Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 13, NUMÉRO 2/3, DÉCEMBRE 2008

Contagion législative : bâtir la résistance

Dans un récent numéro de la *Revue VIH/sida, droit et politiques*, un article en première page faisait état de la propagation problématique de nouvelles lois sur le VIH en Afrique occidentale et centrale.[1] On y décrivait des approches moins qu'exemplaires dans la loi « modèle » de l'organisme AWARE-HIV/AIDS, puis on expliquait que des dispositions de cette loi ont été répliquées dans plusieurs lois nationales sur le VIH. À l'époque, huit lois nationales sur le VIH avaient été adoptées dans la région.[2] Depuis, il a déferlé sur l'Afrique occidentale et centrale une vague de législation sur le VIH qui contrevient au droit et aux politiques en matière de droits humains.

Législation par intuition

Au moment d'écrire ces lignes, 14 pays de l'Afrique occidentale et centrale avaient adopté des lois sur le VIH[3] – tous depuis 2005. Or il semblerait que l'élaboration de lois sur le VIH gagne de l'élan au lieu de s'affaiblir, dans cette région. À l'heure actuelle, des projets de loi sur le VIH sont envisagés dans (au moins) quatre autres pays. De plus, des projets de loi semblables sont en développement dans nombre d'autres ressorts de l'Afrique australe et orientale.[4]

voir page 5

Supplément SIDA 2008

Dans ce numéro de la *Revue VIH/sida, droit et politiques*, une section spéciale fait état des exposés les plus pertinents aux enjeux juridiques, éthiques et de droits de la personne, présentés au XVII^e^ Congrès international sur le sida à Mexico, Mexique, en août 2008.

Voir page 55.

Número en Tres Idiomas

Este número ha sido publicado en tres idiomas — inglés, francés y español. Esta es la primera vez que una edición de la *Revista* se publica en español. Esto es en reconocimiento al hecho que este número contiene una sesión especial sobre la Conferencia Internacional en México. La versión en español está ubicada en el medio del ejemplar, y los bordes de sus páginas tienen un sombreado gris.

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

American Bar Association — Defending Liberty Pursuing Justice

Cette publication est rendue possible grâce à l'appui financier de l'ONUSIDA; de l'Initiative droit et santé, de l'International Harm Reduction Development Program et de Public Health Watch, du Programme de santé publique de l'Open Society Institute; et de la Fondation Levi Strauss.

ONUSIDA — Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (HCR, UNICEF, PAM, PNUD, UNFPA, ONUDC, OIT, UNESCO, OMS, Banque mondiale)

Open Society Institute Public Health Program

Levi Strauss Foundation

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@rogers.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

Rédactrices en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux – International :
Leah Utyasheva, lutyasheva@aidslaw.ca et
Alison Symington, asymington@aidslaw.ca

Coordonnateur : Vajdon Sohaili

Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault, Johanne Forget et Arturo Marcano

Mise en page : Liane Keightley

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008. 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.

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

Cette publication est rendue possible grâce à l'appui financier de l'ONUSIDA; de l'Initiative droit et santé, de l'International Harm Reduction Development Program et de Public Health Watch, du Programme de santé publique de l'Open Society Institute; et de la Fondation Levi Strauss.

Les opinions exprimées dans cette publication relèvent uniquement de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou positions officielles des bailleurs de fonds 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, de l'International Harm Reduction Development Program et de Public Health Watch, 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, l'International Harm Reduction Development Program (IHRD) et Public Health Watch font partie du Programme de santé publique de l'OSI, qui a pour mission de faire avancer la santé et les droits humains des individus marginalisés en accroissant la capacité des leaders et organismes de la société civile et en militant pour la reddition de comptes et pour un rôle solide de la société civile dans les pratiques et politiques en matière de santé. 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. L'IHRD travaille à réduire la propagation du VIH et d'autres méfaits associés à l'injection de drogue, et elle milite pour des politiques qui réduisent la stigmatisation et protègent les droits humains des personnes qui utilisent des drogues illicites. Public Health Watch appuie l'implication des communautés vivant avec le VIH et/ou la tuberculose et autrement affectées, dans l'élaboration, la mise en œuvre et la surveillance de politiques, programmes et pratiques en la matière.

Au sujet de la Fondation Levi Strauss
La Fondation Levi Strauss fait avancer les droits humains et le bien-être des groupes sous-desservis et touchés par ses efforts, en prenant des risques courageux, en appuyant des partenariats communautaires novateurs et en promouvant la bonne citoyenneté d'entreprise. Elle a versé plus de 38 millions $ US à des organismes de lutte contre le VIH/sida dans plus de 40 pays, pour répondre à ce problème mondial.

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

TABLE DES MATIÈRES

DOSSIER

Contagion législative : bâtir la résistance 1

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

Résultats prometteurs de la première étude nord-américaine sur la prescription d'héroïne 11

Nouvelle politique relative au fardeau excessif, pour les demandes d'immigration 13

La Colombie-Britannique adopte sa *E-Health Act* 15

Élections fédérales – La plupart des partis politiques répondent à un questionnaire sur le sida 17

Amendement à la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* 18

En bref 19

- Nouvelle stratégie du gouvernement fédéral pour éliminer les drogues illégales de ses prisons
- Manitoba – Adoption d'une loi sur le test obligatoire
- Alberta – Des renseignements médicaux personnels seront accessibles en-ligne

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

Mexique – Recommandations générales contre le test obligatoire du VIH et le renvoi des forces armées 21

Cambodge – Une loi sur la traite de personnes menace la réponse au VIH 23

États-Unis – Mesure provisoire vers l'abolition de l'interdiction de séjour aux personnes vivant avec le VIH 25

International – Examen de la prévalence du VIH en lien avec l'injection de drogue 27

En bref 28

- Ouganda – La société civile s'inquiète d'un projet de loi sur le VIH
- Chine – Hu Jia remporte un prix pour les droits humains
- Rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

Le lieu d'injection supervisée de Vancouver obtient une exemption constitutionnelle d'application de la loi fédérale sur les drogues 30

Un ressortissant de la RDC séropositif est considéré comme une « personne à protéger » 32

La Cour fédérale annule le rejet de la demande de statut de réfugié d'un couple mexicain fondée sur la persécution 33

La Cour fédérale confirme le rejet d'une demande de sursis du renvoi au Zimbabwe d'un homme séropositif 34

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition 35

En bref 42

- La Cour d'appel fédérale rejette la demande d'Ottawa pour faire confirmer les restrictions du programme d'accès à la marijuana à des fins médicales

../4

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL

La Cour suprême de l'Inde approuve les engagements du gouvernement en matière de soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH 44

La Cour européenne rejette la demande d'une Ougandaise pour rester au Royaume-Uni 46

Un tribunal d'Afrique du Sud interdit la promotion de traitements à base de vitamines, contre le sida 47

Un tribunal d'Afrique du Sud interdit à l'armée d'exclure les personnes séropositives 49

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition 50

En bref 52

- Une Kenyane séropositive congédiée obtient une indemnisation
- Kyrgyzstan – Neuf travailleurs de la santé reconnus coupables d'avoir causé par négligence la transmission du VIH à des enfants
- Chine – L'interprétation judiciaire impose la responsabilité stricte pour la vente de sang contaminé
- La Cour d'appel du Brésil déclare inconstitutionnelles les poursuites pénales pour possession de drogue
- Égypte – Peines confirmées relativement à une condamnation pour actes de « débauche »

SIDA 2008 : DROIT, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE

Droits humains et VIH/sida : où en sommes-nous? Et quoi ensuite? 56

- Les droits humains demeurent marginalisés 57

Les droits et les politiques à l'avant-scène du Congrès 59

Leçons d'Afrique : combattre les épidémies jumelles de la violence domestique et du VIH/sida 62

Agression sexuelle, violence domestique et VIH – Promouvoir les droits des femmes par la législation 68

Le VIH est un virus et non un crime 70

La détention avant le procès – portée et pertinence au VIH/sida 75

Europe centrale et orientale et Asie centrale – Raids et violence policière exposent les travailleuses et travailleurs sexuels à un risque de contracter le VIH 77

République démocratique du Congo – Violence policière et militaire à l'endroit de travailleuses et travailleurs sexuels 80

Les personnes handicapées et la pandémie du sida : établir le lien 82

Stérilisation contrainte ou forcée : 13 cas de femmes séropositives en Namibie 84

Recours stratégique au contentieux pour renforcer les droits en Afrique septentrionale 85

Stratégie de la société civile, pour une licence obligatoire du lopinavir/ritonavir : la filière brésilienne 87

Violations de droits des femmes en milieu de soins de santé sexuelle et génésique 89

Tracer des liens conceptuels : les droits de propriété et le VIH 92

Mesurer pour le changement – une nouvelle initiative de recherche par et pour les personnes vivant avec le VIH 94

Un défi continu : les restrictions d'entrée, de séjour et de résidence, en lien avec le VIH 96

Réintégrer la notion de droit, dans les droits sexuels et génésiques 98

Les Principes de Jogjakarta : appliquer les normes existantes des droits humains à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre 101

Rejet des preuves – le système de traitement de la toxicomanie en Russie 103

La Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le travail sexuel est « retravaillée » par des activistes 105

Reconnaissez le travail sexuel comme un travail légitime 107

Contagion législative : bâtir la résistance

de la page 1

À l'instar des précédentes, les lois récemment adoptées imitent à divers degrés la loi « modèle » d'AWARE-HIV/AIDS.[5]

Également, elles ont quelques aspects positifs. Par exemple, elles prévoient souvent des campagnes d'information et d'éducation sur le VIH dans divers secteurs de la société. Plusieurs requièrent aussi la confidentialité des résultats de test du VIH.

Certaines lois garantissent l'implication de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans la provision de services comme l'intervention. L'élément le plus notable est probablement que toutes adoptent un langage progressiste qui interdit la discrimination à l'endroit des PVVIH (quoique des lacunes dans la formulation fassent en sorte que diverses formes évidentes de discrimination ne trouveraient pas de redressement).

Toutefois, comme il le sera démontré, plusieurs de ces lois nationales sur le VIH semblent avoir été développées à la hâte, avec peu d'attention, voire aucune, aux étapes procédurales propices à des lois sensibles et rationnelles.

Dans plusieurs cas, la loi nationale sur le VIH semble n'être que le fruit de la volonté du législateur d'être perçu comme faisant quelque chose, plutôt que de refléter ce qui est réellement requis, efficace et juste. Ces lois adoptent souvent des approches aux enjeux du VIH qui sont fondées sur des croyances intuitives plutôt que sur des preuves d'efficacité.

Peu de responsables des politiques semblent s'être demandé si de telles lois étaient requises. L'on a peu ou pas tenu compte des effets pervers que ces lois pourraient entraîner si elles étaient administrées par un système légal moins qu'idéal. Sans exception, elles ont été adoptées sans référence au cadre bien établi du droit international et des orientations de politiques décrivant la meilleure réponse légale possible à l'épidémie du VIH.[6]

Les lois sur le VIH adoptées en Afrique occidentale et centrale renferment diverses dispositions malavisées. Certaines sont relativement inoffensives. D'autres risqueraient toutefois d'empêcher que les personnes vivant avec le VIH et les membres des groupes vulnérables « jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux » – des droits qui, d'après l'Assemblée générale de l'ONU, devraient caractériser les lois, règlements et autres mesures légales servant à répondre à l'épidémie du VIH.[7]

Les récentes lois en matière de VIH sont minées de dispositions malavisées, notamment :

- Elles se caractérisent par une emphase sur le recours au droit pénal. La criminalisation y est le principal moyen de répondre aux cas « intentionnels » d'exposition au VIH et/ou de sa transmission (voir ci-dessous). Mais le droit pénal y sert aussi de réponse à d'autres enjeux liés au VIH, comme l'administration de sang contaminé par des professionnels de la santé (y compris en cas de « négligence, insouciance, maladresse ou désobéissance aux règles ») et l'« abandon » de PVVIH.[8] Des actes de discrimination et même de stigmatisation y sont aussi considérés comme des infractions criminelles.[9]
- Elles renferment peu de dispositions, voire aucune, sur le VIH parmi les groupes particulièrement vulnérables à l'infection par le VIH. Elles traitent rarement de services de prévention, de traitement, de soins ou de soutien pour les femmes, et jamais de ceux pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. En vif contraste avec ces omissions, bon nombre de lois nationales rendent illégal pour un marin de monter à bord d'un navire sans attestation des autorités portuaires à l'effet qu'il a reçu une formation sur le VIH.[10]
- Certaines dispositions ont été élaborées sans trop se demander s'il était nécessaire de légiférer pour refléter la politique en question. Par exemple, au Mozambique, une version provisoire du projet de loi sur le VIH aurait créé une obligation législative pour toutes les PVVIH de faire « de l'activité physique régulière » et de « sensibiliser constamment autrui … à toutes leurs obligations en lien avec la maladie ».[11]

Les obligations de divulgation et de mise en garde

Dans plusieurs cas, les lois récentes sur le VIH établissent des exigences excessivement larges pour la divulgation aux conjoints ou aux partenaires sexuels de PVVIH. Souvent, elles imposent aux professionnels de la santé une « obligation de mettre en garde » les conjoints ou partenaires

sexuels, avec peu ou pas de précisions quant à la manière de procéder.

Par exemple, la loi du Cap-Vert exige la divulgation au conjoint ou au partenaire sexuel dès que possible et dans les six semaines suivant le diagnostic, et elle accorde aux professionnels de la santé un large pouvoir de divulguer la séropositivité de leurs patients.[12] La loi de la République démocratique du Congo affirme simplement que la PVVIH doit « informer immédiatement » son conjoint et ses partenaires sexuels.

Les lois sur le VIH en Afrique occidentale et centrale renferment diverses dispositions législatives malavisées.

La loi du Burkina Faso stipule que la PVVIH doit informer « sans délai » son/sa conjoint-e ou partenaire sexuel-le de sa séropositivité au VIH; et que si elle ne le fait pas volontairement, les professionnels de la santé « doivent veiller à ce que l'annonce se fasse ».[13]

Les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne affirment que les professionnels de la santé *peuvent* informer les partenaires sexuels d'un patient de sa séropositivité, s'ils considèrent que le counselling n'a pas conduit aux changements comportementaux souhaités chez la PVVIH, *et* s'il existe un risque réel de transmission du VIH aux partenaires sexuels. Fait important, les *Directives internationales* recommandent certaines précautions en lien avec la divulgation, notamment que la PVVIH ait reçu un préavis raisonnable et que son identité ne soit pas révélée (si possible).[14]

Le test obligatoire du VIH

Bon nombre de lois récentes sur le VIH prévoient des exceptions au principe du test volontaire du VIH. Le langage de ces dispositions est souvent emprunté à la loi type d'AWARE-HIV/AIDS, qui dresse une liste de situations où le test du VIH est décrété obligatoire.[15] Certaines prescrivent le test obligatoire dans les cas de viol ou d'« infection par le VIH » (ou de tentative d'infection), ou pour « résoudre un différend conjugal ».[16]

Encore une fois, ces lois passent outre aux orientations détaillées adressées aux législateurs. L'énoncé de politiques de l'ONUSIDA et de l'Organisation mondiale de la santé, concernant le test du VIH, affirme clairement que :

> Les conditions des « trois C », prônées depuis l'avènement du test du VIH en 1985, demeurent les principes sous-jacents de l'administration du test du VIH à des individus. Celle-ci doit être :
>
> - confidentielle;
> - accompagnée de counselling;
> - issue d'un consentement éclairé – donc informée et volontaire.[17]

La criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission

Toutes les lois récemment adoptées en Afrique occidentale et centrale créent des infractions criminelles pour l'exposition au VIH ou sa transmission.[18] Bien que le langage de ces infractions varie d'un pays à l'autre, il est frappant d'imprécision.

Plusieurs les lois établissent une infraction de « transmission intentionnelle »,[19] mais la définissent d'une manière qui ne requiert pas d'intention délibérée (c'est-à-dire une volonté de transmettre le VIH). La « transmission intentionnelle » est plutôt définie comme la transmission du VIH « à autrui par tout moyen, par une personne pleinement consciente de sa séropositivité au VIH ».[20]

Autrement dit, ces lois sous-entendent chez la PVVIH une volonté de transmettre le virus à une autre personne (l'élément mental du crime), à partir de deux éléments qui, en réalité, ne sont pas déterminants dans l'intention délibérée : (a) le fait de se savoir séropositif; et (b) le fait qu'il y ait eu transmission du virus.

Au Burkina Faso, la version du projet de loi disséminée tout juste avant son adoption ne contenait pas moins de quatre articles distincts criminalisant la « transmission volontaire ».[21] Ces dispositions s'entrecoupent dans les comportements qu'elles criminalisent, mais chacune comporte des différences en termes de terminologie et d'infractions répréhensibles, ce qui résulte en une loi très confuse.[22]

Que faire?

Amender les lois existantes

Les défis pourraient être plus grands là où des lois ont récemment été adoptées, mais il est toujours possible de procéder à des amendements. Pour les individus et organismes œuvrant à des enjeux liés au VIH et aux droits humains, le renversement de certaines de ces lois exigera des efforts longs et ardus. Les dispositions les plus

outrageuses de certaines lois nationales doivent être amendées de toute urgence. Certes, il s'agit d'un travail difficile, mais non impossible.[23]

Alors qu'il existe dans la plupart des lois nationales sur le VIH des dispositions qui devraient être abrogées ou modifiées, certains pays dont les lois renferment des dispositions particulièrement problématiques semblent ouverts à des amendements. Les exemples de la Sierra Leone et de la Guinée sont examinés ci-dessous. Fait intéressant, ces deux pays étaient parmi ceux dont les représentants ont exprimé une ouverture à amender et à améliorer leurs lois sur le VIH, lors d'une réunion convoquée par l'ONUSIDA en avril 2008 à Dakar, Sénégal.[24]

La loi de la Sierra Leone, relativement au VIH/sida, est un cas évident sur lequel se concentrer. Le phrasé de l'infraction de « transmission du VIH » criminalise explicitement la transmission périnatale. D'après une de ses dispositions, une personne qui se sait séropositive doit « prendre toutes les mesures et précautions raisonnables pour prévenir la transmission du VIH à autrui et, pour les femmes enceintes, la transmission au fœtus » [trad.].

Un autre article de la loi stipule qu'une PVVIH/sida qui sait qu'elle a l'infection ne doit pas exposer sciemment ou de manière insouciante une autre personne (« et, pour les femmes enceintes, le fœtus » [trad.]) au risque de contracter le VIH, à moins que cette autre personne soit au courant du fait et accepte volontairement le risque de contracter l'infection.[25]

Premièrement, cette disposition porterait atteinte au droit de consentement éclairé et libre [ou de refus], en matière de traitement médical. En plus de constituer un droit humain, le consentement éclairé à prendre un traitement antirétroviral pour réduire la possibilité de transmission périnatale est important, puisque le traitement peut affecter la santé de la femme enceinte.[26]

Le renversement de certaines de ces lois exigera des efforts longs et ardus.

Deuxièmement, la loi de la Sierra Leone ne précise pas ce qu'inclurait l'expression « toutes les mesures et précautions raisonnables ». De fait, il n'est pas évident que de telles « mesures et précautions » soient suffisamment articulées et qu'elles soient comprises par les professionnels de la santé et par les femmes enceintes à un degré qui permette de recourir à des sanctions pénales pour un écart à ces « mesures et précautions ». Pour n'évoquer qu'un exemple, la transmission du VIH qui aurait lieu lors de l'allaitement serait-elle matière à responsabilité pénale?[27]

Troisièmement, la crainte que le fait d'accoucher puisse exposer des femmes à une responsabilité criminelle risque de décourager certaines d'entre elles d'avoir recours à des établissements de santé et, en particulier, à des soins prénatals ou postnatals. Quatrièmement, il est très douteux qu'il soit du meilleur intérêt du nouveau-né que l'on impose une peine à sa mère en vertu du droit criminel.

Il est valable de noter que dans le cas de la Sierra Leone la criminalisation de la transmission périnatale est explicite, mais que les dispositions pénales sur l'exposition « intentionnelle » au VIH ou sa transmission, dans plusieurs pays de la région, pourraient avoir le même effet.[28]

Autre pays dont la loi sur le VIH nécessite de toute évidence des amendements : la Guinée. Entre autres, elle interdit « strictement » l'éducation sur le VIH/sida aux enfants de moins de 13 ans. Une telle restriction à l'accès des enfants à l'éducation sur la santé ne repose sur aucune justification rationnelle. Au contraire, des programmes d'éducation complète qui présentent une information factuelle et non biaisée, à propos de la prévention du VIH (y compris l'utilisation adéquate et constante des condoms), sont cruciaux pour les adolescents et les jeunes adultes.

Plutôt que de créer des obstacles législatifs à une éducation et à une information qui soient fidèles aux connaissances scientifiques et qui soient adaptées à l'âge de la clientèle scolaire, la loi devrait créer une obligation positive, pour les ministères pertinents, de donner accès à l'éducation sur la santé.

Par ailleurs, la loi guinéenne institue « un test systématique de dépistage du VIH avant toute célébration légale de mariage ».[29] Il y a peu de raisons de croire que l'imposition d'un test du VIH avant le mariage puisse réduire les taux de VIH. L'efficacité présumée de cette disposition repose sur un certain nombre d'hypothèses erronées.

Premièrement, on prend pour acquis que le test du VIH est exact alors que les cas de faux positifs et de faux négatifs portent à croire que ce n'est pas toujours le cas.

Deuxièmement, un résultat négatif à ce test n'exclut pas la possibilité d'infection à VIH. Il se peut que le test soit administré pendant la période fenêtre au cours de laquelle l'analyse ne détecte pas la présence d'anticorps au VIH; il est possible également qu'un partenaire contracte le VIH *après* le moment du test, voire après le mariage. Le test pré-marital procure donc un faux sentiment d'assurance que les personnes mariées n'ont pas à craindre de contracter le VIH.

Troisièmement, la politique prend pour acquis que les personnes qui vont se marier n'ont pas déjà exposé leur partenaire à l'infection.

Les responsables des politiques et la société civile peuvent travailler de concert au développement de lois sur le VIH, en Afrique.

Améliorer les projets de loi avant leur adoption

L'expérience a démontré que les responsables des politiques et la société civile peuvent travailler de concert au développement de lois sur le VIH, en Afrique, de sorte qu'elles soient de meilleure qualité que ces récentes lois.[30] Afin de soutenir cette démarche en Afrique centrale et occidentale, l'ONUSIDA a récemment publié un document qui propose des modifications à certains articles problématiques contenus dans la « loi type » d'AWARE-HIV/AIDS. Le document de l'ONUSIDA reconnaît que ladite « loi type » est

> une étape positive vers la réalisation des engagements formulés dans la *Déclaration d'engagement* et la *Déclaration politique*, et elle comporte plusieurs éléments législatifs qui devraient servir de fondement aux réponses nationales au VIH. Certaines dispositions de la loi de N'Djamena gagneraient toutefois à être révisées de manière à mieux répondre à deux objectifs essentiels de la lutte contre l'épidémie de VIH : la protection de la santé publique et la protection des droits de la personne.[31]

Les modifications recommandées par l'ONUSIDA, en ce qui a trait à la criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission, sont conçues pour tenir compte d'un contexte où les législateurs ont la ferme conviction qu'il est nécessaire d'inclure une infraction qui criminalise l'exposition au VIH ou sa transmission, mais il peut y avoir des occasions de réduire les effets pervers de telles dispositions. La proposition retirerait clairement la notion de responsabilité dans les cas d'actes et de scénarios où l'injustice de sanctions pénales serait la plus manifeste. Elle se lit comme suit :

> Personne ne peut être tenu criminellement responsable selon la présente loi ou toute autre loi applicable, lorsque la transmission du VIH, ou l'exposition au risque d'infection, est attribuable ou associée à :
>
> i. un acte qui ne comporte pas de risque important d'infection par le VIH;
>
> ii. une personne vivant avec le VIH qui ignorait qu'elle était séropositive au moment de l'infraction présumée;
>
> iii. une personne vivant avec le VIH qui ne comprenait pas comment se transmet le VIH au moment de l'infraction présumée;
>
> iv. une personne vivant avec le VIH qui a opté pour des pratiques sexuelles sans risques, par exemple en utilisant des préservatifs;
>
> v. une personne vivant avec le VIH qui a divulgué sa séropositivité à son partenaire sexuel ou autre avant de faire un acte comportant un risque important de transmission;
>
> vi. une situation dans laquelle le partenaire sexuel ou autre connaissait d'une manière ou d'une autre la séropositivité de la personne;
>
> vii. une personne vivant avec le VIH qui ne divulgue pas sa séropositivité parce qu'elle éprouve une crainte raisonnable de subir un préjudice grave de la part de l'autre personne; ou
>
> viii. la possibilité de transmission du VIH d'une mère à son enfant avant ou pendant la naissance de l'enfant, ou par l'allaitement de l'enfant.[32]

Un certain nombre de pays africains considèrent actuellement des projets de loi, comme nous l'avons mentionné. Ces cas offrent de réelles occasions de réforme du droit, sensée et adéquate. Quoique difficile, cette tâche n'est pas impossible. Par exemple, la loi sur le VIH qui a été adoptée par la chambre basse du Parlement du Libéria, en septembre 2008, et qui est maintenant devant la chambre haute, comporte de claires améliorations en comparaison avec toutes les autres lois de la région.[33]

Conclusion

La législation relative au VIH est en soi une chose délicate et les problèmes observés dans les lois nationales sur le VIH sont, bien souvent, prévisibles. Afin d'éviter les genres de problèmes qui se répètent dans celles qui sont adoptées en Afrique centrale et occidentale, il est crucial d'adopter une approche plus réfléchie et adaptée.

Certaines législatures doivent sans contredit être incitées à revoir les dispositions les plus problématiques des lois qu'elles envisagent ou ont adoptées. Par ailleurs, au constat de la vitesse de croisière de la tendance à se tourner vers l'adoption de lois sur le VIH, les responsables des politiques et les organismes de la société civile doivent redoubler de sens critique.

Les personnes et organismes qui travaillent dans des pays où l'on développe de telles lois devraient s'impliquer dans la démarche d'élaboration, en s'informant du contenu des projets de loi et en proposant des amendements.

Les réponses législatives nationales au VIH, en Afrique centrale et occidentale – et ailleurs – seraient améliorées si les personnes impliquées dans leur élaboration se penchaient sur un certain nombre de questions préliminaires, notamment :

- Quelles lacunes s'observent dans la réponse nationale à l'épidémie et qu'il faut résoudre?
- Une réforme du droit est-elle nécessaire pour combler ces lacunes, ou l'élément manquant est-il plutôt un autre type d'action (p. ex. un règlement, une politique ou un budget)?
- Est-il nécessaire d'adopter une loi *omnibus*, ou suffisant d'amender des lois en vigueur (p. ex. en matière de santé publique, d'emploi, de discrimination)?
- Quelles recommandations sont disponibles auprès d'organismes comme l'ONUSIDA et le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, en ce qui concerne la réforme du droit?
- Quelles données existe-t-il pour démontrer que des approches similaires, pour des enjeux liés au VIH, ont porté fruit dans d'autres pays?
- La réforme du droit présente-t-elle un risque de conséquences néfastes et indésirables? Le cas échéant, comment les éviter?
- Après la réforme du droit, quelles autres mesures (p. ex. règlements, formation, soutien en matière de représentation légale) seront nécessaires afin que la réforme fasse une différence significative dans la vie des personnes qu'elle est supposée aider?

L'omission de ce type de questions conduirait à l'avènement d'autres lois nationales malavisées, adoptées à la hâte et dont les pires dispositions porteront atteinte aux engagements des États à l'égard des droits humains des personnes qui vivent avec le VIH et de celles qui y sont vulnérables. En revanche, la réponse à de telles questions pourra aider à faire en sorte que les lois sur le VIH soient efficaces, appropriées et justes.

– Richard Pearshouse

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

[1] R. Pearshouse, « Contagion législative : propagation de nouvelles lois problématiques sur le VIH en Afrique occidentale », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 12(2/3) (2007) : 1; 5–12.

[2] Des lois nationales sur le VIH ont été adoptées au Bénin, au Burundi, en Guinée, en Guinée-Bissau, au Mali, au Niger, au Togo et en Sierra Leone. L'article cité à la note ci-dessus traitait des lois de tous ces pays sauf du Burundi.

[3] Depuis le premier article traitant de ces développements (*cf* note 1), des lois sur le VIH ont été adoptées au Cap Vert, au Tchad, en Mauritanie, en Guinée équatoriale, au Burkina Faso et en République démocratique du Congo.

[4] Au moment d'écrire ces lignes, des lois sur le VIH étaient en préparation au Sénégal, en Côte d'Ivoire, au Liberia et en Gambie. Hors de l'Afrique centrale et occidentale, le Mozambique, l'Ouganda et le Malawi en sont à diverses étapes du processus législatif. Ces listes ne sont pas exhaustives.

[5] Par exemple, le Cap Vert et la Mauritanie imitent étroitement la « loi type ».

[6] Voir, par exemple, ONUSIDA/Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales*, version consolidée de 2006, à http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC520-HumanRights_fr.pdf; ONUSIDA, Union interparlementaire et Programme des Nations Unies pour le développement, *Agir contre le VIH et le sida – Guide pratique à l'intention des parlementaires N° 15*, Genève, 2007. Disponible en français, anglais et espagnol via http://www.ipu.org/english/handbks.htm#aids07.

[7] Assemblée générale des Nations Unies, *Déclaration politique sur le VIH/sida*, Rés./60/262, 2 juin 2006.

[8] Par exemple, la loi de la Mauritanie, *On the prevention, care and control of HIV/AIDS*, No. 2007.042, (2007), aux art. 23, 25 et 26. En criminalisant « la négligence, l'insouciance, la distraction ou l'inobservation des règlements » [trad.] des professionnels de la santé, la loi de la Mauritanie imite de près la « loi type » d'AWARE-HIV/AIDS.

