

Introduction

1. 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. Fondé en 1992, il est l'organisme chef de file au Canada sur les enjeux juridiques et de droits de la personne liés au VIH/sida. Il est un ONG doté du statut consultatif spécial auprès du Conseil économique et social des Nations Unies.
2. Le présent mémoire décrit cinq grandes priorités nationales en matière de droits humains et il propose des recommandations afin que le Gouvernement du Canada rehausse son degré de respect, de protection et de réalisation des droits humains, au Canada, et hors de ses frontières en vertu de ses devoirs d'assistance et de coopération internationale. Nous concentrons notre attention en particulier sur divers aspects de l'obligation de réalisation progressive du droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, au regard du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (article 12) qu'a ratifié le Canada. Ces priorités que nous abordons sont : 1) le droit à la santé et le financement de la riposte au VIH/sida; 2) l'engagement du Canada à accroître l'accès aux médicaments dans les pays en développement; 3) le droit à la santé pour les personnes qui font usage de drogue; 4) le droit à la santé pour les détenus; et 5) le droit à la santé pour les travailleuses et travailleurs sexuels.

Le droit à la santé et le financement de la riposte au VIH/sida

3. En mai 2004, le Gouvernement du Canada a annoncé qu'il doublerait, en cinq ans, le financement annuel octroyé à sa stratégie domestique sur le VIH/sida, afin d'atteindre un montant que tous les partis politiques avaient appuyé à l'issue d'audiences parlementaires en 2003. (1) Cependant, en 2007, le Gouvernement du Canada a réduit de près de 15 % le financement des programmes et services existants et prévus; d'autres coupes budgétaires ont été réalisées en 2008. Ces coupes sont faites alors que l'on estime que 58 000 personnes vivent avec le VIH, au Canada – une augmentation de 16 % depuis 2002 –, et qu'entre 2 300 et 4 500 personnes ont contracté le VIH en 2005 (la plus récente année pour laquelle de tels estimés nationaux sont actuellement disponibles). (2) Les réductions du financement sont apportées en dépit d'engagements en cours à des programmes de prévention du VIH ainsi qu'à des services de soutien, bien que l'épidémie du VIH continue de prendre de l'ampleur et affecte un segment de plus en plus grand et diversifié de la population canadienne.

4. Dans ce contexte, la réduction du financement de la riposte au VIH/sida constitue « une mesure délibérément régressive »; or le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a souligné que Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels « n'autorise aucune mesure rétrograde s'agissant du droit à la santé » (3, 4). Le Réseau juridique canadien VIH/sida est d'avis que le Gouvernement du Canada a échoué à justifier cette mesure régressive « par référence à la totalité des droits sur lesquels porte le Pacte, et ce en faisant usage de toutes les ressources disponibles » (4). À proprement parler, le Gouvernement du Canada a violé le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, et il devrait rétablir intégralement le financement fédéral à la riposte au VIH/sida.

L'engagement du Canada à accroître l'accès mondial aux médicaments

5. Le Régime canadien d'accès aux médicaments (RCAM) a été établi par une loi qu'adopta le Parlement canadien en mai 2004. Il a pour objet d'autoriser l'octroi de licences obligatoires relativement à des médicaments brevetés, afin que les fabricants de médicaments génériques au Canada puissent produire légalement des versions moins coûteuses de médicaments de marque brevetés, et les exporter à des pays en développement. Le Gouvernement du Canada a affirmé, à l'époque, que le RCAM « contribuera grandement à améliorer la santé dans le monde » (5). Toutefois, la loi n'a pas eu grand effet concret. En 2008, le plus important fabricant canadien de médicaments génériques a été choisi par le Gouvernement du Rwanda, à l'issue d'un appel d'offres, pour fournir au Rwanda une combinaison médicamenteuse à dose fixe, composée de trois antirétroviraux existants qui sont utilisés dans le traitement du VIH/sida. Bien qu'il s'agisse d'un développement dont il faut se réjouir, le Réseau juridique canadien VIH/sida est vivement préoccupé par le fait qu'il a fallu quatre ans avant qu'une entente intervienne, aux termes de cette loi, et que tout porte à croire qu'en l'absence d'une réforme il est peu probable que le RCAM soit utilisé à nouveau, ce qui signifie que la promesse de contribuer à l'amélioration de l'accès aux médicaments, pour les pays en développement, ne sera qu'une illusion.
6. Le RCAM ne fonctionne pas comme il serait souhaitable, car il renferme des complexités et des lourdeurs administratives superflues, nécessitant des négociations distinctes avec les détenteurs de brevets, pour une licence spécifique à chaque pays acheteur et à chaque commande d'un médicament. De plus, un fabricant générique ne peut faire sa demande de licence obligatoire pour l'exportation qu'après avoir confirmé un contrat avec un pays acheteur. Apotex a indiqué qu'il est peu probable qu'il tente à nouveau d'y avoir recours; pour leur part, des pays en développement ont maintes fois signalé les raisons pour lesquelles la loi du Canada ne correspond pas aux réalités de l'acquisition de médicaments (6). Les problèmes inhérents au Régime canadien d'accès aux médicaments pourraient être résolus bien facilement. Un processus prévoyant une autorisation légale unique, et plus souple, à l'intention des fabricants génériques, pour la production d'un lot, avant de devoir établir des quantités spécifiques pour les acheteurs potentiels, serait préférable car cela leur permettrait de répondre à des appels d'offres impliquant simultanément plusieurs acheteurs, sans être contraints. Afin de concrétiser l'intention

