été rapporté que l'inhalation de crack serait en plein essor à Ottawa. Le taux d'infection par le VHC chez les utilisateurs de crack, dans cette ville, est le plus élevé au Canada, et le taux d'infection par le VIH y est également élevé.³

Une étude de la D^{re} Lynne Leonard (professeure adjointe à l'Université d'Ottawa), auprès de 500 utilisateurs de drogue à Ottawa, a révélé que le partage de pipes à crack avait diminué significativement après l'amorce de l'Initiative pour l'usage plus sécuritaire du crack. Une transition de l'injection vers l'inhalation de drogue (un comportement moins

risqué) a aussi été observée. De plus, l'étude a montré que 4 000 fumeurs de crack ont été mis en contact avec des professionnels de la santé par le biais de l'Initiative.⁴

Pourtant, le maire O'Brien a déclaré publiquement qu'il ne croyait pas à l'efficacité du programme, et qu'il trouvait insensé de distribuer des outils pour s'adonner à une pratique nocive. D'autres conseillers qui ont voté à l'encontre du programme étaient d'avis que la distribution de pipes encourage l'usage de drogue.

Le maire a incité les organismes à miser plutôt sur le traitement et, pour ce faire, il a annoncé le 18 août 2007 que la ville investira 25 000 \$ dans une étude pour déterminer la meilleure façon d'aider les utilisateurs de drogue, à Ottawa – notamment en créant un nouveau centre résidentiel de traitement de la toxicomanie. Les fonds versés par la ville seront égalés par le gouvernement provincial. M. O'Brien et le ministre ontarien de la Promotion de la santé, Jim Watson, ont affirmé que l'étude n'envisagera pas la possibilité de rétablir le programme de distribution de pipes à crack.

Dans une lettre au maire O'Brien et aux conseillers municipaux de la Ville d'Ottawa, le Réseau juridique canadien VIH/sida a exhorté le conseil municipal à réviser sa décision. Joanne Csete, alors directrice générale du Réseau juridique, a écrit :

La révocation du programme de distribution de trousseaux pour l'usage plus sécuritaire de crack constitue un énorme recul, et elle n'est pas fon-

dée au regard de la santé publique et des droits humains. Comme vous l'a signalé le médecin hygiéniste en chef d'Ottawa, ce programme constituait un investissement justifié des deniers publics, considérant les économies qui découlent de l'évitement de nouveaux cas de VIH et de VHC. Vos citoyens méritent une réponse efficace et responsable, en ce qui a trait à la dépendance aux drogues, et une réponse qui soit fondée sur les données et sur le respect des droits de la personne. Vous pouvez satisfaire ce besoin en rétablissant l'Initiative pour l'usage plus sécuritaire de crack [...]

En août, une coalition d'organismes communautaires a annoncé qu'elle continuerait l'Initiative. Le Comité du sida d'Ottawa, cinq centres de santé communautaire, le Centre 507, le Bureau des services à la jeunesse, la Société Elizabeth Fry et le Wabano Centre for Aboriginal Health verseront 15 000 \$ pour poursuivre le programme jusqu'à la fin de 2007, dans l'espoir qu'une source de financement à long terme soit trouvée d'ici là.⁵

Des initiatives pour l'usage plus sécuritaire du crack existent dans d'autres villes canadiennes, dont Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montréal, Guelph et Halifax. Il y a toutefois lieu de s'inquiéter que ces programmes soient appelés à disparaître, vu la tendance actuelle à s'éloigner de la réduction des méfaits et à prôner la loi et l'ordre.

Un programme similaire a été interrompu à Nanaimo, Colombie-Britannique, en juin 2007. Howard Waldner, chef de la direction de la

Vancouver Island Health Authority, a affirmé que le rétablissement de l'initiative sera considéré « en temps et lieu ». Dans cette ville, le harcèlement d'infirmières de santé publique et les préoccupations exprimées par certains résidents et conseillers municipaux ont été invoqués comme motifs de la suspension du programme.⁶

– Alison Symington

Voir d'autres articles à ce sujet sous la rubrique « Développements au Canada » de la *Revue* 12(1).

¹ D. Puddicombe, « Off the crack pipes; council kills 'stupid' program; doc warns of HIV toll », *The Ottawa Sun*, 12 juillet 2007, p. 4.

² J. Rupert, « Health agencies seek to resurrect crack-pipe program: it's too valuable to let go, says official with Inner City group », *The Ottawa Citizen*, 13 juillet 2007, p. F1.

³ Ibid.

⁴ L. Leonard et coll., « 'I inject less as I have easier access to pipes': injecting, and sharing of crack-smoking materials, decline as safer crack-smoking resources are distributed », *International Journal of Drug Policy*, en-ligne, 2007. Accessible via www.canadianharmreduction.com/articles.php.

⁵ M. Gillis, « Piping up for addicts; coalition finds cash for axed program », *The Ottawa Sun*, 1^{er} août 2007, p. 3.

⁶ J. Rudd, « Nanaimo halts crack-pipe handouts », *Times Colonist (Victoria)* (en-ligne), 21 juin 2007.

En bref

Entrée en vigueur de la loi albertaine autorisant le test forcé du VIH

Le 1^{er} octobre 2007, en Alberta, la *Mandatory Testing and Disclosure Act* [loi sur le test et la divulgation obligatoires] et le règlement l'accompagnant sont entrés en vigueur.¹ Cette nouvelle loi provinciale remplace une loi antérieure, la *Blood Samples Act*,² qui avait été adoptée en 2004 mais n'est jamais entrée en vigueur parce que le gouvernement de la province a décidé qu'ils souhaitaient l'amender afin qu'elle ressemble plus à un modèle rédigé par la Conférence pour l'harmonisation des lois du Canada.³

La loi albertaine instaure un mécanisme permettant à certaines personnes qui ont été exposées à des liquides corporels – notamment les pompiers, les ambulanciers paramédicaux et les agents de la paix ainsi que toute personne qui a fourni une assistance en situation d'urgence – d'obtenir une ordonnance de la cour pour contraindre la « personne source » de l'exposition à donner un échantillon de liquide corporel aux fins de dépistage d'agents infectieux comme le VIH. Le résultat du test serait alors divulgué à la personne exposée.

En vertu de cette loi, la personne exposée doit faire sa demande à la cour provinciale de l'Alberta dans les 30 jours suivant l'exposition. La demande doit être accompagnée d'un rapport de médecin estimant l'importance de l'exposition. Les deux documents doivent être transmis à la personne source et déposés à la

cour. Si la cour ordonne que la personne source fournisse un échantillon de liquide corporel aux fins du test, le médecin hygiéniste local s'occupe du suivi avec la personne source. Une fois le test complété, le résultat est transmis aux médecins respectifs de la personne source et de la personne exposée.

La loi renferme une affirmation à l'effet qu'elle instaure « un processus équitable qui équilibre le souhait des individus de connaître l'état de santé d'une personne pouvant les avoir exposés à une maladie, d'une part, et le respect des droits des individus auxquels on demande de fournir une substance corporelle, d'autre part » [trad.]. Cependant, des organismes comme le Réseau juridique canadien VIH/sida, et d'autres, ont critiqué de telles lois en les qualifiant de superflues, injustifiées et inconstitutionnelles.⁴

– Richard Elliott

Richard Elliott (relliott@aidslaw.ca) est directeur général du Réseau juridique.

Le texte de la loi albertaine et du règlement afférent ainsi que les protocoles et formulaires pertinents sont disponibles à : www.health.gov.ab.ca/professionals/MTDA.html. Pour plus de détails sur cette loi et d'autres lois semblables adoptées par d'autres provinces canadiennes, consulter le document publié en 2007 par le Réseau juridique : *Force excessive : survol de la législation provinciale sur le dépistage obligatoire du VIH*, accessible via www.aidslaw.ca/test.

Le test anonyme du VIH rendu disponible au Manitoba

Le 19 septembre 2007, la ministre manitobaine de la Vie saine, Kerri Irvin-Ross, a annoncé un investissement de 1,3 million \$ dans le diagnostic, le traitement et la prévention des infections transmissibles sexuellement (ITS).⁵ Avec ce financement, le Manitoba officialisera un programme en matière de VIH.

Un élément marquant de cette annonce était l'expansion des services de dépistage d'ITS, notamment l'introduction des tests anonyme et rapide du VIH. Le Québec, l'Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Alberta et la Saskatchewan offrent déjà le test anonyme.⁶

Le système anonyme permet d'obtenir un test sans avoir à fournir son nom ou son numéro d'assurance maladie. Des individus qui évitaient le test en raison du stigmatisme associé au VIH/sida pourraient être plus enclins à le demander si l'anonymat est garanti.

Des militants du VIH/sida estiment que près de 1 400 personnes vivent avec le VIH, au Manitoba, et que 400 à 500 autres pourraient en être atteintes sans le savoir.⁷ Selon un éditorial du *Winnipeg Free Press*, le Manitoba résistait depuis plusieurs années à mettre en œuvre le genre de programmes de test et de prévention du VIH qui existe dans d'autres provinces. « Par ce nouveau programme, le Manitoba reconnaît enfin le problème du VIH », a affirmé le *Free Press*.⁸

Les autres volets du programme incluront un investissement allant jusqu'à 110 000 \$ en deux ans, dans une coalition d'organismes communautaires visant à répondre au VIH/sida parmi les immigrants et les réfugiés; un financement allant jusqu'à 100 000 \$ pour l'élaboration de ressources sur la santé sexuelle adaptées à la culture des jeunes Autochtones; et une somme allant jusqu'à 270 000 \$ pour la promotion de la santé sexuelle parmi les communautés gaies, lesbiennes, bisexuelles, bispirituelles et transgenre, à travers la province.

– Alison Symington

Nouveau test-minute du VIH disponible en Ontario

Le Gouvernement de l'Ontario a annoncé en juin 2007 qu'il rendra disponible le test rapide et anonyme du VIH dans 50 points de services à travers la province, dont des centres de santé communautaire, des cliniques d'ITS et des dispensaires d'obstétrique. Vingt-quatre sites seront nouvellement désignés, en particulier dans des communautés nordiques et rurales, pour assurer un accès plus équitable.⁹

Contrairement au test traditionnel du VIH, dont le résultat est disponible dans un délai de deux semaines, le test rapide du VIH aux points de services offre un résultat pratiquement instantané aux individus qui souhaitent connaître leur état sérologique. Il peut détecter les anticorps au VIH dans une goutte de sang en 60 secondes. En incluant le counselling pré- et post-test, la démarche dure environ 20 minutes. Si la présence d'anticorps au VIH est détectée lors du test rapide, une analyse sanguine en laboratoire

sera requise pour confirmer le résultat positif au test du VIH.¹⁰

L'Ontario sera le premier ressort canadien à offrir ce nouveau type de test. Le ministère ontarien de la Santé estime que les coûts du programme seront d'environ 350 000 \$ par année.¹¹

La provision du test rapide anonyme peut aider à augmenter le nombre de personnes qui demandent le test, en particulier parmi les communautés à risque élevé qui pourraient avoir un accès limité aux services de santé traditionnels ou être plus méfiantes à leur égard. Le test rapide peut s'avérer particulièrement utile à la suite d'une agression sexuelle ou d'une exposition professionnelle à des instruments potentiellement contaminés par le VIH, ou dans le cas de femmes enceintes en phase de travail, et de communautés transitoires, car un résultat instantané pourrait aider ces individus à obtenir l'information, les traitements et le soutien dont ils ont besoin.¹²

Toutefois, la rapidité d'administration du test accroît le risque que des personnes y soient forcées sans leur consentement ou sans un counselling adéquat.¹³

– Alison Symington

Des seringues plus sûres seront exigées dans les établissements de santé de l'Ontario

En vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, de nouveaux règlements rendront obligatoires les seringues de sécurité ou les systèmes sans aiguille dans les hôpitaux de l'Ontario à compter du 1^{er} septembre 2008.¹⁴ Une exigence similaire

entrera en vigueur en 2009 dans les centres de soins de longue durée, les établissements psychiatriques, les laboratoires et les centres de prélèvement; et en 2010 dans d'autres lieux de travail du secteur de la santé (p. ex., soins à domicile, cabinets de médecins, ambulances).

Les seringues de sécurité aident à prévenir les blessures accidentelles par aiguille chez les professionnels de la santé. Lorsqu'un professionnel de la santé se pique avec une aiguille usagée ou un instrument médical tranchant, il peut être exposé à des infections transmissibles par le sang, dont le VIH et le virus de l'hépatite C. Contrairement aux seringues ordinaires, les seringues de sécurité sont munies d'un capuchon en plastique et d'une pointe rétractable, limitant le risque de piqure accidentelle.

Selon l'Association des infirmiers et infirmières de l'Ontario, quelque 70 000 blessures accidentelles par aiguille sont signalées chaque année chez des professionnels de la santé, au Canada, dont environ la moitié en Ontario.¹⁵ Des syndicats représentant des professionnels de la santé de l'Ontario réclamaient un tel règlement depuis plusieurs années et un projet de loi sur le sujet avait été proposé par un député en 2005.¹⁶ Les seringues de sécurité sont déjà obligatoires en Saskatchewan et au Manitoba.

– Alison Symington

Deux nouvelles études confirment des taux plus élevés de VHC et de VIH parmi les détenus

Deux études publiées dans le numéro de juillet 2007 du *Journal de l'Association médicale canadienne*

font état de résultats remarquablement similaires. Dans sept prisons provinciales du Québec, le taux général de prévalence du VIH était de 3,4 p. cent. Il était significativement supérieur chez les femmes (8,8 p. cent, comparativement à 2,4 p. cent parmi les hommes).¹⁷ Le taux général de prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) était de 18,5 p. cent (29,2 p. cent chez les femmes et 16,6 p. cent chez les hommes).¹⁸ Les infections à VIH et à VHC touchaient principalement des utilisateurs de drogue par injection.

L'autre étude, menée dans des établissements correctionnels de l'Ontario (prisons, centres de détention et centres jeunesse), a révélé des taux de prévalence du VIH de 2,1 p. cent parmi les hommes adultes et de 1,8 p. cent parmi les femmes adultes (aucun jeune contrevenant n'a été trouvé séropositif au VIH). Le taux de prévalence du VHC était de 15,9 p. cent chez les hommes, de 30,2 p. cent chez les femmes et de 0,4 p. cent chez les jeunes contrevenants. Les individus les plus susceptibles d'être atteints du VHC étaient âgés de plus de 30 ans et utilisateurs de drogue par injection.¹⁹

Les taux de prévalence du VIH et du VHC parmi la population générale sont estimés à 0,8 p. cent et à 0,18 p. cent, respectivement.²⁰

Dans un commentaire accompagnant les deux articles, Richard Elliott,

directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida, a déclaré :

[n]i la prévalence élevée du VIH et du VHC parmi les détenus ni sa corrélation avec ces activités à risque n'étonne même les autorités carcérales. Et il n'y a aucun secret quant à ce qui devrait être fait pour y réagir. Des études dans la communauté ont maintes fois démontré que l'accès à du matériel d'injection stérile est la plus importante mesure de prévention du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues. [trad.]²¹

M. Elliott a signalé que devant le mépris continu du gouvernement canadien à l'endroit des résultats de telles études, une action judiciaire pourrait être à propos.

– Alison Symington

¹ S.A. 2006, c. M-3.5, tel qu'amendée par S.A. 2007, c. 18; Mandatory Testing and Disclosure Regulation, A.R. 190/2007; accessible via www.health.gov.ab.ca/professionals/MTDA.html. Voir : Order in Council, O.C. 400/2007, 12 septembre 2007; à www.qp.gov.ab.ca/documents/orders/orders_in_council/2007/907/2007_400.html.

² S.A. 2004, c. B-4.5.

³ Conférence pour l'harmonisation des lois du Canada, *Loi uniforme sur le dépistage et la divulgation obligatoires*. Accessible à www.ulcc.ca/fr/us/Uniform_Mandatory_Testing_and_Disclosure_Act_Draft_Fr.pdf.

⁴ Voir, p. ex., Réseau juridique canadien VIH/sida, *Force excessive : survol de la législation provinciale sur le dépistage obligatoire du VIH*.

⁵ Province du Manitoba, « More than \$1.3 million invested to create Manitoba HIV program, reduce spread of sexually transmitted infections, promote sexual health », communiqué, Winnipeg, 19 septembre 2007.

⁶ C. Sanders, « Anonymous HIV tests overdue », *Winnipeg Free Press*, 19 septembre 2007, p. A16.

⁷ *Ibid.*

⁸ « Editorial: HIV testing is smart », *Winnipeg Free Press*, 20 septembre 2007, p. A14.

⁹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, « New 60 second test and expanded testing program provides more options for HIV testing », document d'information, 22 juin 2007. Accessible à www.health.gov.on.ca/english/media/news_releases/archives/nr_07/jun/hivtesting_bg_05_20070622.pdf.

¹⁰ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, « Le gouvernement McGuinty lance un programme de dépistage du VIH révolutionnaire », communiqué, Toronto, 22 juin 2007.

¹¹ « Ontario to offer 60-second HIV Test », *CBC News* (en-ligne), 22 juin 2007.

¹² Réseau juridique canadien VIH/sida, *Prévenir et protéger : rehausser à la fois le test du VIH et les droits humains, au Canada*, 2007. Accessible via www.aidslaw.ca/test.

¹³ *Ibid.*, p. 28.

¹⁴ « Needle Safety », Règlement de l'Ontario 474/07, en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, 22 août 2007.

¹⁵ S. Rennie, « Ontario to supply safety needles », *Globe and Mail*, 24 août 2007, p. A6.

¹⁶ Voir D. Garmaise, « Des professionnels de la santé réclament des seringues hypodermiques plus sûres », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11 (1) (2006) : p. 19–20.

¹⁷ C. Poulin et coll., « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Quebec provincial prisons », *Journal de l'Association médicale canadienne* 177(3) (2007) : 252–256, p. 254.

¹⁸ *Ibid.*, p. 254.

¹⁹ L. Calzavara et coll., « Prevalence of HIV and hepatitis C virus infections among inmates of Ontario remand facilities », *Journal de l'Association médicale canadienne* 177(3) (2007) : 257–261, p. 257.

²⁰ *Ibid.*

²¹ R. Elliott, « Deadly disregard: government refusal to implement evidence-based measures to prevent HIV and hepatitis C virus infections in prisons », *Journal de l'Association médicale canadienne* 177(3) (2007) : 262–264, p. 262.

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.

Afrique du Sud – Congédiement de la sous-ministre de la Santé Madlala-Routledge

Le 8 août 2007, le président de l'Afrique du Sud Thabo Mbeki a congédié la sous-ministre de la Santé, Nozizwe Madlala-Routledge.¹ Le cabinet du président affirme avoir posé ce geste parce que Mme Madlala-Routledge se serait rendue sans permission à Madrid pour la Conférence de l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida.² Des militants pour le VIH/sida et d'autres observateurs soutiennent que l'incident a donné à Mbeki l'occasion attendue depuis longtemps de la renvoyer.³

Selon des reportages médiatiques, Mme Madlala-Routledge est partie pour l'Espagne en croyant que l'approbation était en instance; or, à son arrivée là-bas, elle a appris que sa demande avait été refusée par Mbeki.⁴

Le président Mbeki est largement considéré comme promouvant le déni du sida, vu son refus constant d'admettre que le VIH en est la cause.⁵ Son gouvernement a commencé à fournir des antirétroviraux aux personnes vivant avec le VIH/sida

seulement en 2004, soit plusieurs années après des pays africains beaucoup plus démunis.⁶ Mbeki est épaulé par la ministre de la Santé Manto Tshhabalala-Msimang, que ses détracteurs ont surnommé « D^{re} Betterave » et « Manto la gousse

d'ail » après qu'elle ait conseillé à des personnes vivant avec le VIH/sida de manger plus d'ail, de betteraves et de pommes de terre, pour contrer le virus.⁷

Pendant son mandat au gouvernement sud-africain, Mme Madlala-Routledge a introduit la distribution d'antirétroviraux au sein de l'armée, dénoncé le déni du sida et lancé des appels pour que plus de gens demandent le test du VIH.⁸ De telles activités ont été largement créditées pour l'image rehaussée du Gouvernement de l'Afrique du Sud à l'échelle mondiale et parmi les organismes de la société civile du pays.⁹

Le principal accomplissement de Mme Madlala-Routledge à titre de sous-ministre de la Santé fut l'élaboration d'un Plan stratégique national (PSN) offensif, en matière de VIH/sida et d'infections transmissibles sexuellement, pour orienter la réponse sud-africaine au VIH/sida de 2007 à 2011.¹⁰

En réponse à des critiques, à l'issue du XVI^e Congrès international sur le sida de Toronto, en août 2006, le gouvernement a rétabli le South African National AIDS Council (SANAC), un comité interministériel, sous le nouveau leadership de la vice-présidente de l'Afrique du Sud, Phumzile Mlambo-Ngcuka.¹¹ Lorsque la ministre de la Santé Tshabalala-Msimang a été malade, vers la fin 2006, Mlambo-Ngcuka a demandé à Madlala-Routledge de réviser la stratégie nationale sur le sida.¹² En mars 2007, le gouvernement a lancé officiellement son PSN.

Les objectifs affirmés du PSN sont d'offrir des soins et traitements complets aux personnes vivant avec le VIH/sida et de renforcer le système de santé national. Ses principaux buts sont de réduire le nombre de

nouvelles infections par le VIH et d'atténuer l'impact du VIH/sida sur les individus, les familles, les communautés et la société. Le PSN mise sur quatre domaines prioritaires clés : prévention; traitements, soins et soutien; droits humains et juridiques; et suivi, recherche et surveillance.¹³

Les initiatives antérieures du gouvernement sud-africain avaient été critiquées pour leur manque de détail et leur inefficacité. En 2000, le ministère de la Santé a élaboré un plan quinquennal de lutte contre le VIH/sida. En novembre 2003, le gouvernement a annoncé un deuxième plan pour fournir des antirétroviraux au public. Cette initiative est entrée en vigueur en mars 2004.

Un an plus tard, en mars 2005, l'initiative accusait déjà un retard sur ses objectifs d'accès aux traitements. En février 2007, le nombre de patients recevant des antirétroviraux n'atteignait que 36 p. cent de l'objectif.¹⁴

Le nouveau PSN a été accueilli favorablement en tant que « plan crédible ayant des cibles claires ». ¹⁵ Il vise à réduire le taux national d'incidence du VIH de 50 p. cent d'ici 2011. De plus, d'ici cette même année, un ensemble adéquat de traitements, de soins, de soutien et de services devrait être fourni à 80 p. cent des personnes vivant avec le VIH/sida et leurs familles.¹⁶ Contrairement aux initiatives gouvernementales précédentes en matière de VIH/sida, le PSN promeut les droits humains, l'égalité des sexes, la protection des enfants et la collaboration entre le gouvernement et les organismes de la société civile.¹⁷

Des militants du sida de l'Afrique du Sud et du monde entier se disent inquiets que, sans Mme Madlala-Routledge à sa barre, le PSN échoue.¹⁸

Le congédiement de Madlala-Routledge a été largement dénoncé. Stephen Lewis, ancien Envoyé spécial de l'ONU pour le VIH/sida en Afrique, a affirmé qu'il s'agissait « d'un terrible revers dans la lutte contre l'épidémie, et d'un coup dur pour ceux qui y œuvrent au palier domestique et pour les observateurs internationaux qui surveillent les développements en Afrique du Sud » [trad.].¹⁹

Le Joint Civil Society Mentoring Forum, un organisme représentant plus de vingt organismes de santé et de recherche en Afrique du Sud, a qualifié le renvoi de la ministre adjointe d'« important recul dans le développement d'une réponse nationale unifiée au VIH/sida, qui est si cruciale à la mise en œuvre efficace du PSN » [trad.].²⁰

Le gouvernement a par la suite exigé que Mme Madlala-Routledge rembourse des dettes remontant à 1996 ainsi que les dépenses liées à son voyage non autorisé en Espagne. Ses sympathisants dénoncent la victimisation et l'humiliation qu'elle subit en raison de ce qu'ils appellent la « collecte sélective de dettes » du gouvernement.²¹ La Treatment Action Campaign (TAC) a mis sur pied un fonds pour fournir à Mme Madlala-Routledge une aide financière à court terme.²²

La TAC a aussi écrit à Mbeki pour exiger la réintégration de Madlala-Routledge et la destitution immédiate de Tshabalala-Msimang « en raison de l'état déplorable de notre système de santé et de sa piètre performance ». ²³ Elle a conclu : « nos citoyens continuent de mourir et de contracter l'infection à cause du manque de leadership et de l'obstruction délibérée de la ministre de la Santé Manto Tshabalala-Msimang » [trad.].²⁴

– Courtney Ashton

Courtney Ashton est étudiante à la Faculté de droit de l'Université de Toronto et elle est bénévole au Réseau juridique par le biais d'Étudiants Pro Bono du Canada.

⁴ Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, « IAVI states facts relating to dismissal of South African Deputy Health Minister », 10 août 2007. Accessible à www.iavi.org/viewfile.cfm?fid=46389.

⁵ AVERT, « AIDS in South Africa: treatment, transmission and the government », mis à jour le 12 septembre 2007. Accessible à www.avert.org/aids-south-africa.htm.

⁶ K. Butler, « A president in denial, a ravaged nation denied hope », *The Independent*, 10 août 2007. Accessible à <http://news.independent.co.uk/world/africa/article2851447.ece>.

⁷ M. Wines, « Taking on apartheid, then a nation's stance on AIDS », *New York Times*, 8 septembre 2007. Accessible à www.nytimes.com/2007/09/08/world/africa/08madlala.html?_r=1&oref=slogin.