[9] Par exemple, la loi de la Mauritanie crée une infraction criminelle de discrimination (pour laquelle la peine minimale est un mois d'emprisonnement) : voir l'art. 22. En ce qui a trait à la criminalisation de la stigmatisation, la loi sur le VIH de la République démocratique du Congo établit que « tout comportement qui tend à délibérément discréditer, rejeter ou ridiculiser une personne qui vit avec le VIH/sida, ses partenaires sexuel(le)s, ou ses enfants ou parents, au motif de la séropositivité, avérée ou présumée » [trad.] est passible de responsabilité criminelle et d'une peine minimale d'un mois en prison. De tels comportements sont sans contredit inacceptables, mais ne sont pas matière à infraction pénale. Cependant, les lois sur le VIH pourraient (à raison) criminaliser la démonisation en lien avec le VIH (parfois appelée « incitation à la haine »).

[10] Voir, p. ex., la loi de la Mauritanie, à l'art. 6, où l'on imite de près la « loi type » d'AWARE-HIV/AIDS.

[11] « Bill on Defending Human Rights and the Fight against the Stigmatisation and Discrimination of People living with HIV and AIDS » (2008), du Mozambique, art. 7. Ce texte de loi est actuellement en révision et l'on ne sait pas ce qu'il adviendra de cette disposition.

[12] Art. 22. Sur ce point, entre autres, la loi du Cap Vert suit de près la « loi type » d'AWARE-HIV/AIDS.

[13] Art. 7 et 8.

[14] Voir *Directives internationales*, directive 3(g).

[15] L'article 18 de la « loi type » d'AWARE-HIV/AIDS prévoit le test obligatoire du VIH « [l]orsqu'une personne est inculpée d'infection à VIH/SIDA d'une autre personne ou tentative d'infection à VIH »; lorsqu'une personne est inculpée de viol; « [l]orsque la détermination du statut sérologique à VIH est nécessaire pour résoudre un litige matrimonial »; dans le cas de dons d'organe, de tissus ou de sang; ou lorsqu'une femme enceinte passe un examen médical. Pour une raison inconnue, la disposition qui établit le test obligatoire des femmes dans le cadre des soins prénatals est énoncée dans la version anglaise de la « loi type », mais pas dans sa version française.

[16] Voir, p. ex., la loi no 19/VII/2007, du Cap Vert, à l'art. 15; la loi de la Mauritanie, *On the prevention, care and control of HIV/AIDS*, No. 2007.042, (2007), à l'art. 15; et la loi sur le VIH du Burkina Faso, à l'art. 19(2).

[17] ONUSIDA/OMS, *Déclaration politique sur le test VIH*, 2004, p. 2.

[18] Il sied de noter que la version actuelle de la loi de la Côte d'Ivoire sur le VIH ne renferme pas de disposition criminalisant l'exposition au VIH ou sa transmission.

[19] Voir, p. ex., la loi sur le VIH de la République démocratique du Congo (2008), art. 43.

[20] Voir p. ex. la loi de la Mauritanie No. 2007.042, (2007), art. 1 où l'on imite de près la « loi type » d'AWARE-HIV/AIDS.

[21] Il semble que la loi ait été adoptée sans modification du projet de loi décrit ici.

[22] L'art. 20 stipule que « [t]oute personne qui sait qu'elle est séropositive au VIH et qui a délibérément des rapports sexuels non protégés avec un partenaire qui ne le sait pas, y compris si cette personne est séropositive, est coupable d'un crime de transmission volontaire du VIH; l'art. 26 établit que « Quiconque se sait séropositif et ne prend pas les précautions nécessaires et suffisantes pour protéger ses partenaires s'expose à des sanctions pénales » [trad.]. L'article établit les sanctions à une amende d'entre 100 000 et 1 000 000 francs CFA (environ 290 $ à 2 900 $ CAN), si la transmission ne se produit pas, ou à celle pour tentative d'homicide si la transmission se produit; l'art. 27 réitère le phrasé de l'art. 22 au premier paragraphe. Le deuxième paragraphe traite des complices de l'infraction abords au premier, alors que le troisième stipule que les personnes responsables ou complices d'un acte de transmission volontaire seront punies conformément au Code pénal.

[23] Par exemple, au moment où nous rédigions cet article, des révisions pour améliorer la loi nationale du Togo sur le VIH étaient envisagées.

[24] Voir ONUSIDA et coll., *Capacity Building Workshop on Human Rights and Gender in HIV Legal Frameworks — Final Report*, 2008. En filière auprès de l'auteur.

[25] Voir « The Prevention and Control of HIV and AIDS Act (2007) » [Sierra Leone], art. 21(a) et (b).

[26] Voir Centre for Reproductive Rights, *Pregnant Women Living with HIV/AIDS: Protecting Human Rights in Programs to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV*, Briefing Paper, 2005, à www.reproductiverights.org/pdf/pub_bp_HIV.pdf.

[27] D'après certaines recherches, l'allaitement pourrait être la voie d'infection par le VIH pour un tiers des nourrissons et jeunes enfants séropositifs, en Afrique (K.M. De Cock et coll., « Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries – translating research into policy and practice », *JAMA* 283 (2000) : 1175–1182). À l'heure actuelle, d'après les recommandations onusiennes, les nourrissons devraient être nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie, pour une croissance et une santé optimales (OMS, *New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Their Policy Implications: Conclusions and Recommendations,* 2001.

[28] « Transmission volontaire du VIH » est défini à l'art. 1 de la « loi type » d'AWARE-HIV/AIDS comme étant la transmission du VIH par « l'inoculation de substances infectées par le VIH, de quelque manière que ces substances aient été employées ou administrées et quelles qu'en aient été les suites ». Dans ce contexte, l'expression « de quelque manière » pourrait inclure le cas d'une mère qui a transmis le VIH à un enfant, y compris *in utero* ou pendant la phase de travail ou l'accouchement. Les pays qui ont répliqué cette approche dans leur loi nationale risquent ainsi de criminaliser la transmission périnatale.

[29] « Loi relative à la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/sida », (No. 2005-25) [Guinée], art. 2 et 28.

[30] Par exemple, les sanctions pénales prévues dans la loi sur le VIH de la République de Maurice ont été retirées de la loi éventuelle. Voir « HIV and AIDS Act » (2006) et International Planned Parenthood Federation, Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida et Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida, *Conclusions sur un virus : santé publique, droits de l'homme et droit pénal,* 2008, p. 36.

[31] ONUSIDA, *Recommandations de l'ONUSIDA concernant la modification de certains articles problématiques de la loi de N'Djamena sur le VIH (2004)*, 2008, p. 1, à http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/2008012_alternativelanguage_ndajema_legislation_fr.pdf. L'auteur du présent article a participé à l'élaboration de ce document.

[32] ONUSIDA, *Recommandations de l'ONUSIDA*, p. 20.

[33] Voir J. Fahngon, « New AIDS law calls for confidentiality », *The News,* 4 septembre 2008, http://allafrica.com/stories/printable/200809040848.html.

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.

Résultats prometteurs de la première étude nord-américaine sur la prescription d'héroïne

En octobre 2008, l'équipe de recherche de la North American Opiate Medication Initiative (NAOMI) a rendu publics les résultats préliminaires d'un essai contrôlé randomisé visant à déterminer si la provision d'héroïne pharmaceutique sous supervision médicale est bénéfique aux personnes ayant une dépendance chronique aux opiacés et n'ayant pas eu de succès avec d'autres traitements. La phase de traitement s'est terminée en juin 2008. Des taux de rétention et de réponse élevés suggèrent que le traitement de prescription d'héroïne serait sûr et hautement efficace chez les personnes ayant une dépendance chronique à l'héroïne.[1]

Financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, l'étude NAOMI comporte deux sites, à Montréal et à Vancouver. Le recrutement s'est amorcé en 2005. Au total, 251 candidats qui répondaient aux critères d'admissibilité ont donné leur consentement éclairé à participer à l'étude, soit 59 à Montréal et 192 à Vancouver.[2]

La population cible était des utilisateurs chroniques d'héroïne pré-

sentant des problèmes sociaux et de santé sévères et comptant plusieurs tentatives antérieures de traitement. Des critères d'admissibilité stricts ont été appliqués lors du recrutement – notamment, tous les participants devaient être âgés de 25 ans ou plus; faire usage d'opiacés depuis cinq ans ou plus; s'être injecté régulièrement des opiacés au cours du dernier mois et pendant au moins huit des 12 derniers mois; et ne pas avoir participé à un autre programme de substitution d'opiacés au cours des six mois précédents.

Les critères d'exclusion incluaient la grossesse, la libération conditionnelle, la possibilité d'une incarcération prolongée pendant l'étude (p. ex., procès prévu pour un acte criminel) et certaines affections comme la maladie respiratoire, le trouble bipolaire, la schizophrénie et la dépression aiguë.[3]

L'échantillon retenu présentait les caractéristiques suivantes :

- moyenne d'âge de 39,7 ans;
- 38,6 % de femmes;
- 23,9 % s'identifiant comme autochtones;
- 72,9 % en situation de logement instable;
- 70,9 % ayant été régulièrement sans emploi au cours des trois années précédentes – l'aide publique et les activités illégales étant les sources de revenu les plus souvent citées; et
- 62,9 % de personnes séropositives au virus de l'hépatite C; et 9,6 % au VIH.[4]

Les participants ont été assignés au hasard à trois groupes. Ceux qui faisaient partie du groupe expérimental ont reçu soit de la diacétylmorphine injectable (« DAM », c'est-à-dire de l'héroïne) (45 % des participants), soit de l'hydromorphone injectable (« HMO », un puissant opiacé médicalement disponible) (10 % des participants).

La démarche était à double insu, c'est-à-dire que ni les participants, ni les infirmières cliniques, les médecins ou les chercheurs ne savaient quelle drogue était donnée à chaque patient.[5]

Les membres du groupe de contrôle (45 % des participants) ont reçu un traitement d'entretien à la méthadone (TEM) optimisé. Puisque le TEM est administré par voie orale, il était impossible d'établir une comparaison à double insu.[6]

Les participants du groupe expérimental ont reçu le traitement pour un maximum de 15 mois. Ils visitaient la clinique NAOMI jusqu'à trois fois par jour pour y obtenir une seringue stérile et préalablement remplie de DAM ou de HMO.

Après 12 mois, s'est entamée leur phase de transition ou de sevrage; on leur a fourni de l'aide pour le traitement de leur choix (entretien à la méthadone, abstinence ou autres programmes disponibles).[7] Les membres du groupe de contrôle se rendaient à la clinique une fois par jour pour recevoir une dose orale de méthadone.[8]

Les résultats préliminaires de l'étude se basent sur deux variables : la *rétention* du traitement (i.e., la fidélité au traitement, au programme de désintoxication/traitement de la toxicomanie ou à l'abstinence) et la *réponse* au traitement (i.e., déclin de l'usage de drogue illicite et de l'implication dans le système judiciaire).[9]

Les taux de rétention et de réponse étaient élevés parmi les groupes ayant reçu la DAM et le TEM, mais significativement supérieurs dans le groupe ayant reçu la DAM. En termes de rétention, 87,8 % du groupe DAM et 54,1 % du groupe TEM participaient encore au programme après 12 mois.[10] Les taux de réponse au traitement étaient de 67 % et 47,7 %, respectivement, pour les groupes DAM et TEM.[11]

Parmi le groupe DAM, 63,5 % ont atteint les deux résultats préliminaires, comparativement à seulement 35,1 % parmi le groupe TEM.[12] De plus, les chercheurs ont noté d'importantes améliorations aux résultats de santé physique et psychologique des deux groupes, en particulier pendant la première phase du traitement.[13]

Les résultats préliminaires étaient semblables parmi les individus ayant reçu l'héroïne (DAM) et ceux ayant reçu de HMO. Par ailleurs, la plupart des participants ne semblaient pas capables de distinguer les deux drogues.[14]

D'autres études sont requises pour déterminer si la HMO est aussi efficace que le traitement à l'héroïne. Si cela est démontré, la HMO pourrait constituer une avenue de rechange légale et moins politiquement controversée que la prescription d'héroïne, pour le traitement de la dépendance chronique aux opiacés.[15]

Au Canada, entre 60 000 et 90 000 personnes sont dépendantes d'opiacés illicites comme l'héroïne.[16] Le TEM, qui constitue la norme de soins actuelle, est efficace dans plusieurs cas. Or l'étude NAOMI donne à penser que la prescription d'héroïne ou de HMO pourrait être une avenue de rechange efficace pour les personnes ayant une dépendance chronique aux opiacés et pour lesquelles d'autres traitements, comme le TEM, ont échoué. L'analyse des données et le suivi des participants se poursuivront en 2009.

– Alison Symington

[1] Équipe de l'étude NAOMI, *Reaching the Hardest To Reach — Treating the Hardest To Treat: Summary of the Primary Outcomes of the North American Opiate Medication Initiative (NAOMI)*, 17 octobre 2008, www.naomistudy.ca/pdfs/NAOMI.Summary.pdf.

[2] *Ibid.*, p. 7.

[3] *Ibid.*, p. 5–6.

[4] *Ibid.*, p. 7–8.

[5] *Ibid.*, p. 3.

[6] *Ibid.*, p. 3.

[7] North American Opiate Medication Initiative (NAOMI), *Status Report*, octobre 2008, p. 2.; North American Opiate Medication Initiative (NAOMI), *Questions and Answers*, avril 2006, p. 5. Accessibles via www.naomistudy.ca.

[8] NAOMI, *Questions and Answers*, p. 5.

[9] Équipe de l'étude NAOMI, p. 4.

[10] *Ibid.*, p. 10.

[11] *Ibid.*

[12] *Ibid.*, p. 11.

[13] *Ibid.*, p. 15.

[14] *Ibid.*, p. 12.

[15] *Ibid.*, p. 18.

[16] NAOMI, *Status Report*, p. 3.

Nouvelle politique relative au fardeau excessif, pour les demandes d'immigration

En vertu d'une politique adoptée en septembre 2008, les agents de Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) doivent désormais tenir compte de tous les éléments présentés par un requérant à l'immigration, avant de prendre une décision d'inadmissibilité au motif de fardeau excessif pour les services sociaux. Les renseignements fournis par le requérant, le cas échéant, à propos de sa capacité et de son intention de réduire l'incidence financière sur les services sociaux canadiens devront être pris en considération dans la décision sur sa demande.[1]

En 2005, dans les affaires *Hilewitz c. Canada* et *De Jong c. Canada*,[2] la Cour suprême du Canada a conclu que la situation personnelle de deux requérants à l'immigration qui avaient fait leur demande dans les catégories « investisseur » et « travailleur autonome » de la *Loi sur l'immigration* était un facteur pertinent à l'évaluation du fardeau probable que leur maladie pourrait représenter pour les services sociaux canadiens.

La Cour a établi qu'afin de prévoir de manière réaliste l'éventuelle demande d'un requérant en termes de services sociaux, il est nécessaire de prendre en considération la capacité et l'intention du requérant de les payer. Le seuil permettant de déterminer si l'on devrait ou pourrait raisonnablement s'attendre à ce que l'état médical d'une personne occasionne un fardeau excessif est le seuil de la probabilité raisonnable.

La Division d'appel de la Cour fédérale a jugé ultérieurement, dans l'affaire *Canada c. Colaco*, qu'une telle évaluation individuelle est applicable également dans le cas de requérants qui sont des travailleurs qualifiés.[3]

En conséquence, CIC a publié un bulletin opérationnel où il est indiqué que les arrêts *Hilewitz* et *De Jong* s'appliquent à toutes les catégories de requérants à l'immigration. Le bulletin affirme que le requérant « est tenu de fournir à l'agent des renseignements d'une qualité et d'une précision suffisantes pour permettre d'évaluer la probabilité qu'il aura recours aux services sociaux »;[4] dans la même foulée, il est précisé que « le demandeur peut fournir la preuve de sa capacité et de son intention de réduire l'incidence financière sur les services sociaux canadiens, et cela devra être pris en considération au moment de rendre la décision ».[5]

Commentaire

Il est possible qu'une évaluation individualisée des demandes d'immigration procure aux requérants de meilleures chances de démontrer qu'ils ne constitueraient pas un « far-

deau excessif » pour les services sociaux; cependant les implications de la nouvelle politique de CIC ne sont pas claires en ce qui concerne les requérants à l'immigration qui sont séropositifs au VIH.

Généralement, le refus de demandes d'immigration de personnes séropositives, au Canada, découlait de l'hypothèse qu'elles pourraient se prévaloir de soins de santé payés par les régimes gouvernementaux de soins de santé, une fois établies au Canada. Puisque la nouvelle politique de CIC ne réfère qu'à une évaluation individuelle de la probabilité de besoin de services sociaux, *et non du besoin de services de santé*, les requérants à l'immigration qui sont séropositifs n'ont pas la même occasion de démontrer qu'ils pourraient contribuer à réduire le coût d'une possible demande de services de santé.

Dans l'affaire *Hilewitz*, la Cour suprême a signalé que les services sociaux sont régis par les lois des provinces, et que la loi pertinente de l'Ontario, province où les deux plaignants avaient exprimé l'intention de s'installer, envisageait manifestement la possibilité de contributions financières des familles qui en auraient la possibilité.

La Cour a affirmé que même si les intentions affirmées par les plaignants de financer eux-mêmes leur recours à des services sociaux ne se concrétisaient pas, les ressources financières des deux familles en cause étaient telles qu'elles seraient tenues de payer elles-mêmes une part substantielle, voire la totalité, des coûts associés à certains services sociaux fournis par la province, si elles y avaient recours.

Or les services de santé au Canada sont aussi régis par les provinces, et l'admissibilité à des régimes d'assurance médicaments financés par les gouvernements provinciaux peut être liée, selon la province de résidence, à des critères de revenu, d'âge et de handicap.[6]

En Ontario, par exemple, l'assurance médicaments subventionnée n'est accordée qu'aux personnes de 65 ans et plus, aux prestataires d'aide sociale, aux personnes qui vivent dans des résidences de soins spéciaux et à long terme ou qui reçoivent des soins professionnels à domicile et aux personnes qui sont aux prises avec un coût élevé de médicaments d'ordonnance en comparaison avec le revenu net de leur foyer.[7]

Étant donné que les médicaments d'ordonnance constitueraient la majeure partie des coûts de santé pour plusieurs requérants à l'immigration, ils devraient être en position d'affirmer qu'ils paieront eux-mêmes leurs médicaments anti-VIH, et n'imposeraient donc pas un « fardeau excessif » aux services de santé – un argument qui devrait avoir plus de poids dans les provinces où les médicaments d'ordonnance sont moins susceptibles d'être financés par le gouvernement.

Il se peut toutefois que cet argument n'ait pas grand valeur, puisque la nouvelle politique de CIC ne concerne pas les soins de santé.

– Sandra Ka Hon Chu

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

[1] CIC, « Évaluation de fardeau excessif pour les services sociaux », Bulletin opérationnel 063, 24 septembre 2008.

[2] *Hilewitz c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration); De Jong c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, [2005] 2 R.C.S. 706 (Cour suprême du Canada).

[3] *Canada (Citoyenneté et Immigration) c. Colaco*, 2007 CFA 282 (Cour fédérale, Division d appel) (CanLII).

[4] CIC.

[5] *Ibid.*

[6] Réseau canadien d'info-traitements sida, *Accès aux médicaments anti-VIH : Programmes fédéraux, provinciaux et territoriaux d'accès aux médicaments*, non daté (www.catie.ca/Fre/Publications/accesmedicaments/accesmedicamentsindex.shtml).

[7] Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, *Programmes publics de médicaments de l'Ontario : questions et réponses*, 23 juin 2008 (www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/drugsf/drugsfaq_dtf.html).

La Colombie-Britannique adopte sa *E-Health Act*

Le 29 mai 2008, le Projet de loi 24 est devenu loi en Colombie-Britannique. La *E-Health (Personal Health Information Access and Protection of Privacy) Act* [*Loi sur la cybersanté (accès aux renseignements médicaux personnels et protection de la vie privée)*] établit un cadre de travail pour créer des bases de données gouvernementales de renseignements médicaux personnels.

La loi permet au ministère de la Santé d'établir un système de dossiers médicaux électroniques qui sera accessible à des individus autorisés à travers la province.

Elle permet la collecte, l'usage et la distribution de renseignements médicaux personnels par le biais de banques d'informations, et ce à diverses fins – notamment pour fournir des services de santé à un patient, prévenir ou gérer des affections chroniques, faciliter l'application de l'assurance maladie ou la facturation de services de santé, évaluer des besoins de santé publique et y répondre, planifier des services de santé ou mener des recherches.[1]

Selon la loi, le ministre est tenu d'autoriser la soumission de « directives sur la divulgation » par les individus dont les renseignements médicaux sont enregistrés dans une base de données.[2] Les patients peuvent ainsi limiter l'usage ou la divulgation de leurs renseignements médicaux personnels, en faisant masquer certaines informations afin qu'elles ne soient pas accessibles aux usagers du système.

Le ministre peut limiter l'application des directives de divulgation à un ou plusieurs types de renseignements, à une ou plusieurs fins, ou à une ou plusieurs catégories d'individus.[3]

La loi requiert que le ministre nomme un comité de gestion des données, composé d'au plus 12 membres – dont un représentant du ministère; un représentant des conseils régionaux de la santé ou de l'autorité provinciale des services de santé; un représentant nommé par chacun des conseils du College of Physicians and Surgeons of British Columbia et par le conseil du College of Pharmacists of British Columbia et le conseil d'administration du College of Registered Nurses of B.C.; un chercheur en santé; et trois représentants du public.[4]

Le comité de gestion des données peut recommander au ministre que les directives sur la divulgation ne soient pas applicables à une certaine banque d'informations.[5] Il aura aussi pour tâche d'examiner les demandes d'information à des fins de planification et de recherche.[6]

En vertu de la loi, le comité de gestion des données ne peut approuver les demandes d'utilisation de renseignements médicaux personnels à des fins de recherche que si : l'étude ne peut raisonnablement être menée sans la divulgation de renseignements médicaux personnels; l'information ne servira pas à contacter des individus pour solliciter leur participation à l'étude, à moins d'autorisation du commissaire à la vie privée; la divulgation des renseignements ne causera pas de préjudice aux individus concernés et les bienfaits escomptés sont clairement d'intérêt public; et le comité de gestion des données a imposé des conditions relatives à la sécurité, à la confidentialité, au retrait des identifiants personnels et à l'utilisation ou à la divulgation subséquente de l'information.[7]

La loi stipule aussi que tout individu peut avoir accès à ses renseignements médicaux personnels et aux directives de divulgation enregistrées dans une banque de données de même qu'à l'information concernant les parties ayant collecté, utilisé ou divulgué ces renseignements.[8] Enfin, la loi renferme des dispositions sur les ententes d'échange d'information, un registre des fournisseurs, des protections pour les dénonciateurs, ainsi que des infractions et règlements.[9]

Commentaire

Bien que l'intention affirmée du projet de cybersanté soit de fournir des soins de santé de meilleure qualité aux citoyens de la Colombie-Britannique, des observateurs ont signalé que la nouvelle loi ne répond pas adéquatement aux préoccupations de vie privée et de confidentialité.

La B.C. Persons with AIDS Society, la B.C. Freedom of Information and Privacy Association,

la B.C. Civil Liberties Association et la B.C. Coalition of People with Disabilities ont été impliquées dans le mécanisme consultatif préalable à l'adoption de la loi. Elles ont insisté pour que le droit des patients de contrôler leurs propres renseignements médicaux soit enchâssé dans la loi, avec seulement de strictes exceptions pour les urgences et les vérifications.[10]

Des critiques ont aussi mis en relief l'inutilité, dans la loi, d'un vaste éventail de motifs pour la divulgation de renseignements médicaux personnels. Par exemple, la loi autorise des dirigeants à collecter et à utiliser des renseignements personnels à des fins de planification, de maintien et d'amélioration des services de santé – or, pour ce faire, des données agrégées suffiraient.[11]

De plus, la loi autorise la divulgation de renseignements médicaux personnels à des chercheurs sans le consentement éclairé du patient concerné.[12] Elle permet aussi la divulgation sans consentement de tels renseignements à plusieurs employés gouvernementaux, même hors du Canada.[13]

Compte tenu de la délicatesse des renseignements visés – dossiers médicaux, ordonnances, résultats d'examens, etc. – il est particulièrement important que des mesures soient adoptées pour protéger la vie privée. Comme l'a expliqué Ross Harvey, de la B.C. Persons with AIDS Society :

> Pour les personnes vivant avec le VIH qui tentent de protéger la confidentialité de leur séropositivité dans leur communauté, les problèmes que pose ce système sont évidents. Le risque que des individus non autorisés soient informés de leur situation est énorme – en particulier dans les communautés plus petites, où il pourrait n'y avoir qu'une pharmacie, par exemple. Cela pourrait entraîner une discrimination cruelle et nocive, si leur séropositivité venait à être connue du public.[14]

L'initiative de cybersanté sera déployée progressivement, avec l'introduction graduelle de diverses bases de données et mesures de protection de la vie privée. Cela soulève d'autres préoccupations parmi les activistes, à l'effet que des renseignements médicaux personnels puissent être disponibles avant que ne soient établis des systèmes permettant aux individus concernés de soumettre des directives concernant la divulgation de leurs renseignements.

De plus, le système de cybersanté pourrait éventuellement être intégré dans un système élargi de « gestion de cas », qui permettrait l'échange d'information entre divers ministères comme ceux du Développement des enfants et de la famille, de l'Emploi et du Soutien du revenu.[15]

L'on s'attend à ce que le développement et la mise en œuvre complète du système de cybersanté de la Colombie-Britannique s'étendent sur plusieurs années. L'Alberta est déjà dotée d'un système semblable, et d'autres provinces s'affairent à l'élaboration de systèmes d'échange de renseignements médicaux par voie électronique.

– Alison Symington

---

[1] *E-Health (Personal Health Informational Access and Protection of Privacy) Act*, 29 mai 2008, art. 4 et 5.

[2] *Ibid.*, art. 8(1).

[3] *Ibid.*, art. 8(2).

[4] *Ibid.*, art. 12 (1) et (2).

[5] *Ibid.*, art. 8(3).

[6] *Ibid.*, art. 14.

[7] *Ibid.*, art. 15.

[8] *Ibid.*, art. 17(1).

[9] *Ibid.*, art. 19–26.

[10] British Columbia Persons with AIDS Society, « Government wants carte blanche over your personal health information: privacy advocates take aim at BC Government's eHealth legislation », communiqué, Vancouver, 23 avril 2008.

[11] *E-Health Act*, art. 4(g); *Briefing Note: eHealth, Bill 24 and Individual Consent*, 20 mai 2008, présentée à l'honorable George Abbott, ministre de la Santé, par des représentants de la B.C. Civil Liberties Association, de la B.C. Coalition of People with Disabilities, de la B.C. Freedom of Information and Privacy Association et de la B.C. Persons with AIDS Society, p. 5–6 [en filière auprès de l'auteure].

[12] *E-Health Act*, art. 15; *Briefing Note*, p. 7.

[13] *Briefing Note*, p. 6–10.

[14] R. Harvey, « Big brother is coming », *living +*, juillet/août 2008, p. 8.

[15] *Ibid.*, p. 9.

Élections fédérales – La plupart des partis politiques répondent à un questionnaire sur le sida

Lors de la récente campagne électorale fédérale, le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Coalition interagence sida et développement ont envoyé un questionnaire aux chefs des cinq principaux partis politiques fédéraux, pour connaître leurs positions sur des enjeux clés en matière de VIH/sida.[1] Le Parti libéral, le Nouveau Parti démocratique (NPD), le Bloc québécois et le Parti vert y ont répondu, mais pas le Parti conservateur.[2]

(Le 14 octobre, les Canadiens sont allés aux urnes dans le cadre d'une élection fédérale. Le Parti conservateur a remporté 143 circonscriptions [comparativement à 127 à l'élection de 2006] et le Parti libéral, 76 [soit 19 de moins qu'en 2006]. Le Bloc québécois a fait élire 50 députés; le NPD, 37; et deux indépendants ont été réélus.)[3]

Le questionnaire renfermait sept questions, sur le Régime canadien d'accès aux médicaments; les services de réduction des méfaits; les programmes d'échange de seringues en prison; le financement de la recherche sur les nouvelles technologies de prévention du VIH; le renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement; la contribution canadienne au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme; et le financement de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/sida au Canada.

À la simplification du Régime canadien d'accès aux médicaments, le Parti libéral s'est dit favorable, afin de rehausser l'accès pour ceux qui ont besoin de médicaments salvateurs. Le NPD a affirmé qu'il ferait les ajustements nécessaires pour surmonter les obstacles émergents.

Le Bloc québécois a répondu qu'il surveillerait attentivement les résultats et qu'il demanderait en temps opportun à un comité parlementaire d'examiner les problèmes du mécanisme actuel. Le Parti vert a déclaré qu'il appuierait le Régime canadien d'accès aux médicaments en équilibrant les obligations commerciales et de propriété intellectuelle du Canada avec l'urgence de l'objectif humanitaire.[4]

Pour ce qui est de l'appui aux services de réduction des méfaits en tant qu'élément d'une stratégie fédérale complète en matière de drogue, le Bloc a reconnu les aspects positifs de la réduction des méfaits et a signalé que les provinces ont l'autorité et la compétence de créer des lieux d'injection supervisée en tant que services médicaux. Le Parti libéral a dit souhaiter que l'appui au lieu d'injection supervisée de Vancouver soit maintenu et que son succès soit répliqué à travers le pays.

Le NPD a précisé qu'il avait toujours appuyé les stratégies de réduction des méfaits – y compris les lieux d'injection supervisée – en tant que pilier de son approche aux problèmes de santé liés à l'usage de drogue. Le Parti vert a aussi exprimé son appui aux lieux d'injection supervisée et aux programmes d'échange de seringues.[5]

Enfin, à la question savoir si leur parti introduirait des programmes d'échange de seringues dans les prisons canadiennes, le Bloc québécois, le Parti libéral et le NPD ont tous répondu par l'affirmative. Le Parti vert a affirmé ne pas avoir de politique à ce sujet, mais être ouvert à développer des partenariats pour améliorer la santé des détenus et du public général.[6]

– Alison Symington

[1] Lettre datée du 15 septembre 2008, accessible via www.aidslaw.ca/elections2008.