qu'il a affirmé d'aider les pays en développement à avoir accès à des médicaments salvateurs à prix abordable, le Canada doit simplifier son RCAM de manière à permettre aux pays en développement un accès plus rapide à des traitements pour le VIH/sida et d'autres besoins de santé (6). Le défaut d'agir en ce sens, à la lumière de l'engagement législatif du Canada à améliorer l'accès aux médicaments, constitue un déni de son obligation à fournir une assistance et une coopération internationales pour progresser vers le plein exercice du droit à la santé en vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (article 2).

Le droit à la santé pour les personnes qui font usage de drogue

Le Réseau juridique canadien VIH/sida est préoccupé de constater que le droit à la santé pour les personnes qui font usage de drogue, qui à maints égards comptent parmi les Canadiens et Canadiennes les plus marginalisés, est l'objet de violations routinières. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a affirmé que l'une des obligations fondamentales qu'implique le droit à la santé est celle de « garantir le droit d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, notamment pour les groupes vulnérables ou marginalisés » (4).

7. Le Gouvernement du Canada a publié en octobre 2007 une nouvelle *Stratégie nationale antidrogue*. À l'opposé des stratégies nationales précédentes, ce nouveau document promet du financement pour des programmes d'application de la loi, de prévention ainsi que de traitement – trois des quatre « piliers » d'action de nombreuses stratégies en matière de drogue –, mais il élimine un pilier de longue date, celui de la réduction des méfaits, qui inclut l'échange de seringues, les cliniques de méthadone et les centres d'injection supervisée, qui sont des services d'importance particulière pour protéger la santé des personnes qui font usage de drogue illégale. Il est démontré que les programmes de réduction des méfaits réduisent les conséquences néfastes de l'usage de drogue illégale, notamment en réduisant la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC); ils sont par conséquent essentiels à la protection du droit à la santé des personnes qui font usage de drogue.
8. L'Insite, le centre d'injection supervisée à Vancouver, a contribué à réduire les taux de partage de seringues, de décès par surdose ainsi que le risque de transmission du VIH et du VHC, et il a accru les chances de diriger les utilisateurs de drogue vers des services de traitement de la toxicomanie (7, 8). Des recherches qui font foi des bienfaits de l'Insite ont récemment été confirmées par le comité consultatif d'experts mis sur pied par le Gouvernement du Canada (7); par ailleurs, plusieurs autres villes canadiennes ont exprimé leur intérêt d'ouvrir des centres similaires. Mais, en dépit de l'efficacité démontrée de l'Insite pour protéger la santé des personnes qui font usage de drogue, le gouvernement a menacé de retirer son autorisation légale à ce centre. En mai 2008, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a rendu une ordonnance qui protège les employés et clients de l'Insite contre des poursuites pénales, en signalant qu'en l'absence de cette exemption la loi violerait de manière injustifiée le droit à la sécurité de la personne, en exposant ces individus à une morbidité et une mortalité qui sont évitables (9). Le Gouvernement du Canada a interjeté appel de cette décision et a imposé un

moratoire qui empêche de considérer toute nouvelle demande d'exemption visant à créer d'autres centres de ce type.