⁸ TAC, « President Mbeki: Do not dismiss... ».

⁹ *Ibid.*

¹⁰ SANAC, *HIV & AIDS and STI Strategic Plan for South Africa 2007–2011*, mars 2007. Accessible à www.info.gov.za/otherdocs/2007/aidsplan2007/.

¹¹ AVERT, « The history of AIDS from 2003 onwards », mis à jour en 2007. Accessible à www.avert.org/aidshistory.htm.

¹² M. Wines.

¹³ SANAC.

¹⁴ Joint Civil Society Mentoring Forum, *South African Antiretroviral Programme Treatment Gap*, mai 2007. Accessible à www.jcsmf.org.za/?q=node/40.

¹⁵ TAC, « HIV/AIDS denialism is dead ». Accessible à www.tac.org.za/AidsDenialismIsDead.html.

¹⁶ AVERT, « AIDS in South Africa... ».

¹⁷ Joint Civil Society Mentoring Forum, *South Africa's National HIV Strategy (2007–2011): An Opportunity for Health Equity, an Embodiment of Health Rights*, juin 2007. Accessible à www.jcsmf.org.za/?q=node/114.

¹⁸ TAC, « Open letter: commitment to National Strategic Plan », 21 août 2007. Accessible à www.tac.org.za/documents/OpenLetterToDeputyPresident.pdf.

¹⁹ L. Ensor, « Fury over Mbeki's axing of Madlala-Routledge », *Business Day* (sans date). Accessible à www.businessday.co.za/Articles/TarkArticle.aspx?ID=2935537.

²⁰ Joint Civil Society Mentoring Forum, « Civil society outrage over dismissal of the deputy minister of health », communiqué, Braamfontein, 16 août 2007. Accessible via www.alp.org.za/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=376.

²¹ « Govt screws tighten on Madlala-Routledge's finances », *Mail and Guardian Online*, 26 août 2007. Accessible à www.mg.co.za/articledirect.aspx?articleid=317536&area=%2fbreaking_news%2fbreaking_news_national%2f.

²² Des renseignements sur le « Support Good Governance — Support Nozizwe Madlala-Routledge Fund » sont accessibles via www.tac.org.za.

²³ « Govt screws tighten... ».

²⁴ TAC, « Open Letter... ».

¹ South African Government Information, « President Mbeki relieves Deputy Minister of Health », communiqué, Pretoria, 8 août 2007. Accessible à www.info.gov.za/speeches/2007/07081008151001.htm.

² South African Government Information, « Publishing of the president's letter », communiqué, Pretoria, 11 août 2007. Accessible à www.info.gov.za/speeches/2007/07081308151001.htm.

³ TAC, « President Mbeki: Do not dismiss Deputy-Minister Nozizwe Madlala-Routledge. Can our people trust you on HIV/AIDS? », 9 août 2007. Accessible à www.tac.org.za/nl20070809.html.

Chine – Deux pas en avant, un pas en arrière pour un nouvel organisme sida et droits

Un nouveau centre juridique sur le VIH/sida vient de voir le jour en Chine et poursuit ses opérations malgré une opération pré-olympique des autorités chinoises à l'encontre d'organismes de lutte contre le sida.

Centre juridique sur le VIH/sida

Depuis janvier 2007, Asia Catalyst (un organisme à but non lucratif établi aux États-Unis) collabore avec l'organisme China Orchid AIDS

Projects (COAP, un ONG établi à Beijing) pour l'aider à démarrer un nouveau projet : le Korekata AIDS Law Center. Ce centre prévoit contester des cas de discrimination à l'endroit de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida), de transmis-

sion du VIH par transfusion sanguine (une situation répandue en Chine) et d'autres affaires.

Le nom de l'établissement symbolise l'engagement des fondateurs à promouvoir la coopération régionale. Kojima Korekata, avocat, était juge

en chef de la Cour suprême du Japon. À la fin du 19^e siècle, ses décisions ont établi l'indépendance des cours japonaises et ont été parmi les premières à promouvoir la suprématie du droit en Asie.

Le rôle d'Asia Catalyst dans ce projet est d'aider le COAP en matière de planification stratégique, d'établissement de budget, de collecte de fonds, d'accroissement de la capacité et d'intervention internationale. À la demande du Korekata Center, Asia Catalyst a aussi publié un rapport de recherche sur la réponse de divers pays aux épidémies de VIH dans leur système d'approvisionnement de sang, qui incluait des recommandations au Gouvernement de la Chine.¹

Graduellement, ces dernières années, la Chine a commencé à autoriser la formation de petits ONG communautaires. En dépit d'importantes contraintes, ces organismes ont accompli un travail remarquable pour mobiliser des personnes vivant avec le VIH/sida, des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, et des personnes qui utilisent des drogues. Leurs programmes incluent des services d'intervention, de counselling et de prévention.

De plus en plus, certains organismes – notamment l'Aizhixing Health Education Center, dirigé par Wan Yanhai – entreprennent aussi des activités de plaidoyer et de recherche juridique. Quelques-uns, dont Yirenping, à Beijing, ont commencé à intenter des poursuites dans des cas de transmission du VIH par transfusion sanguine.

Le Korekata Center veut réunir ces activités sous un seul toit, par la prise en charge d'affaires à fort impact, la publication de documentation, l'organisation d'ateliers et le

développement d'un réseau d'avocats et d'ONG qui les reliera à des organismes du domaine du VIH/sida et du droit à travers le monde.

Répression gouvernementale en vue des Olympiques

Le Korekata Center s'est heurté à des obstacles à la suite d'une opération policière pré-olympique auprès d'organismes de lutte contre le VIH/sida. Pour inaugurer le centre, Asia Catalyst et le COAP prévoyaient tenir un colloque international sur le sida et le droit, en Chine, les 2 et 3 août 2007.

Le colloque aurait réuni à Guangzhou des représentants de l'AIDS Law Project (Afrique du Sud), du Lawyers' Collective (Inde), du Thai Treatment Action Group, du Réseau juridique canadien VIH/sida et de la Faculté de droit de la Temple University (États-Unis), avec environ cinquante PVVIH/sida, avocats, scientifiques et représentants d'ONG du domaine du VIH/sida en Chine.

Les participants y auraient partagé leurs expériences de contentieux en matière de transmission du VIH par transfusion sanguine et de discrimination, en Chine et à l'échelle mondiale, en plus d'identifier des stratégies pour coordonner leurs efforts futurs.

Or, le 26 juillet 2007, l'hôtel de Guangzhou a contacté le COAP à Beijing pour l'aviser que la police lui avait ordonné d'annuler le colloque. Le soir même, à Beijing, des agents de sécurité ont détenu Li Dan, directeur général du COAP, pendant 24 heures. Le COAP et Asia Catalyst ont été informés que la combinaison du sida et du droit, avec la visite d'étrangers, était trop « délicate ». Les autorités craignaient que le colloque affecte le lancement officiel,

le 8 août 2007, du décompte d'un an avant le début des Jeux olympiques de Beijing – ce qui aurait nuit à l'image publique du pays.

En août, l'opération a pris de l'ampleur : la police a interdit une rencontre planifiée de groupes de soutien aux PVVIH/sida et elle a fermé deux bureaux du COAP qui venaient en aide à des enfants affectés par le sida, dans la province du Henan.

L'expérience fut décourageante. Des avocats et des militants chinois du domaine du sida ont exprimé en privé la frustration qu'ils ne pouvaient « même pas tenir une rencontre », et la crainte que la lutte contre le VIH/sida soit freinée pendant un an, jusqu'à ce que les Jeux olympiques de Beijing soient terminés.

Néanmoins, des organismes chinois de lutte contre le VIH/sida continuent d'avancer prudemment. Depuis août, de petites réunions d'organismes ont eu lieu à travers le pays. Malgré l'annulation de son colloque, le Korekata AIDS Law Center continue de planifier des activités. En 2008, elles incluront : la préparation de dépliants et de guides ressources sur le droit chinois en matière de sida, à l'intention des avocats et des PVVIH/sida; le développement d'un cours de certification sur le droit du sida, pour les avocats chinois; et la publication de documents en langue chinoise sur le droit en matière de sida dans d'autres pays.

– Sara (Meg) Davis

Sara (Meg) Davis (catalystasia@gmail.com) est fondatrice et directrice d'Asia Catalyst (www.asiacatalyst.org).

¹ Asia Catalyst, *AIDS Blood Scandals: What China Can Learn from the World's Mistakes*, septembre 2007. Accessible via www.asiacatalyst.org.

Thaïlande – Un rapport analyse les obstacles à l'accès aux ARV pour les personnes qui s'injectent des drogues

L'épidémie de VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, en Thaïlande, ternit l'exemple de succès que constitue par ailleurs ce pays dans la lutte mondiale au VIH/sida. Un nouveau rapport révèle que les personnes qui s'injectent des drogues demeurent confrontées à d'importants défis dans l'accès aux soins de santé dont elles ont besoin.¹

La prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues est extrêmement élevée, ayant augmenté de 40 p. cent à plus de 50 p. cent au cours des deux dernières décennies.² De fait, le gouvernement thaïlandais a reconnu que l'infection par le VIH parmi les personnes qui font usage de drogue « s'est maintenue à un taux inacceptable, en Thaïlande, depuis le tout début de l'épidémie ».³

Préparé par le Thai AIDS Treatment Action Group (TTAG) et Human Rights Watch (HRW), le rapport montre que plusieurs professionnels de la santé ne connaissent pas ou ne respectent pas les lignes directrices sur le traitement du VIH/sida et continuent de refuser des antirétroviraux (ARV) à des personnes qui en ont besoin, en raison de leur usage de drogue, même si elles participent à un programme d'entretien à la méthadone.

Le rapport révèle aussi que les personnes qui utilisent des drogues et qui reçoivent des ARV sont peu susceptibles de divulguer leur usage de drogue à leur médecin ou de lui demander de l'information sur le traitement de la dépendance à la drogue, par crainte de représailles. Cette crainte n'est pas sans fondement : le rapport confirme que plusieurs hôpitaux et cliniques du secteur public partagent des renseigne-

ments sur l'usage de drogue avec les autorités d'application de la loi, à titre de politique et de pratique.

En dépit de l'efficacité démontrée des services de réduction des méfaits pour les personnes qui utilisent des drogues, le gouvernement thaïlandais n'y fournit qu'un soutien minime. Ces programmes limités de réduction des méfaits sont gravement affectés par les campagnes anti-drogue continues et répressives du gouvernement thaïlandais.

La police fait régulièrement entrave aux personnes qui utilisent des drogues, dans leur accès à des services de santé, en harcelant des clients à l'extérieur de centres de traitement de la toxicomanie et en invoquant la possession de seringues stériles ou la présence dans une clinique d'entretien à la méthadone comme motifs d'infraction liée à la drogue.

Au cours de la préparation du rapport, un chef de la police de Chiang Mai – ville où ont eu lieu de nombreuses exécutions extrajudiciaires lors de la « guerre aux drogues » de 2003 – a admis que son bureau maintient une liste noire de personnes soupçonnées d'usage de drogue et que la possession de seringues neuves, quoique légale, peut servir de motif légitime à un policier pour interroger une personne inscrite sur la liste.

Le secrétaire général adjoint du Bureau de l'Office de contrôle des stupéfiants (l'instance de coordination et d'élaboration des politiques sur le contrôle des drogues) a confirmé qu'en dépit du statut légal de la possession de seringues, ces instruments sont parfois utilisés par des policiers comme preuve de l'usage de drogue.

Des pairs intervenants jouent un rôle clé pour assurer l'accès à une information et à des services vitaux pour les personnes qui utilisent des drogues. Toutefois, le rapport signale que le harcèlement policier constant, les arrestations (parfois sur le site de cliniques de méthadone, ou à proximité) et les effets durables de la guerre aux drogues ont créé d'importants obstacles aux efforts d'intervention. Le harcèlement à l'endroit de personnes qui utilisent des drogues affecte directement l'efficacité des programmes d'intervention par des pairs.

En Thaïlande, plusieurs personnes qui utilisent des drogues se retrouvent en détention préventive ou en prison; elles entrent et sortent souvent des établissements carcéraux gérés par le gouvernement. Selon le rapport, les personnes incarcérées ont encore plus de difficulté à obtenir les services et les soins préventifs dont elles ont besoin.

Le rapport a constaté que la disponibilité d'ARV pour les détenus est très limitée; et que le gouvernement échoue à prendre les mesures nécessaires pour que des services fondamentaux (soins médicaux, réduction des méfaits, traitement de la dépendance à la drogue, soutien psychosocial) soient liés à d'autres services dans la communauté générale, ou du processus d'entrée en prison ou de remise en liberté.

En juin 2007, la Thaïlande a dévoilé son Plan national sur le sida pour 2007-2011. Ce document reconnaît l'échec du pays à lutter contre le VIH/sida parmi les personnes qui utilisent des drogues et les détenus, et il propose d'intensifier les efforts pour rehausser leur accès à des services de prévention du VIH/sida, de soins et de traitement.⁴

Cet engagement fait suite à une série d'autres promesses publiques qui n'ont pas encore été respectées. Dans son rapport à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU (UNGASS) sur le VIH/sida de 2006, le Gouvernement de la Thaïlande a reconnu que « peu d'efforts ont été

déployés pour répondre aux défis spécifiques » de la provision du test du VIH et de counselling, de soins, de soutien et d'ARV aux personnes qui utilisent des drogues, et il a recommandé que l'on « agisse promptement » pour rehausser les interventions, la réduction des méfaits, l'accessibilité des ARV et d'autres services liés au VIH/sida pour les personnes qui utilisent des drogues.⁵

Lors de l'UNGASS, le gouvernement thaïlandais a promis de promouvoir et de mettre en œuvre des services de prévention du VIH et de réduction des méfaits pour tous ceux qui en ont besoin; d'accroître l'accès au traitement d'entretien à la méthadone; et d'habiliter les personnes qui utilisent des drogues à réduire leurs pratiques d'injection non sécuritaires et à se joindre à un programme de traitement.⁶

Ces engagements doivent être suivis d'une action rapide et résolue afin de répondre aux violations systématiques des droits humains de personnes qui utilisent des drogues et de détenus, par des agents d'application de la loi et des professionnels de la santé, et aux préjugés répandus du gouvernement et

de la société civile à leur égard. Si la Thaïlande échoue à adopter de telles mesures, elle continuera d'alimenter l'épidémie parmi certaines de ses populations les plus marginalisées.

– *Rebecca Schleifer, Paisan Suwannawong et Karyn Kaplan*

Rebecca Schleifer (schleiferr@hrw.org) est intervenante pour le Programme VIH/sida de HRW. Paisan Suwannawong est directeur du TTAG et Karyn Kaplan en est la directrice des politiques et du développement.

¹ TTAG et HRW, *Deadly Denial: Barriers to HIV Treatment for People Who Use Drugs in Thailand*, 2007. Accessible via www.hrw.org.

² Thailand Ministry of Public Health and WHO Regional Office for South-East Asia (WHO-SEARO), *External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand*, 2005, p. 10, 26.

³ Thailand Ministry of Public Health, *Towards Universal Access by 2010: Thailand National HIV and AIDS Program*, 2006.

⁴ Thailand Ministry of Public Health, Department of Disease Control, *Book 1: National Plan for Strategic and Integrated HIV and AIDS Prevention and Alleviation 2007-2011: Key Contents*, National Committee for HIV and AIDS Prevention and Alleviation, 2007, p. 8, 11-15, 19, 28, 30.

⁵ Thailand, *Follow-Up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Country Report*, 2006, p. 19.

⁶ Thailand Ministry of Public Health, *Towards Universal Access by 2010: Thailand National HIV and AIDS Program*, 2006.

Botswana et Swaziland – Un rapport établit un lien entre des violations des droits des femmes et le VIH

En mai 2007, l'organisme Physicians for Human Rights (PHR) a publié un rapport sur les liens entre des attitudes discriminatoires à l'endroit de femmes, la prise de risques sexuels et la prévalence extrêmement élevée du VIH, au Botswana et au Swaziland. Le rapport examine aussi le manque de pouvoir politique et économique des femmes, dans ces pays, et son lien avec l'infection par le VIH.¹

Selon l'ONUSIDA, un taux de prévalence du VIH de 39 p. cent a été recensé parmi les jeunes femmes (de 15 à 24 ans) fréquentant une clinique de soins prénataux, au Swaziland, alors que chez les femmes du

Botswana, ce taux atteignait 47 p. cent dans certains districts.²

Le rapport décrit les résultats d'une étude populationnelle visant à évaluer les facteurs qui contribuent à l'infection par le VIH. L'étude a été menée en 2004-2005 auprès de 1 268 personnes au Botswana et 788 personnes au Swaziland. En outre, des entrevues ont été réalisées auprès de 24 personnes vivant avec le VIH/sida au Botswana et 58 autres au Swaziland, et auprès d'informateurs clés dans les deux pays.³

Selon le rapport, quatre principaux facteurs contribuent à la vulnérabilité des femmes au VIH :

- le manque de contrôle des femmes dans les décisions sexuelles (y compris la décision d'utiliser le condom); et des partenaires sexuels multiples, chez les hommes et les femmes;
- la prévalence du stigmate et de la discrimination liés au VIH (qui fait entrave au test et à la divulgation de la séropositivité);
- des croyances discriminatoires liées au genre sexuel, qui sont associées à la prise de risques sexuels; et
- l'échec du leadership traditionnel et gouvernemental à promouvoir l'égalité, l'autonomie et l'indépendance financière des femmes.

Lors des entrevues, des personnes vivant avec le VIH/sida ont signalé que la dépendance des femmes à l'endroit des hommes accroît leur vulnérabilité au VIH. Des témoignages ont révélé que le statut inférieur des femmes dans les deux pays leur occasionne des préjudices constants, même après l'infection par le VIH, et affecte leur capacité de

subvenir à leurs besoins fondamentaux de nourriture, de logement et de transport.

Les entrevues ont révélé que plusieurs femmes séropositives au VIH sont forcées d'avoir des rapports sexuels risqués avec des hommes, en échange contre de la nourriture pour elles et leurs enfants. Un répondant a affirmé : « Les femmes ont des rapports sexuels parce qu'elles ont faim. Si on leur donnait de la nourriture, elles n'auraient pas besoin de cela pour manger ». [trad.]⁴

Le rapport fait état d'inégalités entre les hommes et les femmes, qui se reflètent dans les lois des deux pays. Par exemple, au Botswana, le viol par un partenaire intime ou un époux n'est pas criminalisé. En vertu du droit coutumier, les femmes n'ont pas d'autonomie légale et sont assujetties à la tutelle de leurs pères, frères, oncles ou époux. Au Swaziland, les femmes acquièrent lors du mariage un statut juridique équivalent à celui d'un enfant mineur. La violence domestique n'est pas criminalisée et le viol conjugal est exempté des lois domestiques générales sur les voies de fait et le viol.⁵

Des répondants ont signalé que les femmes au Botswana et au Swaziland n'ont souvent pas la liberté de prendre des décisions quant à leur vie sexuelle, en raison de leur statut juridique inférieur. Selon une femme vivant avec le VIH : « Ici au Swaziland, l'époux est celui qui mène, donc il n'y a rien que vous puissiez faire sans lui. Mes droits relèvent de mon époux. C'est lui qui décide si on utilise le condom. Je n'ai pas le choix en matière de prévention. » [trad.]⁶

Le rapport formule des recommandations détaillées sur l'accroissement

de l'autosuffisance financière des femmes, la provision d'une aide alimentaire à court terme, la promulgation de lois sur la protection et les droits des femmes dans les deux pays, la consolidation des instances gouvernementales chargées d'enjeux liés aux femmes, et la provision d'un appui financier aux ONG locaux de lutte au VIH/sida et aux regroupements de femmes.

Le document incite les États-Unis à apporter des changements aux programmes administrés par l'USAID, afin d'identifier clairement l'inégalité des sexes comme un facteur clé qui catalyse l'épidémie du sida et d'exiger qu'un point de mire sur les considérations sexospécifiques soit intégré dans les programmes de prévention, de traitement et de soins financés par le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR).

Les États-Unis sont aussi encouragés à accroître l'investissement du PEPFAR dans des programmes qui favorisent l'accès des femmes et des filles au revenu et à d'autres ressources; qui appuient l'éducation primaire et secondaire des filles; et qui promeuvent le renforcement des droits juridiques des femmes. Le rapport conclut que des programmes domestiques et états-unien ne devraient procéder au test du VIH à grande échelle que si la confidentialité et d'autres droits sont respectés.

« Les leaders nationaux, avec l'aide de donateurs étrangers et autres, ont l'obligation en vertu du droit international de modifier les conditions sociales, juridiques et économiques inéquitables des femmes, qui favorisent la transmission du VIH et nuisent au test, aux soins et aux traitements », a déclaré Karen Leiter, associée principale de

recherche pour PHR et chercheuse principale de l'étude.⁷

– Kate Krauss

Kate Krauss (kkrauss@phrusa.org) est coordonnatrice médias pour la Campagne Health Action AIDS de PHR.

¹ Physicians for Human Rights, *Epidemic of Inequality: Women's Rights and HIV/AIDS in Botswana & Swaziland: An Evidence-based Report on Gender Inequity, Stigma and Discrimination*, mai 2007. Accessible via <http://physiciansforhumanrights.org>.

² ONUSIDA/OMS, *Le Point sur l'épidémie de sida* : décembre 2006, p. 13–14.

³ L'étude dont il est question dans ce rapport a été conçue et réalisée par PHR et deux partenaires locaux :

des membres de la Faculté des soins infirmiers de l'University of Botswana à Gaborone, au Botswana; et le Women and Law in Southern Africa Research Trust (WLSA), à Mbabane, au Swaziland.

⁴ Physicians, p. 11.

⁵ Ibid., p. 28–38 et 74–86.

⁶ Ibid., p. 12.

⁷ Conversation personnelle avec l'auteure, avril 2007.

Des agences de l'ONU publient de nouvelles recommandations sur le test du VIH

En mai 2007, l'ONUSIDA et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ont publié un *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé (ci-après, les « recommandations »)*.¹ Ces recommandations présentent le counselling et le test à l'initiative du professionnel de la santé (CTIPS) comme un outil pour accroître le recours au test du VIH et elles favorisent une approche à option de refus (« opt-out ») selon laquelle il appartient au patient de signaler son refus s'il ne veut pas subir de test du VIH.

Les recommandations prônent cette approche pour tous les patients dont les symptômes cliniques pourraient résulter d'une infection par le VIH, dans tout contexte d'épidémie; comme élément des soins habituels à tous les patients des établissements de santé en situation d'épidémie de VIH généralisée; et de manière plus sélective en contexte d'épidémie concentrée ou peu étendue.

Elles reconnaissent toutefois que, dans le cas de populations vulnérables ou d'épidémies peu étendues, l'approche volontaire (« opt-in »), où le patient doit consentir explicitement au test, pourrait être plus appropriée que l'approche à option de refus.²

Les recommandations stipulent que, peu importe l'approche choisie, une information et un counselling pré-test devraient être fournis. Toutefois, elles précisent que deux éléments du counselling pré-test, dans le modèle du counselling et test volontaires (CTV) – l'évaluation du risque et le counselling sur la prévention – pourraient être déplacés au counselling post-test dans le contexte du CTIPS. Elles justifient cela par un potentiel manque de temps chez les professionnels de la santé. Elles affirment aussi que, selon le contexte local, les professionnels de la santé pourraient fournir du counselling dans le cadre de groupes de discussion et d'information sur la santé.³

Néanmoins, les recommandations maintiennent que le counselling pré-test doit respecter certaines normes minimales, comme expliquer au patient pourquoi le test est recommandé et quels sont ses bienfaits et risques, et l'informer que des traitements sont disponibles peu importe le résultat.⁴ Elles stipulent aussi qu'un consentement verbal au test du VIH est suffisant – c'est-à-dire qu'un consentement écrit n'est pas requis.⁵

Les recommandations soulignent que le counselling post-test fait partie intégrante de la démarche. En cas de résultat positif, elles suggèrent de fournir au patient du soutien émotionnel et des informations quant aux options de traitement disponibles et

aux méthodes de prévention de la transmission du VIH.⁶ En cas de résultat négatif, elles proposent de conseiller aux individus plus vulnérables de passer fréquemment le test.⁷

Selon les recommandations, le CTIPS devrait s'accompagner de mesures adéquates de prévention du VIH, de traitement, de soins et de soutien, en plus d'efforts sociaux, juridiques et de politiques complémentaires, pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables.⁸ Même si l'accès aux antirétroviraux (ARV) n'est pas une exigence fondamentale du CTIPS, les recommandations soulignent qu'il doit s'accompagner d'une attente raisonnable d'accès aux ARV « dans le cadre d'un plan national visant l'accès universel aux traitements antirétroviraux pour tous ceux qui en ont besoin ».⁹

Les recommandations diffèrent sur certains points importants de celles formulées par le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits humains lors du processus d'ébauche.¹⁰ En septembre 2007, après la parution des recommandations officielles de l'ONUSIDA et de l'OMS, le

Groupe de référence a publié un énoncé reconnaissant l'efficacité du modèle du CTIPS pour accroître le nombre de tests administrés.¹¹ Il a toutefois signalé que l'approche volontaire est préférable à l'approche à option de refus pour assurer le consentement volontaire et le respect de la sécurité de l'individu.¹²

Le Groupe de référence a recommandé à l'ONUSIDA et à l'OMS de collaborer avec des établissements de santé offrant le test du VIH, à développer et à adopter un code modèle de déontologie à l'intention des praticiens du counselling et du test du VIH, sans égard à l'approche adoptée.¹³ Une telle mesure serait complémentaire au plan actuel des recommandations visant à surveiller et à évaluer la mise en œuvre du modèle de CTIPS.