[2] Les réponses sont accessibles via www.aidslaw.ca/elections2008.

[3] « Harper 'very pleased' with stronger minority », *CBC News*, 15 octobre 2008.

[4] Les réponses.

[5] *Ibid.*

[6] *Ibid.*

Amendement à la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*

Avec l'adoption du Projet de loi C-50 (*Loi d'exécution du budget de 2008*) en juin 2008, les modifications à la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR) proposées à la Partie 6 du projet de loi ont été adoptées.

Tel que mentionné dans le numéro 13(1) de la *Revue*, les modifications accordent au ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration une discrétion accrue relativement à divers aspects du processus de demande d'immigration ou du statut de réfugié.[1] Notamment, il ne sera plus nécessaire de considérer les demandes pour motifs humanitaires venant de l'extérieur du Canada et le ministère aura désormais le pouvoir de déterminer l'ordre de traitement des catégories de demandes.

Des critiques ont avancé que les modifications accordent au ministre un trop grand pouvoir discrétionnaire pour la sélection des catégories d'immigrants qui seront admis au Canada, et que cela créera un déséquilibre dans le mécanisme de décision.[2]

De plus, les requérants à l'immigration perdront leur droit légal d'obtenir un visa, même s'ils répondent aux exigences de la loi; et les demandes de réunification familiale seront considérées moins prioritaires, au profit des demandes venant de travailleurs qualifiés.[3]

Enfin, selon les critiques, les modifications à la LIPR ne devraient pas être incluses dans un projet de loi sur le budget, mais plutôt dans une loi distincte où l'on pourrait débattre de leur mérite.[4]

En juillet et août 2008, la ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration de l'époque, Diane Finley, a consulté des dépositaires d'enjeux au sujet de la mise en œuvre des récents amendements, dans le cadre de rencontres sur invitation seulement.

Les dépositaires d'enjeux qui n'ont pas été invités aux rencontres consultatives pouvaient répondre à un questionnaire en-ligne et envoyer des commentaires par courriel. La consultation portait sur l'alignement du système d'immigration avec les besoins du marché du travail; elle n'a pas abordé l'ensemble des enjeux touchant les modifications à la LIPR.[5]

Commentaire

L'impact des amendements, pour les personnes vivant avec le VIH ou autrement affectées, dépendra des directives qui seront développées par le ministre, et des révisions qui y seront apportées.

Tant que la priorité demeurera de satisfaire les besoins du marché du travail par l'immigration, plutôt que de prendre en considération l'ensemble des droits, besoins et contributions des immigrants à la société canadienne, il y aura matière à s'inquiéter que l'amendement exacerbe des obstacles auxquels se heurtent déjà les personnes vivant avec le VIH ou autrement affectées qui souhaitent immigrer au Canada.

– Alison Symington

---

[1] A. Symington, « Modifications proposées à la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* dans le budget de 2008 », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(1) (2008) : 36.

[2] Ontario Council of Agencies Serving Immigrants (OCASI), « OCASI deputation on changes to the IRAP under Bill C-50 ». Accessible à http://ocasi.org/index.php?qid=967.

[3] *Ibid.*

[4] *Ibid.*; Conseil canadien pour les réfugiés, « 10 raisons d'être préoccupés par les modifications proposées à la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR) ». Accessible à http://www.ccrweb.ca/documents/c50dixraisons.htm.

[5] OCASI, « OCASI comments on CIC's consultation on the new process for the selection of immigrants ». Accessible à www.ocasi.org/index.php?qid=976.

En bref

Nouvelle stratégie du gouvernement fédéral pour éliminer les drogues illégales de ses prisons

L'honorable Stockwell Day, ministre de la Sécurité publique, a annoncé le 29 août 2008 un financement de 120 millions $ sur cinq ans afin de détecter et d'éliminer les drogues illégales dans les prisons fédérales. Selon Sécurité publique Canada, la politique anti-drogue en milieu carcéral :

- élargira significativement le programme de chiens détecteurs de drogue dans toutes les prisons fédérales;
- accroîtra la capacité liée aux renseignements de sécurité dans les établissements et les communautés avoisinantes;
- permettra d'acheter de nouveaux scanners ioniques, appareils à rayons X et autres dispositifs de sécurité pour les prisons fédérales à sécurité maximale ou moyenne;
- renforcera la sécurité du périmètre des établissements et le soutien technique;
- introduira une politique de visites fixes et un meilleur contrôle des points d'entrée de la drogue dans les prisons fédérales;
- établira une politique de fouille axée sur la tolérance zéro à l'égard du trafic de drogue, dans les prisons fédérales; et
- empêchera que des enfants soient utilisés comme passeurs de drogue dans les établissements.[1]

La nouvelle politique fait suite à un rapport de 2007 sur le Service correctionnel du Canada, qui renfermait 109 recommandations sur cinq enjeux clés, dont l'élimination de la drogue dans les prisons fédérales.[2]

– Alison Symington

Manitoba – Adoption d'une loi sur le test obligatoire

La *Loi sur l'analyse de fluides corporels et la communication des résultats d'analyse* a été adoptée le 12 juin 2008, sans amendement au texte original déposé en avril 2008 par le ministre de la Santé.

Tel qu'expliqué dans le numéro 13(1) de la *Revue*, la loi autorise une personne qui a été en contact avec tout liquide corporel d'une autre personne à demander une ordonnance de test si le contact résulte d'un acte criminel à son endroit, de la fourniture de services d'urgence ou de premiers soins, ou de tâches liées au travail de pompier ou de technicien ambulancier.[3]

Une personne source refusant de se conformer à une ordonnance est passible d'amende de 10 000 $ par jour ou d'une peine d'emprisonnement de six mois.[4]

– Alison Symington

Alberta – Des renseignements médicaux personnels seront accessibles en-ligne

L'Alberta sera la première province canadienne à rendre possible l'accès aux dossiers médicaux sur Internet. Elle travaille au développement d'un portail Web qui permettra aux citoyens d'avoir accès à leurs renseignements médicaux personnels, comme leur dossier de vaccination, leurs ordonnances et leurs résultats de radiographies et de tests en laboratoire ainsi qu'à de l'information éducative sur divers sujets de santé.[5]

Initialement, seuls des renseignements limités seront disponibles. On vise éventuellement à ce que les dossiers médicaux complets soient accessibles sur Internet.[6]

Le directeur général de la gestion de l'information d'Alberta Health a affirmé que la sécurité et la confidentialité seront de première importance dans le développement du nouveau service de cybersanté.[7] L'accès aux dossiers médicaux en-ligne soulève des préoccupations quant à la confidentialité des renseignements personnels et au risque de brèches à la sécurité.

Le vérificateur général de l'Alberta a signalé que les dossiers du gouvernement provincial ne sont pas aussi sûrs qu'ils devraient l'être. Il a décelé de nombreuses vulnérabilités dans les sites gouvernementaux examinés.[8]

L'Alberta est déjà dotée d'un site Internet hébergeant un système de dossiers médicaux électroniques à l'intention des professionnels de la santé.[9] D'autres provinces ont entrepris des initiatives semblables.

– Alison Symington

[1] Sécurité publique Canada, « Le gouvernement prend des mesures pour éliminer la drogue dans les prisons fédérales », communiqué, Agassiz, Colombie-Britannique, 29 août 2008.

[2] Voir A. Symington, « Publication d'un rapport indépendant sur les prisons », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(1) (2008) : 36-37.

[3] A. Symington, « Manitoba – Une loi autoriserait le test du VIH sans consentement », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(1) (2008) : 30–32.

[4] *Loi sur l'analyse de fluides corporels et la communication des résultats d'analyse*, L.M. 2008, c. 19, art. 20.

[5] K. O'Neill, « Alberta first to offer medical information online », *Globe and Mail*, 17 octobre 2008.

[6] *Ibid.*

[7] *Ibid.*

[8] Auditor General Alberta, *Report of the Auditor General of Alberta, October 2008*, p. 57–60.

[9] www.albertanetcare.ca.

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.

Mexique – Recommandations générales contre le test obligatoire du VIH et le renvoi des forces armées

En septembre et octobre 2008, la Commission mexicaine des droits humains (CMDH) a émis trois recommandations distinctes traitant de la pratique de test obligatoire pour le VIH et du renvoi d'employés séropositifs des forces armées du Mexique.

Le 11 septembre 2008, la CMDH a publié la Recommandation nº 45 de 2008, relativement aux cas de deux employés de la Marine.[1] À la suite d'un diagnostic de séropositivité au VIH, l'un a été démis de ses fonctions et forcé à la retraite, l'autre a été déclaré « renvoyé pour inutilité » (« *retiro por inutilida* »).

La Commission a jugé que la Marine avait violé dans les deux cas le droit à l'égalité et à la protection contre la discrimination. Elle a recommandé que le Secrétaire de la Marine « fournisse réparation pour les dommages matériels et moraux » infligés aux deux individus, et que leur renvoi soit annulé.

Le 23 septembre 2008, la CMDH a émis la Recommandation nº 49 de 2008, relativement aux cas de trois employés de la défense nationale (i.e. les forces armées).[2] Il s'agissait dans les trois cas de renvois à la suite d'un diagnostic de séropositivité au VIH.

La Commission a conclu que le Secrétaire de la Défense nationale avait violé dans les trois cas le droit à l'égalité et à la protection contre la discrimination. Elle a recommandé que le Secrétaire de la Défense nationale « fournisse réparation pour les dommages matériels et moraux » infligés aux deux individus, et que leur renvoi soit annulé.

Dans le sillage immédiat de ces deux affaires, le 15 octobre 2008 la CMDH a adressé une autre recommandation au Secrétaire de la Défense nationale.[3] Cette recommandation concernait le cas d'un autre employé des forces armées, appelé « A1 ».

En août 2005, la compagnie militaire dont A1 faisait partie a été convoquée dans un hôpital militaire pour l'administration du test du VIH. A1 a été diagnostiqué séropositif et ce résultat a été communiqué au commandant de la compagnie sans le consentement de A1. Peu après, celui-ci a été renvoyé.

La Commission a constaté qu'il y avait eu violation des droits à l'égalité et à la protection contre la discrimination. Elle a critiqué la politique de renvoi du personnel militaire séropositif, en ces termes :

> Cette approche contribue à marginaliser ces personnes et constitue un acte discriminatoire au motif de l'état de santé; de plus, au motif de la présence de maladie, elle entrave leur accès à des prestations de sécurité sociale qui leur permettraient de recevoir les soins médicaux nécessaires à gérer cette même maladie.[4] [trad.]

La Commission a aussi établi que les forces armées avaient violé la loi mexicaine qui stipule que le test du VIH ne doit être administré qu'après le consentement éclairé de la personne en cause, et en assurant la confidentialité du résultat.[5] En plus de recommander que le Secrétaire de la Défense nationale répare les dommages moraux infligés à A1, et que son renvoi soit annulé, la Commission a recommandé que les autorités militaires :

> prennent les mesures nécessaires afin que le Secrétaire de la Défense nationale s'abstienne d'effectuer des tests du VIH parmi son personnel sans avoir préalablement obtenu le consentement explicite, spécifique, non équivoque et éclairé, et qu'il respecte la confidentialité [des résultats de ces tests]; ceci signifie que toute personne qui accepte de passer ce test le fasse en ayant une compréhension suffisante et de manière volontaire, et avec la certitude que le droit à la confidentialité du dossier [de santé] sera respectée. [trad.]

Les deux recommandations au Secrétaire de la Défense nationale ont été acceptées par ce dernier.[6] Après cette acceptation, une institution dispose habituellement d'un mois pour démontrer à la CMDH qu'elle a appliqué la recommandation. La Marine a par ailleurs rejeté celle qui lui avait été adressée.[7] Les plaignants peuvent intenter un recours devant les tribunaux.

Dans les trois recommandations, la Commission a cité l'arrêt de 2007 de la Cour suprême nationale du Mexique où fut déclaré inconstitutionnel un article de la Loi sur la Sécurité sociale pour les forces armées.[8] Cette loi était invoquée pour renvoyer tous les employés en cause. Elle établit que les militaires atteints de certaines maladies ou qui ont certains accidents sont susceptibles de renvoi. La liste des maladies inclut la séropositivité au VIH.[9] Les trois recommandations citent le raisonnement adopté par la Cour suprême dans l'arrêt, soit :

> Le législateur, en [établissant] le recours légal en matière de renvoi, vise à protéger l'efficience des forces armées et à protéger l'intégrité de son personnel et de tiers – des objectifs valides au plan constitutionnel; cependant, ledit règlement crée une distinction juridique, entre des employés des Forces armées du Mexique, qui porte atteinte à l'égalité et à la non-discrimination au motif de l'état de santé, garanties à l'article 1 de la Constitution politique des États unis du Mexique.
>
> Le règlement manque de proportionnalité et de caractère raisonnable au regard du droit, car (1) il n'est pas adéquat pour l'atteinte du but énoncé, puisque la science médicale (illustrée dans diverses lignes directrices nationales et internationales) a démontré l'inexactitude du fait de prendre pour acquis que les personnes portant ce virus – en soi – peuvent le transmettre par des actes banals et seraient pour cela intrinsèquement inaptes à s'acquitter des fonctions nécessaires au service dans l'Armée; (2) il est disproportionné puisque le législateur, afin d'atteindre le but énoncé, avait à sa disposition des voies de rechange moins néfastes, car la loi qui régit l'Armée permet de transférer un employé dans un autre domaine, selon ses capacités physiques qui évoluent pendant une maladie […]; (3) il manque de caractère raisonnable

> puisqu'aucune raison ne justifie le lien établi par le législateur entre la maladie et l'incapacité […].[10] [trad..]

En dépit de cet arrêt de la Cour suprême du pays, la loi demeure en application.

– Richard Pearshouse

[1] Commission nationale des droits humains [Mexique], « Concernant la discrimination au motif de l'état de santé à l'égard d'employés de la Marine atteints du VIH », Recommandation 45/2008, 11 septembre 2008. Texte complet (en espagnol) à www.cndh.org.mx/recomen/2008/045.htm.

[2] Commission nationale des droits humains [Mexique], « Concernant la discrimination au motif de l'état de santé à l'égard d'employés de la Défense nationale atteints du VIH », Recommandation 49/2008, 23 septembre 2008. Texte complet (en espagnol) à www.cndh.org.mx/recomen/2008/049.html.

[3] Commission nationale des droits humains [Mexique], « Concernant la discrimination au motif de l'état de santé », Recommandation 52/2008, 15 octobre 2008. Texte complet (en espagnol) à www.cndh.org.mx/recomen/2008/052.html.

[4] Commission nationale des droits humains [Mexique], Recommandation 52/2008.

[5] Règlement national sur la prévention et le contrôle de l'infection à virus de l'immunodéficience humaine, NOM-010-SSA2-1993 (Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993 para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana).

[6] « Sedena (Secretary of National Defense, acronym in Spanish) accepts NHRC recommendation on HIV case », *El Universal*, 6 novembre 2008. Voir www.eluniversal.com.mx/notas/553283.html.

[7] « NHRC concerned by Semar's rejection of recommendations on HIV cases », *El Universal*, 30 septembre 2008. Voir www.el-universal.com.mx/notas/vi_542875.html.

[8] Voir R. Pearshouse, « Mexique – La Cour suprême juge le congédiement de soldats séropositifs inconstitutionnel », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 12(1) (2007) : 52–53.

[9] Article 226, category II, no. 45 of the Social Security Institute Law for the Armed Forces (la Lay del Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Amramdas).

[10] Cité dans Commission nationale des droits humains [Mexique], « Concernant la discrimination au motif de l'état de santé à l'égard d'employés de la Marine atteints du VIH », Recommandation 45/2008.

Cambodge – Une loi sur la traite de personnes menace la réponse au VIH

En février 2008, la nouvelle Loi du Cambodge sur l'élimination de la traite de personnes et de l'exploitation sexuelle (*Law on the Suppression of Human Trafficking and Sexual Exploitation*) a été promulguée et est entrée en vigueur. La loi criminalise l'échange de rapports sexuels contre de l'argent, la sollicitation publique à des fins de prostitution et plusieurs formes de transactions financières associées au travail sexuel.[1] Elle est critiquée parce qu'elle rapproche travail sexuel et traite de personnes.[2]

À la suite de l'adoption de la loi, la police a amorcé une vaste opération ciblant des maisons de prostitution et des travailleuses et travailleurs sexuels de rue.[3] Selon l'organisme de droits humains cambodgien Licadho, le raid ciblant des travailleuses et travailleurs sexuels faisait partie d'une campagne plus vaste visant des populations socialement marginalisés. L'organisme a constaté que

> le gouvernement élimine les sans-abri, les mendiants et les travailleuses et travailleurs sexuels en les envoyant dans deux centres de détention, soi-disant à des fins de réhabilitation et d'éducation. La réalité est toutefois que ces personnes sont illégalement détenues et forcées de vivre dans des conditions effroyables où les repas consistent en un petit sac de riz, et où une chaudière placée au centre de la pièce sert de toilette commune.[4]

D'après un autre observateur,

> bon nombre de travailleuses et travailleurs sexuels ont été arrêtés et des maisons de prostitution ont été fermées à travers le pays. Des travailleuses et travailleurs sexuels ont été envoyés dans des centres de réhabilitation où ils étaient détenus dans des cellules communes sans toilette ni eau courante. Ils avaient peu de nourriture et certains affirment avoir été battus et violés. Celles et ceux vivant avec le VIH se seraient vu refuser des antirétroviraux (ARV).[5]

L'une des conséquences du raid parmi les travailleuses et travailleurs sexuels est la crainte croissante que

les condoms soient considérés comme une preuve criminelle, ce qui rend ces personnes plus réticentes à en garder sur elles et à en utiliser. Srey Mao, travailleuse sexuelle à Phnom Penh, a déclaré ceci à un journaliste :

> Lorsque la police arrive, je cours me cacher dans un trou, ou parfois je grimpe dans un arbre, mais je n'apporte pas de condom parce que si la police le trouvait, on m'accuserait de prostitution et de désordre.[6]

Les raids policiers ont soulevé d'importantes protestations. Le 16 juin 2008, environ 200 travailleuses et travailleurs sexuels cambodgiens ont manifesté contre la répression policière.[7] Selon un énoncé de position des Nations Unies, de donateurs et de la société civile, l'application de la loi « a de graves répercussions sur la santé publique et risque de compromettre le succès remarquable du Cambodge dans la réduction de la prévalence du VIH, de 2,0 % en 1998 à 0,9 % en 2007 ».[8]

Tony Lisle, coordonnateur-pays de l'ONUSIDA au Cambodge, signale que « [la loi sur la traite de personnes] a eu des conséquences non intentionnelles qui ont interrompu les services de prévention du VIH au sein de l'industrie du sexe ».[9] Selon lui, les ONG ont « énormément » de difficulté à joindre les travailleuses et travailleurs sexuels par la prévention du VIH, puisque ceux-ci travaillent dans les rues et les bars (au lieu de maisons de prostitution) pour échapper à la police.[10]

En 1999, le Cambodge a adopté une politique sur l'usage du condom à 100 %, qui exigeait la provision de condoms dans toutes les maisons de prostitution. Cette politique a été identifiée comme l'un des principaux facteurs ayant conduit à la diminution des taux de prévalence du VIH au pays. De 1998 à 2003, la prévalence du VIH a diminué de près de la moitié parmi les travailleuses et travailleurs sexuels œuvrant dans des maisons de prostitution, et a diminué significativement parmi les autres travailleuses et travailleurs sexuels.[11] Selon Tia Phalla, de l'Autorité nationale du sida du Cambodge, « l'application de la loi anti-traite nuit à l'usage du condom à 100 % dans les maisons de prostitution ».[12]

La loi du Cambodge sur la traite de personnes devrait être considérée dans la perspective de l'évaluation annuelle, par le Département d'État états-unien, des efforts nationaux pour contrer la traite de personnes. En 2006, le Département d'État états-unien a élevé le Cambodge du rang inférieur (« Tier 3 ») à celui de « Tier 2 Watch »; puis en 2008, il l'a classé au « Tier 2 ».[13] D'importantes sommes de financement seraient menacées si le pays était déclassé.[14]

– Richard Pearshouse

[1] U. Singh, « Case study: Cambodia's law on suppression of human trafficking and sexual exploitation », HealthDev.net. Accessible via http://healthdev.net/site/post.php?s=3840.

[2] C. Barton, « Brothel busts drive sex workers underground », *Phnom Penh Post*, 15 mai 2008.

[3] S. Ratana, « Condoms feared criminal in sex crackdown », *Voice of America (VOA)*, 2 septembre 2008. Accessible via www.voanews.com.

[4] Licadho: Cambodian League for the Promotion and Defence of Human Rights, « Cambodian Government operating unlawful detention camps in Phnom Penh, locking up homeless, beggars and sex workers », 2 juillet 2008. Accessible via www.licadho.org/articles/20080702/79/index.html.

[5] U. Singh, « Effective advocacy against law on suppression of human trafficking », HealthDev.net. Accessible via http://healthdev.net/site/post.php?s=3839.

[6] S. Ratana.

[7] « Cambodian sex workers gather at Buddhist temple to protest against crackdown », The Associated Press, 16 juin 2008.

[8] C. Barton.

[9] « Cambodia: Human trafficking crackdown also hits HIV prevention », *IRIN/PlusNews*, Phnom Penh, 21 octobre 2008.

[10] *Ibid.*

[11] N. Chaya, « Cambodia and HIV: Winning round two of a preventative fight », *Research Commentary: Population Action International* 1(7): 3. Certains organismes de travailleuses et travailleurs sexuels ont critiqué les programmes d'usage du condom à 100 %, en particulier ceux qui ont été conçus sans l'implication significative de travailleuses et travailleurs sexuels et qui impliquent des inspections et une supervision de la police ou de l'armée. Voir, par exemple, Network of Sex work Projects, « The 100% condom use program: a sex workers' rights perspective », janvier 2003. Accessible via www.nswp.org/safety/100percent.html.

[12] « Cambodia faces new HIV threat as 'condom campaign at risk », Agence France Presse, Phnom Penh, 10 septembre 2008.

[13] Embassy of the United States, Phnom Penh, Cambodge, « Cambodia placed on Tier 2 in 2008 Trafficking in Persons report », communiqué, Phnom Penh, 5 juin 2008. Accessible via http://cambodia.usembassy.gov/pr_060508.html.

[14] C. Barton.

États-Unis – Mesure provisoire vers l'abolition de l'interdiction de séjour aux personnes vivant avec le VIH

Le 29 septembre 2008, le Département de la sécurité intérieure (DSI) des États-Unis a promulgué un nouveau règlement simplifiant le mécanisme d'autorisation de séjour pour les personnes vivant avec le VIH qui souhaitent entrer aux États-Unis en tant que non-immigrants.[1]

Auparavant, les voyageurs séropositifs au VIH demandant un visa états-unien devaient obtenir l'autorisation du DSI, ce qui prenait en moyenne 18 jours.[2] En vertu du nouveau règlement, les personnes vivant avec le VIH qui satisfont aux exigences réglementaires pourraient recevoir l'autorisation d'un agent consulaire local, sans besoin d'autorisation spécifique du DSI, pour entrer aux États-Unis avec un visa de 30 jours. Dans la plupart des cas, l'autorisation pourrait être accordée le même jour que l'entrevue.

Le nouveau règlement constitue une réponse à une directive émise en décembre 2006 par le président George W. Bush, mandatant le DSI d'adopter un règlement pour simplifier le mécanisme d'autorisation d'entrée aux États-Unis pour les non-immigrants séropositifs au VIH.[3]

L'interdiction de séjour aux États-Unis pour les personnes vivant avec le VIH est en vigueur depuis 1987. À cette époque, le Département états-unien de la santé et des services à la personne (DSSP) avait d'abord placé le VIH et le sida sur sa liste de maladies dangereuses et contagieuses pouvant conduire à refuser à des étrangers l'entrée aux États-Unis.[4] L'interdiction a été codifiée dans la réautorisation des National Institutes of Health, en 1993.[5]

En juillet 2008, le président George W. Bush a signé le projet de loi pour la réautorisation du President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR), qui abolissait l'interdiction légale de séjour et d'immigration aux États-Unis pour les personnes séropositives au VIH.[6]

Le VIH demeure sur la liste du DSSP des « maladies transmissibles ayant un impact sur la santé publique », en vertu de laquelle des requérants peuvent se voir refuser l'entrée au pays. Le projet de loi du président n'exigeait pas le retrait du VIH de cette liste.[7] Une modification au règlement était donc nécessaire à l'abolition complète de l'interdiction.

Le nouveau règlement renferme encore l'exigence que les personnes vivant avec le VIH qui souhaitent entrer aux États-Unis n'aient aucun symptôme d'infection active associée au VIH. Elles doivent aussi démontrer que leur séjour au pays ne poserait qu'un risque minimal de transmission et pour la santé publique; qu'aucune agence états-unienne n'aurait à assumer de dépenses découlant de leur séjour au pays; et qu'elles disposent de provisions suffisantes de médicaments et de moyens financiers suffisants pour assumer les coûts des soins médicaux dont elles pourraient avoir besoin.

Une nouvelle exigence a toutefois été ajoutée : les personnes séropositives qui entrent aux États-Unis en vertu du mécanisme d'autorisation simplifiée doivent renoncer à la possibilité de demander une prolongation de séjour ou un ajustement au statut de résident permanent.[8]

Dans le préambule du nouveau règlement, le DSI signale que le règlement est catégorique, c'est-à-dire qu'« une autorisation est accordée … à tout requérant étranger répondant aux exigences et conditions ».[9] Le texte du règlement stipule toutefois qu'une autorisation « peut être accordée » par des agents consulaires.[10] Par conséquent, il n'est pas clair dans quelle mesure les agents consulaires ont le pouvoir de refuser des requérants séropositifs qui répondent aux exigences susmentionnées.

Même si le règlement fournit peu de détails sur la manière dont les agents consulaires évalueront chaque cas en termes de services financiers, d'accès aux médicaments et de risque pour la santé publique, le DSI affirme avoir préparé des directives spécifiques à l'intention des agents consulaires pour l'évaluation des demandes.

Par ailleurs, il est indiqué dans le règlement que le Département d'État « détient une vaste expérience de traitement de demandes en vertu du mécanisme d'autorisation actuel pour les personnes vivant avec le VIH », à laquelle les agents consulaires pourront se référer.[11]

Quelque 700 réponses ont été reçues par le DSI, au cours de la période de commentaires publics précédant la promulgation du règlement final. Plusieurs commentateurs s'inquiétaient que les restrictions de séjour aux États-Unis soient discriminatoires à l'endroit de personnes vivant avec le VIH, en particulier celles venant de pays en développement qui pourraient ne pas être en mesure de satisfaire aux exigences financières.[12] Plusieurs commentaires signalaient aussi que l'exigence fondée sur le risque de transmission était désuète et qu'elle n'était plus appuyée par la science médicale.[13]

En réponse à ces préoccupations, le DSI a indiqué que le nouveau règlement est une mesure provisoire, puisque l'on s'attend à ce que le DSSP retire le VIH de sa liste de maladies transmissibles.[14] Il est toutefois important de noter qu'aucune échéance n'a été fixée à cet effet.

Comme dans l'ancien règlement, les personnes vivant avec le VIH ne sont pas admissibles au programme d'exonération de visa, qui permet aux résidents de 27 pays (principalement des pays européens, mais aussi l'Australie, Brunéi, le Japon, la Nouvelle-Zélande et Singapour) de séjourner aux États-Unis sans visa pendant jusqu'à 90 jours.[15]

Il ne semble pas y avoir de situation où la séropositivité de voyageurs qui entrent aux États-Unis en vertu du programme d'exonération de visa pourrait être signalée aux autorités états-uniennes; cela permet donc aux résidents séropositifs de certains pays d'entrer aux États-Unis en dépit de leur séropositivité.[16]

À l'heure actuelle, 66 % des voyageurs non immigrants et non résidents admis chaque année aux États-Unis viennent de pays admissibles à l'exonération de visa, où le taux moyen de prévalence du VIH est de 0,2 % (oscillant entre 1,1 % et 0,1 %).[17]

Les taux de prévalence du VIH dans les pays qui ne sont pas inscrits au programme d'exonération de visa, en particulier dans les régions en développement de l'Asie, de l'Amérique du Sud et de l'Afrique, sont beaucoup plus élevés. Par conséquent, l'interdiction de séjour aux États-Unis touche principalement des personnes vivant avec le VIH de pays en développement.

– Anna Dolinsky

Anna Dolinsky (adolinsky@akingump.com) est associée au cabinet d'avocats Akin Gump Strauss Hauer and Feld, LLP, à Washington, D.C. Sa pratique porte sur les politiques et règlements en matière de soins de santé.

---

[1] *Issuance of a Visa and Authorization for Temporary Admission into the United States for Certain Nonimmigrant Aliens Infected with HIV*, 73 Fed. Reg. 58,023 (6 octobre 2008) (à codifier dans 8 C.F.R. pts. 100, 212).

[2] *Ibid.*, à 58,024.

[3] Maison Blanche, *Fact Sheet: World AIDS Day 2006*. Accessible via www.whitehouse.gov/news/releases/2006/12/20061201-2.html.

[4] Voir 52 Fed. Reg. 221,493, 21,532 (Jun. 8, 1987); 52 Fed. Reg. 32,529, 32,541 (28 août 1987) (remplaçant le sida par le VIH dans la liste des maladies dangereuses et contagieuses).

[5] Voir P.L. 103-43, § 2007, 107 Stat. 82 (1993).

[6] Voir *Tom Lantos and Henry J. Hyde United States Global Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Reauthorization Act of 2008*, P.L. 110-293, 122 Stat. 2918 (2008) (amendant P.L. 103-43, 107 Stat. 82 (1993)).

[7] 42 C.F.R. 34.2 (2008)

[8] 73 Fed. Reg., à 58,030 (à codifier dans 8 C.F.R. § 214.4(f)(5)).