9. Les programmes d'échange de seringues (PÉS) sont un moyen éprouvé et au rapport coût/bénéfices avantageux, pour réduire la transmission de virus à transmission hématogène comme le VIH et le VHC, parmi les personnes qui s'injectent de la drogue. Mais de multiples obstacles entravent l'accès à des PÉS, au Canada. La distribution de seringues stériles est bien inférieure au nombre requis pour endiguer la propagation d'infections à transmission hématogène. Il a été estimé qu'environ 5 % du nombre requis de seringues est distribué annuellement dans la province de l'Ontario (10). Des descentes policières et d'autres opérations d'application de la loi qui visent les drogues illégales entravent le travail des PÉS et incitent les utilisateurs les plus marginalisés à ne pas recourir à ces services. Les données disponibles indiquent que les descentes policières peuvent entraîner un déclin considérable du nombre de seringues distribuées (11). Une forte présence policière a également découragé certaines personnes de recourir à leur source habituelle de seringues stériles et les a incitées à prêter et à emprunter du matériel d'injection (10, à 18). Par ailleurs, les PÉS aux quatre coins du Canada ne sont pas financés adéquatement : les gouvernements des provinces et territoires créent ou financent des PÉS selon leur discrétion, et les incitatifs du gouvernement fédéral à le faire sont peu nombreux, voire inexistantes (10).

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que « le fait d'affecter à la santé un budget insuffisant ou de répartir à mauvais escient les ressources publiques de telle sorte qu'il sera impossible à certains individus ou certains groupes d'exercer leur droit à la santé, tout particulièrement les éléments vulnérables ou marginalisés de la population » constitue un manquement à l'obligation de mettre en œuvre le droit à la santé (4). Le Réseau juridique canadien VIH/sida exhorte le Gouvernement du Canada à soutenir la réduction des méfaits en haussant le financement et en facilitant l'accès à des PÉS, à titre d'élément central d'une approche pragmatique, complète et fondée sur des données, en ce qui concerne les réponses à la drogue. Les gouvernements des provinces et territoires doivent identifier expressément les PÉS comme des services nécessaires dans toutes leurs régions administratives, en vertu du droit à la santé pour les personnes qui font usage de drogue au Canada. Les divisions gouvernementales responsables des politiques en matière d'application de la loi ainsi qu'en matière de santé devraient veiller à ce que l'application des lois sur la drogue n'entrave pas la prestation des services de santé ni l'accès à ces services (10).

Le droit à la santé pour les détenus

10. Les estimés de la prévalence du VIH dans les prisons du Canada sont d'au moins 10 fois supérieurs aux données sur la prévalence dans l'ensemble de la population; et les estimés de la prévalence du virus de l'hépatite C (VHC) dans les prisons du Canada sont d'au moins 20 fois supérieurs aux données sur la prévalence dans l'ensemble de la population (12). Une enquête du Service correctionnel du Canada (SCC) au sein du système des prisons fédérales (soit 52 établissements) a révélé que 11 % des détenus de ressort fédéral ont déclaré s'être injecté de la drogue depuis leur incarcération dans l'établissement du moment (13). La rareté des seringues stériles et les mesures disciplinaires associées à une

infraction d'usage de drogue en prison incitent les détenus à s'injecter à l'aide de matériel non stérile. Un pourcentage encore plus important de détenus (approximativement 45 %) ont déclaré s'être fait tatouer en prison; or l'accès à du matériel stérile pour le tatouage est piètre, voire inexistant (13).

11. Néanmoins, le Gouvernement du Canada a annulé en décembre 2006 un projet pilote de « tatouage sécuritaire » développé par le SCC lui-même, et qui était prometteur en plus d'avoir été appuyé par des résultats positifs lors de l'évaluation préliminaire. L'abolition délibérée de l'accès à de tels programmes, initialement mis en œuvre pour répondre à un risque documenté de santé publique, constitue une « mesure régressive » qui contrevient à l'obligation de progrès vers le plein exercice du droit à la santé des personnes placées sous la garde et la responsabilité de l'État, et qui sont totalement assujetties au contrôle de celui-ci (3, 4).
12. De plus, aucun ressort gouvernemental au Canada n'a encore établi de programme d'échange de seringues en prison (PÉSP). Or, à ce jour, des PÉSP ont été introduits dans plus de 60 prisons, de diverses tailles et de divers niveaux de sécurité, dans 11 pays (14). Les évaluations de PÉSP existants démontrent constamment que ces programmes réduisent l'utilisation de matériel d'injection non stérile ainsi que les infections à transmission hématogène dues à du matériel contaminé, n'entraînent pas d'augmentation de l'usage de drogue ni de l'injection, réduisent le nombre de surdoses de drogue de même que d'abcès et autres infections associées à l'injection, facilitent la référence d'utilisateurs à des programmes de traitement de la toxicomanie, et n'entraînent pas d'incidents d'utilisation de seringues comme armes contre des employés ou codétenus (14-16).