– Madhavi Swamy

Madhavi Swamy est étudiante à la Faculté de droit de l'Université de Toronto et elle est bénévole au Réseau juridique par le biais d'Étudiants pro bono du Canada.

Voir R. Jürgens, « Rehausser l'accès au test du VIH avec counselling, dans le respect des droits humains », dans la sec-

tion spéciale du présent numéro, pour une discussion à propos de la réponse de l'Open Society Institute aux recommandations de l'ONUSIDA et de l'OMS.

¹ ONUSIDA et OMS, *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*, mai 2007. Accessible via www.unaids.org.

² *Ibid.*, p. 5.

³ *Ibid.*, p. 36.

⁴ *Ibid.*, p. 9.

⁵ *Ibid.*, p. 36.

⁶ *Ibid.*, pp. 10, 39.

⁷ *Ibid.*, p. 41.

⁸ *Ibid.*, p. 30.

⁹ *Ibid.*, p. 8.

¹⁰ Le Groupe de référence a été créé en 2002 pour conseiller l'ONUSIDA sur des questions liées au VIH/sida et aux droits humains; il est composé de militants, de juristes, d'éthiciens, de personnes vivant avec le VIH, d'employés d'ONG ainsi que de représentants du milieu universitaire et du secteur communautaire. En janvier 2007, avant la finalisation des recommandations, le Groupe de référence a publié *Comments on the Draft Document: Guidance on Provider-Initiated HIV Testing and Counselling in Health Facilities*, janvier 2007. Accessible à <http://data.unaids.org/pub/Guidelines/2007/RGcomments-PITGuidance.pdf>.

¹¹ Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits humains, *Statement and Recommendations on Scaling Up HIV Testing and Counselling*, septembre 2007. Accessible à http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/20070905_rghr_statement_testing_en.pdf.

¹² *Ibid.*, p. 3.

¹³ *Ibid.*, p. 4.

En bref

Singapour – Maintien d'une disposition du Code pénal criminalisant les rapports sexuels entre hommes

Le 23 octobre 2007, le Gouvernement de Singapour a aboli une disposition

de son *Code pénal* interdisant les rapports sexuels oraux et anaux entre adultes hétérosexuels consentants, mais il a maintenu une disposition criminalisant les rapports sexuels entre hommes.¹

Le parlementaire Siew Kum Hong, en faveur de l'abrogation de cette

dernière disposition, a parrainé une pétition publique signée par 2 341 citoyens aux horizons diversifiés. Une campagne en-ligne de trois jours initiée par un activiste de Singapour a permis de recueillir 8 000 signatures additionnelles, aux quatre coins du monde.

Par ailleurs, l'International Gay and Lesbian Human Rights Commission a écrit au premier ministre de Singapour, Lee Hsien Loong, pour lui expliquer comment le maintien de la provision criminalisant les rapports sexuels entre hommes relèguerait les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenre (GLBT) au statut de citoyennes de seconde classe, sans protection contre la discrimination et sans droits en tant que minorité sexuelle.

Les opposants à l'abrogation de la disposition ont affirmé que les hommes gais ne sont pas une communauté minoritaire légitime, à Singapour, et que les rapports sexuels entre hommes ne sont pas « un crime sans victime puisque les rapports sexuels oraux et anaux propagent le VIH et le sida ». [trad.]²

Le premier ministre a déclaré que l'abolition de la disposition du *Code pénal* criminalisant les rapports homosexuels ne contribuerait pas à l'acceptation des personnes GLBT dans la société singapourienne, puisque la majorité des citoyens s'oppose à ce qu'on leur accorde « les mêmes droits que les femmes et hommes hétérosexuels ». À son avis, l'abrogation de la disposition aurait polarisé la nation – et il considère préférable que les « droits des gais » évoluent graduellement.³

– Sandra Ka Hon Chu

Sandra Ka Hon Chu (schu@aidslaw.ca) est analyste principale des politiques pour le Réseau juridique canadien VIH/sida.

Les membres de l'APEC adoptent de vastes lignes directrices sur le VIH en milieu de travail

En septembre 2007, lors du 15^e Sommet des leaders économiques de l'Asia Pacific Economic Cooperation (APEC), qui s'est tenu à Sydney, Australie, le 21 leaders réunis ont appuyé des lignes directrices qui ratissent large, concernant le VIH en milieu de travail, pour les ressorts membres de l'APEC.⁴

Les lignes directrices sont basées sur deux publications de l'Organisation internationale du travail (OIT) : le *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail* et le manuel intitulé *Mise en œuvre des directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail*. Les lignes directrices qui ont été adoptées traitent aussi d'enjeux qui ne sont pas abordés dans le Code de pratique, comme la sexospécificité, les enfants travailleurs, les migrants et les populations mobiles.

Les lignes directrices s'adressent aux gouvernements des membres de l'APEC, aux employeurs dans les secteurs public et privé, aux associations d'affaires, aux travailleurs, aux syndicats et autres regroupements de travailleurs, aux organismes de personnes vivant avec le VIH ainsi qu'à tout autre groupe ayant des responsabilités et des activités pertinentes au VIH et au sida en milieu de travail. Les lignes directrices sont un exemple de l'approche quali-

fiée de « droit mou » en matière de développement des politiques.⁵

L'élaboration de ces lignes directrices a bénéficié du soutien financier de Santé Canada pendant la période où ce dernier présidait le Groupe de travail de l'APEC en matière de santé. Ce groupe de travail collaborera étroitement avec des organismes comme l'OIT et l'Asia Pacific Business Coalition on AIDS, pour faire en sorte que les lignes directrices soient disséminées et promues auprès des économies membres de l'APEC, à compter de 2008.

– David Patterson

David Patterson (david.patterson@videotron.ca) est consultant en matière de VIH, de droit et de droits humains; il est établi à Montréal, Canada.

¹ International Gay and Lesbian Human Rights Commission, « Singapore update: law against homosexuals to remain », 24 octobre 2007. Accessible via www.iglhrc.org.

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ Accessible via www.apec.org. Cliquez sur « APEC Groups » – « SOM Special Groups » – « Health Task Force », puis consultez la rubrique « Current Activities ».

⁵ Voir aussi D. Patterson, « Le recours au droit mou comme réponse au VIH/sida en Asie du Sud-Est », dans le présent numéro.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - CANADA

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

Les principaux administrateurs du système d'approvisionnement en sang sont acquittés d'accusations criminelles en rapport avec la tragédie du sang contaminé

Le 1er octobre 2007, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a acquitté les cadres supérieurs du système d'approvisionnement en sang d'accusations de négligence criminelle causant des lésions corporelles et de nuisance publique en rapport avec l'infection d'hémophiles par le VIH en 1986 et 1987.¹ Les victimes, dont les noms n'ont pas été dévoilés en raison d'une ordonnance de non-publication, avaient toutes eu recours au HT Factorate, un produit de coagulation utilisé pour traiter les hémophiles et fabriqué par Armour, une société pharmaceutique dont le siège est au New Jersey.

Quatre chefs d'accusation de négligence criminelle et un de nuisance publique avaient été portés contre Armour, un de ses principaux administrateurs, le directeur du Bureau des produits biologiques du Canada, le directeur de la Division des produits de sang et le directeur national des Services liés aux produits sanguins

de la Croix-Rouge canadienne, qui avaient été impliqués dans la fabrication, l'autorisation de mise en marché et la distribution du HT Factorate.

Tous les chefs de négligence criminelle étaient identiques, sauf en ce qui concerne la période de temps couverte (de sept à 18 ans) et l'identité des quatre victimes présumées, dont trois étaient décédées de maladies liées au sida. Le chef de nuisance couvrait une période de plus de trois ans et concernait des victimes de l'Ontario, de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de l'Alberta. Armour avait également été accusée d'omission de déclarer une lacune de produit selon la *Loi sur les aliments et drogues*.²

Le HT Factorate était traité à la chaleur pour tuer des agents pathogènes comme le VIH, mais le procédé était inefficace. Selon les accusations criminelles, l'accusée savait que le produit était susceptible d'être contaminé et n'avait rien fait pour empêcher sa distribution et avertir les receveurs du danger.

Afin d'obtenir une condamnation pour négligence criminelle, la poursuite devait démontrer que les accusés avaient fait montre d'insouciance déréglée et téméraire à l'égard de la vie et de la sécurité d'autrui. Pour ce qui est de l'accusation de nuisance publique, la poursuite devait démontrer que leurs actions s'écartaient de

ce qu'aurait fait une personne raisonnable dans les circonstances.

Après avoir résumé la preuve, y compris l'évolution des connaissances scientifiques sur le VIH, le traitement de l'hémophilie, et la série d'événements qui ont précédé et suivi les infections en question, madame la juge Benotto a conclu que l'ensemble de la preuve avait établi une conduite sérieuse, consciencieuse et attentive de la part des accusés.

De plus, a-t-elle dit, non seulement les allégations de conduite criminelle de la part de ces hommes et de cette société n'ont-elles pas été étayées par la preuve, elles ont été réfutées. De l'avis de la juge Benotto, l'information médicale disponible à l'époque confirmait que le dépistage du VIH dans le plasma donnait un niveau de sécurité supplémentaire et que le retrait du HT Factorate n'était pas nécessaire. Elle a conclu que les accusés s'étaient comportés de manière professionnelle et raisonnable face à un problème de santé publique.

Malgré cet acquittement, le docteur Perrault, le directeur national des Services liés aux produits sanguins de la Croix-Rouge canadienne, fait face à six autres accusations de nuisance publique dans un procès qui devrait commencer cette année à Hamilton. Le docteur Perrault est accusé d'avoir mis la santé publique

en danger en négligeant de faire subir des tests adéquats aux donneurs, de mettre en place des tests de dépistage de virus véhiculés par le sang et d'avertir la population du danger concernant l'hépatite C et le VIH.

¹ *R. c. Armour Pharmaceutical Co.*, [2007] O.J. No. 3733 (Q.L.).

² En mai 2005, la Croix-Rouge canadienne a plaidé coupable à l'accusation d'avoir distribué un médicament contaminé, en violation de la *Loi sur les aliments et drogues*. Elle a été condamnée à 5 000 \$ d'amende pour son rôle dans les infections par le VIH, ce qui correspond à la peine maximale pour l'accusation. La Croix-Rouge a également accepté de donner 1,5 million \$ à l'Université d'Ottawa pour un fonds de recherche et des bourses d'étude pour les membres des familles des personnes touchées.

La Cour fédérale juge la Couronne non responsable de la maladie d'un détenu séropositif

En mars 2007, la Cour fédérale a conclu que Brian Donald Hickey, un détenu séropositif dans un pénitencier fédéral, n'avait pas établi par prépondérance des probabilités de lien de causalité entre la prescription excessive d'un médicament antirétroviral par les employés des soins de santé de la prison et le développement d'une neuropathie du système sensitif périphérique, une forme d'atteinte nerveuse douloureuse.¹ La Cour a également jugé que la Couronne n'était pas responsable du préjudice causé par la négligence d'un médecin indépendant engagé à contrat. En conséquence, elle a rejeté l'action en négligence intentée par Hickey contre la Couronne.

Hickey a découvert qu'il était séropositif en juin 1996, pendant qu'il était incarcéré à l'établissement de Matsqui en Colombie-Britannique. On l'a dirigé vers un médecin de l'extérieur en octobre et en novembre 1996 pour qu'il reçoive des soins médicaux et des traitements de la part d'un spécialiste du VIH. Le spécialiste du VIH a recommandé que Hickey commence un traitement antirétroviral.

Le médecin de l'établissement carcéral a accepté, mais il s'est trompé en indiquant la dose qui devait être administrée à Hickey. Hickey a pris la dose incorrecte entre novembre 1996 et janvier 1997. Il a développé une neuropathie périphérique peu de temps après l'administration de l'ARV; ses symptômes ont continué après qu'il eut cessé de prendre le médicament et ils persistaient au moment du procès.

Madame la juge Hansen s'est d'abord demandé si Hickey avait le droit de poursuivre le Service correctionnel du Canada (SCC), compte tenu d'une décision antérieure de la Cour fédérale qui avait conclu que la Couronne n'était pas responsable du préjudice causé à un détenu incarcéré

dans un établissement correctionnel du SCC par la négligence d'un dentiste indépendant engagé à contrat.²

Madame la juge Hansen a conclu que, comme le médecin prescripteur était un médecin indépendant, l'affaire n'était pas différente de la décision antérieure de la Cour fédérale et, par conséquent, qu'aucune action ne pouvait être intentée contre la Couronne pour sa négligence. Bien que les principes formulés dans l'arrêt antérieur de la Cour fédérale aient eu un effet déterminant sur l'issue de l'affaire, la juge Hansen a jugé qu'il était néanmoins « important du point de vue du demandeur que l'allégation de négligence soit analysée au fond ».

Bien que l'on ait établi au procès que la neuropathie périphérique pouvait aussi bien être attribuable à l'ARV qu'à l'infection à VIH dont Hickey était atteint, la juge Hansen a conclu qu'il était plus probable que celle-ci soit reliée au VIH, étant donné la période limitée de la prise du dosage incorrect, et compte tenu du fait que la neuropathie causée par le VIH prend plus de temps à guérir que la neuropathie causée par la médication.

La juge Hansen a jugé convaincant le témoignage de l'expert médical de la Couronne concernant la période de temps relativement courte nécessaire pour se rétablir d'un préjudice causé par un ARV après que la prise du médicament a cessé. Par contraste, la suppression du VIH pour permettre au corps de réparer la lésion cellulaire à l'origine de la neuropathie périphérique demanderait beaucoup plus de temps.

Hickey soutenait également que la loi imposait au SCC l'obligation de procurer aux détenus des soins de santé conformes aux normes reconnues par la société; que le SCC a envers les détenus une relation fiduciaire qui lui impose une norme de soin plus élevée; et que le SCC devrait être tenu responsable pour les préjudices dont il avait connaissance ou aurait dû être conscient.

De l'avis de la juge Hansen, il n'y avait pas suffisamment de preuve — c'est-à-dire sur le fait qu'il y ait eu ou non à l'époque pertinente des employés pharmaciens qui auraient pu détecter l'erreur; sur d'éventuelles vérifications qui auraient permis d'éviter les erreurs d'inscription; et sur le niveau de connaissances ou

le niveau de connaissances exigé du personnel médical concernant les médicaments antirétroviraux — pour soutenir cet argument.

Au procès, Hickey a formulé un nouvel argument fondé sur l'article 74 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, qui n'avait pas été préalablement divulgué à la partie adverse. Cette disposition prévoit que le SCC « doit permettre aux détenus de participer à ses décisions concernant tout

ou partie de la population carcérale, sauf pour les questions de sécurité ».

L'avocat de Hickey soutenait que la conséquence de l'engagement de médecins à contrat sans consultation préalable des détenus était que, entre le détenu et le SCC, le médecin institutionnel était considéré comme un préposé, un agent ou un employé du SCC, et que la Couronne ne pouvait se soustraire à sa responsabilité. La juge Hansen a conclu que, comme l'argument proposé ne découlait

pas de l'action en négligence ni des conclusions de Hickey, cette contestation devait faire l'objet d'un recours en révision, et donc que la Cour ne pouvait l'examiner.

¹ *R. c. Hickey*, [2007] F.C.J. No. 345 (Q.L.).

² *Oswald c. Canada*, [1997] F.C.J. No. 203 (Q.L.).

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

Une femme qui « aurait dû savoir » qu'elle était séropositive est condamnée à deux ans d'emprisonnement

Le 16 janvier 2007, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a déclaré Suwalee Iamkhong, une résidente permanente originaire de Thaïlande, coupable de négligence criminelle ayant causé des lésions corporelles, et de voies de fait graves, pour avoir sciemment transmis le VIH à son mari par des rapports sexuels non protégés.¹

Avant de venir au Canada, Mme Iamkhong travaillait comme danseuse exotique à Hong Kong, où l'on a diagnostiqué qu'elle était séropositive en 1995. Elle s'est abstenue d'avoir des rapports sexuels après

avoir appris sa séropositivité au VIH. Peu de temps après, elle a immigré au Canada pour travailler comme danseuse exotique dans un bar de Toronto et elle a subi divers tests médicaux avant de commencer son emploi.

Mme Iamkhong a témoigné qu'elle avait cru que les tests médicaux qu'elle avait subis comprenaient un test VIH. Lorsque son employeur lui a dit que ses résultats de tests étaient « ok », elle a conclu que cela signifiait qu'elle n'avait pas le VIH.

Par la suite, Mme Iamkhong a commencé à travailler comme danseuse exotique dans le bar de Toronto où elle a rencontré son mari, qu'elle a épousé en 1997. En 2004, elle a contracté une méningite et a subi un test VIH à l'occasion de ses traitements. Le résultat fut positif. Elle a

divulgué son état à son mari, qui a subi un test et a également obtenu un résultat positif. Des accusations ont été portées contre Mme Iamkhong en mai 2004, et son procès a commencé en octobre 2006.

Bien qu'elle ait soutenu qu'elle ne savait pas qu'elle était séropositive, le juge Todd Ducharme a conclu qu'elle aurait dû le savoir, et qu'une « personne raisonnable » aurait subi d'autres tests et se serait renseignée davantage.

Le 16 août 2007, le juge Ducharme a condamné Mme Iamkhong à deux ans d'emprisonnement. Le juge Ducharme a également rejeté sa demande de suspension de l'instance fondée sur le délai déraisonnable, pour le motif que la majeure partie du délai total de 29 mois entre la date de

son arrestation et le début du procès était attribuable à la défense.

La Couronne retire les accusations portées contre une femme soupçonnée d'avoir omis de divulguer sa séropositivité

En mai 2007, la Couronne a retiré une accusation d'agression sexuelle grave portée contre une femme qui aurait omis de divulguer sa séropositivité à un homme avec qui elle avait eu des rapports sexuels.² Jennifer Murphy soutenait que l'homme connaissait très bien son état de santé et qu'il avait utilisé un condom. Deux témoins qui, selon sa déclaration, étaient présents lorsqu'elle a dévoilé sa séropositivité à l'homme, étaient disposés à témoigner en sa faveur.

En 2005, Mme Murphy avait été reconnue coupable d'agression sexuelle et condamnée à un an d'assignation à résidence et à trois ans de probation pour avoir omis de dire sa séropositivité à un soldat de la Base des Forces canadiennes Borden en Ontario avec qui elle avait eu des rapports sexuels. À l'époque, le ministère de la Défense nationale avait adressé un avertissement au personnel des Forces canadiennes au Canada pour inciter ceux qui avaient eu des rapports sexuels avec elle à consulter un médecin, et avait diffusé des déclarations sur son « comportement obscène ».

Bien que la dernière accusation contre Jennifer Murphy ait finalement été retirée, la stigmatisation découlant de sa première condamnation a manifestement contribué à la décision de l'inculper au départ, malgré la preuve disculpatoire. À

l'époque, diverses sources médiatiques avaient décrit Mme Murphy comme une femme qui « fait sa proie des hommes dans les logements familiaux et dans les casernes des hommes à la base de l'Ontario »,³ et les enquêteurs avaient déclaré qu'elle fréquentait les logements pour célibataires sur la base et faisait des « avances sexuelles directes aux résidents de sexe masculin ».⁴

Un homme accusé de n'avoir pas divulgué sa séropositivité est déclaré coupable de 15 chefs d'agression sexuelle grave

Carl Leone a plaidé coupable à 15 chefs d'accusation d'agression sexuelle grave pour avoir eu des rapports sexuels non protégés avec 20 femmes entre 1997 et 2004 sans divulguer sa séropositivité. Vingt accusations d'agression sexuelle grave avaient à l'origine été portées contre Carl Leone. La transaction pénale de Leone a été annoncée le 27 avril 2007 à la Cour supérieure de justice de l'Ontario, huit semaines après le début de son procès et juste avant le témoignage de la première de ses victimes.⁵

Cinq des 20 femmes se sont révélées séropositives après avoir eu des rapports sexuels avec Carl Leone.⁶ Une ordonnance judiciaire de non-publication a empêché la divulgation des noms des victimes ou de toute autre information qui permettrait de les identifier.

La police de Windsor a arrêté Carl Leone en juin 2004, sept ans après qu'il eut reçu un résultat de test positif au VIH à la Windsor Essex County Health Unit. La Couronne et l'avocat de la défense ont indiqué

qu'il n'y aurait pas de plaidoirie conjointe sur la détermination de la peine, et la Cour a ordonné que l'accusé soit soumis à une évaluation psychiatrique ayant pour but de déterminer s'il devrait être déclaré délinquant dangereux.

La détermination de la peine a été reportée au mois de décembre 2007 pour donner le temps au psychiatre de déposer son rapport, après quoi une audience se tiendra sur la demande de la Couronne de faire déclarer l'accusé délinquant dangereux. Si M. Leone est déclaré délinquant dangereux, il pourrait être condamné à une peine d'emprisonnement indéfinie qui serait révisée tous les sept ans. La Couronne a indiqué que, si sa demande est rejetée, elle tentera de faire déclarer Leone délinquant à contrôler, ce qui l'assujettirait à une période de probation plus longue après son éventuelle libération de prison.⁷

Une peine de trente mois pour trois chefs d'agression sexuelle grave

En avril 2007, un ancien garde du corps séropositif de la République démocratique du Congo a plaidé coupable à trois chefs d'agression sexuelle grave pour avoir eu des rapports sexuels non protégés avec trois femmes de Sudbury entre septembre et décembre 2005 sans divulguer sa séropositivité.⁸ Fidel Mombo MacKay, qui est détenu à Sudbury depuis décembre 2005, a été condamné à 30 mois d'emprisonnement supplémentaires.

M. MacKay a appris qu'il était séropositif à l'occasion de traitements médicaux qu'on lui a administrés

pour des blessures subies dans un accident d'automobile en novembre 2002. En décembre 2005, la police de Sudbury l'a arrêté conformément à un mandat d'arrêt national émis par la police de Saskatoon contre lui, parce qu'il était soupçonné d'avoir eu des rapports sexuels non protégés sans informer ses partenaires de sa séropositivité. M. MacKay a été arrêté alors qu'il était au lit avec une des victimes.

Après son arrestation, la police a diffusé sa photographie dans les médias et a incité les personnes qui avaient eu des rapports sexuels avec lui à consulter un médecin et à com-

muniquer avec elle. En conséquence, deux autres femmes de Sudbury se sont présentées. L'une des trois femmes est devenue séropositive après avoir eu des rapports sexuels non protégés avec MacKay.

Outre la peine d'emprisonnement, le nom de M. MacKay a été inscrit dans le registre national des délinquants sexuels du gouvernement fédéral, son ADN a été versé dans la banque nationale de données génétiques, et on lui a interdit la possession d'armes pendant dix ans. Au moment de la détermination de sa peine, M. MacKay devait être renvoyé en Saskatchewan pour y répon-

dre aux accusations à l'origine du mandat d'arrêt national.

¹ P. Small, « HIV-positive stripper infected husband, court hears », *The Toronto Star* (version en ligne), 5 juin 2007.

² « Crown withdraws case against woman charged with spreading HIV », *The Telegram*, 15 mai 2007.

³ S. Taylor, « Military's concern over HIV on base legitimate », *Esprit de Corps* (version en ligne), 27 mars 2005.

⁴ « Woman charged with HIV assault denied bail », *CTV News* (en ligne), 30 mars 2005.

⁵ D. Schmidt, « Plea ends HIV trial; Leone admits guilt in 15 sex assaults », *The Windsor Star*, 28 avril 2007, p. A1.

⁶ D. Schmidt, « Positive HIV test drove Leone to tears, trial told », *The Windsor Star*, 17 avril 2007, p. A3.

⁷ D. Lajoie, « Leone sentencing delayed; report needed before deciding if he should be deemed a dangerous offender », *The Windsor Star*, 25 juillet 2007, p. A5.

⁸ B. Vaillancourt, « Man with HIV jailed for having sex with 3 women », *The Sudbury Star*, 12 avril 2007, p. A1.

En bref

Requête en révision judiciaire accordée dans le cas d'une femme séropositive qui demande le statut de réfugié

Le 2 août 2007, la Cour fédérale a accordé la requête de M.O.O. en révision judiciaire d'une décision de la Division de la protection des réfugiés de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR). La CISR avait conclu que Mme O.O. et ses quatre enfants n'étaient pas des réfugiés au sens de la Convention ou des personnes ayant besoin de protection selon la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*.¹

Dans sa requête, Mme O.O. soutenait que sa séropositivité, entre autres facteurs y compris son identité ethnique acholi, l'exposerait à la discrimination en Ouganda. À cela, la CISR répondait que le gouvernement ougandais avait pris des mesures pour lutter contre le sida et que les soins de santé offerts dans ce pays, bien qu'imparfaits et coûteux, affaiblissaient les prétentions de la demanderesse à ce titre.

Dans sa décision, la CISR n'a pas mentionné la preuve écrite concernant la persécution dont pourrait être victime Mme O.O. en Ouganda, dont la déclaration d'un présumé spécialiste des violations des droits de la personne en Ouganda selon lequel

Mme O.O. serait considérée comme un opposant politique par le gouvernement ougandais et qu'elle serait persécutée.