[9] 73 Fed. Reg., à 58,026.

[10] 73 Fed. Reg. 58,030 (à codifier dans 8 C.F.R. § 214.4(f)(2)).

[11] 73 Fed. Reg., à 58,029.

[12] Voir 73 Fed. Reg. 58, 025. Le DSI invitait les commentaires du public, dans son avis de règlement proposé. Voir aussi 72 Fed. Reg. 62,593 (6 novembre 2007). Ces commentaires sont résumés et pris en compte dans le règlement final. L'exigence de solvabilité financière s'applique généralement à tous les non-résidents et non-immigrants qui demandent un visa pour entrer aux États-Unis. Voir 8 C.F.R. § 217.2 (2008).

[13] Voir 73 Fed. Reg. 58, 025.

[14] *Ibid.*

[15] Voir « U.S. Department of State, Visa Waiver Program », à http://travel.state.gov/visa/temp/without/without_1990.html.

[16] Communication personnelle avec un employé du Congrès.

[17] U.S. Department of Homeland Security, *Annual Flow Report, Non-Immigrant Admissions to the United States: 2007*, 2008); Central Intelligence Agency, *The World Factbook, HIV/AIDS Adult Prevalence Rate* (dernière mise à jour le 23 octobre 2008), à www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2156rank.html.

International – Examen de la prévalence du VIH en lien avec l'injection de drogue

En septembre 2008, le périodique *The Lancet* a publié l'une des rares estimations mondiales du nombre de personnes qui s'injectent des drogues illicites et de la prévalence du VIH dans cette population.[1]

Membres du Groupe de référence 2007 des Nations Unies sur le VIH et l'injection de drogue, les chercheurs ont procédé à l'examen systématique des données examinées par des pairs, et d'autres n'ayant pas été examinées par des pairs (la soi-disant « littérature grise »), concernant 200 pays ou territoires. L'injection de drogue était documentée dans 148 de ces ressorts.

Ils ont estimé que 15,9 millions de personnes s'étaient injecté des drogues, en 2007, dans les 148 ressorts où cette pratique était documentée. L'étendue de cette donnée oscille toutefois entre 11,0 et 21,2 millions.

Dans cette population où « [l]es estimations extrapolées de la prévalence du VIH … sont extrêmement fragiles, environ 3 millions (étendue de 1 à 7 millions) de personnes pourraient avoir le VIH ».[2] L'étude indique que les plus grandes populations d'utilisateurs de drogue par injection vivant avec le VIH se trouvent en Europe de l'Est, en Asie de l'Est et du Sud-Est ainsi qu'en Amérique latine.

Dans neuf pays – l'Argentine, la Birmanie, le Brésil, l'Estonie, l'Indonésie, le Kenya, le Népal, la Thaïlande et l'Ukraine – la prévalence du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues dépassait les 40 %. Les plus fortes concentrations d'utilisateurs de drogue par injection ont été recensées en Chine, aux États-Unis et en Russie, où la prévalence moyenne du VIH dans cette population était estimée à 12 %, 16 % et 37 %, respectivement.

Les chercheurs soutiennent que l'injection de drogue et l'infection à VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues sont deux importants défis à la santé publique mondiale. Dans un commentaire accompagnant l'étude, Kamyar Arasteh et Don Des Jarlais, de l'Edmond de Rothschild Chemical Dependency Institute du Beth Israel Medical Center, à New York, ont signalé que :

> Le seul aspect positif de cette situation particulièrement désolante est que des efforts de prévention du VIH déployés à grande échelle parmi les utilisateurs de drogue par injection, lorsque la prévalence du VIH y est faible, ont le potentiel d'empêcher des épidémies de VIH au sein de cette population. Il devrait donc être prioritaire pour les pays pauvres en ressources et les donateurs internationaux de mettre en œuvre de vastes programmes de prévention du VIH fondés sur des données, et ce dès les premiers signes d'un problème émergent d'injection de drogue.[3]

De fait, l'étude met en relief le succès qu'ont connu dans certains pays des interventions de prévention du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues, comme l'échange de seringues, le traitement de substitution aux opiacés et les soins et traitements pour les personnes vivant avec le VIH. Selon les auteurs :

> L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont maintenu de très faibles taux d'infection par le VIH malgré une prévalence d'injection de drogue supérieure à celle d'autres pays; cette différence est attribuable à l'isolement géographique de même qu'à l'introduction rapide de programmes d'échange de seringues dès l'apparition du VIH, dans les années 1980.[4]

Les chercheurs ont aussi signalé des préoccupations quant à l'éventuelle émergence de l'injection de drogue dans des pays où elle n'est pas encore établie, notamment :

> Peu d'études ont porté sur l'injection de drogue en Afrique subsaharienne, mais il existe une constellation de facteurs de risque propices à son développement, comme cela s'est produit ailleurs, par exemple en Asie centrale. Premièrement, l'injection de drogue est déjà bien établie dans plusieurs pays (Kenya, République de Maurice, Nigeria, Afrique du Sud et Tanzanie). Deuxièmement, les difficultés socioéconomiques sont répandues et plusieurs individus sont exposés à des situations de conflit.
>
> Troisièmement, plusieurs pays de la région sont de plus en plus utilisés dans le transit de drogues illicites vers l'Europe. Compte tenu de la prévalence particulièrement élevée du VIH-1 et de divers facteurs de risque sociaux

et biologiques, l'émergence de l'injection de drogue comme nouvelle voie de transmission du VIH requiert une attention sérieuse.[5] *[références omises]*

– Richard Pearshouse

[1] B. Mathers et coll., « Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review », *The Lancet* (en-ligne), 24 septembre 2008. L'une des rares études antérieures était de C. Aceijas et coll., « Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users », *AIDS* 18 (2004) : 2295–303.

[2] B. Mathers et coll., p. 10.

[3] K. Arasteh et D. Des Jarlais, « Injecting drug use, HIV, and what to do about it », *The Lancet* (en-ligne), 24 septembre 2008.

[4] B. Mathers et coll., p. 11.

[5] *Ibid.*

En bref

Ouganda – La société civile s'inquiète d'un projet de loi sur le VIH

Un groupe de militants anti-VIH a récemment forcé le réexamen d'une ébauche de projet de loi problématique sur le VIH, en Ouganda. Le « HIV and AIDS Prevention and Control Bill 2008 » [« Projet de loi de 2008 sur la prévention et le contrôle du VIH et du sida »] est largement critiqué par les personnes vivant avec le VIH/sida, dans ce pays.[1] Plusieurs sont d'avis qu'au lieu d'aider l'Ouganda à lutter contre l'épidémie, le projet de loi risquerait de miner la réponse nationale au VIH.

L'ébauche de projet de loi n'est pas conforme aux *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne.[2] Elle renferme diverses dispositions problématiques, notamment le test du VIH obligatoire pour les femmes enceintes, les « personnes trouvées coupables d'usage de drogue ou de possession d'un instrument hypodermique associé à l'usage de drogue » et les travailleuses et travailleurs sexuels; et une criminalisation élargie de la transmission du VIH.

Elle ne prévoit pas non plus d'initiative pour répondre à la vulnérabilité au VIH ainsi qu'aux besoins et aux droits de groupes vulnérables comme les femmes et les filles, les détenus et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.

Selon Paddy Masembe, directeur général de Young People Living with HIV/AIDS, « il faut éviter de créer des scénarios où les personnes vivant avec le VIH/sida sont perçues comme des criminels avérés ou en puissance ».[3] Dans une déclaration officielle, des personnes vivant avec le VIH/sida en Ouganda ont demandé « au donateur finançant le projet de loi sur le VIH de bien vouloir trouver une intervention plus utile dans laquelle investir, plutôt que de renverser les progrès accomplis au fil des ans dans notre pays ».[4]

La critique de la société civile à l'endroit du projet de loi ougandais est bienvenue, compte tenu de la récente tendance à l'adoption de lois semblables dans d'autres pays de l'Afrique.[5]

– Richard Pearshouse

Chine – Hu Jia remporte un prix pour les droits humains

En octobre 2008, le Parlement européen a décerné à Hu Jia le Prix Sakharov pour la liberté de l'esprit,[6] le plus prestigieux prix pour les droits humains de l'Europe.

Le communiqué annonçant la nouvelle décrivait Hu Jia comme

> [un] militant proéminent de la cause des droits de l'Homme et un dissident de la République populaire de Chine. Il a pris la défense de causes nombreuses et diverses, y compris la protection de l'environnement, la représentation des malades du SIDA et une demande d'enquête officielle sur les massacres de la Place de Tienanmen en 1989. Il a aussi coordonné le mouvement des « avocats aux pieds nus ».[7]

Hu Jia a amorcé son activisme dans le domaine du sida en 2000. Il a travaillé avec Loving Source, un organisme communautaire établi à Beijing et voué à aider les personnes vivant avec le VIH et les orphelins du sida.[8]

Directeur général du Beijing Aizhixing Institute of Health Education, un organisme de défense des droits des personnes vivant avec le VIH en Chine, Hu Jia a été assigné à résidence surveillée en 2004 puis détenu par les autorités chinoises en 2005 et 2006.[9]

Le 26 novembre 2007, alors qu'il était en résidence surveillée, Hu Jia a témoigné via conférence téléphonique devant le Sous-comité des droits humains du Parlement européen, au sujet des enjeux de droits humains en Chine.

À la suite d'une série de textes et d'entrevues dans lesquels il critiquait les pratiques de droits humains du Parti communiste chinois, il a été arrêté le 27 décembre 2007 pour « incitation à la subversion du pouvoir de l'État ». Le 3 avril 2008, il a été condamné à trois ans et demi d'emprisonnement.[10]

Hu Jia est encore détenu; son épouse, également militante pour les droits humains, a été assignée à résidence surveillée.

– Richard Pearshouse

Rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé

En août 2008, la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a rendu public un rapport mondial détaillé sur les liens entre les conditions économiques et sociales et la santé physique et mentale.

Intitulé *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, le rapport est le fruit de trois années de recherche et d'enquête d'un groupe composé de responsables des politiques et d'universitaires renommés ainsi que d'anciens chefs d'État et ministres de la Santé.

Les auteurs y affirment sans détour que « l'injustice sociale tue à grande échelle ».[11] Ils ajoutent :

> La justice sociale est une question de vie ou de mort. Elle influe sur la façon dont les gens vivent et sur le risque de maladie et de décès prématuré auquel ils sont exposés. Si nous voyons avec émerveillement l'espérance de vie continuer à s'allonger et l'état de santé s'améliorer encore dans certaines parties du monde, c'est avec inquiétude que nous les voyons stagner dans d'autres. Une petite fille qui vient au monde aujourd'hui peut espérer vivre plus de 80 ans si elle naît dans certains pays, mais moins de 45 ans dans d'autres. On observe au sein même des pays de très grandes différences d'état de santé qui sont étroitement liées à la condition sociale. Des disparités de pareille ampleur, tant dans les pays qu'entre eux, ne devraient tout simplement pas exister.[12]

Le rapport a été salué dans des éditoriaux de *The Lancet* et du *British Medical Journal*.[13] Ce dernier voyait d'un bon œil sa « portée élargie sans précédent », signalant que :

> contrairement aux nombreux autres rapports qui portaient sur un pays ou sur un groupe de pays de niveau économique semblable, la commission a brossé un portrait mondial de la pauvreté économique et sociale qui rend impossible de ne pas reconnaître l'importance de la redistribution des ressources, des soins de santé, et des conséquences matérielles directes de la pauvreté et des iniquités sociales sur la santé tout au long de la vie…[14]

– Richard Pearshouse

---

[1] A. Bugembe, « AIDS activists reject Bill », *The New Vision*, 28 octobre 2008.

[2] ONUSIDA et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales*, version consolidée 2006. Accessible via http://data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1252_int_guidelines_fr:pdf.

[3] Cité dans A. Bugembe.

[4] F. Kyomukama, « Statement by People Living with HIV and AIDS in Uganda », déclaration présentée lors du Joint Aids Review Conference and Partnership Forum, 13–17 octobre 2008, Kampala, Ouganda.

[5] Pour une discussion sur ces lois, voir le dossier à ce sujet dans le présent numéro de la *Revue*; voir aussi R. Pearshouse, « Contagion législative : propagation de nouvelles lois problématiques sur le VIH en Afrique occidentale », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 12(2/3) (2007) : 1; 5–12.

[6] Parlement européen, « Le Prix Sakharov 2008 décerné à Hu Jia », communiqué, Strasbourg, 23 octobre 2008. Accessible via www.europarl.europa.eu.

[7] *Ibid.*

[8] Amnistie internationale, « Hu Jia condamné à trois ans et demi de prison », communiqué, 4 avril 2008. Accessible via www.amnesty.org.

[9] M. Magnier, « EU honors Chinese activist Hu Jia for human rights work », *Los Angeles Times*, 24 octobre 2008.

[10] J. Yardley, « Chinese activist is jailed », *New York Times*, 4 avril 2008.

[11] Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS, *Combler le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, août 2008. Accessible via www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html.

[12] *Ibid.*, p. 3.

[13] G. Smith et N. Krieger, « Tackling health inequities », *British Medical Journal* 337 (2008) : 1526; « Editorial: Addressing the inequities of health care: a new and vital mandate », *The Lancet* 372(9640) (2008) : 689.

[14] G. Smith et N. Krieger.

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, responsable de la présente section, à schu@aidslaw.ca. Sauf indication contraire, les articles de la présente section ont été rédigés par madame Chu.

Le lieu d'injection supervisée de Vancouver obtient une exemption constitutionnelle d'application de la loi fédérale sur les drogues

Dans une décision de principe rendue le 27 mai 2008, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a conclu que, puisque l'Insite — le seul lieu d'injection supervisée (LIS) en Amérique du Nord — fournit des soins de santé, le refus d'accès à l'Insite et à l'injection sécuritaire porte atteinte aux droits individuels à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne.[1]

En septembre 2003, la Vancouver Coastal Health Authority a créé l'Insite, le premier LIS en Amérique du Nord, en collaboration avec la PHS Community Services Society (PHS). L'Insite exerçait ses activités en vertu d'une exemption le soustrayant aux poursuites pour possession d'une substance contrôlée en violation de

l'article 4(1) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LCDA), exemption au motif de nécessité pour un but scientifique.

L'exemption avait à l'origine été accordée en 2003 par le ministre de la Santé, et elle avait subséquemment été prolongée jusqu'en juin 2008.

La PHS et ses codemandeurs, Dean Wilson, Shelly Tomic et le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU), ont intenté des actions distinctes visant à faire déclarer inutile la demande d'exemption ministérielle. Dans sa demande, la PHS soutenait que l'Insite est un établissement de santé et qu'à ce titre il relève de la compétence provinciale et non du gouvernement fédéral.

À titre subsidiaire, la PHS soutenait que l'application de la LCDA à l'Insite est inconstitutionnelle, qu'elle prive les « personnes souffrant d'une dépendance à une ou plusieurs substances contrôlées de l'accès aux soins de santé offerts par l'Insite » et, par conséquent, porte atteinte aux droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne garantis par l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*.

Pour sa part, le VANDU souhaitait entre autres faire déclarer que la LCDA ne s'applique pas au traitement médical à l'Insite des personnes dépendantes de substances contrôlées, et que l'infraction de possession de toute drogue pouvant entraîner une dépendance et énumérée dans la LCDA viole l'article 7 de la *Charte*.

Après avoir examiné les éléments de preuve, y compris les conclusions du Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les lieux d'injection supervisés mis sur pied par le ministre fédéral de la Santé,[2] la Cour suprême de Colombie-Britannique a conclu que la dépendance est une maladie; que « l'utilisation d'équipement, de techniques et de procédures d'injection non hygiéniques » favorise la transmission du VIH et de l'hépatite C; et que « l'injection en présence de professionnels de la santé qualifiés réduit le risque de morbidité et de mortalité associé à la dépendance et à l'injection. »[3]

Bien que la Cour ait reconnu que l'Insite offre des soins de santé, elle a également reconnu que la LCDA représente l'exercice du pouvoir du Parlement en matière de droit pénal. Selon la Cour, en présence d'une incompatibilité entre les initiatives de la province dans le domaine de la santé et l'application du droit pénal qui touche en partie à la santé, le conflit doit se résoudre par l'application de la doctrine de la primauté fédérale, de sorte que le droit pénal doit prévaloir.

Concernant la violation de l'article 7, la Cour a jugé que la LCDA fait obstacle à l'accès des usagers de drogues aux services de santé qui réduisent les risques de morbidité et de mortalité, ce qui constitue une atteinte injustifiée au droit constitutionnel à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. La Cour a notamment conclu que

> L'article 4(1) de la LCDA … fait obstacle à l'injection plus hygiénique et sécuritaire dans des cas où le risque de mortalité par surdose peut être géré, et oblige l'usager qui souffre de dépendance à avoir recours à des méthodes d'injection malsaines et non sécuritaires dans des lieux où les risques de morbidité ou de décès sont importants et mesurables. [trad.]

En outre, a dit la Cour, l'article 4(1) de la LCDA menace la sécurité de la personne, parce qu'il « prive les toxicomanes de l'accès à un établissement de santé où le risque de morbidité associé aux maladies infectieuses est réduit, si ce n'est éliminé. »[4]

Fait à noter, bien que le gouvernement du Canada ait soutenu que le danger pour la vie découlait plus du choix individuel de consommer des drogues par injection que de l'intervention de l'État, la Cour suprême de Colombie-Britannique a conclu que « le sujet de ces interventions a dépassé la question du choix de consommer au départ » et que « le résultat est une maladie qui s'appelle dépendance. »[5]

Selon la Cour, plutôt que d'avoir un lien rationnel avec une crainte raisonnable de préjudice, « l'interdiction générale [de possession de substances contrôlées] contribue au préjudice même qu'elle a pour objet de prévenir. Elle est incompatible avec l'intérêt de l'État de promouvoir la santé individuelle et collective, et de prévenir la maladie et les décès. »[6]

À ce titre, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a déclaré les dispositions pertinentes de la LCDA incompatibles avec la *Charte* et sans effet, et a accordé à l'Insite une exemption constitutionnelle permanente qui lui permet de poursuivre ses activités sans crainte de poursuites criminelles contre ses usagers ou son personnel.

La Cour a par ailleurs accordé au gouvernement fédéral une suspension d'une année en ce qui concerne l'effet de la déclaration d'invalidité constitutionnelle, pour lui permettre de modifier ses lois afin d'autoriser la consommation médicale de drogues illicites dans le cadre d'un programme de soins de santé.

Le gouvernement du Canada a interjeté appel de la décision. L'appel devrait être instruit en avril 2009.[7]

[1] *PHS Community Services Society c. Attorney General of Canada,* 2008 BCSC 661.

[2] Comité consultatif d'experts sur la recherche sur les sites d'injection supervisés, *INSITE de Vancouver et autres sites d'injection supervisés : Observations tirées de la recherche*, Rapport final, 31 mars 2008. Accessible à www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/_sites-lieux/insite/index-fra.php.

[3] *PHS Community Services Society*, par. 87.

[4] *Ibid*., par. 144.

[5] *Ibid*., par. 141.

[6] *Ibid*., par. 152.

[7] « Court date set for Insite; appeal for safe-injection site to be heard next April », *The Daily Courier (Kelowna)*, 15 août 2008, p. A2.

Un ressortissant de la RDC séropositif est considéré comme une « personne à protéger »

Dans une audience tenue à huis clos le 9 juillet 2008, la Section de la protection des réfugiés de la Commission de l'immigration et de la protection des réfugiés du Canada a reconnu que la manière dont le gouvernement de la République démocratique du Congo (RDC) traite l'épidémie de VIH dans son pays représentait un « risque pour la vie » d'un Congolais séropositif qui demandait l'asile au Canada.[1]

Le demandeur, dont l'identité n'a pas été révélée, alléguait qu'en août 2006, alors qu'il vivait à Kinshasa, la capitale de la RDC, on l'avait confondu avec un homme qui avait tué un soldat à l'occasion d'un affrontement entre des manifestants et l'armée de la RDC. Lorsque des membres de l'armée de la RDC se sont mis à sa poursuite, il s'est enfui de chez lui et s'est caché pendant plusieurs mois chez un ami pour ne pas être capturé.

En décembre 2006, il a fui le pays et a séjourné au Congo, en Afrique du Sud et aux États-Unis avant d'entrer au Canada en janvier 2007, où il a demandé l'asile pour le motif qu'il était un réfugié au sens de la Convention ou une « personne à protéger » selon les articles 96 et 97 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* (LIPR).[2]

À l'instruction, le demandeur a présenté une lettre de son médecin. Celui-ci déclarait qu'à son avis le demandeur n'aurait pas sûrement pas accès aux médicaments, à la surveillance et aux soins dont il a besoin s'il était renvoyé en RDC, et qu'en conséquence sa santé se détériorerait au point où il développerait de graves complications du sida et en mourrait.[3]

La Commission a reconnu que le gouvernement de la RDC néglige volontairement les personnes qui vivent avec le VIH et est volontairement indifférent à la propagation de l'infection à VIH. Cet état de choses a été illustré par le refus du gouvernement de payer pour le traitement antirétroviral malgré ses importantes ressources et ses dépenses militaires considérables; par la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH dans les établissements de santé; et par la tolérance du gouvernement à l'égard des viols commis par les membres de son armée et de sa police, qui ont favorisé la transmission du VIH.

Bien que l'article 97 de la LIPR excluetdu nombre des « personnes à protéger » les personnes qui sont exposées à une menace pour leur vie ou au risque de traitements ou peines cruels et inusités à cause de l'incapacité du pays de fournir des soins médicaux ou de santé adéquats, la Commission a conclu que, lorsque l'accès à des traitements susceptibles de sauver la vie d'une personne lui est refusé pour des motifs qui s'apparentent à de la persécution, il est indiqué de lui accorder la protection prévue à l'article 97.

À la lumière de la preuve concernant les actions du gouvernement de la RDC en ce qui a trait au VIH, la Commission a conclu qu'il était plus

que probable que la vie du demandeur soit menacée, et que, s'il était déporté à la RDC, les autorités ne lui offriraient pas de traitement adéquat. En conséquence, la Commission a conclu que le demandeur était « une personne à protéger » et a accédé à sa demande d'asile.

[1] Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada, Section de la protection des réfugiés, Dossier N° TA7-00219.

[2] Selon l'article 96 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, 2001, c. 27 a qualité de « réfugié au sens de la Convention » toute personne qui craint « avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un groupe social ou de ses opinions politiques ». L'article 97 définit la « personne à protéger » comme « la personne qui se trouve au Canada et serait personnellement, par son renvoi vers tout pays dont elle a la nationalité ou … dans lequel elle avait sa résidence habituelle, exposée : ***a***) soit au risque, s'il y a des motifs sérieux de le croire, d'être soumise à la torture au sens de l'article premier de la Convention contre la torture; ***b***) soit à une menace à sa vie ou au risque de traitements ou peines cruels et inusités dans le cas suivant : (i) elle ne peut ou, de ce fait, ne veut se réclamer de la protection de ce pays, (ii) elle y est exposée en tout lieu de ce pays alors que d'autres personnes originaires de ce pays ou qui s'y trouvent ne le sont généralement pas, (iii) la menace ou le risque ne résulte pas de sanctions légitimes — sauf celles infligées au mépris des normes internationales — et inhérents à celles-ci ou occasionnés par elles, (iv) la menace ou le risque ne résulte pas de l'incapacité du pays de fournir des soins médicaux ou de santé adéquats. »

[3] Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada, p. 2.

La Cour fédérale annule le rejet de la demande de statut de réfugié d'un couple mexicain fondée sur la persécution

Le 11 avril 2008, la Cour fédérale a accueilli la demande de contrôle judiciaire présentée par Castillo Ramirez et Viccon Palacios à l'encontre d'une décision de la Section de la protection des réfugiés (SPR) de la Commission de l'immigration et de la protection des réfugiés, qui avait conclu que les demandeurs n'étaient ni des réfugiés au sens de la Convention, ni des personnes à protéger.[1]

Ramirez et Palacios, tous deux des ressortissants mexicains, avaient une liaison depuis huit ans, et au cours de ces années ils ont tous deux été victimes d'attaques homophobes et de harcèlement. Le 5 novembre 2005, à Mexico, le couple a été arrêté arbitrairement par un groupe d'agents de police qui ont noté leurs noms et les renseignements relatifs à leur automobile. Lorsque Ramirez et Palacios ont protesté contre leur arrestation, un policier les a menacés de mort, mais ils ont finalement été libérés.

Plusieurs jours plus tard, une personne non identifiée a tiré une balle dans le pare-brise de la voiture dans laquelle se trouvaient Ramirez et Palacios. Ces derniers n'ont pas été blessés et ont décidé de ne pas rapporter l'incident, parce qu'il craignait que la police en fût responsable.

Dans les mois qui ont suivi, Ramirez et sa mère ont tous deux reçu des appels de menace, et la fusillade a été mentionnée à l'occasion d'un de ces appels. Ils ont signalé ces appels au bureau du procureur général du district fédéral. En mars 2006, Ramirez et Palacios ont été suivis de loin par une voiture de police. C'est ce qui les a décidés à quitter le Mexique trois jours plus tard à destination du Canada. Ils ont demandé la protection du Canada à leur arrivée.

Au Canada, Palacios a été diagnostiqué séropositif au VIH, ce qui a constitué un élément additionnel de sa demande. Palacios soutenait qu'il ne recevrait pas de traitement adéquat au Mexique, qu'il serait victime de discrimination de la part des professionnels de la santé et qu'il ne pourrait pas trouver d'emploi à cause de sa séropositivité.

La SPR a conclu qu'il y avait lieu de croire à l'existence de possibilités de traitement pour les personnes vivant avec le VIH à Mexico, et qu'il n'avait pas été établi que le gouvernement du Mexique refuserait d'offrir à Palacios des traitements adéquats. La SPR a de plus noté que, même si le Mexique était incapable de fournir

des services médicaux suffisants, ce motif était expressément exclu comme fondement d'une demande de protection selon la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*.

En ce qui a trait à l'allégation fondée sur la persécution, la SPR a conclu que l'incident du 5 novembre 2005 ne constituait pas un type de persécution contre lequel il n'existait pas de protection de l'État, parce que les policiers se sont abstenus d'arrêter Ramirez et Palacios. De l'avis de la SPR, les policiers ont manifesté une conscience que leurs actions pourraient être sanctionnées en vertu de mécanismes mis en place par l'État.

La SPR a également conclu que rien n'indiquait que les policiers étaient à l'origine des appels de menace, et a ajouté qu'elle ne croyait pas Ramirez et Palacios. Finalement, la SPR a conclu que le couple n'avait pas usé de tous les moyens à leur disposition pour obtenir la protection de l'État mexicain.

La Cour fédérale a jugé que les conclusions de la SPR devaient être révisées selon la norme de conduite raisonnable. Concernant l'allégation fondée sur la séropositivité de Palacios, la Cour a dit que la SPR n'avait traité que de la disponibilité et de l'accessibilité des services médicaux pour les personnes vivant avec le VIH, sans aborder l'allégation que les patients séropositifs étaient l'objet de discrimination de la part du personnel médical dans la fourniture des soins et des services.

Bien que Palacios ait soutenu que les employeurs mexicains exigent des tests médicaux et qu'ils congédient ou refusent d'embaucher les personnes séropositives, la Cour a constaté que la SPR ne s'était pas prononcée non plus sur l'allégation selon laquelle Palacios pourrait être victime de discrimination dans l'emploi; en conséquence, la SPR ne s'est pas demandé si l'effet cumulatif de tous les motifs soulevés par Ramirez et Palacios pourrait équivaloir à de la persécution.

La Cour a également jugé que la déclaration de la SPR qu'elle ne croyait pas Ramirez et Palacios était d'une ambiguïté problématique. La Cour a dit que cela affectait l'intelligibilité des motifs exposés par la SPR. En outre, compte tenu des tentatives nombreuses et essentiellement vaines faites par Ramirez et Palacios pour obtenir l'assistance des autorités, la Cour a conclu que la SPR aurait dû préciser pourquoi elle croyait que le couple ne s'était pas prévalu de tous les moyens possibles pour obtenir la protection de l'État.

La Cour a conclu que la décision de la SPR ne pouvait être qualifiée de raisonnable. Elle a annulé la décision et ordonné que la demande soit réexaminée par un tribunal différemment constitué.

[1] *Ramirez c. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, [2008] F.C.J. N° 1028 (QL).

La Cour fédérale confirme le rejet d'une demande de sursis du renvoi au Zimbabwe d'un homme séropositif

Le 7 juillet 2008, Wilson Gumbura a demandé la révision judiciaire de la décision d'un agent d'exécution de ne pas reporter son expulsion du Canada jusqu'à ce qu'une décision soit rendue sur sa demande fondée sur des motifs d'ordre humanitaire.[1]

Gumbura, un citoyen du Zimbabwe, est arrivé au Canada en 2001, et il a alors présenté une demande de statut de réfugié. La Commission de l'immigration et du statut de réfugié a rejeté sa demande, parce qu'elle ne le jugeait pas crédible. Gumbura a subséquemment présenté une demande d'évaluation des risques avant le

renvoi, qui a été refusée en octobre 2004, pour le motif que Gumbura n'avait pas démontré que son renvoi au Zimbabwe l'exposerait à des risques.

Gumbura, sa femme et l'un de ses sept enfants sont séropositifs pour le VIH. Pendant qu'il était au Canada, Gumbura a été reconnu coupable de fraude et d'infractions connexes, et il est incarcéré depuis février 2007. Pendant son incarcération, c'est la femme de Gumbura qui s'est occupé de leurs enfants avec l'aide de la société d'aide à l'enfance.

Gumbura avait d'abord présenté une demande fondée sur des motifs humanitaires, en 2005. On lui a renvoyé sa demande en le priant de présenter une demande distincte pour lui et sa femme, ce qu'il a fait en novembre 2007.