En vertu du droit international, les personnes en détention conservent le droit à la norme la plus élevée de santé pouvant être atteinte, de même que le droit à l'égalité dans l'exercice des droits humains (à l'exception des droits qui sont forcément limités du fait de leur incarcération) (4, 17-20). Compte tenu que le VIH et le VHC sont des virus qui entraînent des maladies potentiellement mortelles, le droit à la vie est lui aussi pertinent à la considération des obligations de l'État d'adopter des mesures efficaces pour prévenir la transmission du VIH et du VHC en prison (21). Les détenus ont le droit d'accès à des soins de santé équivalents à ceux disponibles hors des prisons (le « principe d'équivalence ») et ceci inclut des mesures de prévention comparables à celles disponibles dans le reste de la communauté. Bien que des programmes d'échange de seringues existent dans des communautés aux quatre coins du Canada, dans certains cas depuis plus de deux décennies, et ce avec du financement de divers paliers de gouvernement (principalement provincial/territorial et municipal), il n'existe pas de tel programme dans même une seule prison au Canada. D'après le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « [I]es États sont en particulier liés par l'obligation de respecter le droit à la santé, notamment en s'abstenant de refuser ou d'amoinrir l'égalité d'accès de toutes les personnes, dont les détenus, ... aux soins de santé prophylactiques » (4).

13. La provision de seringues stériles aux détenus, comme moyen de prévenir la propagation de virus à transmission hémotogène, est recommandée par l'Association médicale canadienne (22) et par l'Enquêteur correctionnel du Canada (23) ainsi que des organisations internationales, comme un élément de saine politique de santé publique et un enjeu des droits humains (18, 20, 24). Or le Gouvernement du Canada se refuse carrément à mettre en œuvre de tels services de santé dans les prisons fédérales, et aucun gouvernement provincial/territorial n'a encore pris de mesures pour en établir. Le Canada devrait respecter le droit des détenus à la santé, et mettre en œuvre des programmes d'échange de seringues dans ses établissements correctionnels, en plus de rétablir les mesures préventives pour le tatouage sécuritaire.

Le droit à la santé pour les travailleuses et travailleurs sexuels

14. En vertu du droit canadien ainsi que du droit international, le Canada a l'obligation de garantir le droit des travailleuses/travailleurs sexuels à la santé (25). Dans la pratique, toutefois, les droits des travailleuses et travailleurs sexuels – non seulement à la santé, mais aussi leurs droits à la vie, à des conditions de travail sécuritaires, à la non-discrimination ainsi qu'à la liberté d'expression et à la liberté d'association – sont régulièrement violés (25-26).

Bien que l'échange de services sexuels contre de l'argent ou d'autres valeurs soit légal au Canada, certaines dispositions du *Code criminel* rendent illégales presque toutes les activités liées à la prostitution; et les travailleuses et travailleurs sexuels s'en trouvent vulnérables à la violence et au potentiel d'exposition au VIH (25). Les articles 210 à 213 du *Code criminel* interdisent de tenir une « maison de débauche » (i.e. un lieu régulièrement utilisé à des fins de prostitution) ou d'un diriger quelqu'un, d'inciter ou contraindre une personne à s'adonner à la prostitution, de vivre d'un revenu gagné par une autre personne en se prostituant, et de communiquer en public à des fins de prostitution. La prépondérance des données crédibles démontre que ces dispositions pénales indûment larges et piètrement rédigées, contribuent directement et indirectement au risque que les travailleuses et travailleurs sexuels soient aux prises avec la violence et d'autres menaces à leur santé et à leur sécurité (25, 26). De plus, ces risques affectent de manière disproportionnée les travailleuses et travailleurs sexuels de la rue, dont plusieurs sont transgenre/transsexuels ou autochtones; ces risques affectent aussi les femmes de manière disproportionnée (25). Le Réseau juridique canadien VIH/sida est d'avis que les articles 210 à 213 du *Code criminel* sont sources de violations du droit à la santé des travailleuses et travailleurs sexuels, puisque ces dispositions font entrave au droit de ces personnes de contrôler leur santé et leur corps; de plus, elles n'offrent aucune protection à ces personnes « compte tenu de la plus grande vulnérabilité du sexe féminin à la violence » (4). Le Parlement canadien devrait abroger les articles 210 à 213 du *Code criminel*.