La Cour fédérale a jugé que, bien que la CISR avait le pouvoir de conclure que la demande de Mme O.O. n'était pas crédible sur plusieurs points, elle avait l'obligation d'identifier les éléments de preuve pertinents qui contredisaient directement sa conclusion, et d'expliquer pourquoi elle décidait que ceux-ci n'étaient pas crédibles. La Cour a conclu que le défaut de la CISR de ce faire entraînait l'annulation de sa décision et le renvoi de l'affaire à une formation différente de la CISR pour un réexamen de la demande.

Rejet de la demande de sursis du renvoi d'un éducateur sur le VIH/sida

Le 21 septembre 2007, la Cour fédérale a rejeté la demande de sursis d'exécution de la mesure de renvoi de David Nyachio, Electa Nyachio et leurs trois enfants.²

Le principal demandeur, David Nyachio, a immigré du Kenya aux États-Unis en 1999 et y a vécu avec sa famille jusqu'en 2004; presque toute la famille Nyachio est alors entrée au Canada. À l'époque, les demandeurs ont présenté des demandes de statut de réfugié pour motif de persécution au Kenya de la part d'un membre du Parlement du Kenya. Ils soutenaient qu'ils étaient menacés, parce que David Nyachio avait participé à des efforts de sensibilisation de la population aux droits de la personne, au VIH/sida et à la mutilation génitale des femmes.

La Division de la protection des réfugiés de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) a rejeté les demandes de protection des demandeurs. D'après elle, il n'y avait pas de raison de croire que les demandeurs seraient en danger s'ils étaient renvoyés au Kenya. Ceux-ci ont déposé une demande de révision judiciaire de cette décision, qui a été rejetée.

Une demande subséquente d'Évaluation des risques avant le renvoi (ERAR) a été rejetée en janvier 2007, et une demande de réouverture du dossier des demandeurs pour des motifs d'ordre humanitaire a été refusée en août 2007. Les demandeurs ont présenté une nouvelle demande de révision judiciaire de la dernière décision, et celle-ci est toujours pendante.

Le 5 septembre 2007, un agent de l'Agence des Services frontaliers du

Canada (ASFC) a pris la décision de déporter la famille, en l'absence de circonstances exceptionnelles qui justifieraient un report. Les demandeurs soutenaient qu'un sursis d'exécution devait être accordé jusqu'au jugement en révision judiciaire de leur demande fondée sur des motifs d'ordre humanitaire.

La Cour fédérale a conclu que le refus de différer l'ordonnance de déportation était raisonnable, et que les demandeurs n'ont pas démontré que leurs enfants subiraient un préjudice irréparable si leurs études étaient interrompues. En outre, selon la Cour, le fait qu'une demande fondée sur des motifs d'ordre humanitaire est pendante n'est pas un motif suffisant pour différer le renvoi, parce que l'étude de la demande peut se poursuivre de l'extérieur du Canada.

La Cour fédérale refuse de surseoir à la déportation d'une femme séropositive vers la Zambie

Le 28 août 2007, la Cour fédérale a rejeté la demande de sursis d'exécution de la mesure de renvoi de Rebecca Dia prévue pour le 31 août 2007.³ Rebecca Dia, qui est séropositive au VIH, a quitté la Zambie pour le Canada en 2003 pour fuir son mari alcoolique et violent, qui est également polygame. La demande initiale de statut de réfugié de Mme Dia a été rejetée pour le motif qu'elle n'était pas « crédible », sans plus de précisions. Une Évaluation subséquente des risques avant le renvoi (ERAR) a été négative et une ordonnance de renvoi a été décernée contre elle.

Dans sa demande de sursis d'exécution, Mme Dia a souligné

que sa participation récente à un film très critique envers la polygamie musulmane en Zambie serait portée à l'attention de son mari et des autorités zambiennes. Bien que le juge Harrington, de la Cour fédérale, n'ait pas indiqué dans son jugement quelles conséquences Mme Dia disait craindre de subir à cause de cela, il a conclu que l'agent de l'ERAR avait le pouvoir de ne pas tenir compte du film, parce que la preuve ne démontrait pas que Mme Dia risquait d'être victime de persécution de la part des autorités pour s'être prononcée contre la polygamie.

Le juge Harrington n'indique pas non plus quelles étaient les prétentions de Mme Dia à propos des effets que pourrait avoir pour elle sa séropositivité en Zambie. Il a néanmoins souligné que, bien que l'agent de l'ERAR n'ait pas abordé spécifiquement la séropositivité de Mme Dia, selon l'article 97 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, le risque causé par l'incapacité d'un pays de fournir des soins médicaux ou de santé adéquats ne constitue pas une menace pour la vie ou un danger de traitements ou peines cruels et inusités. Le juge Harrington a conclu que, de toute façon, il existe un traitement pour le VIH en Zambie, et que Mme Dia serait renvoyée à Lusaka (la capitale), où le traitement du VIH est plus répandu.

La Cour d'appel déclare que la séropositivité ne justifie pas d'interdire les contacts entre enfant et parents

Le 12 février 2007, la Cour d'appel de l'Alberta a accueilli l'appel d'une

décision qui avait rejeté la demande de l'appelant pour obtenir une ordonnance de droits de visite à l'égard d'une fillette de trois ans et demi, dont il s'était occupé à titre de parent pendant trois ans à compter de sa naissance.⁴

L'appelant demandait l'ordonnance à l'encontre des parents biologiques de l'enfant. L'appelant avait entretenu une relation avec le défendeur de sexe masculin pendant six ans et demi. Durant cette période, tous deux s'étaient liés d'amitié avec la co-défenderesse, qui était aussi en relation avec une personne de même sexe.

Les parties ont convenu que la co-défenderesse essaierait de donner naissance à des enfants, un enfant pour chaque couple, en ayant recours à la reproduction assistée, et le donateur du sperme était le défendeur. L'enfant est née en mai 2003 et a vécu avec l'appelant et le défendeur comme famille jusqu'à ce que les deux hommes se séparent en juin 2006.

Depuis la séparation, les défendeurs ont refusé à l'appelant tout contact avec l'enfant, notamment pour le motif que l'appelant était séropositif. En août 2006, l'appelant a déposé une demande selon le *Family Law Act* (FLA) de l'Alberta pour obtenir des droits de visite à l'égard de l'enfant. Sa demande a été rejetée. L'appelant avait soutenu devant le juge en chambre qu'il était le parent de l'enfant ou qu'il lui tenait lieu de parent en vertu de l'article 48 du FLA.

Quoique le juge en chambre ait reconnu l'importance de la relation entre l'appelant et l'enfant, il a jugé qu'il y avait lieu d'accorder un poids considérable aux désirs des défendeurs à titre de tuteurs. Le juge a en

outre conclu que l'appelant n'avait pas démontré en quoi ses contacts avec l'enfant seraient dans l'intérêt de celui-ci, compte tenu du fait que ses parents y étaient opposés.

De l'avis de la Cour d'appel, la preuve a établi que trois adultes avaient une relation importante avec l'enfant, et que l'appelant lui avait tenu lieu de parent. De plus, selon la Cour, les motifs donnés par les défendeurs pour refuser les contacts, y compris la séropositivité de l'appelant, ne constituaient pas un fondement suffisant pour refuser l'ordonnance de contacts.

La Cour a déclaré que le juge de première instance n'avait pas tenu compte de l'avantage qui découle de l'affection additionnelle d'une personne qui a joué un rôle parental direct à l'égard de l'enfant depuis sa naissance, ni du préjudice potentiel que pourrait lui causer la cessation soudaine de l'attention et du soutien parentaux. La Cour a par conséquent jugé que l'appelant devait bénéficier de droits de visite raisonnables envers l'enfant.

Règlement approuvé dans une affaire d'équipement médical mal stérilisé

Le 16 août 2007, la division de première instance de la Cour suprême de Terre-Neuve et du Labrador a approuvé un règlement à l'amiable dans un recours collectif au nom de 333 patientes et conjoints de patientes d'une clinique médicale où l'on avait utilisé de l'équipement mal stérilisé.⁵

Le conseil de l'hôpital responsable de la clinique a pris conscience en mars 2003 que l'équipement gynécologique n'était pas adéquatement

stérilisé. Il a corrigé le problème et publié un communiqué de presse pour informer la population que le problème avait été découvert et corrigé. Le conseil a également envoyé des lettres aux patientes pour les inciter à passer des tests à l'hôpital afin de déterminer si elles avaient contracté le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C, la chlamydia ou la gonorrhée.

Bien qu'aucune des patientes n'ait contracté d'infection, les demanderesse ont allégué que le conseil n'avait pas respecté son obligation de diligence et avait violé le droit à la vie privée des patientes en effectuant des tests médicaux de telle manière que l'identité de chacune fût connue des autres et par conséquent divulguée dans la petite communauté où elles vivaient. Le règlement exigeait que le conseil paie une indemnité de 450 \$ aux patientes non infectées et 100 \$ aux conjoints non infectés, et qu'il offre des excuses publiques. Le règlement imposait également au conseil de l'hôpital des mesures pour garantir que la stérilisation inadéquate ne se reproduise pas.

La Cour a jugé que le critère à appliquer pour approuver un règlement à l'amiable dans le cas d'un recours collectif consistait à déterminer si celui-ci était juste et raisonnable et dans l'intérêt des personnes concernées. Après avoir examiné la preuve, la Cour a conclu que le règlement répondait aux objectifs des membres du recours, qu'un procès ne donnerait sans doute pas de meilleurs résultats et serait plus long et plus coûteux, que les membres avaient adéquatement participé à la négociation du règlement, et que des dispositions adéquates étaient prévues pour informer les membres de l'existence du règlement.

Les requérants doivent établir leur admissibilité pour que l'arbitre du fonds VIH évalue le montant de leurs dommages-intérêts

Le 16 mars 2007, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a donné des directives concernant l'interprétation et l'application de son ordonnance de juin 2006 qui obligeait les gouvernements provinciaux et territoriaux à payer des prestations du Régime d'aide interprovincial-territorial (RAIPT) aux requérants du fonds VIH institué par la Société canadienne de la Croix-Rouge.⁶

Les provinces et territoires ont établi le RAIPT en 1993 pour offrir une aide financière aux personnes directement infectées par le VIH par l'entremise du système d'approvisionnement en sang du Canada. La Société canadienne de la Croix-Rouge a également créé un fonds (le fonds VIH) pour satisfaire les réclamations de divers groupes de personnes qui ont contracté le VIH à cause de produits sanguins fournis par la Société. Le fonds a été établi

conformément au Plan d'arrangement et de compromis de la Société canadienne de la Croix-Rouge (le plan).

Un différend était survenu entre les avocats concernant l'identité des personnes qui devaient bénéficier de l'ordonnance. Les provinces et territoires soutenaient que l'ordonnance ne visait que les requérants qui avaient présenté une demande au fonds VIH dans le délai prévu selon le régime, dont la réclamation découlait d'une infection à VIH contractée par du sang au sens du régime, et qui avaient également droit à une évaluation de dommages-intérêts conformément au régime. Les avocats de certains requérants soutenaient qu'il suffisait d'avoir présenté une demande au fonds VIH pour être admissible selon l'ordonnance.

Le juge Blair a conclu que, pour être admissibles aux prestations du RAIPT, les requérants devaient établir qu'ils ont droit à l'évaluation de leurs dommages-intérêts par l'arbitre du régime. Il faut pour cela une lettre de confirmation de l'avocat du fiduciaire du fonds VIH déclarant que les requérants ont droit à l'évaluation de leurs dommages-intérêts par l'arbitre,

sous réserve d'une preuve que leurs réclamations découlent d'une infection à VIH contractée par du sang au sens du régime. Cette preuve se fait en fournissant à la Société canadienne du sang les renseignements nécessaires pour lui permettre de confirmer qu'un programme gouvernemental a déjà accepté la demande d'indemnisation de la personne parce qu'elle a été infectée par le VIH par l'entremise du système d'approvisionnement en sang du Canada.

¹ *O.O. c. Canada (Citizenship and Immigration)*, 2007 F.C. 811 (CanLII).

² *Nyachio c. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2007] F.C.J. No. 1216 (QL).

³ *Dia c. Canada (Minister of Public Safety and Emergency Preparedness)*, [2007] F.C.J. No. 1130 (QL).

⁴ *D.W.H. c. D.J.R.*, [2007] A.J. No. 187 (QL).

⁵ *Rideout c. Health Labrador Corp.*, [2007] N.J. No. 292 (QL).

⁶ *Canadian Red Cross Society (Re)*, [2007] O.J. No. 937 (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 américains dans *AIDS Policy & Law* et dans *Lesbian/Gay Law Notes*. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Leah Utyasheva, rédactrice de la présente section, à lutyasheva@aidslaw.ca.

Inde – Un tribunal refuse d'invalider une loi qui empêche l'obtention de brevets pour des versions légèrement modifiées de médicaments existants

En août 2007, la Haute Cour de Madras a rejeté la requête de la société pharmaceutique suisse Novartis pour faire déclarer invalide la disposition anti-reconduction de la loi sur les brevets de l'Inde.¹ La reconduction est une pratique qui consiste à prolonger le brevet d'un médicament en déposant un nouveau brevet pour une modification minime de ce médicament, comme un changement de forme, de gamme posologique ou de couleur.² Le jugement de la Cour est vital pour l'accès mondial à des médicaments essentiels sous forme de médicaments génériques abordables en provenance de l'Inde.³

En 2006, Novartis a présenté une requête à la Haute Cour de Madras pour faire invalider l'article 3(d) de l'*Indian Patents Act, 1970*, modifié par le *Patents (Amendment) Act of 2005* (la Loi sur les brevets), qui empêche l'obtention d'un brevet pour « la simple découverte d'une nouvelle forme d'une substance connue

qui n'entraîne pas d'amélioration de l'efficacité connue de cette substance... » Novartis soutenait que la Loi sur les brevets était :

- incompatible avec les obligations internationales de l'Inde selon l'Accord sur les *Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (ADPIC) de l'Organisation mondiale du commerce (OMC), que l'Inde a signé en 1995; et
- illogique et vague, ce qui pouvait donner lieu à un exercice arbitraire des pouvoirs du contrôleur des brevets, contrairement au droit à l'égalité garanti par la constitution indienne.⁴

En réponse à la prétention de Novartis que l'article 3(d) viole le droit de faire breveter une invention, droit garanti par l'article 27 de l'Accord sur les ADPIC, la Cour a conclu qu'elle n'était pas compétente pour juger la question, parce qu'elle ne pouvait pas ignorer le mécanisme de règlement des différends de l'OMC, qui est établi dans l'accord.⁵

Dans sa deuxième allégation, Novartis soutenait que, compte tenu que l'article 3(d) n'accorde un brevet à la nouvelle forme d'une substance que lorsque cette dernière entraîne l'amélioration de l'efficacité connue de cette substance, le Parlement indien aurait dû préciser le sens de « efficacité » ou « efficacité améliorée » dans cette disposition, car autrement il confère une trop grande discrétion au contrôleur des brevets.

La Cour, selon laquelle le terme efficacité dans ce cas signifie « efficacité thérapeutique », a répondu que « le Parlement n'est pas un expert ... [et] juge toujours plus sage d'employer uniquement des expres-

sions générales dans la loi, et de s'en remettre aux tribunaux pour interpréter celle-ci selon le contexte dans lequel elle est utilisée et les faits de chaque affaire. »

La Cour a ajouté que le contrôleur des brevets et le demandeur de brevet bénéficient par ailleurs tous deux de l'aide de l'Explication rattachée à l'article 3(d), qui peut « être comprise normalement » par les deux parties, et qui indique quelles formes d'une substance seront considérées comme la même substance à moins que soit démontrée une amélioration marquée de l'efficacité. La Cour a conclu que, particulièrement en ce qui a trait aux lois qui traitent de matières économiques, comme la Loi sur les brevets, elle devait reconnaître une grande latitude à l'Assemblée législative.⁶

Bien que Novartis ait perdu sa cause (et qu'elle ait décidé de ne pas interjeter appel), elle pourrait contester la Loi sur les brevets auprès de l'OMC.

L'Inde a une industrie pharmaceutique de 5 milliards \$US; 65 pour cent des médicaments sont vendus dans le monde en développement et aux personnes les plus pauvres dans le monde en développement.⁷ Selon l'ONG Médecins Sans Frontières (MSF), 84 pour cent des médicaments contre le sida qu'elle prescrit à ses patients dans le monde entier viennent de fabricants de médicaments génériques de l'Inde.⁸

Commentaire

Le fait important est que le jugement de la Haute Cour de Madras permet la continuité d'accès à des médicaments abordables.⁹ Il faut toutefois noter que, avec la modification apportée à la Loi indienne sur les brevets en 2005, qui a marqué la fin

de la transition de l'Inde d'un régime de brevet de procédé (qui a permis à l'industrie du médicament générique de prospérer) à un régime de brevet de produit (qui a été critiqué parce qu'il donne la priorité aux intérêts des sociétés pharmaceutiques), il sera désormais plus facile pour les sociétés pharmaceutiques d'obtenir des brevets en Inde.

– Madhavi Swamy

Madhavi Swamy étudie à la Faculté de droit de l'Université de Toronto et est stagiaire au Réseau juridique par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

Pour une étude plus approfondie de la Loi sur les brevets de l'Inde et l'évolution de la cause de Novartis, voir *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10(2) (2005): 31–33; et 12(1) (2007): 38–39.

¹ *The Patents (Amendment) Act*, No. 15 de 2005.

² V. Kondro, « Supreme Court rules against drug patent 'evergreening' », *Journal de l'Association médicale canadienne* 175(12) (2006) :1508.

³ MSF, « After Indian court ruling, MSF hands over petition with 420,000 signatures to Novartis », communiqué de presse, 8 août 2007. Accessible via www.msf.org.

⁴ *Novartis AG et Al. c. Union of India et Al.* (6 août 2007), Madras W.P. n° 24759 et 24760 de 2006.

⁵ *Ibid.*, par. 6–8.

⁶ *Ibid.*, par. 10–18.

⁷ A. Gentleman, « Indian law on generic drugs is upheld », *International Herald Tribune*, 6 août 2007. Accessible via www.ihrt.com.

⁸ MSF.

⁹ A. Gentleman.

Pardon accordé aux travailleurs de la santé condamnés à mort par un tribunal libyen

Le 24 juillet 2007, cinq infirmières bulgares et un médecin palestinien condamnés à mort en Libye pour avoir intentionnellement infecté des enfants par le VIH ont été extradés en Bulgarie et le président de la Bulgarie Georgi Parvanov leur a accordé le pardon.

Les travailleurs de la santé, qui avaient commencé en 1998 à travailler à l'hôpital Al Fateh à Benghazi, Libye, ont été placés en détention en février 1999 pendant une enquête sur une poussée épidémique de VIH à l'hôpital. Au départ, six Bulgares, un Palestinien et neuf Libyens ont été accusés d'avoir infecté les enfants dans le cadre d'un complot avec les services secrets israéliens, le Mossad, pour affaiblir la Libye.¹

Le procès a commencé le 7 février 2000.² En 2002, la Cour populaire de Tripoli, qui traite les affaires de sécurité d'État, a acquitté tous les défendeurs des accusations de conspiration et a renvoyé l'affaire au tribunal pénal pour l'instruction des accusations d'avoir délibérément causé l'infection.³ Le 6 mai 2004, cinq des Bulgares et le médecin palestinien ont été condamnés à mort par peloton d'exécution. Le sixième Bulgare a été acquitté.⁴

En appel, le 25 décembre 2005 la Cour suprême de Libye a annulé les condamnations à mort et ordonné la tenue d'un nouveau procès. Le nouveau procès s'est conclu par une seconde condamnation à la peine capitale pour les six travailleurs de la santé, prononcée le 19 décembre 2006.⁵ Le jugement a été confirmé en appel à la Cour suprême le 11 juillet 2007.⁶

Le 17 juillet 2007, le Haut Conseil judiciaire de Libye a annulé la déci-

sion de la Cour suprême et commué la peine de mort en emprisonnement à perpétuité, après que les familles des enfants infectés eurent accepté une indemnisation d'environ 1 million \$US chacune.⁷ À l'origine, les familles avaient exigé une indemnisation de 10 millions \$US par enfant infecté.⁸

Les travailleurs de la santé ont été libérés de la prison le 24 juillet et, conformément à l'accord de 1984 sur le transfert des prisonniers conclu entre les deux pays, ont été transportés par avion en Bulgarie, où ils ont obtenu le pardon.⁹ On avait préalablement accordé la citoyenneté bulgare au médecin palestinien, pour qu'il puisse être également transféré en Bulgarie.¹⁰

Le premier ministre de la Bulgarie, Sergei Stanislav, a attribué en grande partie la libération des travailleurs de la santé au fait que la Bulgarie s'était jointe à l'Union européenne (UE) en janvier 2007.¹¹ L'UE, ses États membres et même des sociétés privées ont dirigé d'importantes sommes d'argent vers la Libye pour aider à résoudre l'affaire. L'UE a aussi mis sur pied des programmes de traitement pour les enfants, construit des établissements de santé et fourni de l'équipement médical.¹²

La Bulgarie a transféré approximativement 57 millions \$US de la dette de la Libye vers un fonds créé pour offrir des traitements aux

enfants infectés, mais elle a noté que l'annulation de la dette était un geste de bonne volonté, et non une reconnaissance de culpabilité des travailleurs de la santé.¹³

Le procès des travailleurs de la santé a duré près de huit ans, malgré d'importantes preuves de leur innocence. En 2001, deux des plus grands spécialistes du sida au monde, les docteurs Luc Montagnier et Vittoria Colizzi, ont conduit une enquête à l'hôpital et ont conclu que la propagation du VIH était due à des conditions d'hygiène déficientes.¹⁴ Ils ont relié la source de l'infection à un sous-type unique de VIH qui est arrivé dans l'hôpital par un enfant identifié, en 1997, bien avant l'arrivée des travailleurs de la santé.¹⁵

En outre, certains enfants ont été infectés après que les travailleurs de la santé eurent été arrêtés.¹⁶ Le 3 septembre 2003, pendant le premier procès des travailleurs de la santé, le docteur Montagnier a présenté les conclusions de son enquête au tribunal.¹⁷ De l'avis du docteur Montagnier, les travailleurs de la santé ont été inculpés malgré l'existence de preuves scientifiques de leur innocence, parce que « [l']hôpital a besoin d'un bouc émissaire ». ¹⁸ Selon plusieurs observateurs, il ne s'agit pas « d'une affaire criminelle, mais d'un jeu politique ». ¹⁹

Les travailleurs de la santé soutiennent que, pendant leur déten-

tion, on les a torturés pour obtenir des aveux.²⁰ Le 22 mars 2002, vingt agents libyens soupçonnés d'avoir torturé les travailleurs de la santé ont été arrêtés. Le 7 juin 2005, le Tribunal de Tripoli a acquitté les neuf agents inculpés.²¹ Plusieurs des agents ont ensuite accusé les travailleurs de la santé de diffamation; cependant, le 27 mai 2007, un tribunal libyen a acquitté les travailleurs de ces accusations.²² En 2007, des procureurs bulgares ont déposé des accusations de torture contre plusieurs des agents et ont indiqué leur intention de poursuivre.²³

Les 426 enfants ont été infectés par le VIH entre avril 1997 et mars 1999. Au moins 50 des enfants sont décédés depuis.²⁴

– Courtney Ashton

Courtney Ashton est étudiante à la Faculté de droit de l'Université de Toronto et stagiaire au Réseau juridique par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

Pour des discussions antérieures de cette affaire, voir *Revue VIH/sida, droit et politiques* 9(3) (2004) : 67-68; et 11(1) (2006) : 55-56.

¹ E. Rosenthal, « Libyan court upholds death sentences in HIV case », *New York Times*, 11 juillet 2007.

² « Timeline: Bulgarian medics' trial in Libya », *Sofia News Agency*, 15 novembre 2005.

³ H. Saleh, « Libya court rejects HIV plots charges », *BBC News*, 12 février 2002.

⁴ « Chronology: Libya HIV trial of Bulgarian medics », Reuters (en ligne), 19 décembre 2006.

⁵ *Ibid.*

⁶ « Timeline ».

⁷ *Ibid.*

⁸ M. Brunwasser, « Workers arrive in Bulgaria after being freed », *New York Times*, 24 juillet 2007.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ République de Bulgarie, « Sergei Stanishev: welcome home, the drama is over », communiqué de presse, Sofia, 24 juillet 2007. Accessible à www.government.bg/cgi-bin/e-cms/vis/vis.pl?s=001&p=0137&n=000443&g=.

¹² E. Rosenthal.

¹³ « Bulgaria signs agreement to transfer \$57M of Libya's debt to international fund for HIV-positive children », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 5 septembre 2007.

¹⁴ E. Rosenthal.

¹⁵ Physicians for Human Rights, *Open Letter on Death Sentence for Bulgarian Nurses, Palestinian Doctor*, 23 juin 2007. Accessible à www.bta.bg/site/libya/en/08experts.htm.

¹⁶ E. Rosenthal.

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ *Ibid.*

¹⁹ M. Brunwasser.

²⁰ « Medical workers sentenced to death in HIV infection case were tortured during incarceration », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 10 août 2007.

²¹ « Timeline ».

²² « Medical workers in Libyan HIV infection case acquitted on slander charges », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 29 mai 2007.

²³ « Medical workers sentenced... »

²⁴ « Deal could save foreigners accused in Libyan HIV case », *CBC News* (en ligne), 10 juillet 2007.

Un Comité des Nations Unies conclut que la Colombie a porté atteinte aux droits d'un couple homosexuel

Le 14 mai 2007, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a conclu que la Colombie avait violé les dispositions sur le droit à l'égalité du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP)*¹ lorsqu'elle a refusé le transfert d'une pension à un membre d'un couple homosexuel.² Le Comité a déclaré que le refus d'accorder à X la pension de son conjoint constitue de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, qui est interdite selon l'article 26 du PIDCP.