L'agent d'exécution a rejeté la demande de Gumbura pour faire reporter son renvoi du Canada jusqu'à ce qu'une décision soit rendue concernant sa demande fondée sur des motifs d'ordre humanitaire. Toutefois, son renvoi a été reporté jusqu'à la décision relative à sa demande de révision judiciaire.

La Cour fédérale a jugé que les conclusions de l'agent d'exécution devaient être évaluées selon la norme de conduite raisonnable. L'agent avait tenu compte de la séropositivité de Gumbura, mais le fait qu'il existait de meilleurs soins médicaux au Canada n'était pas un motif pour justifier le sursis du renvoi. La Cour a également conclu que la possibilité que Gumbura soit victime de discrimination ou de stigmatisation au Zimbabwe à cause de sa séropositivité ne justifiait pas le report du renvoi, et que la question ne relevait pas de la compétence de l'agent d'exécution.

La Cour a dit que, puisque Gumbura ne résidait pas avec sa femme ou ses enfants depuis février 2007, son renvoi n'aurait pas de conséquences sur le fait que les enfants demeureraient au Canada sous la responsabilité de leur mère. Bien que la femme de Gumbura et ses trois plus vieux enfants n'étaient pas des citoyens canadiens, aucune mesure n'avait encore été prise pour les renvoyer. De l'avis de la Cour, les responsabilités de l'agent d'exécution ne l'obligeaient pas à examiner le cas en tenant compte de l'intérêt supérieur des enfants.

Finalement, la Cour a conclu qu'une demande tardive fondée sur des motifs humanitaires ne justifiait pas le report du renvoi même s'il y avait beaucoup de retard dans le traitement des demandes. En conséquence, la Cour fédérale a rejeté la demande de Gumbura.

[1] *Gumbura c. Canada (Minister of Public Safety and Emergency Preparedness)*, [2008] F.C.J. Nº 1059 (QL).

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition

Développements dans l'affaire de Johnson Aziga

Récusation de candidats jurés

En juin 2008, Johnson Aziga, qui est accusé de meurtre au premier degré et d'agression sexuelle grave pour avoir eu des rapports sexuels non protégés avec 13 femmes sans divulguer sa séropositivité, a demandé à la Cour de justice de l'Ontario de lui permettre de récuser pour cause des candidats jurés en alléguant des préjugés fondés sur la race et le VIH et les publications dans les médias.[1]

Pour établir la cause de récusation, Aziga a demandé qu'on pose quatre questions aux candidats jurés concernant : leurs préjugés reliés au fait que Aziga est un Canadien noir séropositif d'origine ougandaise, tandis que ses présumées victimes sont de race blanche; leurs préjugés possibles découlant de la couverture médiatique portant sur le VIH et la transmission criminelle; leur perception des risques de transmission du VIH; et

les « craintes, suppositions ou préjugés » au sujet du VIH susceptibles d'influencer leur jugement et leur capacité d'évaluer la preuve.

La Cour a jugé qu'il existe une « présomption d'impartialité » que l'on peut réfuter en démontrant à la Cour une possibilité réelle de partialité chez les candidats jurés. À la lumière des précédents établis dans des arrêts antérieurs portant sur la récusation pour cause, le procureur de la Couronne et la Cour ont tous deux admis que la question reliée à l'identité raciale de Aziga et des présumées victimes pouvait être posée aux candidats jurés.

La Cour a également conclu que les articles parus dans les médias sur le cas de Aziga avaient pu nuire à la capacité des jurés d'être indifférents et a autorisé la récusation pour cause fondée sur la publicité antérieure au procès.

Pour ce qui concerne les préjugés liés au VIH (c'est-à-dire la perception des risques de transmission du VIH ou les « craintes, suppositions ou préjugés » associés au VIH) qui empêcheraient les jurés de rendre une décision impartiale, la Cour n'a pas été convaincue que les jurés seraient incapables de mettre leur opinion de côté devant la preuve qui leur serait présentée au tribunal et les instructions du juge d'instance.

En l'absence de preuve, la Cour a jugé que c'était « pure conjecture » que de prétendre que les émotions entourant le VIH/sida amèneraient les jurés à se comporter de manière préjudiciable et injuste. La Cour n'a pas autorisé de récusation pour cause fondée sur ce motif.

Au bout du compte, la Cour n'a autorisé, dans la procédure de récusation pour cause des candidats jurés, que les questions reliées aux préjugés raciaux et aux publications dans les médias antérieures au procès.

Châtiment cruel et inusité

Dans une requête distincte, en août 2008, Aziga a tenté d'établir devant la Cour de justice de l'Ontario que ses conditions de détention étaient extrêmes au point de constituer un « châtiment cruel et inusité ».[2] En août 2003, Aziga a été incarcéré dans un établissement de détention provisoire provincial à sécurité maximale dans l'attente de son procès. Au moment de son admission, il a formellement demandé une détention protégée et a expressément accepté d'être potentiellement privé de certains avantages et privilèges normalement offerts à la population générale.

Aziga a donc été placé en détention protégée. Après deux altercations au cours desquelles il a intentionnellement mordu un autre détenu, il a été placé en isolement, ce qui constituait à son avis une violation de son droit constitutionnel à la protection contre les châtiments cruels et inusités. Aziga a soutenait en outre qu'il avait été stigmatisé par les autres détenus et le personnel à cause de sa séropositivité et des accusations portées contre lui, et qu'il ne recevait pas les soins médicaux appropriés.

La Cour a jugé que, même si les altercations de Aziga n'étaient pas « d'une gravité extrême », son isolement médical était une précaution nécessaire pour protéger les autres. Selon le juge Lofchik, les altercations auxquelles Aziga a participé découlaient plus de conflits interpersonnels que d'une stigmatisation causée par sa séropositivité.

La Cour a également conclu que Aziga recevait des soins raisonnables et appropriés et demeurait en assez bonne santé. Aziga n'a donc pas établi que ses conditions de détention étaient excessives au point de constituer un châtiment cruel ou inusité.

Poursuite civile

Également en août 2008, une des plaignantes dans la cause d'Aziga a intenté une poursuite civile de six millions de dollars contre Aziga, la police de Hamilton, et les services de santé de Hamilton, qui ne l'ont pas avertie de la séropositivité de Aziga.[3] La poursuite allègue que la police de la ville et les services de santé connaissaient l'état de Aziga, mais qu'ils se sont servis d'elle comme « appât » pour impliquer Aziga.[4]

La femme, qui a contracté le VIH, soutenait qu'elle n'aurait pas eu de rapports sexuels avec Aziga si elle avait connu son état de santé. La Ville de Hamilton prépare actuellement sa défense.

Le 6 octobre 2008, Aziga a plaidé non coupable à deux accusations de meurtre au premier degré et à 11 chefs d'agression sexuelle grave après avoir été traduit devant un groupe de 250 candidats jurés. Son procès a commencé à Hamilton le 20 octobre 2008 et l'on s'attend à ce qu'il dure de six à huit semaines.

Un tribunal du Manitoba tient compte de l'utilisation du condom et la charge virale dans l'analyse de l'importance du risque

En juillet 2008, la Cour du Banc de la Reine du Manitoba a reconnu Clato Lual Mabior coupable de plusieurs chefs d'agression sexuelle grave pour avoir omis de divulguer sa séropositivité avant d'avoir des rapports sexuels avec six femmes.[5] Il

a été acquitté d'accusations de même nature en lien avec trois autres femmes.

Pour rendre sa décision, la juge a déterminé si Mabior avait exposé chacune des femmes à un « risque important » d'infection par le VIH, en tenant compte du fait que des condoms aient été utilisés ou non et de la charge virale de l'accusé au moment des rapports sexuels. En octobre 2008, Mabior a été condamné à 14 ans d'emprisonnement.[6]

Selon la décision rendue par la Cour suprême en 1998 dans l'arrêt *Cuerrier*, la principale question en litige dans les affaires d'agression sexuelle où le VIH est en cause consiste à déterminer si la personne plaignante a « consenti » à l'acte sexuel.[7] Une personne ne peut pas vraiment consentir à avoir des rapports sexuels avec une personne séropositive quand cette dernière ment à propos de son état ou omet de le divulguer, et qu'en conséquence l'autre personne est exposée par les rapports sexuels à un « risque important » d'infection par le VIH.

La majorité de la Cour dans *Cuerrier* a soulevé la possibilité que l'utilisation adéquate du condom diminue le risque de transmission du VIH pendant les rapports sexuels au point où celui-ci ne puisse plus être jugé important. Dans ce cas, la personne n'aurait pas d'obligation juridique de divulguer sa séropositivité avant les rapports sexuels.

En l'espèce, la juge a conclu que Mabior s'était abstenu de divulguer sa séropositivité à toutes les femmes plaignantes (ou leur avait menti à ce propos) et qu'aucune n'aurait consenti à avoir des rapports sexuels avec lui si elle avait su qu'il était séropositif. Elle a ensuite interprété le critère du « risque important » et l'a appliqué aux faits de la cause, en prenant l'arrêt *Cuerrier* de la Cour suprême comme point de départ.

La juge a examiné en détail l'efficacité des condoms dans la prévention du VIH et la relation entre la charge virale d'une personne et la probabilité de transmission du VIH. Elle a accepté la preuve médicale selon laquelle les condoms, même s'ils sont utilisés adéquatement, n'avaient qu'une efficacité de 80 pour cent dans la prévention de la transmission du VIH. Elle a également accepté la preuve d'expert selon laquelle « il existait une probabilité très élevée que l'accusé n'ait pas été infectieux, c'est-à-dire qu'il ne pouvait pas transmettre le VIH » si a charge virale était indétectable.

De l'avis de la juge, l'importance du risque de transmission du VIH durant les rapports sexuels doit être établie en référence avec l'arrêt *Thornton* rendu par la Cour d'appel de l'Ontario.[8] Dans *Thornton*, un homme a été déclaré coupable de nuisance publique parce qu'il avait donné du sang, sachant qu'il était séropositif, et sachant qu'il ne devrait pas le faire compte tenu du risque que son don de sang représentait pour l'approvisionnement public en sang.

La Cour d'appel a conclu que le public avait été « mis en danger » même si les tests de dépistage des anticorps anti-VIH étaient efficaces à 99,3 pour cent, et avaient détecté le VIH dans ce cas particulier.

En tenant compte de l'effet potentiel de la charge virale et de l'utilisation du condom sur la transmission du VIH, ainsi que de l'arrêt *Thornton*, la juge a interprété comme suit le « risque important » :

> [116] … il est important de rappeler la preuve présentée par le Dr Smith selon lequel les condoms ne sont efficaces qu'à 80 % et réduisent de 80 % l'incidence du VIH…. En outre, les cas comme celui de Thornton ont démontré qu'un taux de sécurité du dépistage de 99,3 % était tout de même considéré comme un risque trop important dans ces circonstances. *Je suis persuadée que, dans les cas où l'on a utilisé une protection et où la preuve médicale a jugé l'accusé infectieux, il existait un risque important de lésion corporelle grave*. [Nous soulignons.]
>
> [117] … *Je suis persuadée que la charge virale indétectable combinée à l'utilisation d'un condom contribue à réduire le risque en deçà de ce que l'on pourrait considérer comme un risque important de lésion corporelle grave*. Les faits et la preuve médicale en l'espèce m'amènent à la conclusion que le consentement ne serait pas, dans ce cas particulier, vicié. [Nous soulignons.]

La juge s'est également penchée sur ce que Mabior savait ou aurait dû savoir sur la transmission du VIH, l'utilisation du condom et la charge virale. La juge a conclu que les infirmières de la santé publique ont recommandé à maintes reprises à Mabior de divulguer sa séropositivité à ses éventuelles partenaires sexuelles et de toujours utiliser une « protection » lorsqu'il aurait des rapports sexuels; et qu'aucun professionnel de la santé ne lui a dit que le fait que sa charge virale fût indétectable signifiait qu'il ne pourrait pas infecter les autres et n'avait pas besoin d'utiliser des condoms dans ses rapports sexuels.

La juge a analysé chacune des accusations d'agression sexuelle grave. Elle a déclaré Mabior coupable d'agression sexuelle grave contre quatre femmes, parce qu'il n'avait pas utilisé de condom à

l'occasion des rapports sexuels. Il a également été reconnu coupable dans deux autres cas où il avait utilisé un condom dans les rapports sexuels, mais où sa charge virale n'était pas indétectable.

Il a été acquitté des accusations relatives à des rapports sexuels avec trois femmes, parce que sa charge virale était indétectable *et* que le procureur de la Couronne n'avait pas prouvé au-delà du doute raisonnable qu'il n'avait pas utilisé de condom durant les rapports sexuels.

En octobre 2008, la juge a condamné Mabior à 14 ans d'emprisonnement. La peine reflétait non seulement ses condamnations pour agression sexuelle grave, mais également une condamnation pour contacts sexuels et incitation à ces contacts. À l'époque des agressions, plusieurs des victimes étaient mineures, étaient sous la responsabilité des services de protection de l'enfance, et avaient consommé des drogues ou de l'alcool que Mabior leur avaient donnés avant les rapports sexuels.

Commentaire

Cette décision est importante du point de vue juridique, parce qu'il s'agit de la première cause depuis l'arrêt *Cuerrier* où l'on analyse en détail le sens de l'expression « risque important ». La juge analyse la preuve médicale et scientifique sur l'efficacité des condoms et les conséquences de la charge virale sur la transmission sexuelle du VIH, y compris la récente déclaration de la Commission suisse et diverses réactions (e.g., OMC/ONUSIDA).[9]

Le fait que la juge s'appuie sur l'arrêt *Thornton* dans l'évaluation du risque de préjudice dans le contexte de rapports sexuels est douteux. Statistiquement, la probabilité de transmission du VIH à l'occasion de rapports sexuels avec une personne séropositive est plus élevée que le risque que du sang contaminé par le VIH entre dans le système d'approvisionnement en sang. Cependant, le préjudice potentiel est d'une tout autre ampleur. Le nombre de personnes susceptibles d'être contaminées par le VIH dans le système d'approvisionnement en sang excède considérablement le risque qu'une personne soit contaminée par le défaut d'un condom à l'occasion de rapports sexuels. La juge n'a pas adéquatement tenu compte de cette différence avant de transposer aux rapports sexuels l'analyse du risque de préjudice du système d'approvisionnement en sang.

Selon la juge, une personne séropositive n'est pas obligée de divulguer sa séropositivité avant d'avoir des rapports sexuels si elle utilise un condom *et* que sa charge virale au moment des rapports sexuels est indétectable. On ne sait pas si ce jugement fera jurisprudence au Canada, et cela pour diverses raisons. Premièrement, c'est une décision d'un tribunal du Manitoba et, à ce titre, elle ne lie pas les autres provinces et territoires. Deuxièmement, c'est une décision d'une instance inférieure, qui ne lie pas les autres tribunaux, même au Manitoba. Troisièmement, la décision peut être portée en appel, et une cour supérieure pourrait interpréter la loi différemment.

– Glenn Betteridge

Glenn Betteridge (glennbetter@yahoo.com) est un consultant juridique et politique basé à Toronto, Ontario.

La Cour d'appel de Colombie-Britannique ordonne la tenue d'un nouveau procès dans un cas de non-divulgation de la séropositivité[10]

En décembre 2005, la Cour suprême de Colombie-Britannique a déclaré Adrien Nduwayo coupable de cinq chefs d'agression sexuelle grave, d'un chef de tentative d'agression sexuelle grave et d'un chef d'agression sexuelle.

Les accusations d'agression sexuelle grave et de tentative d'agression sexuelle grave reposaient sur des allégations selon lesquelles Nduwayo avait eu des rapports sexuels non protégés avec six plaignantes sans avoir divulgué sa séropositivité.

Au procès, la seule question en litige en rapport avec chacun des six chefs d'accusation consistait à déterminer si Nduwayo avait eu des rapports sexuels non protégés avec chacune des six plaignantes, ce qu'il niait. Le juge a instruit le jury que, si la preuve présentée par Nduwayo, ou tout autre élément de preuve, soulevait un doute raisonnable sur n'importe quel chef, ils devaient l'acquitter.

Nduwayo a interjeté appel à la Cour d'appel de Colombie-Britannique pour le motif que le juge du procès avait omis de dire au jury d'examiner chacun des chefs séparément et de ne pas utiliser la preuve concernant une plaignante à l'égard d'un chef d'accusation pour soutenir la crédibilité d'une autre plaignante en lien avec un autre chef.

En outre, Nduwayo alléguait que le juge du procès avait omis de dire au jury de ne pas considérer la conduite de Nduwayo en rapport avec les autres chefs, ou d'autres actes qui

n'ont pas fait l'objet d'accusations, comme une preuve qu'il avait une propension à commettre les infractions dont il était accusé.

De l'avis de la Cour d'appel, les directives du juge du procès dans l'ensemble n'ont pas adéquatement mis le jury en garde contre le danger d'utiliser erronément des éléments de preuve relatifs à une plaignante dans un chef pour déterminer la culpabilité de Nduwayo en rapport avec d'autres chefs.

Ce problème a été aggravé par des observations de la Couronne, qui a incité le jury à examiner la preuve globalement et à évaluer favorablement le témoignage d'une plaignante parce que compatible avec les autres éléments de preuve présentés.

En conséquence, la Cour d'appel a jugé que l'équité du procès avait été compromise. Elle a accueilli l'appel de Nduwayo et ordonné la tenue d'un nouveau procès.

Rejet d'une accusation agression sexuelle fondée sur la non-divulgation de la séropositivité dans le cas de rapports sexuels oraux

En mai 2008, la Cour du Québec a acquitté un homme accusé d'agression sexuelle pour avoir omis de divulguer sa séropositivité avant d'avoir des rapports sexuels oraux, parce que la Couronne n'avait pas présenté de preuve autorisant la Cour à conclure que les rapports sexuels oraux comportaient le seuil de risque exigé pour constituer l'infraction de lésion corporelle grave.[11]

La plaignante, dont l'identité est l'objet d'une ordonnance de non-publication, a déclaré qu'elle avait rencontré l'accusé en mars 2002 et l'avait amené chez elle, où il a pratiqué un cunnilingus avant d'avoir avec elle un contact vaginal non protégé. La plaignante a en outre déclaré que l'accusé ne lui avait fait part de sa séropositivité que le lendemain matin.

L'accusé, pour sa part, a reconnu avoir eu des rapports sexuels oraux avec la plaignante, mais il a affirmé qu'il n'y a pas eu de contact vaginal. Il a déclaré qu'il n'avait pas divulgué sa séropositivité à la plaignante avant d'avoir des rapports bucco-génitaux parce que le risque de transmission du VIH était infime. L'accusé a également témoigné qu'il avait par la suite dit à la plaignante qu'il était séropositif parce qu'il voulait lui expliquer pourquoi ils n'avaient pas eu de contacts vaginaux.

Bien que la Cour ait jugé qu'il n'y avait eu que des rapports bucco-génitaux, elle a conclu que la plaignante n'aurait pas consenti à avoir ces rapports avec l'accusé si elle avait su qu'il était séropositif.

Cependant, la Cour a jugé que la preuve présentée n'avait pas établi au-delà du doute raisonnable qu'un risque important de lésion corporelle grave découlait des rapports bucco-génitaux.

La Cour a ajouté que la décision ne sanctionnait pas la notion que, en l'absence de divulgation, les rapports sexuels oraux ne comportaient pas de risque suffisamment important pour justifier une condamnation pour agression sexuelle. Elle a plutôt conclu que les rapports sexuels bucco-génitaux sans divulgation pourraient constituer un acte criminel, mais que la preuve des risques de transmission associés à ce type de contacts sexuels devait être présentée.

La Cour d'appel de la Saskatchewan rejette l'appel de la condamnation de Trevis Smith pour deux chefs d'agression sexuelle grave

Le 14 mai 2008, la Cour d'appel de la Saskatchewan a rejeté l'appel de Trevis Smith, selon lequel le juge de la cour provinciale qui avait présidé son procès avait violé son droit de garder le silence et son droit à la présomption d'innocence.[12]

Smith a découvert qu'il était séropositif en 2003, après quoi il aurait eu des rapports sexuels non protégés avec deux plaignantes sans leur divulguer sa séropositivité. Les deux plaignantes n'ont pas contracté le VIH. Pendant le procès, Smith a soutenu qu'il avait utilisé des moyens de protection avec toutes ses partenaires, y compris les plaignantes, après avoir découvert qu'il était séropositif.

L'une des plaignantes, B.C., a décrit en détail une rencontre de nature sexuelle qu'elle avait eue avec Smith en 2005, rencontre que Smith a niée. Le juge de la cour provinciale n'a pas cru le témoignage de Smith et a accueilli celui de B.C., compte tenu de la quantité de détails qu'il contenait. En outre, il a tiré une conclusion défavorable du fait que Smith se soit abstenu de contre-interroger B.C. afin de lui demander pourquoi elle aurait eu des rapports sexuels non protégés avec une personne qu'elle croyait séropositive.

Smith soutenait que l'autre plaignante, O.A., était animée par un désir de vengeance. Il affirmait avoir divulgué sa séropositivité à O.A., et soulignait que O.A. avait l'intention de faire un don d'organe à son père, pour appuyer son allégation qu'elle n'aurait pas accepté d'avoir des rap-

ports sexuels non protégés avec lui. En rejetant le témoignage de Smith, le juge de la cour provinciale a accordé beaucoup d'importance au fait que Smith avait omis de dire à une infirmière de la santé publique qu'il avait antérieurement eu des rapports sexuels avec O.A.

La Cour d'appel a rejeté l'appel de Smith, parce qu'à son avis le juge de la cour provinciale a adéquatement expliqué pourquoi il préférait la version de B.C. à celle de Smith, et elle a conclu que le juge pouvait tirer une conclusion défavorable du fait que Smith se soit abstenu de contre-interroger B.C. sur une question cruciale.

Par ailleurs, la Cour d'appel a dit que le juge était en droit de tenir compte de la non-divulgation par Smith de sa relation antérieure avec O.A. pour établir sa crédibilité.

La Cour d'appel a jugé que le juge de la cour provinciale avait conclu à bon droit que la totalité de la preuve présentée par Smith n'était pas crédible. L'avocat de Smith a dit que Smith a l'intention de demander l'autorisation d'interjeter appel du jugement à la Cour suprême Canada.[13]

Un homme séropositif plaide coupable à deux chefs de tentative d'agression sexuelle grave

Patrick Green a plaidé coupable en avril 2008 à deux chefs de tentative d'agression sexuelle grave pour n'avoir pas divulgué sa séropositivité avant d'avoir des rapports sexuels non protégés avec deux plaignantes.[14]

Green, qui est hémophile, a contracté le VIH en 1985 à l'occasion d'une transfusion de sang contaminé. En décembre 2005, la police a reçu une plainte d'une femme qui soutenait avoir eu des rapports sexuels non protégés avec Green entre 1998 et 2003, sans qu'il lui ait jamais dit qu'il était séropositif. On l'a alors arrêté et accusé d'agression sexuelle grave.

Un mois plus tard, on a porté contre lui une seconde accusation d'agression sexuelle grave concernant une autre plaignante qui avait eu des rapports sexuels avec Green en 2005. Ni l'une ni l'autre plaignante n'a contracté l'infection.[15]

Depuis son arrestation, Green est gardé en isolement en raison du danger qu'il subisse une hémorragie s'il était blessé par d'autres détenus. À l'audience de détermination de la peine, l'avocat de Green a soutenu que sa détention en prison serait difficile, vu son hémophilie.

Le juge qui présidait l'audience a jugé que rien ne prouvait que le système carcéral ne serait pas en mesure de veiller aux besoins d'ordre médical de Green. En septembre 2008, Green a été condamné à 14 mois d'emprisonnement.[16]

Une femme séropositive est acquittée d'agression sexuelle grave

En août 2008, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a acquitté Tanya LaLonde d'une accusation d'agression sexuelle grave, après avoir rejeté le témoignage du plaignant qui soutenait que l'accusée ne lui avait pas dit qu'elle était séropositive avant d'avoir avec lui des rapports sexuels non protégés.[17]

Le plaignant, dont l'identité est protégée par une ordonnance du tribunal, a témoigné qu'il avait eu des rapports sexuels non protégés avec Tanya LaLonde à plusieurs reprises en 2006. Après avoir découvert qu'elle était séropositive, il a dénoncé le cas aux autorités en matière de santé publique et a déposé une déclaration à la police de Hamilton, qui a décerné un mandat d'arrestation à l'échelle nationale contre celle-ci.

Dans une déclaration qui a été enregistrée par la police après son arrestation, Tanya LaLonde a reconnu être sortie avec le plaignant mais elle a nié avoir eu des rapports sexuels avec lui. Elle a ajouté qu'elle était consciente des risques que comportent les rapports sexuels non protégés, parce qu'elle avait contracté le VIH de son mari, aujourd'hui défunt.[18]

De l'avis de la Cour, le plaignant, qui est séronégatif, a exagéré ses exploits sexuels et a donné des versions différentes sur le nombre de fois qu'il avait eu des rapports sexuels avec Tanya LaLonde. En conséquence, la Cour a conclu que la Couronne n'avait pas prouvé le bien-fondé de ses allégations au-delà du doute raisonnable.

Un résident d'Halifax reconnu coupable d'agression sexuelle grave pour avoir omis de divulguer sa séropositivité

En mai 2008, la Cour suprême de la Nouvelle-Écosse a déclaré Blaine Holland coupable d'agression sexuelle grave pour avoir eu des rapports sexuels non protégés avec son ex-petite amie sans lui avoir dit qu'il était séropositif.[19]

Bien que Holland ait eu un diagnostic de VIH en 1995, la plaignante soutient qu'elle croyait qu'il avait appris qu'il était séropositif en mars 2006, après le début de leur rela-

tion. C'est pourquoi elle n'avait pas dénoncé Holland à la police et avait continué d'avoir des rapports sexuels avec lui. La plaignante, qui n'a pas contracté le VIH, a mis fin à la relation en septembre 2006 quand elle a découvert que Holland connaissait son état depuis beaucoup plus longtemps.

Au procès, la plaignante a déclaré que, si elle avait su que Holland était séropositif, elle n'aurait jamais eu de rapports sexuels avec lui. Elle a également dit qu'ils n'avaient pas toujours utilisé de condom dans leurs rapports sexuels. Holland a affirmé pour sa part qu'il avait toujours insisté pour que leurs pratiques sexuelles soient sans risque, et qu'il avait informé la plaignante de sa séropositivité au début de leurs fréquentations. Il ne se rappelait toutefois pas précisément à quel moment il avait eu une discussion à ce sujet avec la plaignante.

La Cour n'a pas jugé Holland crédible parce qu'il ne se souvenait pas du moment où il avait divulgué sa séropositivité à la plaignante, et parce que la plaignante a subi un test du VIH en mars 2006, un an après que Holland prétend lui avoir dit qu'il était séropositif.

En octobre 2008, Holland a été condamné à trois ans et demi d'emprisonnement et son nom a été inscrit au registre des délinquants sexuels.[20]

Un homme est condamné à cinq ans d'emprisonnement pour avoir omis de divulguer sa séropositivité

Edward Kelly a été condamné en septembre 2008 à cinq ans d'emprisonnement, après avoir plaidé coupable à une accusation d'agression sexuelle grave pour n'avoir pas divulgué sa séropositivité à une femme avec laquelle il a eu des rapports sexuels non protégés.[21]

Kelly, qui avait été déclaré coupable en 2003 et condamné à trois ans d'emprisonnement pour n'avoir pas divulgué sa séropositivité à quatre femmes avec lesquelles il avait eu des rapports sexuels non protégés, a rencontré la plaignante en juin 2005.

Lorsque la relation a pris fin en juillet 2005, la personne qui partageait l'appartement de Kelly a dit à la plaignante que celui-ci était séropositif. La plaignante, qui n'a pas contracté le VIH, a dénoncé Kelly à la police.

Kelly a plaidé coupable en juillet 2008. Le juge lui a ordonné de fournir un échantillon d'ADN, et son nom sera inscrit à vie au registre des délinquants sexuels.

Un résident de Winnipeg est déclaré coupable d'agression sexuelle grave pour avoir omis de divulguer sa séropositivité à ses ex-petites amies

En juillet 2008, un homme séropositif de Winnipeg a été déclaré coupable de deux chefs d'agression sexuelle grave pour avoir omis de dire à deux ex-petites amies qu'il était séropositif avant d'avoir des rapports sexuels avec elles.[22] En août 2008, il a été condamné à huit ans d'emprisonnement.[23]

À son procès, l'homme, dont l'identité est protégée par une ordonnance de non-publication, a soutenu qu'avant les rapports sexuels il avait parlé de son état aux deux femmes, et que les conversations n'avaient « duré que quelques minutes ».[24] Ni l'une ni l'autre n'a contracté le VIH. L'homme a en outre ajouté qu'une des femmes avait de nouveau abordé le sujet après être devenue enceinte de lui.

Le juge qui présidait le procès a dit « qu'il n'était simplement pas croyable que l'on puisse avoir des discussions de quelques minutes sur des questions de vie ou de mort » et il a jugé l'accusé non crédible.[25]

Comme l'accusé a déjà passé 34 mois en prison et que cette période de détention compte pour le double, il devra purger encore 28 mois d'emprisonnement avant sa libération. Il s'expose également à un renvoi automatique en Afrique à la fin de sa détention.[26]

Un homme est condamné à sept ans d'emprisonnement pour huit chefs d'agression sexuelle grave

En juillet 2008, Tendai Mazambani a été condamné à sept ans d'emprisonnement après avoir été reconnu coupable de huit chefs d'agression sexuelle grave, pour avoir omis de dire à ses partenaires qu'il était séropositif avant d'avoir des rapports sexuels avec elles.[27] Les huit plaignantes, qui n'ont pas contracté le VIH, ont eu des rapports sexuels non protégés avec Mazambani entre 2003 et 2006.

Né au Zimbabwe, Mazambani a immigré à Toronto avec son épouse en 2001. Après avoir immigré au Canada, Mme Mazambani a découvert qu'elle était séropositive. Des tests ont par la suite confirmé que Mazambani était également séropositif.