Sources :

1. *Un Portrait national : Rapport sur la réponse des Gouvernements à l'épidémie de VIH/sida au Canada*, préparé pour le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur le sida, novembre 2004, p. 10.
2. Agence de la santé publique du Canada, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, novembre 2007.

3. Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale no 3 : La nature des obligations des États parties*, 5^e sess., (1990) UN Doc E/1991/23.
4. Nations Unies, Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale no 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, 22^e sess., (2000) UN Doc E/C.12/2000/4.
5. « Le Parlement approuve la *Loi de l'engagement de Jean Chrétien envers l'Afrique* », communiqué de presse du Gouvernement du Canada, 13 mai 2004, <http://www.ic.gc.ca/eic/site/ic1.nsf/fra/02392.html>.
6. R. Elliott, « Livraison tardive – Première mondiale par le Régime canadien d'accès aux médicaments », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, vol. 13, no 1, juillet 2008.
7. *INSITE de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : Observations tirées de la recherche – Rapport final du Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés*, 31 mars 2008, http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-fra.php.
8. T. Kerr et coll., « Impact of a Medically Supervised Safer Injection Facility On Community Drug Use Patterns: A Before and After Study », 332 *British Medical Journal* (2006a) : p. 220-222.
9. *PHS Community Services Society v. Attorney General of Canada*, 2008 BCSC 661.
10. A. Klein, *Points de friction – Obstacles à l'accès aux programmes de seringues au Canada*, Réseau juridique canadien VIH/sida.
11. E. Wood et coll., « The impact of a police presence on access to needle exchange programs », 34, 1 *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome* (2003) : p.116-117; J. Csete et J. Cohen, « Abusing the user: Police misconduct, harm reduction and HIV/AIDS in Vancouver », 15, 2b *Human Rights Watch* (2003) : p. 1-28.
12. *Le VIH et l'hépatite C en prison : les faits*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008.
13. Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus : rapport final – 1995, 1996*.
14. R. Lines et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2006; R. Jürgens, *Interventions to Address HIV/AIDS in Prisons: Needle and Syringe Programmes and Decontamination Strategies*, OMS, ONUDC et ONUSIDA, 2007.
15. H. Stöver et J. Nelles, « 10 years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons: A review of different evaluation studies », *International Journal of Drug Policy* 14 (2003) : p. 437-444.
16. *Prison needle exchange: Review of the evidence*, Agence de la santé publique du Canada, avril 2006.
17. *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*, UNGAOR, 45^e sess., Supp. N 49A, UN Doc A/45/49 (1990).
18. ONUDC, OMS et ONUSIDA, *Le VIH/sida : prévention, soins, traitement et soutien en milieu pénitentiaire : cadre pour une intervention nationale efficace*, 2006.
19. ONUSIDA, « Statement on HIV/AIDS in Prisons to the UN Commission on Human Rights at its Fifty-second session, April 1996 », dans *Le SIDA dans les prisons: Point de vue ONUSIDA (Collection ONUSIDA sur les meilleures pratiques : Point de vue)*, 1997.
20. *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales, version consolidée*, UN Doc. HR/PUB/06/9, HCDH et ONUSIDA, 2006.
21. Nations Unies, Comité des droits de l'homme, *Observation générale No 6 : Le droit à la vie (article 6)*, 16^e sess., (1982) UN Doc. HRI\GEN\1\Rev.1, 6, par 5.
22. Association médicale canadienne, résolution 26, 15 août 2005
www.cma.ca/index.cfm/ci_id/45252/1.htm.
23. Enquêteur correctionnel du Canada, *Rapport annuel de l'enquêteur correctionnel du Canada 2005-2006*, septembre 2006.
24. Organisation mondiale de la santé, *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*, 1993.
25. Réseau juridique canadien VIH/sida, *Sexe, travail, droits : réformer les lois pénales du Canada sur la prostitution*, juillet 2005.
26. Pivot Legal Society Sex Work Subcommittee, *Voices for dignity: a call to end the harms caused by Canada's sex trade laws*, Pivot Legal Society, 2004.