En septembre 1994, au décès de son conjoint Y après une relation de 22 ans durant laquelle ils ont

vécu ensemble pendant sept ans, X a présenté une demande de transfert de pension au Fonds d'aide sociale

de la Colombie. En 1995, le Fonds a rejeté la demande de X, pour le motif que la loi ne permettait pas le trans-

fert d'une pension à une personne de même sexe.

X a intenté une action en protection à la Cour pénale municipale de Bogotá, pour obtenir une réponse du Fonds de prestation du Congrès colombien. Le 14 avril 1995, la Cour a rejeté la demande pour le motif qu'il n'y avait pas eu violation de droits fondamentaux.

S'ensuivit une série d'appels infructueux aux tribunaux colombiens:

- Le 15 septembre 1995, la Cour pénale de Circuit no 18 de Bogotá a conclu qu'il n'y avait pas de motifs pour protéger les droits en question et rejeté la demande.
- En octobre 2005, la Haute Cour de Bogotá a confirmé la décision du tribunal de première instance.
- En 2000, la Cour administrative de Cundinamarca a rejeté la demande de X pour le motif que les unions homosexuelles ne sont pas reconnues comme des unions familiales par la constitution ou par la loi.
- Toujours en 2000, le Conseil d'État a confirmé la décision de la Cour administrative, en soutenant que, selon la *Constitution*, la famille est formée par les liens naturels ou juridiques entre un homme et une femme.³

X a ensuite porté plainte auprès du Comité des droits de l'homme des Nations Unies. Dans sa plainte, X alléguait qu'il était victime de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle et que cette discrimination violait plusieurs articles du PIRDCP : l'article 2(1), protection des droits sans distinction; l'article 3, droits à l'égalité entre les hommes et les femmes; l'article 5, interdiction de

limitation et de restriction des droits garantis par le PIRDCP; l'article 14(1), égalité devant les tribunaux; et l'article 17(1), ingérence dans la vie privée.

X soutenait également que le refus des tribunaux colombiens de lui accorder une pension à cause de son orientation sexuelle violait ses droits protégés par l'article 26 du PIRDCP. L'article 26 garantit l'égalité et la protection égale de la loi à tous sans discrimination, interdit toute discrimination, et garantit à tous une protection égale et efficace contre la discrimination fondée sur n'importe quel motif, y compris le sexe.

Le Comité des droits de l'homme des Nations Unies a analysé en détail la présumée violation de l'article 26 du PIRDCP. Il a observé que X n'était pas reconnu comme le partenaire permanent de Y aux fins des pensions parce que les jugements des tribunaux fondés sur la loi nationale ont conclu que le droit de recevoir les prestations de pension était limité aux couples mariés et aux membres d'unions de fait hétérosexuelles.

En réponse aux arguments de X, le représentant du gouvernement colombien a soutenu que « l'État partie n'était pas obligé d'établir pour tous les différents types de couples et de groupes sociaux, qui peuvent ou non être unis par des liens sexuels ou émotifs, un régime de biens semblable à celui établi [pour les couples hétérosexuels] ». ⁴

Dans sa jurisprudence antérieure, le Comité avait cependant déclaré que la protection contre la discrimination selon l'article 26 comprend la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle.⁵ Le Comité avait aussi antérieurement conclu que les différences dans le droit aux avantages sociaux, entre les couples

mariés et les couples hétérosexuels non mariés, étaient raisonnables et objectifs, parce que les couples en question avaient le choix de se marier ou non, avec les conséquences qui en découlaient.⁶

Dans le présent cas, toutefois, le Comité a noté que (a) X n'avait pas le loisir de se marier avec son partenaire permanent de même sexe; et (b) que la loi nationale de la Colombie ne crée pas de distinction entre les couples mariés et non mariés, mais entre les couples homosexuels et hétérosexuels.

Le Comité a conclu que la distinction entre les conjoints de même sexe, qui n'ont pas le droit de recevoir les prestations de pension, et les conjoints hétérosexuels non mariés, qui jouissent de ce droit, n'était ni raisonnable ni objective et qu'aucun élément de preuve ne justifiait cette distinction. Le Comité a par conséquent conclu que la Colombie avait violé l'article 26 du PIRDCP en refusant à X le droit au transfert de la pension de son partenaire à cause de son orientation sexuelle.

À la lumière de cette conclusion, le Comité a décidé qu'il n'était pas nécessaire d'analyser les allégations fondées sur les autres articles du PIRDCP. Le Comité a conclu que X avait droit au réexamen de sa demande de pension sans discrimination fondée sur le sexe ou l'orientation sexuelle.

À titre de partie au PIRDCP et au *Protocole facultatif au PIRDCP*, la Colombie a l'obligation d'offrir une solution efficace et réalisable dans les cas de non-respect du pacte.⁷ La Colombie a également l'obligation de publier la conclusion du Comité, de prendre des mesures pour prévenir des violations semblables du PIRDCP dans l'avenir, et de déclarer les

mesures prises pour donner effet aux conclusions du Comité dans les 90 jours de la décision.⁸

– Leah Utyasheva

¹ Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966, entré en vigueur le 23 mars 1976.

² Comité des droits de l'homme des Nations Unies, Communication N° 1361/2005: Colombie, 14/05/2007/CCPR/C/89/D/1361/2005 (Jurisprudence).

³ *Ibid.*, par. 2.7.

⁴ Comité des droits de l'homme des Nations Unies, Communication N° 1361/2005, par. 7.1.

⁵ Comité des droits de l'homme des Nations Unies,

Communication N° 941/2000, *Young c. Australie*, Opinions du 6 août 2003, par. 10.4.

⁶ Comité des droits de l'homme des Nations Unies, Communications N°s 180/1984, *Danning c. Pays-Bas*, Opinions du 9 avril 1987, par. 14; et 976/2001, *Derkssen et Bakker c. Pays-Bas*, Opinions du 1^{er} avril 2004, par. 9.2.

⁷ Art. 2 du PIRDCP et Protocole facultatif au PIRDCP, 1966, entré en vigueur le 23 mars 1976.

⁸ Comité des droits de l'homme des Nations Unies, Communication N° 1361/2005, par. 10.

Afrique du Sud – La Cour constitutionnelle protège le droit à la vie privée des personnes vivant avec le VIH

Le 4 avril 2007, la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud a annulé le jugement de la Haute Cour de Johannesburg et conclu que les droits des demandeurs à la vie privée, à la dignité et à l'intégrité psychologique ont été violés par la publication de leur séropositivité sans leur consentement dans l'affaire de *NM and Others c. Smith and Others*.¹

En mars 2002, les noms de trois femmes séropositives ont été publiés dans une biographie de la politicienne Patricia de Lille. Les trois femmes alléguaient que leurs noms avaient été publiés sans leur consentement préalable et que leurs droits à la vie privée, à la dignité et à l'intégrité psychologique avaient été violés. Elles poursuivaient Patricia de Lille, l'auteur de la biographie, Charlene Smith, et l'éditeur, New Africa Books, en dommages-intérêts devant la Haute Cour de Johannesburg.

Entre 1999 et 2001, les trois femmes ont participé à un essai clinique de médicament qui a pris fin lorsque des maladies et des décès

survenus parmi les participants ont soulevé des préoccupations. Les trois femmes ont participé à une enquête subséquente durant laquelle leurs noms ont été dévoilés (et mentionnés dans le rapport final de l'enquête). Patricia de Lille, connue pour ses positions relativement aux droits des personnes vivant avec le VIH, a participé à l'enquête. Une description de son travail sur le VIH/sida a été publiée dans sa biographie, avec les noms et la mention de la séropositivité au VIH des trois requérantes.

En mai 2005, la Haute Cour a conclu que les intimés avaient agi de manière raisonnable en divulguant les renseignements d'ordre privé, parce

que rien ne permettait de croire que l'information contenue dans le rapport d'enquête était confidentielle. Selon la Cour, les intimés ne pouvaient être tenus responsables pour la divulgation des noms des trois femmes séropositives, mais l'éditeur était responsable des dommages-intérêts consécutifs à la publication du livre. La Cour a ordonné à l'éditeur de payer à chaque requérante des dommages-intérêts de 15 000 rand (approximativement 2 240 \$US) et de supprimer de tous les exemplaires du livre en sa possession la mention des noms des requérantes.

Devant la Cour constitutionnelle, les requérantes ont soutenu que la

Haute Cour avait manqué à son devoir de protéger leurs droits à la vie privée, à la dignité et à l'intégrité et psychologique.

La Cour constitutionnelle a déclaré que :

[l]a séropositivité d'une personne [...] mérite d'être protégée contre toute divulgation inconsidérée compte tenu de la nature de la maladie et du contexte social négatif qui la caractérise, ainsi que de l'intolérance et de la discrimination qui peuvent découler de cette divulgation. La consécration du droit à la vie privée dans [...] [la] Constitution peut encourager des personnes à se faire soigner et à donner des renseignements permettant la divulgation du VIH qui était antérieurement entravée par la peur de l'ostracisme et de la stigmatisation [...] En conséquence, il est impératif et nécessaire que tous les renseignements médicaux d'ordre privé et confidentiel soient protégés contre la divulgation non autorisée.²

La Cour a en outre déclaré que l'hypothèse voulant que d'autres personnes aient le droit d'accès aux renseignements médicaux personnels une fois que ceux-ci sortent des mains des médecins autorisés et du personnel de l'établissement de santé concerné est fondamentalement viciée. Selon la Cour, cette hypothèse ne tient pas compte du désir de toute personne de contrôler les renseignements qui la concernent et d'en préserver le caractère confidentiel.³

La Cour a conclu que Patricia de Lille et Charlene Smith n'ont pas fait suffisamment d'efforts pour déterminer si les consentements

nécessaires avaient été obtenus, que la publication de l'état sérologique des requérantes constituait une publication illégitime d'un fait privé, et donc que leur droit à la vie privée avait été violé.⁴

En ce qui a trait à l'atteinte au droit à la dignité des requérantes, la Cour a précisé qu'il n'y a rien de honteux à vivre avec le VIH/sida, mais que la divulgation de détails sur l'état sérologique d'une personne ou de tout autre renseignement médical d'ordre privé la concernant, sans son consentement, constituait néanmoins une atteinte à sa dignité.⁵ La Cour a donc conclu que les intimés avaient violé la dignité et l'intégrité psychologique des requérantes, et que rien dans la preuve présentée ne permettait de conclure que la divulgation était dans l'intérêt public.

Une majorité de la Cour a conclu que l'atteinte à la vie privée avait été intentionnelle, et que les intimés savaient que les requérantes n'avaient pas consenti à la divulgation (ou qu'ils n'avaient du moins pas envisagé la possibilité qu'elles n'avaient pas donné leur consentement).

Le jugement majoritaire note que les intimés, qui travaillent activement à la lutte contre le VIH/sida, savaient bien que leur conduite était répréhensible et que la divulgation de renseignements privés était susceptible de porter atteinte au droit à la vie privée des requérantes.⁶ La Cour a également augmenté le montant des dommages-intérêts payés à chaque requérante à 35 000 rand (environ 5 230 \$US).

Selon Mark Heywood, de l'ONG AIDS Law Project, il s'agit de la première cause, instruite par la Cour constitutionnelle, qui ait été intentée par des personnes très pauvres qui avaient essayé, en vain, de protéger leur droit à la vie privée contre une atteinte par des personnes très puissantes.⁷

– Leah Utyasheva

Pour une discussion antérieure de cette affaire, voir *Revue VIH/sida, droit et politiques* 10(2) (2005) : 58.

¹ *NM and Others c. Smith and Others* (CCT 69/05) [2007] ZACC 6 (4 avril 2007). Le texte intégral du jugement est accessible via www.saflii.org.

² *Ibid.*, par. 42.

³ *Ibid.*, par. 43.

⁴ *Ibid.*, par. 45.

⁵ *Ibid.*, par. 47.

⁶ *Ibid.*, par. 63.

⁷ Mark Heywood, « Power, AIDS stigma and the law », à www.alp.org.za/index.php?catid=38.

Droit criminel et VIH/sida : deux nouvelles affaires

Russie – Un homme est condamné à trois ans et trois mois de détention pour transmission du VIH

Le 1^{er} juin 2007, la Cour régionale de Beloyarskiy dans la province russe de Sverdlovskaya a condamné un homme à trois ans et trois mois de détention pour avoir intentionnellement transmis le VIH à deux femmes.¹

M. Ch a eu un diagnostic de VIH en 2001. On l'a alors informé de la responsabilité pénale rattachée à la transmission du VIH. De 2002 à 2005, M. Ch a eu des rapports sexuels avec deux femmes; les deux ont contracté le VIH.

Selon la loi russe, commet un crime toute personne qui (a) expose sciemment une autre personne au VIH (un crime sanctionné par une peine maximale d'un an de prison); et (b) transmet le VIH en sachant qu'elle est séropositive (un crime sanctionné par une peine maximale de cinq ans de prison). L'infection à VIH transmise par la négligence de travailleurs de la santé est également un crime (punissable par un maximum de cinq ans de prison, avec suspension du permis et du droit d'exercer). La transmission du VIH commise contre deux personnes ou plus ou contre une personne mineure est punissable par un emprisonnement maximal de huit ans.²

Cet article du *Code criminel* est complété par une annexe, qui exclut la responsabilité pénale pour la transmission du VIH ou l'exposition à l'infection dans les cas où le

partenaire connaissait le risque et a volontairement consenti aux rapports sexuels.

Selon les commentaires sur le Code criminel,³ l'emploi du condom pourrait constituer un moyen de défense dans les accusations d'exposition au VIH, mais on ne sait pas si ce moyen de défense a effectivement été plaidé en cour.⁴ La Russie est un pays de droit civil; peu de poursuites ont été rapportées concernant la transmission du VIH.

– Leah Utyasheva

Australie – Permission d'appeler refusée à un homme qui soutient que le VIH n'existe pas

En janvier 2006, Parenzee a été reconnu coupable de trois chefs d'accusation d'avoir mis la vie de trois femmes en danger en ayant avec elles des rapports sexuels non protégés alors qu'il se savait séropositif et qu'on l'avait informé du risque de transmission par des rapports sexuels non protégés.

La poursuite avait soutenu que Parenzee savait que sa conduite était susceptible de mettre en danger la vie de chacune des femmes, et qu'il avait fait preuve d'une indifférence téméraire à l'égard des conséquences possibles. L'une des femmes a contracté le VIH. Parenzee a été condamné à neuf ans de détention.

Parenzee a demandé la permission d'appeler de sa déclaration de culpa-

bilité à la Supreme Court of South Australia. Il plaidait le déni de justice parce qu'au procès ses représentants légaux n'avaient pas eu la possibilité de citer d'importants experts. Selon Parenzee, de nouvelles preuves démontrent (a) qu'il est impossible de prouver l'existence du VIH, (b) que, même s'il existait, il est impossible de démontrer que le VIH peut être transmis lors de rapports sexuels; et (c) que rien ne prouve que le VIH cause le sida.⁵

Le 24 août 2007, la Supreme Court of South Australia (Court of Criminal Appeal) a rejeté la demande de permission d'appeler de Parenzee. Les juges ont déclaré que les documents qui leur ont été soumis appuient sans l'ombre d'un doute la conclusion que le VIH existe et est identifiable, que le VIH peut être transmis à l'occasion de rapports sexuels, et qu'il cause le sida.⁶

– Leah Utyasheva

¹ « Three years in prison for double HIV transmission » ("Za dvoynoe zarazhenie VICH dali tri goda kolonii"), Rambler Planeta (en ligne), 3 juin 2007.

² Code criminel, 1996, # 63-FZ [Fédération russe], art. 122.

³ Les commentaires sur la législation sont formulés par des universitaires spécialisés dans le domaine et sont utilisés comme manuels.

⁴ A.V. Naumov (éd.). *Commentary to the Criminal Code of the Russian Federation*, Moscou : (Yurist, 1997). Voir aussi, *Commentary to the Criminal Code, Legislation of Russia* at www.labex.ru.

⁵ R c. Parenzee [2007], SASC 143, Supreme Court of South Australia, 27 avril 2007.

⁶ R c. Parenzee [2007] SASC 316, Supreme Court of South Australia (Court of Criminal Appeal), 24 août 2007.

En bref

Asie Centrale – Poussées de VIH liées à des transfusions de sang contaminé et à des conditions d'hygiène déficientes dans des hôpitaux

Le 27 juin 2007, dix-sept travailleurs de la santé de Shymkent, au Kazakhstan, ont été déclarés coupables de négligence criminelle par la Cour de Shymkent, par suite d'une poussée de VIH parmi des enfants qui avaient reçu des transfusions de sang.¹ Les travailleurs de la santé ont été condamnés à des peines variant de plusieurs mois à huit ans de détention.

Quatre des principaux administrateurs ont cependant reçu des condamnations avec sursis, à l'indignation des familles des victimes.² Des travailleurs de la santé de Shymkent ont toutefois affirmé que les médecins reconnus coupables sont des « boucs émissaires », et que la source de l'épidémie n'a toujours pas été établie avec certitude.³

Les défenseurs soutenaient que les enfants avaient contracté le VIH par transmission de mère à enfant. Les mères ont subi des tests dont les résultats se sont révélés négatifs. Une enquête médicale menée par le U.S. Centers for Disease Control and Prevention a conclu que des transfusions de sang contaminé ont été la source de la poussée d'infection par le VIH à Shymkent.⁴

En Asie Centrale, on a couramment recours aux transfusions de sang « pour fortifier un corps sain et soigner des maladies sans lien avec le sang ». Selon certains experts, cette

pratique est inutile et ses vertus n'ont pas été démontrées médicalement.⁵

Selon divers rapports, les causes de la poussée épidémique sont attribuables à la piètre qualité des soins de santé et au manque de ressources. Les dossiers de la Cour démontrent que, dans les trois hôpitaux pour enfants de Shymkent, on réutilisait couramment les seringues et les cathéters. Dans ce cas précis, le juge a également énuméré des preuves de négligence, de mauvais traitements infligés aux patients et de vol de fonds destinés à la santé.⁶

La poussée épidémique a touché 118 enfants, qui ont contracté le VIH. Depuis 2006, dix d'entre eux sont décédés.⁷ Depuis l'affaire de Shymkent, des transfusions de sang contaminé auraient été à l'origine d'éclosions de VIH dans d'autres pays de l'Asie Centrale : en mars 2007, à Andijan, en Ouzbékistan, neuf personnes ont été infectées par le VIH; en juillet 2007, à Osh, au Kirghizstan, 22 personnes ont été infectées par le VIH, dont 17 enfants.⁸

– Leah Utyasheva

Russie – Des autorités jugées responsables de deux cas de transmission du VIH dans des hôpitaux

En mars 2007, la Cour de district de Voronej Central a accordé 3,5 millions de roubles (environ 141 000 \$US) en dommages moraux à X dans un cas de transmission du VIH par négligence dans un établissement de santé.⁹

En 2005, X a reçu des produits sanguins contaminés dans une maternité de la région de Voronej dans le sud de la Russie. Elle a par la suite subi un test indiquant qu'elle était séropositive au VIH. Une poursuite pénale a été intentée contre le directeur de la banque de sang, mais elle a été abandonnée, parce qu'une amnistie a été décrétée par la Douma de l'État (le Parlement fédéral) à certaines catégories de causes en lien avec le 100^e anniversaire de la Douma.

Entre-temps, X a poursuivi la banque de sang locale et le ministère de la Santé en dommages-intérêts. En donnant gain de cause à la demanderesse, la Cour a conclu que le fait que la poursuite pénale avait été abandonnée n'avait pas de conséquences sur la demande, et que la banque de sang et le ministère de la Santé devaient payer des dommages moraux à X.

En septembre 2007, dans une autre affaire, le Tribunal militaire de la Garnison de Pushkinsky a accordé quatre millions de roubles (approximativement 161 000 \$US) à Vyacheslav Temnikov, un officier militaire qui a été infecté par le VIH et le virus de l'hépatite C dans un hôpital militaire en 2001.

Durant une opération, Temnikov a été blessé et a perdu beaucoup de sang. Sa vie était en danger, et le personnel médical a procédé à une transfusion « directe » du sang de dix soldats et officiers, dont un a reçu par la suite un diagnostic de séropositivité au VIH. Le procureur a décidé de ne pas déposer d'accusations au criminel dans ce cas.¹⁰

Comme l'illustrent ces affaires, en Russie les personnes qui contractent

le VIH en raison de négligence médicale peuvent recevoir une indemnisation en argent pour le préjudice subi, mais les poursuites pénales pour transmission du VIH attribuable à la négligence de travailleurs de la santé sont rares.

– Leah Utyasheva

¹ « Doctors in Kazakhstan convicted for criminal negligence following HIV outbreak among children who received blood transfusions », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 28 juin 2007.

² « Doctors in Kazakhstan on trial for medical malpractice following HIV outbreak among children who received blood transfusion », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 20 mars 2007.

³ « Probe ordered in Kyrgyzstan HIV outbreak », *Radio Free Europe, Radio Liberty*, 30 juillet 2007.

⁴ « Doctors in Kazakhstan convicted... »

⁵ « Doctors in Kazakhstan on trial... »

⁶ *Ibid.*

⁷ « HIV outbreaks linked to blood transfusions discovered in Central Asia since Kazakh doctors were convicted of criminal negligence », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 18 septembre 2007.

⁸ *Ibid.*

⁹ « Voronezh court estimated HIV transmission was worth 3,5 million of rubles », *Newsland* (en ligne), 14 mars 2007.

¹⁰ « Officer infected with HIV won case against Ministry of defence », *Agency of Social Information*, 8 octobre 2007.

L'INITIATIVE DROIT ET SANTÉ : RELIER VIH/SIDA ET DROITS HUMAINS

L'Open Society Institute (OSI) est une fondation privée subventionnaire qui vise à guider les politiques publiques de manière à promouvoir la gouvernance démocratique, les droits humains ainsi que la réforme économique, légale et sociale. En 2005, le Programme de santé publique de l'OSI a créé l'Initiative droit et santé (IDES). L'IDES soutient l'intégration du plaidoyer juridique et para-juridique dans des services communautaires en matière de santé, de même que des initiatives de contentieux et de réforme du droit qui touchent la santé publique. Dans cette section spéciale de la *Revue VIH/sida, droit et politiques*, nous présentons des articles qui font foi de la gamme d'interventions que pilote l'IDES – et que peuvent appuyer d'autres bailleurs de fonds – afin que le lien entre le VIH/sida et les droits humains devienne réalité. Chacun des articles a été préparé par des employés, consultants ou partenaires de l'IDES, et des récipiendaires de ses bourses en Afrique ou dans l'ex-union soviétique. Jonathan Cohen, directeur de projet pour l'IDES, a dirigé la rédaction de cette section.

Inscrire le droit et les droits humains à l'ordre du jour – Avant-propos aux articles de cette section spéciale

Pour l'Open Society Institute (OSI), l'idée de relier le plaidoyer légal et les soins de santé, par l'Initiative droit et santé (IDES), est venue naturellement. Finançant depuis plusieurs années des initiatives pour la santé mondiale, l'OSI et ses fon-

dations partenaires en Afrique, en Europe de l'Est et dans l'ex-URSS ont développé une riche compréhension des besoins de santé parmi les groupes marginalisés socialement, comme les personnes qui font usage de drogue, les travailleuses et travail-

leurs sexuels, les Roms, les personnes qui vivent avec le VIH/sida et les personnes en soins palliatifs.

Ces populations ne revendiquaient pas que des soins de santé. Elles voulaient des services de défense contre la violence et la discrimina-

tion, des lois plus solides pour protéger leurs droits en tant que patients, et une formation plus développée en matière de droits humains afin de défendre leurs intérêts devant la police, les fournisseurs de soins de santé et autres intervenants et autorités. L'OSI était dans une position idéale pour répondre à cette lacune, vu sa longue expérience dans le financement de réformes légales et d'initiatives de plaidoyer pour les droits de la personne.

Ce besoin n'était plus criant dans aucun autre domaine que le VIH/sida. En dépit de milliards de dollars canalisés dans des programmes sur le sida dans les pays pauvres, le droit et les droits humains n'étaient pas à l'ordre du jour. Le financement était concentré sur l'expansion de l'accès aux traitements antirétroviraux et, dans une moindre mesure, l'expansion des services de prévention, de test, et de soins palliatifs. Mais les personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui en sont affectées, et qui étaient déjà marginalisées avant l'apparition du sida, ne voulaient pas que des médicaments.

Des femmes devenues veuves à cause du VIH avaient besoin de défense contre l'exhérédation, l'éviction et la violence. Des utilisateurs de drogue voulaient avoir une instance auprès de laquelle porter plainte lorsque la police confisque leurs seringues stériles ou procède à des opérations intensives à proximité des locaux de programmes de méthadone. Les personnes en soins palliatifs avaient besoin d'aide pour écrire leur testament ou des directives, trouver des gardiens pour leurs enfants et faire des demandes d'aide sociale. Pour toutes ces populations, l'amélioration des connaissances sur la santé ne suffisait pas : elles voulaient aussi être

outillés dans le domaine juridique, afin de défendre leurs droits, de faire face aux abus et de se concentrer réellement sur une « vie positive ».

L'IDES a été créée en 2005 en vue de répondre à certains de ces besoins. Les articles présentés dans la section qui suit offrent un instantané du travail de l'IDES.