En 2003, Mazambani a commencé une relation sexuelle avec une femme

à Toronto, et il a emménagé avec elle à London, Ontario. Ils ont rompu en novembre 2004. Pendant les deux années qui ont suivi, Mazambani a eu diverses relations simultanées, au cours desquels il a eu des rapports sexuels consensuels non protégés avec sept autres femmes à London.

Mazambani a été mis en accusation en octobre 2006, et il a plaidé coupable d'agression sexuelle grave en juillet 2008. Compte tenu que les 20 mois qu'il a passés en détention comptent pour le double, Mazambani devra purger encore quatre ans d'emprisonnement. Il sera également tenu de donner un échantillon d'ADN aux fins du registre fédéral des délinquants sexuels et devra se conformer aux règlements accessoires à la loi à sa libération.

[1] *R.* c. *Aziga*, [2008] O.J. No. 2431 (QL).

[2] *R.* c. *Aziga*, [2008] O.J. No. 3052 (QL).

[3] S. Clairmont, « One word can save a life; people knew her lover had AIDS, no one told her », *Hamilton Spectator*, 14 août 2008, p. A5.

[4] A. Dreschel, « Privacy versus the public's right to know », *Hamilton Spectator*, 15 août 2008, p. A15.

[5] *R.* c. *Mabior*, 2008 M.B.Q.B. 201 (Cour du Banc de la Reine du Manitoba).

[6] M. MacIntyre, « 14 years for HIV-positive 'predator' », *Winnipeg Free Press* (version en ligne), 11 octobre 2008.

[7] *R.* c. *Cuerrier*, [1998] 3 R.C.S. 371.

[8] *R.* c. *Thornton* (1991), 1 O.R. (3d) 480 (Cour d'appel de l'Ontario).

[9] R. Pearshouse, « Suisse – Énoncé sur la transmission sexuelle du VIH par des personnes suivant un traitement antirétroviral », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(1) (2008) : 40–41.

[10] *R.* c. *Nduwayo*, [2008] B.C.J. No. 1132 (Cour d'appel de la Colombie-Britannique) (QL).

[11] *R.* c. *C.* (1er mai 2008), Longueuil 765-01-010423-024 (Cour du Québec, Chambre criminelle et pénale).

[12] *R.* c. *Smith,* [2008] S.J. No. 283 (Cour d'appel de la Saskatchewan) (QL).

[13] D. Driver, « Football player loses sexual assault appeal », *The Lawyers Weekly*, 30 mai 2008, p. 2.

[14] P. Downs, « Living in terror he gave them HIV, women tell man's sentencing hearing », *Canadian Press*, 11 septembre 2008.

[15] « Man with HIV faces second sex assault charge », *The Hamilton Spectator*, 21 décembre 2005, p. A5.

[16] K. Walker, « HIV-positive man sentenced to 14 months in jail », *St. Catherines Standard*, 23 septembre 2008.

[17] « Massey woman acquitted of aggravated sex assault in HIV Trial », *Sudbury Star,* 8 août 2008, p. A4.

[18] P. Legall, « HIV accused denied sex claims », *Hamilton Spectator*, 7 août 2008, p. A5.

[19] « N.S. man guilty of not disclosing HIV status — judge », *The Daily Gleaner (Fredericton),* 16 mai 2008, p. A6.

[20] « Halifax man gets prison for having sex with woman who didn't know he has HIV », *Canadian Press*, 30 octobre 2008.

[21] J. Sims, « HIV-positive man given five years for latest offence; COURTS: Edward Kelly sentenced to three years in 2003 », *The London Free Press*, 9 septembre 2008, p. A3.

[22] P. Turenne, « 'Sleeping with the devil' », *The Winnipeg Sun*, 14 août 2008, p. 16.

[23] M. McIntyre, « Devil with HIV gets 8 years for unprotected sex », *Winnipeg Free Press*, 23 août 2008, p. B5.

[24] D. Pritchard, « Judge rejects HIV small talk, convicts man of assault », *The Winnipeg Sun*, 19 juillet 2008, p. 3.

[25] *Ibid.*

[26] M. McIntyre, « HIV positive man to be deported », *Winnipeg Free Press*, 14 août 2008, p. B4.

[27] K. Seggewiss, « Man sentenced to seven years; COURT: Tendai Mazambani, 34, didn't reveal to his eight sexual partners that he was HIV positive », *The London Free Press*, 1er août 2008, p. A3.

En bref

La Cour d'appel fédérale rejette la demande d'Ottawa pour faire confirmer les restrictions du programme d'accès à la marijuana à des fins médicales

Le 27 octobre 2008, la Cour fédérale d'appel a rejeté la demande présentée par le gouvernement fédéral pour faire annuler une décision qui avait invalidé une importante restriction prévue dans le programme d'accès à la marijuana à des fins médicales.[1]

La décision de la cour de première instance avait accordé aux consommateurs de marijuana à des fins médicales une plus grande liberté dans le choix du producteur et autorisé les producteurs à fournir la drogue à plus d'un patient, ce qui essentiellement améliorait le choix et l'accès pour les consommateurs.[2]

Le gouvernement soutenait que le fait d'autoriser un producteur à fournir la marijuana à un grand nombre de consommateurs comportait des risques au plan de la sécurité. Les trois juges de la Cour d'appel ont rejeté cet argument, de même que l'argument voulant que la politique d'approvisionnement fédérale garantisse aux consommateurs un accès efficace et légitime à la marijuana. Les juges ont reproché au gouvernement l'absence

de preuves statistiques que le stock de marijuana offert par le gouvernement suffit à satisfaire les besoins médicaux des consommateurs.[3]

Le rejet de la demande du gouvernement est survenu après que celui-ci eut obtenu une suspension d'exécution du jugement de la Cour fédérale jusqu'au jugement sur sa demande de révision. La Cour d'appel fédérale a rejeté la requête du gouvernement, qui demandait un délai d'un an pour l'exécution du jugement afin d'avoir le temps de concevoir une solution de rechange.[4]

Selon Alan Young, qui représentait les consommateurs de marijuana, Santé Canada pourrait maintenant déterminer, au cas par cas, combien de patients un producteur peut approvisionner, ou établir une nouvelle limite concernant le nombre de patients qu'un producteur peut approvisionner. Dans un cas comme dans l'autre, l'affaire se retrouverait de nouveau devant les tribunaux.[5]

---

[1] *Sfetkopoulos* c. *Canada (Procureur général),* 2008 CF 33 (CanLII).

[2] S. Chu, « La Cour fédérale invalide une restriction prévue dans le programme d'accès à la marijuana à des fins médicales », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(1) (2008): 49–50.

[3] « Ottawa's grip on medical marijuana loosened », *Canadian Press*, 27 octobre 2008.

[4] *Ibid.*

[5] *Ibid.*

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 aux responsables de la présente section – Leah Utyasheva (lutyasheva@aidslaw.ca) et Alison Symington (asymington@aidslaw.ca). Toutes deux sont analystes principales des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

La Cour suprême de l'Inde approuve les engagements du gouvernement en matière de soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH

En août 2008, le gouvernement de l'Inde a rendu publique une liste de directives concernant son action nationale contre le VIH/sida.[1] Une formation de la Cour suprême a approuvé les directives le 1er octobre 2008 et ordonné que les gouvernements de tous les états les mettent en application. La Cour a également ordonné à la National AIDS Control Organisation (NACO) de présenter un rapport d'étape sur l'application des directives dans les quatre mois.[2] En conséquence, il existe maintenant un cadre juridique obligatoire partout en Inde sur les soins de santé et le traitement des personnes vivant avec le VIH.

Le processus qui a donné lieu à cette décision a pris sa source dans trois requêtes d'intérêt public distinctes présentées à la Cour suprême en 1998, 1999 et 2003, et ayant pour objet d'obtenir que la Cour ordonne à l'État de faire en sorte qu'aucune personne vivant avec le VIH ne soit privée de traitements.

Une requête a été présentée au nom de la Sahara House (un établissement de soins et de réadaptation), une autre au nom du Sankalp Rehabilitation Trust, et la troisième au nom de la Voluntary Health Association of Punjab. Les trois requêtes ont finalement été jointes.

Les requêtes alléguaient que le refus de traitement à une personne vivant avec le VIH est inconstitutionnel et illégal. Elles demandaient à la Cour d'ordonner que l'État formule des directives sur le traitement des personnes vivant avec le VIH et offre un accès gratuit et équitable aux traitements antirétroviraux.[3]

Les requêtes s'appuyaient sur les Articles 14 (égalité devant la loi, 21 (protection de la vie et de la liberté personnelle), 32 (recours pour faire respecter les droits), 41 (droit au travail, à l'éducation et à l'aide sociale), 42 (conditions de travail) et 47 (nutrition, niveau de vie et santé publique) de la Constitution de l'Inde.[4]

La présentation de ces requêtes a amené le gouvernement à entreprendre des consultations auprès de divers intervenants sur les mesures à prendre pour améliorer l'étendue et l'efficacité des traitements offerts aux personnes vivant avec le VIH en Inde. Il y a eu consensus sur plusieurs questions.

Une note de service gouvernementale a été rendue publique le 26 août 2008 avec une liste de directives qui avaient été convenues et des actions entreprises (ou qui devaient être entreprises) à l'égard de chacune.[5] Les directives du gouvernement sur l'ensemble des soins de santé destinés aux personnes vivant avec le VIH, conformément à la note de service, comprennent ce qui suit :

- mettre sur pied des centres de traitement antirétroviral fonctionnels dans tout le pays;
- doter les futurs centres de traitement antirétroviral d'appareils CD4;
- faire en sorte que les centres de traitement antirétroviral soient hygiéniques et qu'on y trouve de l'eau potable, des sièges convenables et des toilettes propres;
- créer un mécanisme de redressement de griefs aux centres de traitement antirétroviral;
- faire en sorte que des médicaments pour traiter les infections opportunistes soient accessibles gratuitement à toutes les personnes vivant avec le VIH;
- faire en sorte que des trousses de dépistage adéquates soient disponibles;
- offrir un milieu de travail sécuritaire à tous les travailleurs de la santé, notamment leur fournir des traitements de prophylaxie post-exposition et de l'équipement de protection comme des gants et des masques;
- obliger tous les médecins et les infirmières dans les secteurs publics et privés à respecter les protocoles et les politiques de la NACO, et faire en sorte que ces protocoles fassent partie des programmes d'enseignement offerts aux professionnels de la santé; et
- proclamer qu'aucun médecin ou infirmière ne pourra refuser de traiter une personne vivant avec le VIH parce qu'elle est séropositive, et que toutes les personnes vivant avec le VIH seront traitées avec soin et dans le respect de leur dignité.[6]

D'autres consultations seront nécessaires pour régler les questions encore en litige, et un mécanisme de surveillance doit être mis en place pour garantir le respect des directives.[7]

– Alison Symington

Pour de plus amples renseignements sur cette affaire, consulter les sites Web du Lawyer's Collective et du Human Rights Law Network (voir les adresses URL dans les notes de fin de document ci-après).

---

[1] NACO, Ministry of Health and Family Welfare of the Government of India, Office Memorandum, 26 août 2008, Doc No. T-11020/29/1998/NACO (Admin ART). Accessible en ligne à www.lawyerscollective.org/hiv-aids/current-cases/sankalp et à www.hrln.org/issue.php?id=2&pil=1&pilid=102.

[2] *Sahara House* c. *Union of India and Ors.*, Writ Petition No. 535 of 1998, 1er octobre 2008.

[3] Page Web de Sankalp, Lawyers Collective, www.lawyerscollective.org/hiv-aids/current-cases/sankalp; et page Web de Human Rights Law Network, PILs & Cases, www.hrln.org/issue.php?id=2&pil=1&pilid=102.

[4] *Ibid.*

[5] Affidavit on behalf of Respondent — Union of India, In the matter of *Sahara House vs. Union of India & Ors.* (and connected matters), 2 septembre 2008, accessible en ligne à www.hrln.org/issue.php?id=2&pil=1&pilid=102.

[6] NACO.

[7] Affidavit on behalf of Respondent.

La Cour européenne rejette la demande d'une Ougandaise pour rester au Royaume-Uni

En mai 2008, la Cour de Strasbourg a rendu son jugement dans le cas d'une femme séropositive qui souhaitait rester au Royaume-Uni, où elle recevait un traitement antirétroviral. Bien que le traitement soit sans doute inaccessible en Uganda, la Cour a jugé que les motifs d'ordre humanitaire à l'encontre de son renvoi n'étaient pas suffisamment convaincants pour conclure à un traitement inhumain ou dégradant.[1]

La requérante, « N. », alléguait que, compte tenu de la gravité de son état pathologique, de l'inaccessibilité des traitements anti-rétroviraux et d'autres soins médicaux nécessaires et de l'absence de soutien social en Ouganda, son expulsion du Royaume-Uni vers l'Ouganda constituerait une violation de l'Article 3 (protection contre la torture et les traitements inhumains ou dégradants) de la *Convention européenne des droits de l'homme*. La Cour européenne des droits de l'homme a rejeté sa demande par 14 voix contre 3.

N. est entrée au Royaume-Uni en 1998. Elle était gravement malade à l'époque et on l'a admise à l'hôpital où l'on a diagnostiqué qu'elle était séropositive. Elle a développé des maladies associées au sida. Elle a subi des traitements et son état s'est progressivement stabilisé.[2]

Deux jours après son arrivée au Royaume-Uni, des avocats ont déposé une demande d'asile en son nom. Elle soutenait alors qu'elle avait été victime de mauvais traitements de la part du mouvement de résistance nationale et qu'elle serait en danger si elle retournait en Ouganda. Un rapport a également été préparé qui indiquait que, sans un traitement antirétroviral constant et sans les suivis nécessaires pour vérifier que la bonne combinaison de médicaments était utilisée, elle aurait moins d'un an à vivre.[3]

Le Secrétaire d'État a refusé sa demande d'asile en 2001.[4] Elle a porté la décision en appel à la Chambre des Lords, qui a rejeté l'appel à l'unanimité en 2005.[5]

Dans *D.* c. *United Kingdom*, une affaire antérieure dont les faits étaient similaires, la Cour avait conclu à une violation de l'Article 3. Dans ce cas, le requérant souffrait du sida à un stade avancé. Les établissements médicaux de son pays d'origine n'avaient pas la capacité de lui offrir les traitements dont il avait besoin et il n'avait pas en Ouganda de famille pour s'occuper de lui.

Considérant les motifs humanitaires impérieux de ce cas exceptionnel, la Cour avait jugé que l'expulsion du requérant constituerait une violation de ses droits.[6] Postérieurement à ce jugement, la Cour n'a jamais conclu que le renvoi proposé d'un étranger entraînait une violation de l'Article 3 à cause du mauvais état de santé du requérant.[7]

Après examen de la jurisprudence, la Cour a conclu que les étrangers assujettis à une ordonnance d'expulsion ne peuvent pas, en principe, faire valoir un quelconque droit de rester pour bénéficier des services médicaux, sociaux ou autres offerts par l'État qui exige leur renvoi. La Cour a souligné que ce n'est que dans des « cas très exceptionnels » que des motifs d'ordre humanitaire opposés au renvoi sont irrésistibles.[8]

En l'espèce, la Cour n'a pas conclu que la situation de N. satisfaisait ce critère élevé. Selon la Cour, il existe des médicaments antirétroviraux en Ouganda (bien que le coût en soit prohibitif pour un grand nombre de personnes qui en ont besoin); en outre, le fait que le Royaume-Uni lui ait fourni de l'aide médicale et sociale pendant les neuf années qu'a demandé le traitement de ses requêtes n'implique pas que cet État soit obligé de la garder à sa charge.[9]

En conclusion, la Cour a déclaré ce qui suit :

> La Cour admet que la qualité de la vie de la requérante et son espérance de vie seraient affectées si elle était renvoyée en Ouganda. La requéranta n'est cependant pas, en ce moment, gravement malade. La rapidité de la détérioration qu'elle subirait et ses possibilités d'obtenir des traitements médicaux, du soutien et des soins, y compris l'aide de membres de sa famille, comportent un certain degré de spéculation, surtout compte tenu de la constante évolution de la situation en ce qui concerne le traitement du VIH et du sida dans le monde entier.[10]

N. avait aussi soutenu que, selon l'Article 8 de la Convention, la situation à laquelle elle devrait faire face à son retour en Ouganda porterait atteinte à son droit au respect de la vie privée. La Cour a déclaré qu'elle n'avait pas à examiner l'allégation fondée sur l'Article 8, parce qu'elle ne soulevait pas de question distincte.[11]

Trois juges ont rendu une opinion dissidente. Selon eux les garanties de la Convention doivent être interprétées dans le contexte des « réalités pratiques actuelles ».[12] Ils ont conclu qu'il n'y avait pas lieu de distinguer le cas de N. de celui de l'affaire *D.* c. *United Kingdom*. Pour eux, la Cour aurait dû conclure à une violation potentielle de l'Article 3.[13] Ils ont ajouté que la Cour aurait également dû examiner l'allégation fondée sur l'Article 8 de la Convention.[14]

– Alison Symington

[1] *Case of N.* c. *United Kingdom* (27 mai 2008), Application No. 26565/05.

[2] *Ibid.*, par. 9, 11.

[3] *Ibid.*, par. 10, 12.

[4] *Ibid.*, par. 13.

[5] *Ibid.*, par. 17.

[6] *Ibid.*, par. 33.

[7] *Ibid.*, par. 34.

[8] *Ibid.*, par. 42–43.

[9] *Ibid.*, par. 49.

[10] *Ibid.*, par. 50.

[11] *Ibid.*, par. 53.

[12] *Case of N.* c. *United Kingdom* (27 mai 2008), Application No. 26565/05, opinion dissidente des juges Tulkens, Bonello et Spielmann, par. 10.

[13] *Ibid.*, par. 21–25.

[14] *Ibid.*, par. 26.

Un tribunal d'Afrique du Sud interdit la promotion de traitements à base de vitamines, contre le sida

Le 13 juin 2008, la High Court of South Africa (Cape of Good Hope Provincial Division) a prononcé un jugement contre un fabricant de remèdes parallèles et le gouvernement d'Afrique du Sud dans une affaire concernant des suppléments vitaminiques commercialisés pour le traitement du VIH/sida.[1] La Cour a conclu que les suppléments vitaminiques étaient des « médicaments » et, à ce titre, assujettis au règlement adopté sous le régime du *Medicines and Related Substances Act 101 of 1965* (Loi sur les médicaments et substances apparentées).

L'action avait été intentée par la Treatment Action Campaign (TAC) et la South African Medical Association. Le litige portait sur le statut juridique de certains suppléments vitaminiques et oligo-éléments qui sont vendus aux personnes vivant avec le VIH, y compris un produit appelé « VitaCell », commercialisé par Matthias Rath et la Rath Foundation. Les traitements n'ont été ni déposés au South Africa's Medicines Control Council (MCC), ni approuvés par celui-ci.

VitaCell et d'autres produits ont été décrits dans des journaux, des dépliants et des affiches distribués en Afrique du Sud comme ayant la capacité d'inverser l'évolution du sida. En avril 2005, on a diffusé de la publicité qui mentionnait une « étude clinique pilote » menée auprès de patients à un stade de sida avancé.

La Rath Foundation fournit les suppléments et exploite des établis-

sements dans le Western Cape, dont un à Khayelitsha, où l'on évalue les effets des suppléments sur des personnes atteintes du sida.[2]

Les douze intimés comprenaient Matthias Rath, la Dr Rath Health Foundation Africa, David Rasnick et les autorités sud-africaines en matière de santé. Les requérants souhaitaient faire déclarer que la distribution ou la vente des produits en Afrique du Sud, et les essais cliniques, étaient illicites. Ils souhaitaient également empêcher les intimés de faire de la publicité fausse ou trompeuse concernant le produit.

En outre, ils demandaient à la cour d'ordonner que le ministre de la Santé et le directeur général du ministère de la Santé entreprennent une enquête sur les allégations et prennent des moyens raisonnables pour faire cesser les infractions à la loi.[3]

Les questions préliminaires ont porté sur la loi applicable. La Cour s'est d'abord penchée sur le sens du terme « *medicine* » (médicament) au sens de l'article 1 du *Medicines Act,* pour déterminer si les suppléments étaient assujettis à la loi. La Cour a jugé que c'est l'utilité d'une substance particulière qui est le facteur déterminant pour déterminer si oui ou non il s'agit d'un médicament.[4]

Étant donné que les intimés ont prétendu dans divers médias que la substance en litige guérit le sida ou en inverse l'évolution, la Cour a conclu qu'il s'agit de médicaments qui sont distribués à des fins médicinales.[5] Par conséquent, a dit la Cour, les substances sont contrôlées et réglementées par le *Medicines Act*.

Un avis général a été publié en 2002 exigeant que les médicaments complémentaires, y compris les substances nutritionnelles qui sont censées avoir des effets thérapeutiques ou médicinaux, soient portés à l'attention du MCC, afin que celui-ci établisse l'exactitude des prétentions et décide si celles-ci constituent un danger pour la santé publique.[6]

Les intimés Rath n'ont pas soumis leurs produits à l'attention du MCC aux fins d'évaluation. En conséquence, la Cour a ordonné qu'ils cessent de promouvoir l'efficacité du VitaCell pour les patients souffrant du sida jusqu'à ce que le produit ait été soumis au MCC.[7]

Pour ce qui concerne « l'étude clinique pilote » menée par les intimés Rath, la Cour a conclu que c'était un « essai clinique » ayant pour objet de découvrir ou de vérifier les effets des oligo-éléments sur les personnes atteintes du sida. La Cour a dit, cependant, que Rath n'avait pas demandé l'autorisation nécessaire pour mener cet essai clinique conformément aux règlements adoptés selon le *Medicines Act*, et que cela constituait donc une infraction.[8] La Cour a prononcé une interdiction contre l'essai clinique.[9]

En ce qui a trait à la conduite du gouvernement, la Cour a jugé que le ministre de la Santé, de concert avec le directeur général du ministère de la Santé, a l'obligation de prendre des moyens raisonnables pour garantir que les dispositions du *Medicines Act* « sont appliquées de manière à protéger, à promouvoir, à améliorer et à conserver la santé de la population du pays. »[10]

La Cour a par conséquent exigé que ces parties prennent des moyens raisonnables pour empêcher que les intimés Rath procèdent à des essais cliniques non autorisés, et les empêcher de faire de la publicité concernant les effets du VitaCell sur les personnes atteintes du sida, jusqu'à ce que le MCC évalue les vertus médicinales du VitaCell.[11]

Bien que le gouvernement ait soutenu avoir adéquatement enquêté sur les plaintes qu'ont déposées les requérants et d'autres personnes, la Cour a rejeté cette allégation. La Cour a déclaré que celui-ci demeurait tenu de faire enquête sur les plaintes portées contre les intimés Rath et, à la lumière des faits découverts à l'enquête, de prendre d'autres mesures raisonnables conformément à son obligation.[12]

Le TAC a déclaré que la décision était une « victoire pour la primauté du droit et la gouvernance scientifique en matière de médicaments ».[13] Le TAC a demandé que la ministre de la Santé soit relevée de ses fonctions pour n'avoir pas veillé à l'application du *Medicines Act* et avoir fait obstacle aux traitements antirétroviraux, ce qui, d'après le TAC, a causé de nombreux décès.

Dans une affaire connexe, en octobre 2008, l'Advertising Standards Authority of South Africa (ASASA) a accueilli une plainte formée par le TAC contre l'organisme Gogo's Traditional Medicines concernant une annonce publicitaire parue dans le journal *Sowetan* en juin 2008.

L'annonce soutenait que le produit pouvait réduire la charge virale et augmenter la numération des CD4 en moins de 30 jours.[14] L'ASASA a conclu que la publicité violait l'Annexe F du *Code of Advertising Practice* de l'ASASA, selon lequel tout produit faisant l'objet de conseils et de recommandations dans la publicité devait être dûment inscrit auprès du MCC.[15] Elle a par conséquent ordonné le retrait immédiat de la publicité jusqu'à ce que le produit soit homologué.[16]

– Alison Symington

Le texte intégral des décisions et les plaidoiries de l'affaire Rath sont accessibles

sur le site Web du TAC via www.tac.org.za/community/.

[1] *Treatment Action Campaign and South African Medical Association* c. *Matthias Rath et al.*, (13 juin 2008), Case No. 12156/05.

[2] *Ibid.*, par. 18–22.

[3] *Ibid.*, par. 4–5.

[4] *Ibid.*, par. 42.

[5] *Ibid.*, par. 45.

[6] *Ibid.*, par. 64.

[7] *Ibid.*, par. 65.

[8] *Ibid.*, par. 75.

[9] *Ibid.*, par. 105.

[10] *Ibid.*, par. 88.

[11] *Ibid.*

[12] *Ibid.*, par. 105.

[13] « Cape High Court interdicts Matthias Rath and orders government to investigate and stop breaches of the Medicines Act: victory for the rule of law and the scientific governance of medicines », 13 juin 2008. Accessible via http://tac.org.za/community/node/2348.

[14] A. Warlick, « TAC consumer complaint against advertisement for quack treatment for HIV/AIDS upheld by Advertising Standards Authority », 10 octobre 2008. Accessible via http://tac.org.za/community/node/2418.

[15] *Treatment Act Campaign* c. *Philani Gumede t/a Gogo's Traditional Medicine*, Ruling of the ASA Directorate, 29 septembre 2008, p. 2.

16 *Ibid.*, p. 3.

Un tribunal d'Afrique du Sud interdit à l'armée d'exclure les personnes séropositives

Le 16 mai 2008, la High Court of South Africa a conclu que la politique de dépistage du VIH de la South African National Defence Force (SANDF) est inconstitutionnelle, parce qu'elle exclut les personnes vivant avec le VIH de toute possibilité de recrutement, de promotion ou de déploiement à l'étranger.[1]

La politique de dépistage du VIH a été conçue par la Santé publique dans les années 1988–2003, et mise en œuvre par la SANDF. Selon la politique de dépistage, toute personne dont le résultat est positif – peu importe son état de santé ou ses compétences — est automatiquement exclue de toute possibilité d'emploi, de déploiement ou de promotion dans les forces armées nationales.[2]

Des défenseurs des droits de la personne ont à plusieurs reprises mis en question l'équité et la légalité de la politique de la SANDF, depuis 1994.[3]

La SANDF a toujours répondu que les membres des forces armées — quelle que soit leur spécialisation — ne sont déployés que s'ils sont aptes au combat. À son avis, toutes les personnes séropositives sont inaptes à l'emploi, au déploiement ou à la promotion, parce qu'elles sont soi-disant incapables de supporter le stress, les conditions de vie difficiles et les conflits armés qu'implique le service militaire.[4]

Le 14 mai 2007, l'AIDS Law Project (ALP) a formellement contesté la politique dans une poursuite intentée au nom de la South African Security Forces Union (SASFU) et de trois personnes vivant avec le VIH, que la SANDF avait refusé de recruter, de déployer ou de promouvoir : un instructeur de préparation au combat, particulièrement spécialisé dans le tir; un trompettiste; et un commis au personnel qui exerçait des fonctions purement administratives.[5]

L'ALP alléguait que les politiques étaient stéréotypées, et injustement discriminatoires envers les personnes vivant avec le VIH. Il soutenait que si les candidats étaient déployés ou promus, ils pourraient tous continuer d'exercer leurs fonctions dans la même catégorie d'emploi.

L'ALP a ajouté qu'il n'existait pas de preuve médicale justifiant une exclusion générale de toutes les personnes vivant avec le VIH; que la politique en vigueur contribuait à la stigmatisation des personnes vivant

avec le VIH; et qu'elle nuisait à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien en lien avec le VIH au sein de la SANDF.

L'ALP soutenait en outre que la politique était contraire au HIV and AIDS and STIs Strategic Plan for South Africa (2007-2011) et aux normes internationales.[6]

La cour a conclu que la politique de dépistage est

> inconstitutionnelle en ce qu'elle porte atteinte de manière déraisonnable et injustifiable aux droits des candidats et des actuels membres séropositifs de la SANDF :
>
> a) à la protection contre la discrimination injuste;
> b) à la vie privée;
> c) à la dignité;
> d) à des pratiques équitables en matière d'emploi; et à la justice administrative.

Tous ces droits sont garantis par la Constitution d'Afrique du Sud.

La cour a ordonné la révision de la politique de dépistage du VIH et a donné six mois aux défendeurs pour formuler une nouvelle politique sanitaire. La cour a également ordonné aux défendeurs de procéder à l'embauche immédiate du troisième demandeur et de reconsidérer la demande de déploiement et de promotion du deuxième.

– Leah Utyasheva

---

[1] ALP, « *Victory against SANDF* », communiqué de presse, 16 mai 2008, accessible via www.alp.org.za.

[2] *Ibid.*

[3] ALP, « South African Security Forces Union and Others v Surgeon General and Others », en ligne à www.alp.org.za/index.php?option=com_content&task=view&id=43&Itemid=8.

[4] *Ibid.*

[5] *South African Security Forces Union and Others* c. *Surgeon General and Others,* High Court of South Africa (Transvaal Provincial Division), Case No. 18683/07, 16 mai 2008.

[6] *Ibid.*

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition

Australie – Un homme est jugé non coupable de transmission délibérée du VIH

En juillet 2008, un jury a déclaré Michael Neal non coupable de deux accusations d'avoir délibérément transmis le VIH à une personne. Il a été reconnu coupable de 15 autres chefs, dont neuf chefs de tentative de transmission du VIH, deux chefs de viol, trois chefs de conduite insouciante ayant mis une personne en danger et un chef d'obtention frauduleuse de faveurs sexuelles.

Il a plaidé coupable à 12 chefs additionnels, dont fabrication de pornographie infantile, possession de pornographie infantile, actes indécents avec un enfant de moins de 16 ans, trafic de drogue entraînant la dépendance et possession de drogue entraînant la dépendance.[1]

La preuve présentée au procès a démontré que Neal voulait infecter d'autres hommes et n'a pas révélé sa séropositivité à ses partenaires, avec lesquels il a eu des rapports sexuels non protégés.[2]

Entre novembre 2001 et avril 2006, le ministère de la Santé a signifié à Neal, selon l'article 121 du *Health Act*, trois lettres et quatre ordonnances qui l'enjoignaient, entre autres choses, d'obtenir du counselling, de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels non protégés, de s'abstenir de fréquenter des établissements de commerce du sexe, et d'entretenir des contacts réguliers avec des représentants des services de santé.[3]

Neal aurait continué d'avoir des rapports sexuels non protégés.

L'avocat de la défense a soutenu pendant toute la durée du procès que Neal ne croyait sincèrement pas qu'il pouvait transmettre le VIH à autrui puisque sa charge virale était indécelable.[4] Neal a été placé en détention préventive; l'audience de détermination de la peine a été fixée au 29 octobre 2008.[5]

– Alison Symington

Finlande – Dix ans d'emprisonnement pour transmission du VIH et exposition

En août 2008, un tribunal finlandais a prononcé une peine de 10 ans d'emprisonnement dans l'affaire de Aki Matti Hakkarainen, un homme séropositif qui avait été déclaré coupable de 14 chefs de tentative de voies de fait graves, cinq chefs d'agression sexuelle grave et un chef de viol.

Les rapports sexuels non protégés ont eu lieu entre 1999 et 2004. La cour a également condamné Hakkarainen à payer à ses victimes une indemnisation pour un total d'environ 330 000 euros (environ 508 000 $CAN).[6]

Au début des procédures, la Cour a ordonné que l'accusé subisse une évaluation psychiatrique. S'appuyant sur cette évaluation, la Cour a jugé qu'il était apte à être condamné pour les infractions.[7] En 2007, la police avait publié une photographie de l'accusé dans le but d'identifier d'autres partenaires sexuels qui auraient pu être exposés au VIH.[8]

– Alison Symington

Singapore – Un homme est reconnu coupable dans une affaire de fellation

Dans la première poursuite pour exposition au VIH qui ait été intentée à Singapore, un homme séropositif a été reconnu coupable d'avoir fait une fellation à un adolescent dans une toilette publique sans l'avoir préalablement informé des risques. L'adolescent aurait refusé le coït anal que l'homme lui avait demandé.[9] Chan Mun Chiong a plaidé coupable et a été condamné à un an d'emprisonnement.

Selon la loi de Singapore, il aurait pu être condamné à 10 000 $SG d'amende (environ 8 150 $CAN) et/ou à une peine maximale d'emprisonnement de deux ans. Il a été mis en accusation avant l'entrée en vigueur de modifications qui ont augmenté la peine maximale à 10 ans et l'amende à 50 000 $SG (environ 39 500 $CAN).

Selon les modifications législatives, commet désormais un crime toute personne qui, ne connaissant pas son sérodiagnostic, mais ayant « des motifs de croire » qu'elle a peut-être le VIH, a des rapports sexuels sans divulgation préalable ou sans prendre des « précautions raisonnables » pour protéger ses partenaires sexuels.[10]

– Alison Symington

Suisse – Un homme qui ignorait qu'il vivait avec le VIH est tenu criminellement responsable de transmission

En juin 2008, le plus haut tribunal de la Suisse, la Cour fédérale de Lausanne, a conclu qu'un homme qui ne savait pas qu'il était séropositif au moment où il a eu des rapports sexuels non protégés qui ont entraîné la transmission du VIH était tout de même criminellement responsable de l'infection consécutive.

La plaignante était une femme qui avait eu des rapports sexuels non protégés avec le défendeur. L'homme n'aurait pas reçu de diagnostic de VIH avant leurs rapports sexuels, mais il avait eu des rapports sexuels non protégés dans le passé.[11] Notamment, en 2000, une ex-partenaire sexuelle l'avait informé qu'elle était séropositive.

L'homme a déclaré qu'il n'avait pas subi de test de détection des anticorps anti-VIH, parce qu'il ne croyait pas avoir été infecté à l'occasion de ses rapports sexuels non protégés avec cette femme, étant donné qu'il n'avait pas de symptômes de séroconversion à l'époque.[12]

En Suisse, la responsabilité associée à l'exposition au VIH est fondée sur deux ensembles de droit distincts : le droit de la santé publique, qui a pour objet de protéger la population en général, et le droit criminel, qui vise à protéger les personnes. L'accusé dans cette affaire a été jugé responsable selon l'un et l'autre.

L'accusé avait porté sa condamnation initiale selon ces lois en appel à la Cour cantonale de Zurich en 2007. La Cour cantonale a accueilli l'appel, concluant qu'il n'était pas responsable et que la preuve scientifique n'établissait pas de manière concluante qu'il avait transmis l'infection à la plaignante.[13]

La Cour fédérale a annulé cette décision en juin 2008. À son avis, le défendeur ne pouvait pas ignorer le fait que son propre comportement antérieur était risqué, surtout depuis que l'une de ses anciennes partenaires lui avait dit qu'elle était séropositive après qu'ils aient eu des rapports sexuels non protégés.

La Cour fédérale a jugé que la femme n'avait pas de responsabilité conjointe relativement à son infection, parce qu'elle n'a pas donné de consentement éclairé aux risques que comportaient les rapports sexuels non protégés. Si elle avait connu les anté-

cédents sexuels de l'homme, il est peu probable qu'elle aurait consenti aux rapports sexuels non protégés.[14]

– Alison Symington

États-Unis – L'emprisonnement pour avoir craché

En mai 2008, un homme séropositif qui avait craché sur un agent de police pendant son arrestation pour ivresse publique a été condamné à 35 ans de prison, à Dallas (Texas).

D'après les comptes-rendus des médias, Willie Campbell avait à plusieurs reprises dans le passé craché sur des agents de police et mordu d'autres détenus. Le jury a décidé que la salive de Campbell était « une arme mortelle », parce qu'il était séropositif.

La conclusion du jury entraînait qu'il devait purger au moins la moitié de sa peine d'emprisonnement avant d'être admissible à la libération.[15] Comme Campbell avait déjà purgé deux peines d'emprisonnement, il est considéré selon la loi de Dallas comme un « récidiviste ». En conséquence, la peine minimale qu'il peut recevoir est de 25 ans.[16]

Selon le Center for Disease Control and Prevention des États-Unis, personne n'a jamais contracté le VIH par du crachat. Le procureur de Dallas County qui a traité l'affaire aurait déclaré que tout degré de risque, aussi infime soit-il, justifie que l'on conclue à la présence d'une arme mortelle.[17]

Dans une autre affaire, une femme séropositive de Georgie a été condamnée à trois ans d'emprisonnement pour avoir craché au visage d'une autre femme. Elle a plaidé coupable à une accusation de voies de fait graves. Elle devra purger la totalité de la peine, parce qu'elle a déjà été condamnée trois fois pour des crimes graves.[18]

– Alison Symington

[1] S. Collins, « HIV-positive man guilty of attempting to infect partners », *The Age*, 1er août 2008.

[2] M. Iaria, « Man boasted of spreading HIV », *The Australian*, 2 juillet 2008; « Court told man bragged about infecting people with HIV », *ABC News*, 19 juin 2008.

[3] S. Collins, « HIV-positive man… »; S. Collins, « HIV man 'ignored warnings », *The Age*, 24 juin 2008.

[4] S. Collins, « HIV-positive man… »

[5] *Ibid.*

[6] « Rovaniemi HIV case brings 10-year custodial sentence and over EUR 300,000 in damages », *Helsingin Sanomat*, 25 août 2008.

[7] « Court action against HIV man continues in Rovaniemi », *Helsingin Sanomat*, 13 août 2008.

[8] « Publishing photograph of HIV man leads to discovery of yet another HIV-positive victim from years ago », *Helsingin Sanomat*, 10 octobre 2007.

[9] E. Chong, « Man jailed for not telling boy of risk in first HIV case », *Straits Times*, 14 juillet 2008; S. Bennett, « Singapore jails man with HIV for performing oral sex on youth », *Bloomberg.com*, 15 juillet 2008.

[10] S. Bennett.

[11] E. Bernard, « Swiss court rules all people with HIV can be criminally liable for transmission, even if untested », *Aidsmap.com*, 18 juillet 2008.

[12] *Ibid.*

[13] *Ibid.*

[14] *Ibid.*

[15] T. Ellis, « HIV-positive man gets 35 years for spitting on Dallas police officer », *The Dallas Morning News*, 14 mai 2008.

[16] T. Ellis, « 35-year sentence for HIV-positive spitter worries some », *The Dallas Morning News*, 17 mai 2008.

[17] T. Ellis, « 35-year sentence… »

[18] « Woman with HIV gets 3 years for spitting in face », The Associated Press, 23 juillet 2008.

En bref

Une Kenyane séropositive congédiée obtient une indemnisation

En juillet 2008, la High Court de Nairobi a jugé qu'un congédiement fondé sur la séropositivité est illégal. De plus, la Cour a déclaré que faire subir un test du VIH à des employés ou à des candidats à l'emploi sans leur consentement constitue une atteinte à la vie privée et est illégal. Le fait de divulguer l'état sérologique d'une personne à son employeur sans son consentement est également illégal.[1]

La décision a résulté d'une poursuite intentée par une femme séropositive cinq ans auparavant. La femme, qui s'était rendue à l'hôpital parce qu'elle souffrait de douleurs à la poitrine et d'éruptions cutanées, y aurait subi un test du VIH sans son consentement. Le médecin et l'hôpital auraient violé le secret professionnel et dévoilé le résultat du test à son employeur, également sans son consentement.

Selon les comptes-rendus des médias, son employeur l'a ensuite congédiée, en précisant dans sa lettre de cessation d'emploi qu'il la congédiait pour des motifs d'ordre médical.[2]

Bien que ni l'employeur, ni l'hôpital, ni le médecin n'aient admis leur responsabilité, la Cour a accordé à la demanderesse l'équivalent de 35 000 $CAN en dommages-intérêts.[3] Il s'agirait de la première décision de cette nature au Kenya.

– Alison Symington

Kyrgyzstan – Neuf travailleurs de la santé reconnus coupables d'avoir causé par négligence la transmission du VIH à des enfants

En août 2008, un tribunal du Kyrgyzstan a reconnu neuf médecins et infirmières coupables d'avoir causé par négligence la transmission du VIH à des enfants dans la région de Osh au Kyrgyzstan au moyen de transfusion de sang contaminé et d'aiguilles souillées.[4]

Des accusations avaient été déposées contre 14 travailleurs de la santé, selon les dispositions du Code criminel kirghize relatives à la « négligence » (Article 316) et à la transmission du VIH (Article 117).[5] La Cour a jugé neuf des travailleurs de la santé coupables de négligence et les a condamnés à des peines d'emprisonnement de trois à cinq ans.

Les neuf travailleurs devront également payer des dommages-intérêts, y compris une indemnisation pour les médicaments, les dommages moraux et les frais d'obsèques des enfants décédés.[6] Tous les travailleurs de la santé condamnés sont du même hôpital situé dans le sud du Kyrgyzstan.[7]

Depuis 2007, 72 enfants de 12 à 18 mois ont eu un diagnostic de séropositivité; quatre d'entre eux sont morts. Quatre mères, un médecin et une infirmière ont également contracté le VIH. L'enquête du ministère de la santé kirghize a établi que les transmissions sont attribuables à l'usage répété de seringues et d'équipement jetables.[8]

Ces dernières années, il y a eu dans des hôpitaux de pays de l'Asie Centrale plusieurs cas de transmission du VIH par négligence, qui ont été largement publicisés. En 2007, dans la région de Shymkent au Kazakhstan, 17 travailleurs de la santé ont été déclarés coupables de négligence criminelle ayant causé la transmission du VIH à des enfants qui avaient reçu des transfusions sanguines. Des conditions sanitaires déficientes, les salaires peu élevés des travailleurs de la santé et la corruption seraient à l'origine de ces poussées infectieuses.[9]

– Leah Utyasheva

Chine – L'interprétation judiciaire impose la responsabilité stricte pour la vente de sang contaminé

En septembre 2008, la Cour suprême populaire de Chine et le Supreme People's Procuratorate ont rendu publique une nouvelle interprétation du Code criminel chinois, précisant que les personnes reconnues coupables d'avoir prélevé ou fourni du sang, qui se révèle par la suite à l'origine de décès ou de graves maladies, s'exposent à une peine minimale de 10 ans d'emprisonnement jusqu'à l'emprisonnement à perpétuité.[10] (Les peines étaient antérieurement plus clémentes.)

La nouvelle peine s'applique aux personnes reconnues coupables de prélever ou de fournir du sang qui entraîne l'infection d'au moins cinq receveurs par le VIH, l'hépatite B ou C, ou la syphilis; ou qui les amène à souffrir d'anémie grave, d'obstructions de la circulation sanguine ou de défaillances d'organes.[11] Les autres fournisseurs en défaut de respecter les normes nationales s'exposent à des peines maximales de 10 ans.

Une loi de 1998 interdit aux donneurs de donner du sang plus d'une fois par six mois. En 2006, le ministère de la Santé de la Chine a adopté des règlements sur les essais en laboratoire, l'entreposage et le transport de plasma sanguin et la déclaration d'effets secondaires.[12] La nouvelle interprétation du Code criminel impose des sanctions plus strictes, clarifie la gamme des actes punissables et ajoute les noms des maladies.

La Chine est réputée pour le prélèvement et l'approvisionnement clandestins de sang, qui, au milieu des années 1990 et au début des années 2000, auraient été à l'origine de la propagation du VIH dans les populations des régions rurales du centre du pays. Plusieurs des 40 000 personnes séropositives dans la province chinoise du Henan ont été infectées par des prélèvements sanguins non hygiéniques.[13] En mai 2007, six personnes ont été condamnées à des peines d'emprisonnement de 6 à 18 mois pour avoir exploité un réseau de dons de sang illicite, qui incitait les personnes démunies à vendre leur sang jusqu'à 10 fois par mois sous de faux noms.[14]

– Leah Utyasheva

La Cour d'appel du Brésil déclare inconstitutionnelles les poursuites pénales pour possession de drogue

En mars 2008, la 6e Chambre criminelle de la Cour de justice de Sao Paulo a déclaré que la possession de drogue pour consommation personnelle n'est pas une infraction criminelle. La Cour devait se prononcer sur des accusations portées contre Ronaldo Lopez pour possession et trafic de 7,7 grammes de cocaïne. L'accusé avait été condamné à une peine d'emprisonnement de deux ans et demi.[15]

La Cour d'appel a jugé que l'accusation relative au trafic n'était pas fondée, et elle a déclaré l'accusation de possession inconstitutionnelle. Le juge a dit que la loi qui criminalise la possession de drogue pour consommation personnelle violait les principes constitutionnels relatifs à la protection contre les préjudices, à la vie privée et à l'égalité.[16]

Plusieurs tribunaux inférieurs auraient antérieurement rendu des jugements similaires, mais c'est la première fois qu'un arrêt de cette nature est rendu par une cour d'appel. Deux ans plus tôt, le Brésil avait modifié ses lois sur les drogues de manière à supprimer les peines d'emprisonnement dans les cas de possession pour consommation personnelle, mais ne l'avait pas décriminalisée. En conséquence, la possession de drogue est demeurée une infraction criminelle, mais les peines furent limitées à l'amende, aux frais, à l'éducation et aux travaux communautaires.[17]

– Alison Symington

Égypte – Peines confirmées relativement à une condamnation pour actes de « débauche »

En mai 2008, un tribunal d'appel du Caire a confirmé les peines de trois ans d'emprisonnement imposées à cinq hommes reconnus coupables de « pratique habituelle de la débauche », une infraction prévue par le droit égyptien qui comprend les rapports sexuels consensuels entre hommes.

Comme nous l'avons rapporté dans le numéro 13(1) de la *Revue*, selon des groupes de défense des droits humains, ces accusations s'inscrivent dans une campagne de répression policière contre les hommes soupçonnés d'être séropositifs.[18] Jusqu'à présent, neuf hommes ont été condamnés à l'emprisonnement en lien avec ces accusations en 2008.

Tous les hommes mis en accusation auraient été contraints de subir des tests VIH sans leur consentement. Ils auraient également été victimes d'examens anaux abusifs et auraient été battus par la police et les gardiens. Ceux qui ont eu un résultat positif pour le VIH auraient été enchaînés à leur lit d'hôpital.[19]

– Alison Symington

---

[1] Xan Rice, « Kenya: HIV-positive waitress awarded £17,000 compensation after dismissal », *The Guardian*, en ligne, 10 juillet 2008; « Kenyan wins landmark HIV ruling », *BBC News*, 10 juillet 2008.

[2] *Ibid.*

[3] *Ibid.*

[4] « Court finds Kyrgyz physicians guilty of HIV transmission », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 7 août 2008.

[5] S. Gafarova, « Kyrgyzstan: Medics that infected children with HIV are sentenced », Information Agency Fergana.ru, 7 août 2008, à www.fergana.ru.

[6] « Court finds… » .

[7] S. Gafarova, « Kyrgyzstan: Nine medics found guilty of infecting children with HIV », Information Agency Fergana.ru, 7 août 2008, à www.fergana.ru.

[8] *Ibid.*

[9] L. Utyasheva, « Asie Centrale – Poussées de VIH liées à des transfusions de sang contaminé et à des conditions d'hygiène déficientes dans des hôpitaux », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 12(2/3) (2007) : 63.

[10] Xie Chuanjiao, « Illegal blood suppliers face longer jail terms », *China Daily*, 23 septembre 2008.

[11] *Ibid.*

[12] *Ibid.*

[13] « Chinese officials announce stricter punishment for contaminated blood sales », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 24 septembre 2008.

[14] Xie Chuanjiao.

[15] « Brazil Appeals Court rules drug possession not a crime », *Drug War Chronicle*, Numéro 538, 30 mai 2008.

[16] *Ibid.*

[17] *Ibid.*

[18] A. Symington, « Égypte: Un tribunal condamne des hommes pour des actes de 'débauche' », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(1) (2008) : 68.

[19] Human Rights Watch, « Egypt: Court upholds HIV sentences, reinforces intolerance », communiqué de presse, Caire, 29 mai 2008.

ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA
HCR ONUDC
UNICEF OIT
PAM UNESCO
PNUD OMS
UNFPA BANQUE MONDIALE

LEVI STRAUSS FOUNDATION

OPEN SOCIETY INSTITUTE
Public Health Program

SIDA 2008

DROIT, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE

Cette section spéciale de la *Revue VIH/sida, droit et politiques* est rendue possible par les octrois du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA); de l'Initiative droit et santé, de l'International Harm Reduction Development Program et du programme Public Health Watch du Programme de santé publique de l'Open Society Institute; et de la Fondation Levi Strauss. Nous y reproduisons les exposés les plus pertinents aux enjeux juridiques, éthiques et de droits de la personne liés au VIH/sida, présentés lors du XVII^e^ Congrès international sur le sida, à Mexico (Mexique) en août 2008. Nous l'avions fait aussi à l'issue de Genève 98, de Durban 2000, de Barcelone 2002, de Bangkok 2004 et de Toronto 2006.[1] Ce numéro sera envoyé à plus de 500 individus et organismes intéressés au VIH/sida et aux droits humains, en particulier dans des pays en développement, qui ne figurent pas sur notre liste régulière de distribution de la *Revue*. Ce numéro sera également distribué par le Centre d'information de l'ONUSIDA à des milliers d'autres intéressés. Les buts sont d'améliorer l'accès mondial à la documentation sur les questions de droits humains, de droit et d'éthique liées au VIH/sida; de favoriser le réseautage entre individus et regroupements actifs dans ce domaine; et de favoriser des réponses juridiques et de politiques respectueuses des droits de la personne.

Pour la première fois, cette section spéciale est également traduite en espagnol (en plus du français et de l'anglais, les deux langues officielles de la *Revue*).

Le programme du Congrès SIDA 2008 a offert plus d'exposés sur les enjeux des droits humains que tout autre Congrès international sur le sida jusque-là. Un nombre considérable d'exposés ont porté sur les enjeux de la violence et des abus à l'endroit des femmes, notamment des travailleuses sexuelles; la présente section contient divers articles sur le sujet. Mais elle propose d'abord deux articles de survol : l'un de Ralf Jürgens et de Jonathan Cohen, décrivant la situation des droits humains dans le contexte de l'épidémie du VIH/sida et expliquant les prochaines étapes souhaitables; l'autre de Mandeep Dhaliwal, rapporteure du Volet E (politiques et sciences politiques), présentant un tour d'horizon des exposés pertinents aux droits humains.

[1] « Droit, éthique et droits de la personne à Genève98 », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 4, 2/3 (1999) : 89–131; « Durban 2000 – Droit, éthique et droits de la personne », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 5, 4 (2000) : 57–129; « Barcelone 2002 – Droit, éthique et droits de la personne », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 7, 2–3 (2000) : 83–135; « Bangkok 2004 – Droit, éthique et droits de la personne », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 9, 3 (2004) : 73–124; « Toronto 2006 : Droit, éthique et droits de la personne », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 11(2/3) (2006) : 67–103. Ces cinq suppléments sont accessibles via http://www.aidslaw.ca/revue.

Droits humains et VIH/sida : où en sommes-nous? Et quoi ensuite?

Les enjeux de droits humains liés au VIH/sida ont reçu plus d'attention à SIDA 2008 qu'aux autres éditions du Congrès international sur le sida. Cependant, dans cet exposé lors d'une des deux séances consacrées au VIH/sida et aux droits humains, Ralf Jürgens a exprimé une mise en garde : on fait beaucoup de rhétorique, mais l'action concrète pour les droits humains en lien avec le VIH/sida est encore trop rare. Il a affirmé que bien des choses sont à changer afin que les droits humains soient où il le faut : au cœur de la lutte mondiale au VIH/sida. Il a proposé plusieurs initiatives concrètes en ce sens.

Plusieurs d'entre nous viennent de participer à la toute première Marche internationale pour les droits humains lors d'un Congrès international sur le sida. Pour la première fois également, une Zone de réseautage sur les droits humains fait partie du Village global du Congrès, où l'on présente une panoplie de séances sur les enjeux des droits humains et le VIH/sida.

La présente séance, intitulée « Promouvoir l'avancement des droits humains dans la réponse au sida », s'annonce très riche et intéressante; on y fera état notamment de la démarche ayant conduit à la déclaration *Les droits humains et le VIH/sida : aujourd'hui plus que jamais*,[1] et d'efforts législatifs pour promouvoir les droits des femmes. L'attention portée à la stigmatisation, à la discrimination et aux enjeux plus vastes des droits de la personne, lors de cette édition, est un précédent pour ce Congrès.

Mais il n'y a pas que de bonnes nouvelles.

Les droits humains ne reçoivent pas toute l'attention qui leur est due. Si nous ne devenons pas plus attentifs aux droits humains, nous n'avons aucune chance d'atteindre le but d'un accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien pour le VIH.

Pires que le manque d'attention, sont les attaques persistantes à l'égard des droits humains, de la part de certains intervenants de la santé publique qui prétendent que ces droits posent des obstacles qui empêchent de faire passer le test du VIH à des millions de personnes.

Les auteurs de ces attaques souhaitent « normaliser » et médicaliser la réponse au VIH. J'aimerais bien leur demander : comment pourrait-on normaliser le VIH alors que, 25 ans après l'émergence du VIH, il n'y a pas encore sur la planète un seul membre de Parlement national qui a dévoilé sa séropositivité au VIH?

Alors qu'un grand nombre d'États refusent encore de mettre en œuvre des programmes de prévention du VIH pour des communautés marginalisées dont la dignité et le droit humain à la santé ne sont pas honorés?

Alors que bien des pays sont dotés de lois qui interdisent encore l'une des mesures les plus efficaces pour la prévention du VIH parmi les personnes qui font usage d'opiacés par injection, c'est-à-dire le traitement de substitution par la méthadone ou la buprénorphine?

Alors que plusieurs pays africains sont si prompts à adopter des lois inefficaces relatives au VIH, qui notamment érigent des obstacles à l'éducation des jeunes à propos du VIH, ou qui criminalisent les mères séropositives au motif qu'elles exposent leur nouveau-né à contracter le VIH? Alors que ces mêmes pays ratent par ailleurs une occasion de réduire la vulnérabilité des femmes au VIH, parce qu'ils refusent de légiférer les droits des femmes à la propriété et à l'héritage, ainsi qu'à la protection contre la violence, y compris le viol conjugal?

Alors que les personnes mourantes du sida, dans nombre de pays, n'ont pas accès à des médicaments adéquats contre la douleur?

Comment normaliser le VIH et la réponse à l'épidémie alors que même au Canada, où je vis, la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et la discrimination à leur égard sont encore répandues, malgré la disponibilité à grande échelle des thérapies antirétrovirales depuis maintenant douze ans?

Il y a deux mois seulement, un avion en partance d'une ville de la région atlantique du Canada a vu son décollage retardé de plusieurs heures parce qu'un membre de l'équipe d'embarquement a reconnu un passager, une personne séropositive au

VIH et impliquée dans du travail communautaire, et l'employé a cru bon de fournir du matériel de protection à tous les employés de l'aéroport et de désinfecter toutes les surfaces que la personne séropositive avait pu toucher.

Normaliser le VIH? Je pourrais citer de multiples exemples encore, des quatre coins du monde, illustrant des réponses au VIH qui sont exceptionnellement mauvaises et inadéquates. Les défenseurs des droits humains, qu'attaquent certains membres de la communauté des professionnels de la santé publique, sont aussi les personnes qui ont milité haut et fort pour la reconnaissance du traitement anti-VIH en tant que droit humain dans les pays pauvres en ressources, et ce sont les mêmes personnes qui militent pour « l'accès universel ».

Nous luttons pour l'accessibilité de mesures préventives qui sont fondées sur des données, mais que des gouvernements continuent de bannir. Nous luttons aussi pour une expansion considérable de l'accès au test du VIH et au counselling — non pas pour le test comme une fin en soi, mais pour l'accès au test assorti de counselling, comme point d'entrée vers le traitement et la prévention, et en présence de protections adéquates contre la stigmatisation, la discrimination et la violence, pour les personnes dont le diagnostic est positif.

Prochaines étapes

Que faire à présent? À ce Congrès, la Zone de réseautage sur les droits humains était peu accessible à la majorité des congressistes, comme la plupart des activités du Village global, installé dans une tente au milieu d'un champ, à l'écart du centre des congrès.

Ne tolérons plus jamais de tel gouffre entre la science et la communauté, dans ces congrès! Les deux séances sur les droits humains, dans le programme principal du congrès, ont été programmés en cette dernière journée complète alors que ces enjeux auraient dû être l'objet d'attention pendant tout le congrès.

Le seul exposé de plénière consacré aux droits humains [objet d'un autre article de la présente section de la *Revue*], où Edwin Cameron prendra le micro, a été relégué à la toute fin du congrès, le vendredi matin, alors que bien des gens seront repartis. À Vienne, où aura lieu SIDA 2010, les droits humains devront être un thème central du

Les droits humains demeurent marginalisés

Ceux d'entre nous qui militent pour une attention rehaussée aux droits humains dans la réponse au VIH peuvent citer plusieurs raisons pour lesquelles, plus de vingt-cinq ans après le début de l'épidémie du sida, les droits humains demeurent un aspect marginal des efforts mondiaux de lutte contre le VIH.

Les droits humains soulèvent des enjeux tabous et controversés, que les politiciens préféreraient ignorer – comme les relations sexuelles entre hommes, le travail sexuel et l'injection de drogue. Ils requièrent l'abandon de certains pouvoirs – celui exercé par un agent de police sur une travailleuse sexuelle, d'un homme africain sur son épouse, d'un agent correctionnel sur un utilisateur de drogue, etc.

Les droits humains sont perçus par plusieurs comme étant incompatibles avec la santé publique, notamment dans le cas du test de sérodiagnostic et du counselling, de la criminalisation de la transmission du VIH et des restrictions de voyage pour les personnes séropositives.

Ils sont attaqués par des dictateurs et des tyrans, de part et d'autre de l'Afrique et de l'Asie, et ailleurs dans le monde.

Dans ce contexte, il n'est pas facile de faire valoir l'importance des droits humains pour la réponse mondiale au sida. Une part de cette responsabilité nous appartient, en tant que militants pour les droits humains, car nous avons largement échoué à expliquer en langage clair, simple et éloquent – et dans plusieurs langues – les raisons pour lesquelles les droits humains doivent être au cœur de la réponse mondiale au sida. Voilà la raison d'être de la déclaration *Les droits humains et le VIH/sida : Aujourd'hui plus que jamais*.

– Jonathan Cohen

Jonathan Cohen (jcohen@sorosny.org) est directeur de projet de l'Initiative droit et santé de l'Open Society Institute. Ce billet est fondé sur son exposé à la session « Advancing Human Rights in the AIDS Response » du Congrès.

Congrès, avec une plénière dès le début de la semaine et la présentation d'une mise à jour sur les réponses (ou le manque de réponses) fondées sur les droits humains, dans le cadre même de la série d'exposés sur la situation de l'épidémie que l'on programme toujours au début du Congrès.

Plutôt que de faire obstacle à l'échange et d'ériger une distance entre la science et les droits de la personne, encourageons un plus grand dialogue dans le cadre de ce congrès, et sur d'autres tribunes, entre la communauté de la santé publique et celle des activistes pour les droits humains. Reconnaissons que la protection des droits humains est non seulement propice à la protection de la santé publique, mais qu'elle y est indispensable.

Nous, militants pour les droits humains, avons encore beaucoup à faire.

Nous continuerons de disséminer la déclaration intitulée *Les droits humains et le VIH/sida : aujourd'hui plus que jamais*, qui a récolté jusqu'ici l'appui de plus de 600 organismes, dans plus de 100 pays. Nous la traduirons dans d'autres langues[2] encore et poursuivrons la collecte d'appuis, pour qu'au moins 1 000 organismes l'aient endossée d'ici décembre 2009. Puis nous entreprendrons des activités avec les organismes signataires, au palier des pays et des régions, pour promouvoir une approche au VIH/sida qui soit fondée sur les droits.