Suzanne Maman et ses collègues du KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud, décrivent une intervention bien spéciale pour inclure une éducation juridique et des références à cet effet dans une trousse de soutien post-diagnostic à l'intention des femmes enceintes. Elles prennent pour hypothèse que la protection juridique contre la violence et la discrimination habilitera les femmes enceintes séropositives à divulguer leur état sérologique à leurs partenaires intimes, améliorant ainsi leurs résultats cliniques.

Cette intervention est particulièrement cruciale, à cette époque où des gouvernements cherchent à simplifier la procédure de counselling et de test du VIH, en raison de nouvelles orientations prônées par l'ONUSIDA et l'OMS. Comme le décrivent Ralf Jürgens et coll., il est plus crucial que jamais de veiller à ce que les protections des droits humains fassent partie intégrante des initiatives de test du VIH, en particulier pour les femmes.

En Afrique du Sud également, Joan Marston et Tamar Ezer décrivent une initiative pour réunir des avocats et des fournisseurs de soins palliatifs afin de défendre les droits de personnes en phase terminale de maladie. Cette initiative, qui intègre des enjeux comme le testament, la succession ainsi que l'administration de médicaments antidouleur, illustre comment les services juridiques sont un élément clé des soins de santé

complets pour les personnes en fin de vie. Puisque l'Afrique du Sud a formulé un engagement explicite à l'égard d'interventions fondées sur les droits humains, dans le cadre de son Plan stratégique 2007-2010 sur le sida et les ITS, il est à espérer que de telles interventions deviendront sans tarder une politique nationale.

La nécessité de services juridiques liés au VIH n'est pas moins criante dans l'ex-URSS, où des abus policiers répandus et d'autres abus à l'égard des personnes qui font usage de drogue catalysent des épidémies de VIH dues à des pratiques d'injection. Maxim Demchenko, un avocat en Ukraine, décrit un projet d'aide juridique directe pour les utilisateurs de drogue, mis sur pied avec du soutien de le Programme international de développement de la réduction des méfaits (PIDRM) de l'OSI.

L'IDES et le PIDRM financent également des services juridiques pour les utilisateurs de drogue en Géorgie, où le Parlement a récemment adopté une loi imposant de sévères sanctions administratives, pour l'usage de drogue. Dans un pays où près de 65 % des cas d'infection à VIH sont associés à l'injection de drogue, une telle loi constitue une importante menace à la santé publique. Décrivant ce développement législatif, Nina Kiknadze et David Otiashvili soutiennent qu'un manque d'appréciation du gouvernement, à l'égard de politiques fondées sur des données, relativement à la drogue, constitue l'une des principales menaces à la réponse géorgienne au VIH.

Puisque la réalité que les fondations privées ne peuvent satisfaire toutes les demandes en matière de services juridiques, le contentieux dans des causes-type est un aspect central de la stratégie de l'IDES pour

la fourniture d'aide juridique aux personnes vivant avec le VIH/sida. Erik Iriskulbekov et Asylgul Balybaeva décrivent une affaire-phare au Kirghizstan, intentée par l'ADILET, à l'aide d'une bourse de l'IDES, afin d'obtenir réparation pour la violation du droit à la vie privée d'une personne séropositive qui a été filmée sans son consentement, pour un documentaire télévisuel, alors qu'elle était à l'hôpital en phase avancée du sida.

Dans le contexte de l'Afrique australe, Tamar Ezer soutient que le contentieux dans des causes-type apporte de l'espoir aux femmes du Swaziland, où une nouvelle constitution offre une garantie explicite d'égalité, dans ce pays où foisonnent les lois patriarcales et la violence à l'égard des femmes et où le taux de VIH est le plus élevé au monde.

D'autres articles de cette section spéciale portent sur les cadres législatifs régissant des réponses nationales au VIH/sida. Il y a cinq ans, selon les Nations Unies, seulement un tiers des pays du monde avaient adopté des

mesures juridiques interdisant la discrimination à l'égard de populations vulnérables au VIH.

Malheureusement, des parlements qui entreprennent d'élaborer des lois spécifiques au VIH le font d'une manière hostile aux droits de la personne. Cela est des plus évident dans une vague de législation dans l'Est, l'Ouest et le Sud de l'Afrique, qui prévoit de manière beaucoup trop large des peines criminelles pour la transmission du VIH ou l'exposition à l'infection, et qui imposent le test obligatoire du VIH à diverses étapes de la vie. Delme Cupido décrit un effort pour parvenir à un consensus, entre les groupes du domaine du VIH/sida, des droits humains et des droits des femmes, en Afrique australe, quant au besoin de poursuites pénales vigoureuses pour la violence aux femmes sans pour autant criminaliser indûment la transmission du VIH.

Anne Gathumbi, de l'Afrique de l'Est, aborde un domaine fortement négligé dans les lois pertinentes au VIH : les droits et responsabilités des

soignants à domicile. Mary Frances Lukera décrit pour sa part les répercussions de la criminalisation de la prostitution sur les droits humains, au Kenya, et la nécessité de réformer des lois de l'ère coloniale, en matière de prostitution, afin de mieux protéger les travailleuses et travailleurs sexuels contre la violence, la discrimination et la marginalisation.

Que ce soit par l'intégration de services juridiques dans des programmes sur le VIH/sida, le soutien de causes-type ou le plaidoyer pour des réformes juridiques fondées sur les droits, l'IDES joue un rôle crucial dans le progrès des réponses au VIH fondées sur les droits humains. C'est pour nous un honneur que de partager nos expériences dans les pages de la *Revue VIH/sida, droit et politiques*. Nous profitons de l'occasion pour inviter les autres organismes subventionnaires à se joindre à nous, afin que le pouvoir du droit fasse sa part dans la lutte au VIH/sida.

– Jonathan Cohen

Intégrer les soins de santé et le soutien psychosocial et juridique destinés aux femmes enceintes, en Afrique du Sud

Combiner test du VIH et soutien juridique pourrait-il aider des femmes enceintes à divulguer leur séropositivité à leur partenaire sans mettre leur sécurité en péril? Suzanne Maman et ses collègues présentent la South Africa HIV Antenatal Care Post-Test Support Study (SAHAPS), une intervention unique visant à intégrer une éducation et des références juridiques dans un éventail de services de soutien post-test, dans le KwaZulu-Natal, en Afrique du Sud.

La divulgation de la séropositivité au VIH est associée à divers résultats positifs, notamment la réduction de l'anxiété et de la dépression et un soutien social rehaussé. Mais elle peut aussi avoir des conséquences négatives, dont le stigmate et la dis-

crimination, la violence et l'abandon.¹ Par ailleurs, la divulgation de la séropositivité au partenaire constitue une occasion pour le couple de discuter de réduction des risques et de plans d'avenir.

Il y a plusieurs obstacles à la divulgation, notamment la crainte de répercussions comme la violence et la discrimination. L'un de ces obstacles pourrait être l'absence de protections juridiques, ou le manque d'accès à celles-ci, en cas de violence, de menaces de violence ou de violations d'autres droits humains.

Un examen systématique de la littérature sur les taux, les obstacles et les conséquences de la divulgation de la séropositivité au VIH a révélé que les femmes qui passent le test du VIH dans le contexte de soins prénataux sont les moins susceptibles de divulguer leur séropositivité et les plus susceptibles d'en subir des conséquences sociales négatives si elles le font.² Pour cette raison, la divulgation est considérée comme un important obstacle au recours à des services de prévention de la transmission périnatale du VIH.

En dépit de preuves croissantes quant à l'efficacité d'interventions de courte durée avec la zidovudine^{3, 4, 5} ou la névirapine à dose unique,⁶ qui réduisent de 37 à 50 p. cent le risque de transmission périnatale, on estime à 235 000 le nombre d'enfants vivant avec le VIH en Afrique du Sud. Une stratégie de prévention de la transmission périnatale y a été mise en œuvre en 2002; il s'agit aujourd'hui du plus important programme de ce genre au monde, avec 2 525 sites (60 p. cent de tous les établissements publics de santé).⁷

Même en présence d'infrastructures pour soutenir la prévention de la transmission péri-

natale, il a été estimé que seulement 23 p. cent des femmes sud-africaines enceintes ont recours à des services de counselling et de test volontaires (CTV),⁸ que 55,6 p. cent des femmes séropositives au VIH reçoivent un traitement de névirapine à dose unique,⁹ et que seulement 13 p. cent des femmes ont des pratiques adéquates dans l'allaitement.¹⁰ Par conséquent, le taux de transmission périnatale du VIH demeure élevé (22,4 p. cent).¹¹

La SAHAPS est un essai clinique randomisé contrôlé qui vise à évaluer l'efficacité d'un soutien post-test rehaussé, incluant l'aide juridique, parmi des femmes enceintes séropositives et séronégatives à Durban, en Afrique du Sud. Dans le cadre de cette étude, 1 495 femmes seront inscrites à une clinique publique de santé desservant l'un des cantons les plus pauvres de la ville.

Les participantes, réparties au hasard, recevront soit des services réguliers de prévention de la transmission périnatale, soit un modèle de services incluant un soutien post-test rehaussé et intégré. La clinique est dotée d'un programme de prévention de la transmission périnatale du VIH depuis 2001, mais le faible recours à ce service y demeure un défi.

L'étude SAHAPS déterminera si le fait de fournir aux femmes un soutien rehaussé et intégré, après le test du VIH, engendre de meilleurs résultats, comme un recours rehaussé à la prévention de la transmission périnatale du VIH, une réduction plus marquée des risques entre partenaires, et des résultats psychosociaux améliorés pour les femmes. Nous émettons l'hypothèse que ces résultats seront facilités par un taux accru de divulgation parmi les femmes ayant reçu un soutien post-test rehaussé.

Le soutien rehaussé offert dans le cadre de la SAHAPS comprend :

- le visionnement d'une vidéo éducative, juste avant le counselling pré-test, pour commencer à sensibiliser les femmes aux décisions qu'elles devront prendre en lien avec le test du VIH, la divulgation et la participation à un programme de prévention de la transmission périnatale du VIH;
- des séances de counselling pré- et post-test, fondées sur le protocole actuel en la matière, qui offrent d'autres occasions de discuter avec une conseillère au sujet des obstacles à la divulgation et de la réduction des risques;
- deux séances additionnelles de counselling post-test, qui coïncident avec les visites d'immunisation de la sixième et de la dixième semaine après la naissance du bébé (et qui ont pour point de mire l'éducation juridique, le test du partenaire et la planification familiale);
- l'accès à un groupe de soutien post-test continu; et
- l'accès à des services juridiques.

Le soutien post-test rehaussé vise à aborder en détail les enjeux de santé et de soutien psychosocial et juridique que rencontrent les femmes enceintes qui reçoivent un diagnostic de séropositivité au VIH. À notre connaissance, il s'agit de la première fois qu'un soutien juridique sera intégré directement dans les services de counselling sur le VIH, dans une clinique pour femmes enceintes.

Les besoins juridiques des femmes enceintes, en Afrique du Sud, concernent le plus souvent la violence domestique, les pensions alimentaires pour enfants et l'accès aux res-

sources. Ceux des femmes enceintes séropositives au VIH ne sont pas très différents, mais ils sont souvent exacerbés par des ressources extrêmement limitées et par le stigmate et la discrimination à leur égard.

Des infirmières seront formées pour fournir aux femmes une éducation élémentaire sur leurs droits juridiques, lors de la deuxième séance de counselling post-test (coïncidant avec la sixième semaine post-partum). Elles sensibiliseront les patientes à certains de leurs droits. Les femmes qui ont besoin d'aide juridique seront invitées à prendre rendez-vous dans une clinique d'intervention et d'aide juridique que nous établirons sur place. Dirigée par la clinique juridique de l'Université du KwaZulu-Natal, cette clinique embauchera un avocat, plusieurs aspirants avocats et des groupes d'étudiants en quatrième année de droit.

Le volet juridique de l'étude sera évalué en mesurant les connaissances des femmes à propos de leurs droits juridiques, avant et après l'intervention. Des études de cas de femmes ayant eu recours aux services juridiques seront préparées pour en décrire l'impact.

L'étude SAHAPS se déroule à un moment où de récents changements aux politiques nationales et internationales sur le test du VIH ont réduit la place accordée au counselling. Cet élément a été décrit comme un obstacle au recours au test du VIH.^{12, 13} Le but central des politiques révisées sur le test du VIH est d'augmenter le nombre d'individus qui connais-

sent leur état sérologique au VIH, afin que les objectifs de couverture des traitements puissent être atteints. Il est indéniable que l'expansion des traitements est un objectif crucial de santé publique, mais des préoccupations ont été exprimées à l'effet que l'administration du test du VIH sans soutien adéquat pourrait avoir des conséquences négatives, en particulier pour les femmes.

Les données sur l'expérience des femmes en lien avec le test du VIH suggèrent que celles-ci ont besoin de plus – et non de moins – de counselling et de soutien, pour réduire les effets psychosociaux négatifs et optimiser les bienfaits de la prévention du VIH et des traitements. L'étude SAHAPS a été conçue pour évaluer l'impact d'un soutien post-test rehaussé et intégré, pour les femmes. L'intégration de services juridiques dans le volet d'intervention répondra non seulement à la préoccupation répandue que les violations de droits humains découragent la divulgation, mais elle fera aussi la lumière sur le lien entre les services juridiques et la santé des femmes.

– Suzanne Maman, Dhayendre Moodley, Allison Groves et Elaine Smith

Suzanne Maman (maman@email.unc.edu) et Allison Groves sont de l'University of North Carolina à Chapel Hill, École de santé publique, Département du comportement et de l'éducation en matière de santé. Dhayendre Moodley et Elaine Smith sont

de l'École de médecine Nelson R. Mandela, Département d'obstétrique et de gynécologie, Unité de recherche sur la santé des femmes et le VIH.

¹ Organisation mondiale de la santé, *Gender Dimensions of HIV Status Disclosure to Sexual Partners: Rates, Barriers and Outcomes*, rapport n° WC 503.7, 2003.

² 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 programs », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 82(4) (2003) : 299–307.

³ F. Dabis et coll., « 6-month efficacy, tolerance, and acceptability of a short regimen of oral zidovudine to reduce vertical transmission of HIV in breastfed children in Côte d'Ivoire and Burkina Faso: a double-blind placebo-controlled multicentre trial », *Lancet* 353(9155) (1999) : 786–792.

⁴ S.Z. Wiktor et coll., « Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial », *Lancet* 353(9155) (1999) : 781–785.

⁵ N. Shaffer et coll., « Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial », *Lancet* 353(9155) (1999) : 773–780.

⁶ L.A. Guay et coll., « Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial », *Lancet* 354(9181) (1999) : 795–802.

⁷ D.J. Jackson et coll., « Operational effectiveness and 36 week HIV-free survival in the South African programme to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 », *AIDS* 21 (2007) : 509–516.

⁸ Department of Health (South Africa), *Annual Report 2004/2005*, 2005.

⁹ D.J. Jackson et coll.

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ *Ibid.*

¹² P. Van de Pierre, « HIV voluntary counselling and testing in community health services », *Lancet* 356(9224) (2000) : 86–87.

¹³ U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), *Advancing HIV Prevention: New Strategies for a Changing Epidemic*, MMWR Recommendations and Reports 52, 2003, p. 329–332.

Rehausser l'accès au test du VIH avec counselling, dans le respect des droits humains

Deux jours après la parution de la version finale du *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé* (« le Guide »),¹ le Programme de santé publique de l'OSI publiait une mise à jour de son document intitulé *Increasing Access to HIV Testing and Counseling While Respecting Human Rights [Rehausser l'accès au test du VIH avec counselling, dans le respect des droits humains]*.² Depuis, comme le rapporte Ralf Jürgens, le document de l'OSI a été utilisé comme base pour un énoncé et des recommandations sur l'expansion du test du VIH et du counselling en la matière, par le Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits humains.³ De plus, il a servi à éclairer les directives en préparation, à l'OMS et à l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC), relativement au test du VIH pour les détenus et les personnes qui font usage de drogue.

Une première ébauche du document de l'OSI avait été largement disséminée en décembre 2006 et avait servi de base aux commentaires exhaustifs de l'OSI et d'autres intéressés, au sujet de la version provisoire du Guide de l'OMS et de l'ONUSIDA (publiée en novembre 2006).

Le document de l'OSI est fondé sur un examen de la littérature ainsi que sur des consultations étoffées auprès de personnes qui fournissent des services à des populations vulnérables au VIH/sida en Afrique subsaharienne, en Asie, en Europe de l'Est, en Amérique latine et en Amérique du Nord, et de personnes qui travaillent aux politiques pertinentes. Il se concentre sur les enjeux que soulèvent les propositions de faire en sorte que le test du VIH devienne un « test de routine » dans les pays à revenu faible ou moyen.

Fait important, tandis que la majeure partie de la littérature et du travail sur les politiques relatives au test du VIH a porté principalement sur l'Afrique subsaharienne ou sur

l'« épidémie cachée » dans les pays à revenu élevé, le document vise aussi à aborder comment ce débat affecte des populations vulnérables dans d'autres parties du monde, où l'épidémie a souvent un profil très différent.

Principales conclusions

Voici un aperçu des principales conclusions présentées dans le document de l'OSI.

1. Pas de controverse quant à la nécessité d'expansion du counselling et du test

Le document repose sur la prémisse qu'un accès élargi au counselling et au test du VIH (CTV) constitue un impératif de santé publique et des droits humains.

2. Le CTV ne suffit pas – de nouvelles approches doivent aussi être mises en œuvre

En plus du modèle traditionnel de counselling et test du VIH (CTV) en mode volontaire et à la demande

du client, de nouvelles approches en matière de counselling et de test du VIH doivent être mises en œuvre, dans des situations plus diverses et à plus grande échelle, que ce ne fut le cas jusqu'ici. Bien qu'il sera important de poursuivre – et d'intensifier – les efforts pour améliorer le CTV, et d'y octroyer plus de ressources, il y a entente sur le fait que cette mesure, à elle seule, ne sera pas suffisante pour fournir un accès beaucoup plus vaste au test du VIH et au counselling en la matière.

3. Le consentement éclairé à passer le test est crucial

Afin qu'il soit possible aux fournisseurs de soins de santé d'offrir le test du VIH à tous leurs patients, il pourrait être justifié, dans certaines circonstances, d'assouplir dans une certaine mesure les exigences de counselling préalable au test.

Les droits humains et la santé publique ne requièrent pas que les procédures de counselling pré-test soient lourdes et encombrantes. Cependant,

des impératifs de ces deux sphères requièrent que, peu importe si les personnes se voient offrir systématiquement le test du VIH en milieu de santé ou si l'initiative de passer le test vient d'elles, elles devraient pouvoir demander et obtenir suffisamment d'information sur le sujet pour être aptes à donner un consentement éclairé et réellement volontaire, à passer le test. Ces impératifs requièrent également que les personnes testées reçoivent du counseling post-test, et que soit garantie la confidentialité du résultat du test et du fait même de l'avoir passé.

4. Considérer une avenue de rechange au test à option de refus : le CTIS sur consentement

D'après le Guide de l'OMS et de l'ONUSIDA, le test du VIH est recommandé comme élément standard des soins médicaux à tous les patients d'établissements de santé dans les pays où existe une épidémie généralisée du VIH, et dans certaines autres circonstances. Le Guide prône une approche « à consentement présumé » [ou « à option de refus »], dans le cadre du counselling et test à l'initiative du soignant (CTIS) – ce qui signifie que le patient doit exprimer un refus explicite au test du VIH s'il n'en veut pas.

Dans le document de l'OSI, un autre moyen d'élargir rapidement l'accès au test du VIH est proposé, qui pourrait s'avérer tout aussi efficace, dans un meilleur respect des droits humains : l'offre systématique avec recommandation du counselling et test sur consentement explicite. L'expérience démontre que lorsque la mise en œuvre d'une approche sur consentement [« *opt-in* », dit-on

succinctement en anglais] est adéquatement soutenue, elle peut être aussi fructueuse qu'une approche à option de refus, pour augmenter le nombre de personnes qui passent le test du VIH. De plus, l'approche sur consentement a un potentiel d'impact positif sur l'accès aux soins, aux traitements et aux moyens de prévention – tout comme l'approche à option de refus.

En bout de ligne, toute forme de counselling et test à l'initiative du soignant – à consentement présumé ou sur consentement – devra faire l'objet d'une surveillance et d'une évaluation afin de veiller à ce que, dans la pratique, lorsque les fournisseurs offrent et recommandent le test, les patients donnent un consentement éclairé et volontaire à passer le test.

5. Le CTV ne suffit peut-être pas – mais son expansion est essentielle

Les efforts d'expansion de l'accès au counselling et au test du VIH, qui sont actuellement concentrés sur le CTIS en milieu formel de soins, doivent accorder une plus grande attention à la manière dont on pourrait améliorer et élargir les services de CTV à l'initiative du client, en particulier pour les groupes marginalisés socialement.

L'expansion de l'accès au CTV revêt une importance particulière en raison du grand nombre de personnes qui n'ont pas recours à des services de santé formels et qui peuvent avoir besoin d'autres moyens d'accès au counselling et test du VIH, notamment si elles vivent dans des régions rurales mal desservies par le système de soins de santé, si elles sont mobiles ou si elles font partie de communautés vulnérables aux prises

avec la stigmatisation et la discrimination dans le milieu des soins de santé.

6. Relier l'expansion de l'accès au test et l'expansion de l'accès aux ARV et aux moyens de prévention fondés sur des données

L'accès aux moyens de prévention fondés sur des données et l'accès aux traitements antirétroviraux (ARV) demeurent limités dans plusieurs pays et milieux, en particulier pour les populations les plus vulnérables. Les États doivent reconnaître que le test du VIH ne constitue jamais un but en soi mais est plutôt rattaché à des buts plus larges de la prévention, des soins, des traitements et du soutien. Par conséquent, l'efficacité des politiques et programmes en matière de test est déterminée en partie par la disponibilité de programmes efficaces de prévention, soins, traitements et soutien. Les efforts d'expansion de l'accès au counselling et test du VIH devront être coordonnés et intégrés à des efforts accrus d'expansion de l'accès aux ARV et aux moyens de prévention fondés sur des données.

7. Droits humains : laisser tomber la rhétorique, au profit d'une réelle action

L'expansion du counselling et test du VIH doit aller de pair avec un investissement fortement accru dans la protection réelle – dans la pratique, et non uniquement sur papier – contre la discrimination et les abus associés au VIH, en particulier pour les femmes, les enfants et les adolescents, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les personnes qui font usage de

drogue et les détenus. Jusqu'ici, peu d'États ont estimé les coûts, établi des budgets et mis en œuvre des programmes nationaux afin d'établir des protections juridiques et des droits humains des personnes qui vivent avec le VIH/sida ainsi que de celles qui en sont affectées ou y sont vulnérables. Pour que l'expansion du test du VIH atteigne ses buts, les droits humains liés au VIH doivent devenir une priorité beaucoup plus importante.

8. Collecter les données nécessaires

Afin d'évaluer si un recours accru au test permet aux pays d'atteindre les buts de la prévention et du traitement, il faut plus d'information sur le nombre de personnes qui reçoivent leur résultat de test; qui divulguent leur séropositivité; qui modifient leurs comportements sexuels ou d'usage de drogue; et qui ont accès à des soins et traitements, incluant les ARV. Il faut aussi plus de recherche pour saisir comment est vécue l'expérience du test du VIH, notamment pour les personnes susceptibles d'être exposées à des répercussions néfastes.

9. Besoins en ressources techniques et monétaires

L'expansion du counselling et test du VIH nécessitera des ressources humaines et financières considérables. À l'heure actuelle, ces ressources ne sont pas présentes, d'où un risque sérieux que les pays échouent à rehausser l'accès au CTV; ou qu'ils procèdent en omettant d'établir des circonstances propices à maximiser les bienfaits du test et à réduire le risque de préjudices; ou qu'ils accaparent des ressources qui

servent à d'autres efforts cruciaux comme (a) l'expansion de l'accès à des moyens de prévention fondés sur des données, et de l'accès aux ARV; ou (b) les interventions pour les droits humains.

10. Contrer le test obligatoire et le test requis

Des procédures de test obligatoire et de test requis, pour l'infection à VIH, se poursuivent dans plusieurs pays et contextes, à l'encontre de principes de l'éthique et des droits fondamentaux au consentement, à la vie privée et à l'intégrité corporelle. Des préoccupations se manifestent à l'effet que faire du test du VIH une intervention plus routinière – en particulier dans des pays qui adoptent des approches en vertu desquelles les gens subissent ce test à moins d'y affirmer un refus explicite – risque, dans les faits, de résulter en une recrudescence des cas où le test du VIH est administré sans le consentement de la personne. Les États devraient amender leurs lois, politiques et pratiques de manière à interdire le test obligatoire et requis et à faciliter l'accès au CTV, à la prévention, aux soins, aux traitements et au soutien.

Autres développements pertinents

Depuis sa publication (en juin 2007), le document de l'OSI, *Increasing Access to HIV Testing and Counseling While Respecting Human Rights*, sert de référence au développement de plusieurs documents et énoncés de politiques en matière de counselling et test du VIH.

L'un de ces documents est un énoncé sur l'expansion du counselling et test du VIH, formulé par le Groupe de référence de l'ONUSIDA

sur le VIH et les droits humains.⁴ L'énoncé est adressé à l'OMS et à l'ONUSIDA, aux gouvernements nationaux, donateurs, fournisseurs de soins de santé, organismes non gouvernementaux et autres intervenants ou intéressés dans les efforts d'expansion de l'accès au counselling et test du VIH, dans le cadre des efforts mondiaux pour parvenir d'ici 2010 à l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien en matière de VIH.

Dans son énoncé, le Groupe de référence accueille favorablement le Guide de l'OMS et de l'ONUSIDA, et il exhorte à « une action rapide pour l'expansion de l'accès au counselling et test du VIH, avec tout le financement requis et l'attention programmatique aux protections des patients qui sont prévues dans le Guide » [trad.]. Dans cet esprit, le Groupe de référence exprime des préoccupations et formule 21 recommandations, exhortant l'OMS, l'ONUSIDA, les gouvernements nationaux, les donateurs et les autres parties impliquées à y réagir rapidement.

Le Groupe de référence signale que « dans plusieurs pays, se produisent de nombreux abus quant à la manière dont sont effectués le counselling et test du VIH » [trad.]. Il exprime sa crainte que la mise en œuvre du Guide « puisse entraîner encore plus d'abus, plutôt que des bénéfices accrus pour les droits humains et la santé publique », à moins que les gouvernements mettent en place :

des mesures adéquates, préalablement et simultanément à la mise en œuvre du counselling et test à l'initiative du soignant, pour assurer que les trois

préalables décrits dans le [Guide], en ce qui a trait au counselling et test à l'initiative du soignant, soient effectivement en place :

- accès aux services de prévention, de soins et de soutien, en lien avec le VIH, y compris une attente raisonnable que l'accès à la thérapie antirétrovirale devienne disponible dans un avenir proche, dans le cadre d'un plan national pour l'accès universel à cette thérapie;
- capacité adéquate des fournisseurs de soins de santé, pour la mise en œuvre du counselling et test à l'initiative du soignant, dans le respect des conditions du consentement éclairé, de la confidentialité et de la provision du counselling; et
- attention programmatique adéquate à la protection des personnes contre la stigmatisation et la discrimination. [trad.]

En outre, le document de l'OSI a contribué à éclairer un document de fond⁵ et un énoncé de politique sur le test du VIH et le counselling pour les détenus. Ces éléments ont été commandés en juillet 2007 par l'UNODC et l'OMS, reconnaissant qu'en dépit des brefs éléments fournis dans le Guide susmentionné de l'OMS et de l'ONUSIDA, les enjeux du counselling et test du VIH pour les détenus nécessitent une analyse plus étoffée,

pour répondre à deux préoccupations majeures :

- premièrement, l'existence d'un risque que le Guide de l'OMS et de l'ONUSIDA soit mal interprété et utilisé de manière à justifier des formes plus routinières de test du VIH, sans respecter le droit des détenus au consentement éclairé; et
- deuxièmement, l'existence d'un risque contraire, que les détenus soient laissés en marge des efforts d'expansion de l'accès au counselling et test du VIH et qu'ils continuent d'être laissés pour compte dans les efforts d'expansion de l'accès à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien.

Le document de fond a été soumis à des discussions lors d'une consultation internationale sur le test du VIH et le counselling pour les détenus, tenue à Varna, Bulgarie, le 26 septembre 2007. En novembre 2007, le texte préliminaire de l'énoncé de position sur le test du VIH et le counselling pour les détenus devait être disséminé afin d'obtenir le feed-back d'une vaste gamme d'experts. On prévoit que l'énoncé de politique sera finalisé au début de l'année 2008. Un processus semblable servira à l'élaboration d'un énoncé de poli-

tique sur le test du VIH et le counselling pour les personnes qui font usage de drogue.

– Ralf Jürgens, Jonathan Cohen, Françoise Girard et Chris Beyrer

Ralf Jürgens (rjurgens@sympatico.ca), ancien directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida, est à présent consultant auprès de l'OSI. Françoise Girard est directrice du Programme de santé publique de l'OSI. Chris Beyrer est professeur à la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

¹ OMS et ONUSIDA, *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*, 2007. Accessible via www.unaids.org.

² R. Jürgens, *Increasing Access to HIV Testing and Counseling While Respecting Human Rights — Background Paper*, OSI, août 2007. À www.soros.org/initiatives/health/articles_publications/publications/testing_20070907.

³ Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits humains, *Statement and Recommendations on Scaling Up HIV Testing and Counseling*, 2007. À http://data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/20070905_rghr_statement_testing_en.pdf.

⁴ Ibid.

⁵ UNODC et OMS, *HIV Testing and Counseling for Prisoners — Draft Background Paper*, septembre 2007.

Soins palliatifs et services juridiques en Afrique du Sud

Aspect fondamental mais négligé de la réponse mondiale au VIH/sida, les soins palliatifs sont aussi une voie cruciale d'accès à des services juridiques. Comme le signalent Tamar Ezer et Joan Marston, la prestation de services juridiques à des patients en soins palliatifs peut à la fois protéger les droits humains et améliorer les résultats de santé.

En Afrique du Sud, un nouveau comité de référence, formé de fournisseurs de soins palliatifs et de services juridiques, s'occupe d'une initiative pour intégrer le plaidoyer et les services juridiques et pour les droits humains, dans des programmes d'hospice et de soins palliatifs. Dans ce pays où 5,54 millions de personnes vivent avec le VIH (soit près de 13 % de la population) et où le taux d'infection parmi les femmes enceintes est de 30,2 %, ¹ cet ensemble de services est crucial pour aborder tant des besoins physiques aigus que les dimensions sociales de l'épidémie.

Le but des soins palliatifs est d'améliorer la qualité de vie des patients (et de leurs proches) aux prises avec des maladies qui menacent la vie, en soulageant la douleur et la souffrance par des soins physiques, psychosociaux et spirituels. ² La réponse aux questions juridiques et de droits humains qui se présentent fait donc naturellement partie de cette approche holistique. La prestation de services juridiques aux personnes recevant des soins palliatifs n'a pas seulement le potentiel de protéger leurs droits, mais aussi de susciter des améliorations à leur santé, à leur bien-être et à leur qualité de vie.

Les personnes vivant avec le VIH/sida sont souvent aux prises

avec des problèmes complexes touchant la disposition de propriété, la planification pour les enfants, l'accès à des prestations sociales, et la lutte contre la discrimination dans l'emploi, le logement et l'éducation. Les enfants et les aînés qui sont aidants naturels, de même que les ménages dirigés par des enfants ou des jeunes, sont particulièrement vulnérables à des violations de droits humains.

L'initiative du comité de référence vise à implanter des partenariats nécessaires entre le milieu des soins palliatifs et le milieu juridique, pour la prestation de services complets qui permettent d'exercer une gestion de la douleur et de s'attaquer à d'importantes préoccupations d'ordre social. Dotée d'une solide communauté juridique, en plus d'un réseau croissant d'hospices et de fournisseurs de soins palliatifs, l'Afrique du Sud est un site idéal pour mettre à l'épreuve une initiative intégrée de ce genre.

Établi à Cape Town, le comité de référence est formé de trois groupes de travail composés de praticiens du droit et des soins palliatifs, des quatre coins de l'Afrique du Sud. Les groupes de travail se concentrent sur les besoins matériels communs aux deux disciplines; l'intégration de services juridiques dans les hospices; et le plaidoyer pour améliorer l'accès

à des soins palliatifs (y compris le soulagement de la douleur) dans le secteur public, en tant que droit humain fondamental.

Des projets déjà amorcés incluent la préparation d'un manuel para-juridique et de soins palliatifs, sur les services de fin de vie; une initiative de placement en stage dans un hospice, pour des étudiants universitaires en droit, afin de défendre les droits des patients en soins palliatifs; et un document de fond et un programme de formation sur les arguments et mécanismes juridiques propices à promouvoir les soins palliatifs en termes de droits humains. Espérons que ce projet servira de modèle pour intégrer les services juridiques et de santé, dans d'autres disciplines et régions.

– Tamar Ezer et Joan Marston

Tamar Ezer (tezer@sorosny.org) est responsable de programme à l'Initiative droit et santé de l'OSI. Joan Marston est responsable du plaidoyer à l'Hospice and Palliative Care Association of South Africa (www.hospicepalliativecaresa.co.za).

¹ South African Department of Health, *National Strategic Plan for HIV, AIDS, TB and STIs 2007-2011*.

² World Health Organization Definition of Palliative Care, 2002.
À www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html.

L'aide juridique fonctionne! La réduction des méfaits et les services juridiques à Poltava, Ukraine

L'incapacité d'utilisateurs de drogue de protéger leurs droits fait d'eux des cibles faciles pour l'extorsion et les arrestations abusives de la part des autorités d'application de la loi, écrit Maxim Demchenko, un avocat à Poltava. En réponse à cette réalité, un projet d'aide juridique soutenu par l'IDES et le Programme international de développement de la réduction des méfaits de l'OSI est parvenu à défendre des utilisateurs de drogue contre des accusations criminelles et à modifier les attitudes de certains policiers.

L'Ukraine a des obligations, en vertu du droit domestique et international, de respecter les droits humains des personnes vivant avec le VIH et de celles qui sont vulnérables à contracter l'infection comme suite à l'usage de drogue illicite. Pour satisfaire ces obligations, la coopération de toutes les instances gouvernementales, et en particulier des agences des Affaires intérieures, est essentielle.

Dans les faits, toutefois, il est courant que les instances ukrainiennes d'application de la loi arrêtent des utilisateurs de drogue, confisquent les stupéfiants qu'ils possèdent, inscrivent leur nom sur des listes officielles et intentent des poursuites criminelles contre eux.

Ces agissements sont encouragés dans des documents du ministère des Affaires intérieures de l'Ukraine, qui autorisent encore les poursuites criminelles pour la préparation illégale, l'achat ou l'entreposage de quantités relativement petites de substances psychoactives aux fins de consommation personnelle (art. 309(1)). Une majorité des accusés en vertu de cet article sont des personnes qui souffrent d'une dépendance à la drogue et qui sont elles-mêmes victimes du crime organisé. À moins

que cette loi soit abrogée ou amendée, il sera impossible d'améliorer les agissements des responsables de l'application de la loi, à l'égard des utilisateurs de drogue, et de réduire la vulnérabilité au VIH.

Les utilisateurs de drogue, en Ukraine, ne peuvent pas défendre adéquatement leurs droits. Conscients de cela, les responsables de l'application de la loi intentent des poursuites criminelles contre ces personnes, sans aucune justification en vertu des politiques. Il en résulte une grave surpopulation dans les établissements de détention.

Les prisons ukrainiennes ne sont pas bâties pour accommoder le nombre actuel de personnes qui y sont placées, et dont une majorité ont une dépendance à une drogue et vivent avec le VIH/sida. En conséquence, les conditions d'incarcération ne sont pas même à la hauteur des normes sanitaires et hygiéniques stipulées dans les lois ukrainiennes, et encore moins des normes internationales en matière de droits humains.

À l'heure actuelle, la police doit déposer aux instances dont elle relève des rapports périodiques sur son rendement, comportant une série d'indicateurs qui inclut le nombre

d'affaires pénales intentées pour des crimes en matière de trafic de drogue illégale. Cela incite les officiers à tenter des poursuites pénales sans avoir de preuve valide, afin d'éviter d'être mis à l'amende, ce qui va à l'encontre des buts du droit pénal ainsi que de la santé publique.

Dans la ville de Poltava, il est fréquent d'accuser des utilisateurs de drogue (dont la majorité vivent avec le VIH) de crimes non élucidés qui n'ont rien à voir avec l'usage de drogue. Des agents de police portent délibérément des accusations fausses et justifient leurs actions illégales en affirmant que les utilisateurs de drogue sont coupables d'une infraction ou d'une autre, de toute façon.

Des moyens d'interrogation coercitifs et illégaux sont employés, notamment des menaces de violence physique et psychologique, et le recours au sevrage non mitigé d'opiacés comme forme de contrainte physique, afin d'amener les prévenus à faire des confessions, après quoi on leur fait signer les documents pertinents sans qu'ils connaissent leur contenu ou l'issue possible de cette action.

En combinant la surveillance des droits humains dans le cadre des

enquêtes policières, l'amélioration de la sensibilisation parmi les responsables de l'application de la loi, et des réunions avec de hauts responsables des agences du ministère des Affaires intérieures, des organismes de la société civile sont parvenus à réduire considérablement ces violations.

En 2005, avec le soutien de l'International Renaissance Foundation (IRF) financée par la Fondation Soros, et la coopération du cabinet juridique YUREKS, l'ONG Light of Hope a établi un centre d'assistance juridique, dans le cadre de son programme de réduction des méfaits à Poltava. Plus de 100 utilisateurs de drogue, personnes séropositives au VIH ou membres de leur famille ont reçu une forme ou une autre d'aide juridique.

Plusieurs utilisateurs de drogue ont été déclarés non coupables à des accusations criminelles, comme suite au fait que des avocats ont souligné le manque de preuves pour les poursuivre. La simple présence d'un organisme juridique professionnel et puissant, travaillant de près avec des utilisateurs de drogue, a modifié l'attitude de certains des membres les plus rigides du ministère des Affaires

intérieures, ce qui a contribué à prévenir un nombre important de violations de droits humains.

Le projet financé par l'IRF inclut également des ateliers d'éducation pour diverses sections de la police et des procureurs, afin de les informer sur la réduction des méfaits et le traitement antirétroviral pour le VIH. Les ateliers soulignent que la police est, avant tout, membre de la communauté et responsable de protéger les autres citoyens.

Notre expérience a démontré que des activités intensives et soutenues pour rehausser la sensibilisation au sein de la police constituent un important moyen de susciter la tolérance à l'égard des utilisateurs de drogue et des personnes vivant avec le VIH/sida. Ces ateliers sont si essentiels que nous les faisons même lorsque nous n'avons pas de financement à cet effet. Par ailleurs, grâce aux ateliers, nous avons réussi à établir des partenariats constructifs avec de hauts responsables municipaux et des départements régionaux du ministère des Affaires intérieures de l'Ukraine.

Malgré ces progrès, les mêmes violations de droits humains que nous observions il y a trois ans sont encore

particulièrement marquées, dans la région de Poltava, en particulier dans les villes de Kremenchuk, Lubny et Khorol. Ces violations ne se limitent pas au domaine de la justice pénale. Nous avons observé également plusieurs cas de refus de soins de santé de qualité, des cas de divulgation non autorisée de la séropositivité au VIH par des professionnels de la santé, ainsi que des refus d'admettre dans des garderies des enfants qui vivent avec le VIH ou sont affectés par lui ou par la toxicomanie.

Nous continuerons de travailler dans ces domaines, comme nous le faisons depuis 2003. Somme toute, en peu de temps nous avons acquis une expérience dans la protection des droits et libertés de nos clients, nous avons amélioré nos relations avec les autorités locales et nous avons développé une image positive en tant qu'organisme capable de se porter à la défense des droits de ses clients les plus marginalisés.

– Maxim Demchenko

Maxim Demchenko (slnadiya@kot.poltava.ua) est directeur général de l'association de bienfaisance Light of Hope, à Poltava, Ukraine.

Géorgie – Une loi anti-drogue contrevient aux droits humains

À l'heure où le Gouvernement de la Géorgie devrait protéger les droits humains des personnes qui utilisent des drogues, le Parlement vient d'adopter une loi qui vise spécifiquement à accroître le stigmatisation à l'endroit de ces personnes, par une panoplie de sanctions administratives. Nina Kiknadze et David Otiashvili commentent la situation.

En juillet 2007, la Géorgie a adopté une loi imposant une panoplie de sanctions administratives aux personnes qui utilisent des drogues, afin d'accroître l'opprobre à leur endroit.

La loi prive les utilisateurs de drogue de certains droits et privilèges pour une période de trois ans. Ces droits incluent ceux de conduire un véhicule; d'être titulaire d'une licence de médecine; de plaider en tant qu'avocat; d'enseigner et d'être affiliés à des établissements scolaires; de participer à des instances étatiques ou locales d'administration publique; certains droits de vote; et le droit de fabriquer, d'acheter, d'entreposer ou de transporter des armes à feu.

La situation de l'usage de drogue et des méfaits qui s'y associent (comme l'infection par le VIH) s'est détériorée, en Géorgie, au cours des dix dernières années. Selon un sondage d'opinion publique mené en 2005, le grand public considère l'usage de drogue comme le deuxième plus grave problème au pays, après le chômage.¹

L'injection de drogue constitue l'une des plus importantes menaces à la santé publique, dans ce pays. Jusqu'à 63,9 p. cent de tous les cas diagnostiqués de VIH touchent des utilisateurs de drogue par injection. Or le gouvernement n'a pas encore adopté de mesures concrètes pour répondre adéquatement à ce problème. L'on observe un manque flagrant d'options de traitement, en particulier pour les utilisateurs de drogue de classes sociales inférieures, qui n'ont pas les moyens de se payer de traitement. Les programmes existants de traitement de la toxicomanie sont désuets et ne sont pas fondés sur des données.

En 2005, il a été estimé que seulement 603 utilisateurs de drogue avaient amorcé un traitement, en Géorgie, malgré une demande beaucoup plus grande. Des milliers d'utilisateurs de drogue sont sur des listes d'attente pour un traitement de

substitution aux opiacés – le traitement qui s'avère le plus efficace pour la dépendance aux opioïdes.

Cet énorme écart résulte d'importantes coupes, ces récentes années, aux fonds gouvernementaux alloués au traitement de la toxicomanie. La part du budget consacrée à la prévention, au traitement, à la réadaptation, à la réduction des méfaits et à la recherche est passée de 430 000 GEL (275 475 \$US) en 1997, à 50 000 GEL (32 032 \$US) en 2006.

Des organismes de la société civile attribuent les principaux obstacles dans la réponse au problème de drogue, en Géorgie, à un manque de reconnaissance politique des vrais problèmes qui constituent les causes et conséquences de l'usage de drogue, ainsi qu'à un faible engagement des décideurs à résoudre ces problèmes en se fondant sur des faits. Les interventions fondées sur des données y sont gravement négligées.

Le gouvernement adopte principalement une approche prohibitionniste simpliste, empreinte d'opportunisme politique, devant les problèmes liés à la drogue. La loi géorgienne considère toute infraction liée à la drogue comme un crime grave, en plus de criminaliser l'usage de drogue. Or cette approche pénale stricte n'a pas réussi à atténuer les problèmes liés à la drogue, dans ce pays (ni n'importe où ailleurs).

C'est dans ce contexte d'échec des politiques sur les drogues que le procureur général de la Géorgie a introduit les restrictions administratives susmentionnées. En juillet 2007, à l'appui de ces restrictions, le procureur général adjoint, Nika Gvaramia, a affirmé que :

[I]a principale faiblesse de l'ancienne loi est que personne n'était informé

de l'usage de drogue d'autrui. En consultant les archives de la Cour administrative, il est étonnant de constater le nombre de vedettes qui ont reçu des amendes pour usage de drogue. Mais ces informations n'ont pas été sues de la société... Nous n'avons pas durci les sanctions à l'endroit des utilisateurs de drogue; nous avons simplement introduit de nouvelles restrictions administratives qui rendront honteux l'usage de drogue et qui détruiront « l'image attrayante » de l'utilisateur de drogue. Nous avons créé une nouvelle forme de stigmatisme – tout le monde saura qui utilise des drogues et ces personnes ne pourront plus sortir en public. Les gens y penseront à deux fois avant de continuer d'utiliser des drogues, et les autres ne voudront pas vivre une telle situation. [trad.]²

L'imposition intentionnelle d'un stigmatisme social à l'endroit d'un groupe marginalisé soulève d'importantes préoccupations. La restriction des droits envisagée par le projet de loi du procureur général n'est pas conforme aux obligations de la Géorgie en vertu du droit international des droits de la personne. Elle implique de traiter des individus de façon injuste parce qu'ils appartiennent à un groupe particulier ou ont une caractéristique particulière.

Les restrictions aux droits entraîneront un étiquetage et accroîtront l'isolement social des utilisateurs de drogue, ce qui exacerbera le stigmatisme et la discrimination. Elles constitueront un obstacle considérable à la mise en œuvre de programmes de santé publique et de services sociaux, y compris d'initiatives de traitement de la toxicomanie, de réduction des méfaits, de prévention du VIH et de traitement.

Enfin, les sanctions proposées rendront difficile pour les professionnels de la santé de joindre les personnes qui utilisent des drogues, ce qui fera en sorte qu'elles perdront l'occasion et la motivation de demander une assistance médicale et sociale. Cela renforcera les préjugés à l'égard des utilisateurs de drogue et détournera les efforts vers le châtimement des « contrevenants », au détriment de la

compréhension et de l'assistance aux personnes dans le besoin.

– Nina Kiknadze et David Otiashvili

Nina Kiknadze (nkiknadze@osgf.ge) est directrice de projet pour le Programme sur le droit, la santé et les médias, de l'Open Society Georgia Foundation. David

Otiashvili est directeur de l'Addiction Research Center, Union Alternative Georgia.

¹ J. Javakhishvili et coll., *Drug Situation in Georgia – 2005*, Southern Caucasus Anti-Drug Programme, 2006.

² N. Gvaramia, exposé présenté à la conférence « Addiction, Rehabilitation, and the Criminal Justice System », organisée par Penal Reform International et la Norwegian Rule of Law Mission to Georgia, Tbilisi, 6 juillet 2007.

Un premier précédent juridique au Kirghizstan : bris de confidentialité médicale

Un récent procès pour violation des droits à la confidentialité d'une personne vivant avec le VIH/sida, au Kirghizstan, est le premier en son genre en Asie centrale, écrivent Erik Iriskulbekov et Asylgul Balybaeva. L'ONG AIDLET, qui a intenté cette affaire en cour, est l'un des rares ONG d'Asie centrale qui fournissent de l'aide juridique en lien avec le VIH/sida.

Après avoir appris qu'il était séropositif au VIH, Mirlan (nom fictif), un ex-utilisateur de drogue par injection, a demandé de l'assistance médicale au Centre régional de prévention du VIH/sida (CRPVS), à Jalal-Abad, dans son pays. Peu après, à l'automne 2005, des reporters de la télévision locale se sont adressés au médecin en chef du CRPVS, le Dr Aibolov (nom fictif), pour avoir la permission de préparer une vidéo sur le travail du centre, qui serait diffusée à la veille de la Journée mondiale du sida. Ils y furent autorisés.

Après avoir informé les reporters des problèmes et des réalisations de

son établissement, le Dr Aibolov leur a suggéré de filmer des personnes vivant avec le VIH au CRPVS. Bien que le fait de filmer les patients sans leur consentement constituait une grossière violation des lois sur le secret médical et sur la conduite professionnelle, le médecin souhaitait apparemment faire connaître son centre dans les médias et diversifier les reportages sur le VIH/sida dans le pays.

À cette époque, Mirlan était un patient du CRPVS et attendait un transfèrement, par son spécialiste en maladies infectieuses, vers un hôpital pour le traitement du can-

cer. Le Dr Aibolov a offert à Mirlan d'être interviewé par les reporters, mais le patient a carrément refusé. À ce point, le Dr Aibolov a suggéré aux reporters de filmer Mirlan sans son consentement. D'une fenêtre du bureau du Dr Aibolov, ce dernier tenant le rideau ouvert, les reporters ont filmé Mirlan assis sur un banc dans la cour fermée du CRPVS, attendant son spécialiste en maladies infectieuses. Mirlan était clairement identifié, dans la vidéo, comme un homme vivant avec le VIH/sida.

Un poste de télévision régional a ensuite diffusé l'enregistrement vidéo montrant Mirlan, ce qui a pro-

voqué une réaction de vive hostilité des résidents de la petite ville de province où vivait l'homme. La vie de Mirlan s'est immédiatement transformée en expérience de victimisation continue. Il ne pouvait plus être vu dans la rue sans qu'on le raille et l'insulte. On le pointait du doigt, on refusait de le servir dans les magasins et d'autres établissements, et on l'expulsait des lieux publics. Amis et membres de la famille lui ont tourné le dos et lui ont refusé de voir ses propres enfants et même de visiter son village natal.

Les familles de Mirlan et de son épouse ont quitté le village. Ses enfants ont également été victimes de persécution et d'insultes; les autres enfants les traitaient de « porteurs du sida » et les chassaient de l'école. La vie de Mirlan et de sa famille est devenue insupportable. Il a fini par se laisser aller au découragement, cessant de prendre ses médicaments, et a fait une tentative de suicide. Son état s'est vite détérioré.

Apparemment à cause de cette expérience éprouvante, la mère de Mirlan s'est alitée et est décédée, comme si elle ne pouvait survivre, physiquement, à un tel degré de disgrâce et d'ostracisme public. La tragédie du décès de sa mère a poussé Mirlan à demander un avis juridique à la Clinique juridique de la fondation publique (appelée l'AIDLET), qui se spécialise dans la défense des droits de personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres membres de groupes vulnérables. Mirlan espérait faire valoir ses droits et punir les responsables de l'infortune qui l'avait frappé ainsi que sa famille entière. Tragiquement, il n'a pu connaître l'issue de cette affaire, puisqu'il est décédé à l'hôpital le lendemain de sa consultation avec l'avocat.

Après le décès de Mirlan, son avocat a intenté une poursuite en justice pour l'infraction à la loi qu'avait commise le médecin en chef du CRPVS. Le Dr Aibolov a été accusé de violation injustifiée du secret médical entourant la séropositivité au VIH de Mirlan, ayant entraîné de graves conséquences.

Le procès qui s'en est suivi a été ardu et compliqué, en grande partie en raison de la profonde solidarité professionnelle entre médecins (qui a rendu difficile de faire appel à des témoins experts), de l'intense pression exercée par l'accusé, le Dr Aibolov, et des menaces à l'effet que les officiels de l'hôpital qui diraient la vérité perdraient leur emploi.

À certaines occasions, le Dr Aibolov a expressément menacé de préjudices physiques des témoins et des fonctionnaires de la cour. L'avocat opposé a reçu des visites intimidantes d'étrangers habillés en colonels de la police et en gangsters. Ces difficultés ont été aggravées par le manque de confiance de la famille de Mirlan à l'égard du système judiciaire et, par conséquent, dans la possibilité d'un procès indépendant et d'un verdict juste.

Néanmoins, les instances d'investigation ont monté le dossier de la preuve contre le Dr Aibolov, qui a fini par plaider coupable; il a reçu une peine criminelle juste. Les actions des reporters, cependant, n'ont pas été punies. Bien que l'avocat de la victime ait tenté de leur faire porter une responsabilité, il s'est vu refuser à trois reprises la permission d'intenter des procédures légales en ce sens.

Ce cas de jurisprudence, premier en son genre en Asie centrale, est instructif de plusieurs manières. Premièrement, le VIH/sida constitue

une épidémie encore relativement jeune, au Kirghizstan, dont plusieurs enjeux comme le droit à la vie privée des personnes touchées sont encore inexplorés. Deuxièmement, il est important de considérer cette affaire non seulement comme une question médicale, mais aussi comme une question qui a des ramifications sociales, économiques, voire politiques, qui ont de vastes implications pour le pays. En outre, cette affaire est le premier cas de jurisprudence lié au VIH/sida, au Kirghizstan.

Espérons que cette histoire lancera un message à toutes les institutions et agences qui travaillent dans le domaine du VIH/sida, et qu'elle conduira à une jurisprudence plus développée, dans le pays et la région.

– Erik Iriskulbekov et Asylgul Balybaeva

Erik Iriskulbekov (erik_lawyer@mail.ru) est coordonnateur de projet à la clinique juridique AIDLET.

Asylgul Balybaeva est avocat à cette clinique.

Swaziland – Des veuves luttent pour leurs droits

L'épidémie du sida au Swaziland – la plus grave au monde – expose une génération de veuves à un degré élevé de discrimination et de violence. Or, comme le souligne Tamar Ezer, la promulgation d'une nouvelle constitution et l'appui à l'habilitation juridique des femmes apportent à présent de nouveaux espoirs.

Avec une prévalence de 42,6 p. cent, le Swaziland présente le taux d'infection par le VIH le plus élevé au monde, et l'espérance de vie y a chuté à 33 ans.¹ Le fardeau de l'épidémie accable particulièrement les veuves, accroissant leur nombre et leur vulnérabilité.

Le sida a considérablement amplifié l'impact de lois discriminatoires en matière d'héritage et d'un vide juridique et de politiques qui prive les femmes de protection adéquate.² Dépourvues de pouvoir et financièrement dépendantes, les veuves sont plus vulnérables à la maladie parce qu'elles peuvent être forcées à se prêter au lévirat,³ à la polygamie ou à la prostitution pour survivre.⁴

Les veuves appauvries ont aussi une moindre capacité de composer avec la maladie, si des membres de leurs familles contractent l'infection.⁵ Comme l'explique un journaliste : « Les femmes qui perdent leur époux à cause du sida – et qui peuvent elles-mêmes être séropositives – ne peuvent se permettre de sacrifier un héritage qui pourrait compenser en partie la perte d'un membre de la famille qui générerait des revenus, ou couvrir l'achat d'antirétroviraux. »⁶

Par ailleurs, les veuves du sida sont particulièrement vulnérables aux abus de la part de proches. Elles sont souvent confrontées à la saisie de leur propriété, à l'expulsion de leur

logis, à des accusations de sorcellerie⁷ et parfois même à la perte de leurs enfants. Les femmes qui font partie de familles polygames doivent en plus partager leur héritage, aussi maigre soit-il.

L'organisme communautaire SWAPOL (Swaziland Positive Living), qui œuvre à habiliter les femmes affectées par le sida et à améliorer leur qualité de vie ainsi que celle de leurs enfants, au Swaziland, s'est donné pour mission de prêter main forte à ces femmes. Siphilwe Hlophe, directrice de SWAPOL, décrit avec ferveur la situation critique des femmes auprès desquelles elle travaille, de même que le besoin de justice. Ses récits sont tous aussi déchirants les uns que les autres. Une femme dont l'époux est décédé refusait que son beau-frère la « prenne en héritage » ; il a coupé toutes les branches de ses arbres fruitiers, la laissant avec une terre stérile.

Une autre veuve a été accusée de sorcellerie ; sa maison et ses biens ont été brûlés. Des proches ont ensuite menacé de la tuer ; elle vit maintenant cachée avec cinq jeunes petits-enfants (dont le cadet a neuf ans), avec l'aide de SWAPOL. Lorsque les services policiers ont été informés de sa situation, ils ont répondu que c'était un problème familial et qu'ils n'y pouvaient rien.

Ces veuves n'acceptent pas passivement leur victimisation ; elles luttent pour obtenir reconnaissance et justice. Elles travaillent avec SWAPOL à documenter les abus dont elles ont été victimes, en vue d'efforts de plaidoyer et de contentieux. Et la situation est propice à l'action. La nouvelle *Constitution* du Swaziland, la première en trente ans, stipule que « [l]es femmes ont le droit à un traitement égal aux hommes, et ce droit inclut des chances égales de participer à l'activité politique, économique et sociale » [trad.].⁸

En juillet 2007, Tengetile Hlophe, de SWAPOL, a participé à l'atelier de vidéo-plaidoyer de WITNESS, un organisme qui enseigne aux militants pour les droits humains à intégrer le vidéo-plaidoyer dans leur travail, dans l'espoir que cela porte « des images jamais vues, des histoires inédites et des voix rarement entendues, à l'attention d'auditoires qui ont le pouvoir de créer un changement durable » [trad.].⁹ Tengetile a hâte de mettre à profit ses nouvelles compétences et elle a déjà identifié cinq veuves pour participer à un documentaire. Les veuves du Swaziland ne seront pas réduites au silence.

– Tamar Ezer

Pour plus d'information au sujet de SWAPOL, voir www.swapol.net.

¹ U.S. Department of State, *Background Note: Swaziland*. Accessible via www.state.gov/r/pa/ei/bgn/2841.htm; « AIDS scourge in Africa shows urgent need for new women's agency: UN envoy », Centre de nouvelles de l'ONU, 17 mars 2006.

² En vertu des lois et coutumes swazies, qui gouvernent la majorité de la population, les femmes et les filles ne peuvent hériter et un héritier masculin prend possession de la propriété familiale, peu importe si le lien de parenté est éloigné; R.T. Nhlapo, « The legal situation of women in Swaziland and some thoughts on research », dans J. Stewart et A. Armstrong (éds.), *The Legal Situation of Women in Southern Africa* (Harare, Zimbabwe : University of Zimbabwe Press, 1990), 97, 124–125; Z. Hlanze et L. Mkhabela, *Beyond Inequalities: Women in Swaziland* (Harare, Zimbabwe : Women and Law in Southern Africa, 1998), 25. Cette situation n'est pas unique au Swaziland; elle constitue un grave problème partout en

Afrique subsaharienne. Comme l'a noté un journaliste, les veuves sont privées d'héritage et les proches de leurs défunts époux « font fortune avec le sida. Tout ce qu'il reste aux femmes, c'est la maladie »; S. Lafraniere, « AIDS and custom leave African families nothing », *New York Times*, 18 février 2005, p. A1.

³ En vertu de cette pratique, la veuve est elle-même « héritée » par un proche de son défunt époux.

⁴ R. S. Strickland, *To Have and To Hold: Women's Property and Inheritance Rights in the Context of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*, International Center for Research on Women, 2004, p. 5; L. K. Altman, « Female Cases of H.I.V. Found Rising Worldwide », *New York Times*, 24 novembre 2004, p. A11; L. Garrett, « Polygamy, poverty, and oppression of women are fueling AIDS epidemic in Africa », *Seattle Times*, 10 juillet 2000, p. A3.

⁵ R. S. Strickland, p. 11.

⁶ J. Hall, « Swaziland: For women, constitution is a curate's egg », *International Press Service*, 22 février 2005.

⁷ Les accusations de sorcellerie à l'endroit de veuves ne sont pas rares. Ce phénomène vient de la croyance répandue que la veuve est une étrangère dont la loyauté est discutable. De telles accusations sont aussi alimentées par la peur et le manque de compréhension à l'égard du VIH/sida.

⁸ Swaziland, *Constitution* § 28(1). La Constitution stipule aussi que « l'époux survivant a droit à une part raisonnable de la propriété de l'autre époux, que celui-ci ait (ou non) un testament valide, et que leur mariage soit issu de rites civils ou coutumiers » [trad.], § 34(1).

⁹ Courriel de Kelly Matheson, de WITNESS, à Janet Haven de l'Open Society Institute Information Program, 27 février 2007.

Réagir au flot croissant d'appels à criminaliser la transmission du VIH, en Afrique australe

Devant l'injustice continue de la transmission du VIH par la violence sexuelle, des regroupements de femmes africaines sont de plus en plus en faveur de propositions de lois pour criminaliser la transmission délibérée du VIH. Dans le présent article, Delme Cupido décrit des efforts pour développer un consensus entre ces groupes et les activistes pour les droits humains; ces derniers sont préoccupés par les conséquences néfastes des lois pénales spécifiques au VIH.

Dans le contexte de l'augmentation des appels en faveur de peines criminelles plus lourdes pour les agressions sexuelles et les viols qui résultent en une transmission du VIH, et de la criminalisation de comportements préjudiciables pertinents au VIH, l'Open Society Initiative for Southern Africa (OSISA) et l'AIDS and Rights Alliance of Southern Africa (ARASA) ont organisé une rencontre consultative, le 11 juin 2007, sur la criminalisation de la

transmission délibérée du VIH.

Divers membres de la société civile y ont participé, notamment des personnes vivant avec le VIH/sida, des activistes pour les droits dans la lutte au VIH ainsi que des représentants de communautés confessionnelles, de plusieurs pays de la Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC).

Des militants pour les droits des femmes ont vivement soutenu que le mariage, dans le sud de l'Afrique,

accroît la vulnérabilité des femmes devant le VIH, et ils ont exprimé des préoccupations liées aux comportements préjudiciables en lien avec le VIH et le statut subordonné des femmes dans le mariage et d'autres relations. Ils ont exprimé une perception que des lois qui criminalisent les comportements à risque spécifique de transmission du VIH seraient un atout pour répondre à cette vulnérabilité.

En contrepartie, les personnes vivant avec le VIH et les défenseurs

des droits humains ont affirmé que des lois pénales spécifiques au VIH sont non seulement superflues, mais aussi indésirables. Les participants à la rencontre ont fini par s'entendre sur quatre énoncés de position, ici paraphrasés :

- **Énoncé de position 1 :** Les femmes sont plus vulnérables à contracter le VIH à cause de divers facteurs sociaux, économiques et politiques; des mesures devraient être prises pour résoudre ces facteurs.
- **Énoncé de position 2 :** Les victimes de violence sexospécifique et de transmission non consensuelle du VIH demandent justice, mais le problème principal à résoudre est le manque d'accès à la justice et le manque de sensibilité de nos lois à l'égard de la situation problématique des femmes.

- **Énoncé de position 3 :** En ce qui a trait aux comportements préjudiciables pertinents au VIH, le droit devrait être utilisé pour protéger les droits des groupes vulnérables, et il ne devrait entrer en jeu que si un tel comportement préjudiciable était intentionnel. Lorsque les lois pénales [générales] en vigueur sont adéquates, le recours à ces dispositions devrait être envisagé (plutôt que la création d'une infraction pénale spécifique au VIH).

- **Énoncé de position 4 :** La criminalisation [de la transmission volontaire] du VIH et l'attribution de la responsabilité de la transmission dans le seul cas des personnes séropositives qui sont au courant de leur état sérologique sont inappropriées. Le rôle du gouvernement, des responsables de la santé publique ainsi que des politiques et de l'éducation, dans

la tâche d'endiguer les comportements qui transmettent le VIH, ne devrait pas être omis.

Ces quatre énoncés de position constituent un grand pas en avant, pour atteindre un consensus régional sur cet enjeu des lois et politiques sur le sida, qui divise l'opinion. Il est crucial qu'un échantillon transversal de la société civile continue d'informer les débats nationaux, régionaux et internationaux au sujet de la criminalisation de la transmission du VIH et des comportements à risque de transmission.

– Delme Cupido

Delme Cupido (DelmeC@osisa.org) est agent de programme et coordonnateur de l'Initiative droit et santé, à l'OSISA.

Soins à domicile : à qui incombe cette responsabilité?

Les soins à domicile sont un élément crucial des réponses nationales au VIH et au sida. Toutefois, les gouvernements en ont largement délégué la responsabilité aux organismes communautaires et religieux. Dans le présent article, Anne Gathumbi soutient que les gouvernements devraient articuler les droits et responsabilités des soignants, dans les lois et politiques nationales en matière de VIH/sida.

Le sida a été diagnostiqué en 2000, chez Haga, âgée de 63 ans et alitée pour cause d'infections opportunistes.

Vu son âge, ni sa famille ni ses médecins ne s'attendaient à ce qu'elle ait le VIH, avant l'apparition de symp-

tômes de sida avéré. Lorsqu'ils lui ont donné ce diagnostic, les médecins de Haga ont conseillé à sa famille de

la ramener chez elle, puisqu'une hospitalisation continue finirait par être trop coûteuse.

Haga est allée habiter chez une de ses filles, pour que l'on puisse lui donner les soins nécessaires; et avec l'aide d'une infirmière qui faisait une visite hebdomadaire pour surveiller comment sa situation répondait aux médicaments qu'on lui donnait, Haga a pris du mieux. Elle est maintenant rentrée chez elle, elle vit à nouveau pleinement sa vie, et elle visite le médecin une fois par mois pour le traitement antirétroviral.

Cette situation n'est pas seulement celle de Haga et de sa famille. Il est largement reconnu que les soins à domicile constituent une approche plus viable que l'hospitalisation, pour plusieurs personnes vivant avec le VIH. En Afrique subsaharienne, la forte prévalence du VIH continue d'imposer un fardeau sur des systèmes de soins déjà précaires et affectés par un sérieux manque de ressources, ce qui pose de lourdes contraintes. Installations rudimentaires et vétustes, pénuries de médicaments, surpeuplement, pénurie de professionnels de la santé ne sont que quelques-uns des défis que rencontrent les établissements publics de santé.

Le nombre croissant de personnes qui vivent avec le VIH et qui ont besoin de soins, dont plusieurs professionnels de la santé, continuera d'affaiblir le système. Dans ce contexte, les soins à domicile deviennent un moyen viable pour réduire la pression qu'entraîne le besoin de soins en milieu hospitalier. En plus de coûter moins cher, les soins à domicile impliquent une approche intégrée qui combine les soins cliniques, les soins infirmiers et le soutien psychologique.

Les soins à domicile permettent de mettre sur pied un réseau de soutien social composé de membres de la famille et d'amis de la personne, tout en lui fournissant des médicaments et un accès régulier à des fournisseurs de soins de santé. De plus, les proches qui prennent soin d'un malade à la maison deviennent au courant du VIH et des manières de s'en protéger.

De plus en plus d'agences se tournent vers les soins à domicile, comme modèle pour la prestation de soins aux personnes vivant avec le VIH. D'après un représentant de CARE International dans la ville de Kisumu, Kenya, lourdement affectée par le sida, « l'équipe de CARE est persuadée que c'est une meilleure option. Non seulement les patients reçoivent un bon appui médical et sur d'autres plans, mais aussi la différence dans le coût rend les soins beaucoup plus accessibles aux pauvres, qui sont les plus durement frappés par l'épidémie ».¹

Les gouvernements aussi ont adopté les soins à domicile, et articulé des documents de politiques qui font la promotion du concept comme moyen pour alléger la pression sur les établissements de santé surchargés. Certains gouvernements sont allés une étape plus loin et ont investi des ressources dans l'élaboration de lignes directrices et de manuels pour la formation des soignants à domicile. Cependant, pour la majeure partie, ce sont des ONG, et en particulier des organismes confessionnels et communautaires, qui se sont impliqués dans la formation de ces soignants, et dans certains cas, la fourniture de soutien matériel ou financier.

Malheureusement, les gouvernements s'en sont fortement remis à ces ONG, pour voir aux besoins en

soins à domicile, sans que soient clairement articulés les droits et responsabilités des soignants. Une lacune flagrante dans la prestation de soins à domicile, par exemple, est l'échec des gouvernements à articuler comment les soignants peuvent obtenir le matériel nécessaire à prendre soin de leur proche malade. Les soignants sont laissés à eux-mêmes pour la recherche de matériel, et ils dépensent souvent leurs maigres économies sur des nécessités comme des sacs de plastique, de la gaze, des coton-tige, des lames de rasoir, des ciseaux, des contenants de plastique, des désinfectants, du savon, des serviettes, de l'eau propre, etc.

Les gouvernements sont silencieux également sur la question de la responsabilité de satisfaire les besoins nutritionnels des personnes vivant avec le VIH, abandonnant ainsi cette responsabilité aux individus et organismes charitables. Puisque les soins à domicile reposent sur des services bénévoles que fournissent des soignants, il n'est pas réaliste de s'attendre à ce qu'ils puissent voir à la tâche additionnelle de la provision de nourriture, en situation de grande pauvreté.

Même dans des pays dotés de cadres législatifs et de politiques en matière de VIH/sida, comme le Kenya, les lois nationales échouent à reconnaître les droits et responsabilités des soignants. L'article 2 de la loi adoptée récemment dans ce pays, la *HIV/AIDS Prevention and Control Act* (2006), a défini en détail les diverses catégories de fournisseurs de soins et services de santé, en lien avec le VIH, mais il a escamoté la mention des soignants à domicile comme pilier crucial de la prestation de services. De fait, ils ne sont mentionnés à nulle part dans la loi.

L'art. 19 de cette même loi aborde aussi l'accès aux services de santé et établit le principe de non-discrimination au motif de l'état sérologique au VIH, dans l'accès aux soins de santé. L'alinéa 19(2) prévoit que le gouvernement adopte les mesures pour assurer l'accès à des services essentiels de soins de la santé, y compris à des médicaments abordables pour les personnes séropositives ou vulnérables au VIH.

Encore ici, le gouvernement a échoué à appuyer ou reconnaître les services de soins à domicile. Le fait que les soignants à domicile ne soient pas officiellement inclus dans la catégorie des soignants, ou fournisseurs, implique qu'ils n'auraient peut-être pas la possibilité d'obtenir une prophylaxie post-exposition ou d'autres médicaments, en cas d'exposition professionnelle à l'infection par le VIH. Il va sans dire que les besoins des femmes – qui dans la grande majorité des cas sont les soignantes de leurs partenaires, enfants ou autres proches séropositifs – sont passés sous silence.

L'omission des soins à domicile, dans la législation nationale sur le VIH/sida, ne représente pas seulement l'échec gouvernemental à reconnaître que la plupart des personnes malades à l'heure actuelle sont soignées par ce système : elle contredit aussi les lignes directrices reconnues et les vastes implications, pour la fourniture de soins à domicile dans le traitement du VIH/sida. Cela ressemble à un exemple de *donner d'une main tout en reprenant de l'autre*. Il est urgent que les gouvernements se rendent compte que les soins à des personnes malades, à l'hôpital ou à la maison, nécessitent des outils adéquats ainsi que des protections professionnelles.

Les soins à domicile sont une démarche compliquée, et qui ne devrait pas être considérée comme une « solution rapide » au fardeau que représente le nombre croissant de personnes séropositives et qui ont besoin de soins. De plus, cela ne devrait pas être une voie permettant aux gouvernements de reléguer à leurs populations la responsabilité

de fournir des services de santé primaires.

Pour donner du sens aux politiques actuelles de soins à domicile, les gouvernements devraient investir dans le développement de divers modèles de prestation de soins à domicile; ils devraient procéder à des études pour examiner lesquels sont les plus économiques et efficaces; et ils devraient s'engager à élargir la mise en œuvre de ceux qui s'avéreront les plus efficaces. Le développement durable et efficace de modèles pour la fourniture de soins à domicile allégera, à terme, le fardeau des soignants à domicile et le degré de difficulté de leur travail.

– Anne Gathumbi

Anne Gathumbi (agathumbi@osiea.org) est agente de programme pour l'Initiative droit et santé et l'Open Society Initiative for East Africa.

¹ Interview avec une employée de CARE International, à Kisumu, août 2007.

Documenter les violations des droits humains des travailleuses sexuelles au Kenya

Les droits humains des travailleuses sexuelles sont une préoccupation croissante pour d'importants organismes de défense des droits des femmes comme la Federation of Women Lawyers (FIDA). Comme l'explique MaryFrances Lukera, de la FIDA-Kenya, la documentation des violations de droits humains des travailleuses sexuelles est cruciale à la réponse à l'épidémie du VIH au Kenya.

La criminalisation du travail sexuel, au Kenya, n'a pas conduit à son éradication ni même à une diminution du nombre de personnes qui l'exercent. Le cadre juridique du Kenya en matière de travail sexuel est un héri-

tage du gouvernement colonial. Il est au mieux imprécis, et au pire, un outil qui a facilité à plusieurs égards un degré considérable de violence à l'endroit de travailleuses sexuelles.

La loi kényane criminalise à la fois la prostitution et le fait de vivre des produits de la prostitution.¹ En criminalisant les travailleuses et travailleurs sexuels, la loi accroît leur vulnérabilité à la violence et à l'exploitation parce qu'elle les pousse vers la clandestinité, ce qui nuit à leur accès à des services juridiques et de santé et exacerbe le stigmate à leur égard. Cela est particulièrement troublant dans le contexte du VIH, qui peut se transmettre plus rapidement par le travail sexuel si les lois et politiques échouent à reconnaître et à aborder positivement la présence de travailleuses sexuelles et de leurs clients, au pays.

En réponse à cette situation, la FIDA Kenya, un ONG œuvrant à la réalisation d'une société juste et exempte de toute forme de discrimination à l'endroit des femmes, mène une étude sur l'environnement juridique et de politiques pertinent au travail sexuel et sur les formes de violations des droits humains rencontrées par les travailleuses sexuelles au Kenya. La FIDA Kenya espère ainsi mettre en relief la situation critique des travailleuses sexuelles en tant que groupe particulièrement vulnérable dans le contexte de l'épidémie du VIH dans ce pays. L'étude générera des informations de première main sur la situation des droits humains des travailleuses sexuelles, essentielles à éclairer les interventions qui leur sont destinées.

Les recherches menées jusqu'à présent révèlent que les travailleuses sexuelles rencontrent divers degrés de violence de la part de la police et

d'autres secteurs d'application de la loi; qu'elles craignent d'être arrêtées; et qu'elles croient qu'une plainte pour inconduite policière ne serait pas prise au sérieux.

Les travailleuses sexuelles sont exposées à des violations de droits humains de la part des autorités qui sont supposées les protéger. Le risque de violence de la part de clients est également élevé. Les travailleuses sexuelles peuvent aussi être la cible d'abus de partenaires intimes, de membres du grand public et de proxénètes. Elles ont le sentiment d'être largement perçues comme immorales et méritant un châtement.

La criminalisation du travail sexuel dans la loi kényane contribue à un environnement où la violence à l'endroit des travailleuses sexuelles est tolérée, ce qui nuit à leur protection. Par conséquent, plusieurs considèrent la violence comme un aspect « normal » de leur métier et manquent d'information et de sensibilisation à leurs droits. Cela les rend réticentes à signaler des violations de droits humains. Même signalées, leurs plaintes sont souvent rejetées. Les contrevenants sont rarement traduits en justice ou accusés. Cela suggère un besoin aigu et urgent de mettre fin à l'impunité des contrevenants et de reconnaître et protéger les droits humains des travailleuses sexuelles, au Kenya.

L'on ne saurait surestimer les nombreuses conséquences négatives de la violence sur la santé des travailleuses sexuelles. Le travail sexuel est fortement stigmatisé. Les femmes qui l'exercent sont souvent la cible de blâmes, d'étiquettes, de désapprobation et de traitements discriminatoires. La violence a un impact direct et indirect sur leur capacité de se protéger contre le VIH et de main-

tenir leur santé sexuelle. Des travailleuses sexuelles trouvent difficile de négocier le sécurisexe avec des partenaires intimes et des clients, dans un contexte de violence physique et sexuelle (et de menaces de violence) à leur endroit.

Cette situation ne se limite pas aux travailleuses sexuelles du Kenya. Dans une récente enquête auprès de travailleuses sexuelles vietnamiennes au Cambodge, 30 p. cent ont déclaré avoir été prises de force par des clients qui refusaient de porter le condom. Il est à espérer que l'étude de la FIDA ajoutera de nouveaux éléments au corpus de données crucial sur la santé et les droits humains des travailleuses sexuelles.

– MaryFrances Lukera

MaryFrances Lukera (maryfrances@fidakenya.org) travaille pour la FIDA, au Kenya, subventionnée par le Sexual Health and Rights Project (SHARP) de l'IDES et de l'OSI. Cet article est basé sur la recherche de Catherine Mumma pour le compte de la FIDA. Dans le cadre de cette recherche, les documents suivants ont été consultés :

N. Fick, *Coping with Stigma, Discrimination and Violence: Sex Workers Talk About Their Experiences*, Sex Worker Education and Advocacy Taskforce (SWEAT), Cape Town, Afrique du Sud, 2006.

J. Dorf, *Sex Worker Health and Rights: Where is the Funding?*, OSI Sexual Health and Rights Project (SHARP), 2006.

Organisation mondiale de la santé, *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections – Violence Against Sex Workers and HIV Prevention*, Information Bulletin Series, No. 3, 2005.

¹ Laws of Kenya, *Penal Code*, chap. 63.