Dans cette démarche, nous devrons être clairs : les droits humains ne sont pas un concept abstrait, ni un obstacle aux approches de la santé publique. Au contraire, des programmes sur les droits humains, concrets, tangibles, évalués et efficaces dans leur rapport coût-bienfaits, sont un ingrédient qui doit faire partie des plans stratégiques nationaux en matière de VIH. Les éléments clés dont nous devons faire valoir la nécessité sont notamment :

- l'éducation sur les droits, pour les professionnels de premier plan : le personnel des soins de santé, les forces de la police, les procureurs et le système judiciaire;
- des campagnes de type « soyez informés de vos droits », pour les personnes vivant avec le VIH/sida et les membres des communautés marginalisées les plus vulnérables au VIH;
- des examens juridiques et au besoin des réformes du droit, pour éviter l'adoption de lois inefficaces et superflues, relativement au VIH, comme on en trouve dans un nombre croissant de pays, et pour que soient abolis tous les éléments législatifs qui font obstacle à des mesures fondées sur des données en matière de prévention du VIH ainsi que de soins, traitements et soutien pour le VIH/sida;[3]
- des campagnes très intensifiées, et étalées sur plusieurs années, pour réduire la stigmatisation et contrer la discrimination; et
- des services juridiques ou parajuridiques pour les personnes vivant avec le VIH/sida et les membres des communautés les plus vulnérables, d'une manière qui soit intégrée aux services de santé existants, ou du moins en lien avec eux.

Parlons haut et clair, de la nécessité que les droits humains reçoivent la place qu'ils doivent occuper, au sein des efforts de renforcement des systèmes de santé et d'autres éléments fondamentaux de la réponse au VIH. Cette place, c'est au cœur même de la riposte mondiale au VIH/sida.

– Ralf Jürgens

Ralf Jürgens (rjurgens@sympatico.ca) a été directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida; il travaille à présent comme consultant en matière de VIH et de droits humains, notamment en Europe de l'Est, en Asie centrale, dans le Caucase et en Afrique.

[1] Open Society Institute, *Les droits humains et le VIH/sida : aujourd'hui plus que jamais*, 2e édition, 2007. Accessible via www.soros.org/endorsehumanrights.

[2] En novembre 2008, la déclaration était disponible en anglais, en français, en espagnol, en portugais, en russe, en chinois, en arabe, en roumain, en bulgare et en allemand.

[3] Voir aussi Union interparlementaire, ONUSIDA, Programme des Nations Unies pour le développement, *Agir contre le VIH et le sida : Guide pratique à l'intention des parlementaires*, 2007. Disponible via www.ipu.org/french/handbks.htm en anglais, en français et en espagnol (d'autres traductions paraîtront).

Les droits et les politiques à l'avant-scène du Congrès

Lors de ce congrès, un nombre record de séances ont porté sur les droits humains et les politiques – soit 86 abrégés, 46 exposés par affiches, 702 affiches et plusieurs séances transversales, parallèles et satellites. Dans cet article, basé sur son résumé du Volet E (Politiques et sciences politiques) lors la séance de compte-rendu tenue le dernier jour du Congrès, Mandeep Dhaliwal présente un aperçu des thèmes et messages clés ayant émergé du Volet E.

L'article est divisé en trois parties connexes : droits humains et droit; réponses et financement au palier international; et analyse, mise en œuvre et évaluation des politiques.

Les droits humains et le droit

Le Congrès a donné lieu à plusieurs premières :

- On a accordé une attention considérable aux droits des femmes et aux droits à la santé sexuelle et génésique des personnes vivant avec le VIH.
- Il était accepté que l'on parle des droits des femmes marginalisées; et une travailleuse sexuelle a présenté un exposé en plénière sur le travail sexuel.
- Il y avait une Zone de réseautage sur les droits humains, où des gens se sont réunis pour partager leurs expériences et travailler à ce dossier.
- On a procédé à l'une des premières évaluations mondiales de l'échec systématique à répondre aux épidémies parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HRSH).

Ce congrès a dissipé le mythe que les enjeux qui touchent les HRSH, le travail sexuel et l'usage de drogue ne sont pas pertinents à l'Afrique. Ces populations existent partout, peu importe la culture, la religion, l'histoire ou le contexte politique; elles sont vulnérables et sous-desservies par les services sociaux, sanitaires et en matière de VIH.

On a signalé plusieurs exemples de communautés qui se mobilisent pour répondre aux violations de droits humains, là où les gouvernements échouent à agir – notamment des HRSH en Afrique, des utilisateurs de drogue en Thaïlande et des travailleuses et travailleurs sexuels au Cambodge.

Une analyse de rapports de l'UNGASS a révélé que 63 p. cent des pays sont dotés de lois, de règlements et de politiques qui entravent l'accès à des mesures efficaces de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH pour des populations clés; et que 78 p. cent n'ont aucun indicateur pour mesurer le respect des droits humains.

Des exposés fondés sur les observations de la Commission on AIDS in Asia ont révélé que si les pays espèrent renverser l'épidémie du sida, ils devront procéder en priorité à décriminaliser le travail sexuel et l'homosexualité; et à abolir, modifier ou alléger l'application de mesures juridiques qui nuisent à la réduction des méfaits.

Plusieurs exposés sur la criminalisation ont mis en relief la prolifération de « lois hautement inutiles » qui n'ont pas d'utilité démontrée pour la santé publique. On a cité à maintes reprises la loi modèle malavisée du Chad, qui a résulté en une prolifération régionale de lois et de politiques criminalisant des comportements de même que la transmission – et qui a pour effet de pousser des individus dans la clandestinité, à l'écart des services essentiels de prévention, de traitement, de soins et de soutien.

D'aucuns ont souligné que la criminalisation est souvent présentée comme un moyen de protéger les femmes. Toutefois, elle peut accroître leur vulnérabilité en les exposant à du harcèlement et en les décourageant de recourir à des services en matière de VIH. Plutôt que d'adopter des politiques et des lois qui criminalisent, nous devrions répondre aux facteurs qui alimentent la demande de la criminalisation.

Divers conférenciers ont fait état de cas de violence sanctionnée par l'État à l'endroit de travailleuses et travailleurs sexuels au Cambodge. Même des lois et politiques adéquates ne fonctionneront pas si elles ne sont

pas appliquées, ou si les individus chargés de son application sont eux-mêmes auteurs de violence.

Il a été signalé que, bien que le coût des antirétroviraux de première ligne ait diminué, le prix des antirétroviraux de deuxième ligne, des traitements de sauvetage et des médicaments contre l'hépatite C est encore prohibitif dans plusieurs pays. Le régime de brevets demeure un important obstacle à l'accès universel. Des participants ont évoqué la nécessité de cesser d'adhérer au dogme des sociétés pharmaceutiques et des gouvernements qui en profitent. Il est urgent de promouvoir une structure qui rendra les médicaments accessibles aux communautés riches, pauvres et marginalisées.

Plusieurs conférenciers ont affirmé que le point de mire sur les droits humains est un important moyen pour répondre aux causes sous-jacentes des inégalités et des injustices sociales.

Réponse et financement au palier international

Il a été signalé que, même si les ressources pour la lutte au sida sont à présent plus abondantes, elles sont encore gravement insuffisantes pour atteindre l'accès universel et les Objectifs du Millénaire pour le développement pertinents à la santé. Les décisions de financement sont politiques, et le stigmate et la discrimination empêchent plusieurs pays d'accroître leurs investissements dans la lutte contre le sida. Une analyse de rapports adressés par 38 pays à l'UNGASS a révélé que seulement quatre p. cent des dépenses pour la prévention du VIH sont consacrées directement à des programmes pour les HRSH, les travailleuses et travailleurs sexuels et les utilisateurs de drogue par injection.

Les débats entre certains donateurs, à savoir si l'on devrait investir davantage dans les systèmes de santé ou dans des interventions spécifiques à des maladies (comme le sida), sont futiles et stériles. Les militants du congrès ont exhorté à un financement accru à la fois pour la lutte au sida et pour le renforcement des systèmes de santé.

En situation de conflit et post-conflit, des ressources sont investies dans le développement de gouvernements démocratiques et responsables, mais pas dans des services aux victimes de violence sexuelle. Dans quelle mesure un gouvernement peut-il être vraiment responsable s'il est incapable de promouvoir et de protéger les droits de ses populations, en particulier les plus vulnérables?

Maints exposés ont identifié le stigmate, la discrimination et la violence comme principaux obstacles à des mesures efficaces de prévention, de traitement et de soins. Des exemples de pratiques exemplaires ont été partagés, comme l'Indicateur de stigmatisation, des programmes de réduction du stigmate fondés sur des données, et le développement du leadership politique. Malheureusement, aucune information n'a été fournie quant au niveau de ressources investi dans des interventions pour répondre au stigmate, à la discrimination et à la violence.

Bon nombre de conférenciers ont évoqué la nécessité de multiples mécanismes de financement pour optimiser le rendement des ressources. Par exemple, le Collaborative Fund a montré que des modèles communautaires peuvent diriger des ressources vers des populations difficiles à joindre. Cependant, les modèles communautaires requièrent souvent du soutien technique – et l'on a peu discuté du besoin de financement et d'accroissement de la capacité des pays du Sud à ce chapitre.

On a discuté d'efforts pour mettre en œuvre la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement, en particulier d'initiatives pour améliorer la coordination des donateurs au palier des pays. Les conférenciers ont abordé principalement l'alignement et l'harmonisation, qui ne sont que quelques-uns des piliers de la Déclaration de Paris. Outre le Fonds mondial, les donateurs ont peu parlé de la gestion axée sur les résultats et du déliement de l'aide – deux éléments pourtant importants de la Déclaration.

Il a été noté que les mécanismes pour assurer l'imputabilité des gouvernements sont généralement piètres. Et même si la société civile est mieux représentée que jamais dans l'architecture mondiale, elle doit rehausser sa capacité de reddition de comptes.

Des conférenciers ont commenté le manque d'imputabilité du Fonds monétaire international (FMI). Les politiques du FMI limitent la marge fiscale des pays, ce qui contribue à l'affaiblissement des systèmes de santé. On a cité les expériences du Kenya et de l'Ouganda, où des politiques du FMI conduisent à l'exportation de professionnels de la santé en dépit de graves pénuries domestiques de ressources humaines dans le secteur de la santé.

Analyse, mise en œuvre et évaluation des politiques

On a fourni divers exemples de données scientifiques ayant été délibéré-

ment et systématiquement ignorées, et de politiques malavisées ayant été appliquées – ce qui a résulté en des violations de droits humains et en le gaspillage de précieuses ressources. Deux exemples notables ont été mentionnés :

- En dépit de preuves irréfutables de l'efficacité de la réduction des méfaits, de tels programmes ne sont pas encore disponibles pour un grand nombre de personnes qui utilisent des drogues.
- En dépit de recommandations fondées sur des données, formulées par l'Institute of Medicine dans son évaluation à mi-parcours de l'initiative « President's Emergency Plan for AIDS Relief » (PEPFAR), le PEPFAR II (récemment réautorisé) maintient des mesures régressives – comme le point de mire sur l'abstinence et la fidélité, le serment de loyauté anti-prostitution et l'interdiction de financement fédéral aux programmes d'échange de seringues – qui nuisent à l'expansion de services efficaces de prévention du VIH. De plus, le PEPFAR II a élargi la « clause de conscience » pour y inclure les soins en tant que service que les organismes peuvent refuser de fournir pour des motifs moraux et religieux; et il continue d'ignorer la nécessité d'octroyer des fonds additionnels aux HRSH.

Les participants ont discuté de l'effet destructeur de l'incohérence des politiques et du manque de leadership à ce chapitre. Un exemple révélateur est le développement d'une note d'orientation sur le travail sexuel par les Nations Unies. En 2007, l'ONUSIDA a préparé une note d'orientation sur le travail sexuel qui peut être interprétée comme prônant une approche autoritaire au travail sexuel. Le document vise à tort à contrer le travail sexuel plutôt qu'à réduire la vulnérabilité des travailleuses et travailleurs sexuels au VIH. Il échoue de plus à promouvoir les droits des travailleuses et travailleurs sexuels, même s'ils constituent l'un des groupes les plus marginalisés et vulnérables et que l'ONU est tenu par sa Charte de respecter les droits des communautés pauvres et marginalisées.

Des exposés sur la violence à l'endroit de travailleuses sexuelles dans la République démocratique du Congo, et sur le droit de l'héritage au Zimbabwe, ont montré que des femmes se heurtent à des violations de droits humains en dépit de l'existence de politiques favorables.

Plusieurs exemples ont mis en relief l'importance d'une implication significative des communautés affectées, dans les mécanismes d'élaboration des politiques; mais on a peu parlé des endroits où cela se produit et des approches adoptées.

Des conférencières du Zimbabwe ont signalé que des femmes y sont violées en raison de leur affiliation politique. Dans un contexte où de tels actes demeurent impunis, les femmes ne peuvent participer efficacement aux mécanismes d'élaboration des politiques.

On a évoqué divers exemples de pratiques exemplaires et de plaidoyer pour le changement des politiques, notamment :

- En Ukraine, des personnes qui utilisent des drogues ont reçu un soutien financier et technique pour demander l'accès au traitement de substitution par voie orale.
- Des réseaux de femmes séropositives en Inde, au Mexique et au Royaume-Uni fournissent une assistance juridique et un accroissement de la capacité pour encourager le plaidoyer et l'implication dans les politiques.
- Dans des pays comme la Jamaïque, la société civile s'organise pour documenter des violations de droits humains.

Un conférencier a identifié le recours à des réseaux transnationaux comme étant la clé du succès de la Treatment Action Campaign de l'Afrique du Sud. L'utilisation des technologies de l'information et des communications (TIC) a été cruciale à ce succès. Les TIC ont aussi aidé à attirer l'attention sur les violations de droits humains de travailleuses sexuelles au Cambodge. L'on peut d'ailleurs s'attendre à ce que les TIC soient de plus en plus utilisées dans le plaidoyer et l'activisme.

Il s'est dégagé du congrès l'impression générale que des efforts de plaidoyer et d'activisme seront nécessaires à assurer le leadership politique et le respect des droits humains; et qu'ils devront être offensifs, constructifs, et fondés sur l'optimisme et sur une ambition de justice sociale pour tous et toutes.

Conclusion

En 2005, les dirigeants mondiaux se sont engagés à réaliser l'accès universel d'ici à la fin de 2010. Or, selon des rapports de l'ONU, l'accès « universel » tend de plus en plus à devenir « partiel ».

En 2010, la communauté du VIH/sida et ses leaders auront des comptes à rendre quant à l'atteinte des objectifs de l'accès universel. Cette même année, lors du Congrès international sur le sida à Vienne, plusieurs pays devront expliquer pourquoi ils ont échoué à réaliser l'accès universel pour leurs citoyens.

Pour parvenir à l'accès universel, les droits humains de tous doivent être au centre de la réponse au sida. Sinon, la réponse au sida perdra son cœur et son espoir, et nous échouerons à notre tâche.

– *Mandeep Dhaliwal*

Mandeep Dhaliwal (drmdhaliwal@gmail.com) est consultante en droits humains et en santé.

L'auteure remercie pour leurs contributions les membres de l'équipe de compte-rendu du Volet E : Stefan Baral, Alan Brotherton, Stevie Clayton, Felicity Daly, Sunita Grote, Kate Hawkins et Rhon Reynolds.

Leçons d'Afrique : combattre les épidémies jumelles de la violence domestique et du VIH/sida

La violence domestique et le VIH/sida s'avèrent une combinaison mortelle qui pèse lourd sur la vie des femmes, en particulier en Afrique. Dans le présent article, basé en partie sur un exposé qu'elle a présenté dans la zone de réseautage sur les droits humains, lors du Congrès, Tamar Ezer examine les liens entre la violence domestique et le VIH/sida; elle présente une analyse des obligations en vertu du droit des droits humains et elle décrit des programmes novateurs afin de répondre à cette conjugaison d'épidémies. Mme Ezer recommande des approches holistiques, pour s'attaquer aux dimensions sociales, économiques et juridiques du problème.

Introduction

La violence domestique et l'épidémie du VIH/sida sont toutes deux très répandues : à l'échelle mondiale, entre 10 et 50 % des femmes sont violentées par leur partenaire de sexe masculin[1] et, en 2007, le nombre de personnes vivant avec le VIH était de 32,2 millions.[2] L'épidémie de VIH connaît une croissance plus rapide parmi les femmes, dans la plupart des régions du monde,[3] et la violence domestique est un facteur central du phénomène de féminisation de l'épidémie.[4]

Les liens sont si étroits entre la violence contre les femmes et le VIH/sida qu'on en parle souvent comme des « épidémies jumelles ». La violence est à la fois une cause de vulnérabilité au VIH et une conséquence de l'infection : d'une part, les femmes aux prises avec la violence domestique ont peu de contrôle et de pouvoir dans leur vie sexuelle; d'autre part, les femmes qui dévoilent leur séropositivité au VIH à leur partenaire ont un plus grand risque d'être violentées par lui. La violence domestique contribue ainsi à l'infection des femmes et elle entrave leur recours au test, aux traitements et à des services.

Aucune région du monde n'a été aussi dévastée que l'Afrique subsaharienne, par ces épidémies jumelles. On y compte 68 % de la population mondiale séropositive au VIH;[5] les femmes y sont fortement représentées et les plus durement frappées ont entre 15 et 24 ans.[6]

Dans ce groupe d'âge, en Afrique subsaharienne, les femmes constituent 75 % de la population vivant avec le VIH et, dans certaines régions, la prévalence du VIH parmi elles est jusqu'à 6 fois plus élevée que chez

les hommes.[7] Des programmes novateurs sont en émergence, en Afrique, pour combattre les liens mortels qui existent entre le VIH/sida et la violence domestique, et d'importantes leçons peuvent en être tirées à l'échelle mondiale.

Des preuves documentées attestent des succès résultant de programmes sociaux et économiques qui habilitent les femmes. Logiquement, la prochaine phase devrait consister à intégrer des services juridiques dans les programmes d'autonomisation économique et en matière de santé. Les instruments juridiques jouent un rôle important dans l'amélioration des résultats de santé, en permettant de s'attaquer à des violations sous-jacentes des droits humains. À l'aide du droit, les femmes peuvent avoir accès à des ressources économiques et ainsi quitter des situations qui les assujettissent à des abus.

L'intégration de services juridiques présente donc un fort potentiel de réponse à des éléments qui sont des catalyseurs de l'épidémie, et d'amélioration de l'accès aux soins et traitements. En protégeant les droits fondamentaux des femmes et en leur offrant des options, les services juridiques peuvent à la fois réduire le risque d'infection des femmes et rehausser leur capacité de bénéficier de soins en matière de VIH, au besoin.

L'intersection de la violence domestique et du VIH/sida

La violence en tant que cause de vulnérabilité au VIH

Les femmes qui subissent des abus de la part de leur partenaire sont moins capables de se protéger de l'infection par le VIH. Il leur est difficile d'insister sur l'usage de condoms, de repousser des avances sexuelles et d'exercer un contrôle dans le cadre de leurs relations sexuelles. Des études réalisées au Rwanda, en Afrique du Sud ainsi qu'en Tanzanie ont permis de constater que les femmes confrontées à la violence domestique ont jusqu'à trois fois plus de risque que les autres femmes de contracter le VIH.[8]

La négociation de l'usage de condoms constitue un défi particulier pour les femmes qui ont une relation stable, en Afrique subsaharienne. Les femmes ayant un partenaire de longue date ont dans bien des cas le plus faible degré de contrôle sur leur autonomie sexuelle, et la plus forte dépendance économique.[9] De plus, dans ce contexte, le fait de demander à utiliser un condom est interprété comme un manque de confiance et d'expérience ainsi que de désir sexuel, allant à l'encontre des normes traditionnellement attendues des femmes.[10]

> Le mariage ne sert pas à protéger les femmes mais les place plutôt dans une situation de risque accru.

La situation est particulièrement problématique dans le cadre du mariage, où la culture est que les hommes ne sont pas fidèles sexuellement, et veulent des enfants de leur épouse.[11] Ainsi, contrairement à ce à quoi l'on s'attendrait, le mariage ne sert pas à protéger les femmes mais les place plutôt dans une situation de risque accru.

Des études réalisées en Afrique ont conclu que le taux d'infection parmi les femmes mariées est plus élevé que parmi celles qui sont célibataires et sexuellement actives,[12] et que « l'institution longtemps vénérée qu'est le mariage constitue, malheureusement, la source la plus probable d'infection par le VIH, pour les femmes ».[13] D'après le Fonds des Nations Unies pour la population, entre 60 et 80 % des femmes séropositives de l'Afrique subsaharienne ont contracté le VIH de leur mari, leur unique partenaire sexuel.[14]

Non seulement les femmes aux prises avec la violence sexuelle sont plus vulnérables au VIH, mais les hommes qui sont violents à leur égard sont plus susceptibles d'être séropositifs. Le comportement violent est associé à une panoplie de facteurs de risque. Les hommes violents ont tendance à avoir plus de partenaires sexuelles et à prendre plus de risques, ce qui augmente leur probabilité d'être séropositifs.[15] L'épidémie de violence domestique a, par conséquent, d'importantes implications concernant la situation des deux sexes, devant le VIH.

La violence comme conséquence de l'infection

La séropositivité au VIH est souvent un déclencheur de violence domestique. Dans des études réalisées en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud-Est, entre 3,5 et 14,6 % des femmes ont déclaré que leur partenaire avait réagi avec violence lorsqu'il avait appris qu'elles étaient séropositives au VIH.[16] Sans pouvoir social et économique, les femmes sont souvent prises comme boucs émissaires pour la maladie, et fréquemment blâmées de son arrivée dans le couple.[17]

Dans des discussions de groupe, en Ouganda, s'observait « un consensus généralisé à l'effet que les hommes condamneraient universellement les épouses pour avoir apporté la maladie dans leur foyer, même lorsque la femme a été fidèle et que l'homme a eu des rapports sexuels extraconjugaux ».[18] Les hommes peuvent refuser la responsabilité de l'infection afin de préserver leur honneur et leur identité de chef du foyer.

Les abus physiques et les abus économiques sont étroitement reliés. Des études ont démontré que les femmes qui ont une plus grande autonomie et un plus grand contrôle sur des ressources sont mieux protégées contre la violence.[19] Dans plusieurs contextes, en Afrique subsaharienne, les femmes ne peuvent accéder à la propriété que par le biais des hommes, dans leur vie.[20] Comme l'a signalé le Centre on Housing Rights and Evictions,« [l]a majorité des femmes, en Afrique subsaharienne – quel que soit leur état civil – ne peuvent, elles-mêmes, posséder de terre ou d'autre propriété, ni en hériter … [l]es femmes sont assujetties à une dépendance complète de leur relation avec un homme ».[21]

Économiquement dépendantes de partenaires, les femmes sont d'autant plus vulnérables à l'abus. D'ailleurs, si elles révèlent leur séropositivité, elles craignent l'abandon, la perte de soutien économique, tout autant que la violence physique.[22]

Par conséquent, un nombre important de femmes qui vivent avec le VIH/sida ne dévoilent pas leur état à leur partenaire. Dans les pays industrialisés, environ 71 % des femmes séropositives dévoilent leur état à leur partenaire sexuel; dans le monde en développement, cette proportion n'est que de 52 %.[23]

Le taux de non-dévoilement est particulièrement élevé parmi les femmes qui ont recours à des soins prénatals, donc en situation de vulnérabilité et de dépendance économique particulière.[24] Dans une étude réalisée en Afrique subsaharienne, 77,8 % des femmes enceintes séropositives n'avaient pas dévoilé leur séropositivité à leur partenaire, même lors d'un suivi après 18 mois.[25]

Les femmes ont signalé, comme obstacles au dévoilement : les accusations d'infidélité, la violence, l'abandon, la perte de soutien économique et la discrimination.[26] Ces craintes sont justifiées : de 3,5 à 14,6 % des femmes d'Afrique subsaharienne – généralement celles qui ont les relations les plus sûres – déclarent avoir rencontré des réactions négatives au dévoilement de la séropositivité au VIH.[27]

La violence domestique empêche des femmes de demander le test du VIH et des traitements. Cela est particulièrement préoccupant, puisque 90 % des personnes vivant avec le VIH ne sont pas au courant de leur état, et que 72 % des personnes qui ont besoin d'un traitement pour le VIH n'y ont pas accès.[28]

Les femmes ont peur de la violence de la part de leur partenaire si elles vont d'elles-mêmes dans des centres de counselling et test volontaires ou des établissements de santé.[29] Par ailleurs, elles peuvent être dans l'impossibilité de prendre un traitement ou d'y être fidèles. En Zambie, une clinique où l'on fournit gratuitement des antirétroviraux (ARV), aux femmes dont le résultat de test du VIH est positif, a signalé que 60 % des femmes admissibles refusent le traitement par crainte de violence ou d'abandon si leur partenaire découvrait leur séropositivité.[30]

Les trois quarts des participantes séropositives de cette clinique n'ont pas été capables de suivre le traitement ARV tel que prescrit, parce qu'elles tentaient de cacher les médicaments ou étaient forcées de les partager avec un conjoint qui n'avait pas passé le test.[31] (Par crainte de stigmatisation, les hommes préfèrent être « testés par personne interposée » et envoyer leur femme passer le test à leur place.[32]) Ceci entraîne de graves conséquences pour les deux partenaires car le manque de régularité dans la prise d'ARV augmente le risque de résistance virale aux médicaments moins chers et abordables.

Ce qui est tragique, c'est que tout ceci est évitable.

De plus, des femmes n'ont ainsi pas la possibilité de bénéficier de stratégies pour prévenir la transmission périnatale du VIH; il s'ensuit un effet dévastateur pour la santé des femmes séropositives et de leurs enfants. Il arrive même que des femmes qui passent le test ne retournent pas pour apprendre leur résultat.[33] À l'heure actuelle, dans le monde, 89 % des femmes enceintes qui sont séropositives au VIH ne reçoivent pas de traitement pour éviter la transmission du VIH à leur fœtus ou bébé; et 530 000 enfants vivent avec le VIH.[34] En Afrique du Sud, le sida est la principale cause de décès parmi les femmes enceintes.[35] Le VIH a fait augmenter de 100 % le taux de mortalité infantile en Afrique.[36]

Ce qui est tragique, c'est que tout ceci est évitable.

Obligation d'agir, au regard des droits humains

L'interrelation de la violence domestique et du VIH/sida contrevient aux droits humains. En vertu du Protocole relatif à la Charte africaine relatif aux droits de la femme en Afrique, « [t]oute femme a droit au respect de sa vie, de son intégrité physique et à la sécurité de sa personne. »[37] Le droit des femmes à l'intégrité physique est protégé également, en droit international, en vertu du droit à la vie,[38] du droit à la santé,[39] du droit à l'égalité[40] et du droit de ne pas subir de traitement cruel, inhumain ou dégradant.[41]

Le Comité [onusien] des droits économiques, sociaux et culturels a signalé qu'un « objectif majeur » en lien avec le droit à la santé devrait être de « protége[r] les femmes de la violence familiale »[42] et le Comité [onusien] pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a déclaré que la « définition [de *discrimination*] inclut la violence fondée sur le sexe ».[43] La plus grande susceptibilité des femmes au VIH/sida en raison de la violence domestique répandue est donc une violation de droits fondamentaux. Entre autres interventions, des services juridiques pour les femmes sont un recours dont la nécessité est critique.

La récente étude du secrétaire général des Nations Unies sur la violence à l'égard des femmes expose les bienfaits d'une considération du phénomène dans l'optique des droits humains, en particulier dans le contexte du VIH/sida. Premièrement, « les droits de l'homme [sic] offrent un ensemble unificateur de règles qui peuvent être mises à profit pour obliger les États à rendre des comptes ».[44] Deuxièmement, cette approche « donne des moyens d'action aux femmes non comme bénéficiaires passives d'avantages accordés à discrétion mais comme titulaires actives de droits .»[45]

En outre, « l'approche fondée sur les droits de l'homme [sic] favorise une action holistique et multisectorielle en réponse à la violence à l'égard des femmes. »[46] Ceci fait foi de l'importance d'une réponse multisectorielle à l'intersection du VIH/sida et de la violence.

Approches holistiques pour aborder la violence domestique et le VIH/sida

L'analyse présentée ci-dessous met en relief la nécessité d'approches holistiques pour répondre aux dimensions sociales, économiques et juridiques de l'épidémie du VIH/sida. Comme cela est reconnu par un nombre croissant de chercheurs, les interventions médicales axées sur les patients, individuellement, ne suffisent pas. Le besoin de « stratégies de prévention du VIH, fondées sur le concept d'autonomisation qui aide les femmes à acquérir du contrôle sur les aspects économiques, sociaux et sexuels de leur vie » est crucial.[47]

Des programmes d'avant-garde, en Afrique, appliquent ces stratégies. Les deux programmes décrits ci-dessous intègrent des stratégies de développement économique et social dont l'effet sur le risque de VIH a été documenté et démontré.

Autonomisation sociale pour réduire les abus et les infections

Il est crucial, pour prévenir le VIH, de s'attaquer aux racines de la violence domestique. La violence domestique rejoint les identités fondamentales et les définitions de la masculinité et de la féminité.

Le programme de prévention du VIH nommé Stepping Stones vise à améliorer la santé sexuelle par l'amélioration de la communication entre partenaires et la promotion de relations plus équitables.[48] Pour atteindre ces objectifs, le programme mise sur l'apprentissage participatif et la réflexion personnelle.[49] La Gender and Health Research Unit du Medical Research Council de Pretoria a procédé à l'évaluation d'une version sud-africaine de ce programme, dans une région rurale de l'Eastern Cape,[50] en se concentrant sur sa capacité d'impact en termes de nouveaux cas de VIH, de comportement sexuel et de violence masculine.[51]

La violence domestique rejoint les identités fondamentales et les définitions de la masculinité et de la féminité.

Il s'agissait d'un essai randomisé par groupes, portant sur des femmes et des hommes de 15 à 26 ans, de 70 villages.[52] Les villages, composés d'environ 20 sujets de chaque sexe, étaient assignés au programme Stepping Stones ou à une séance d'éducation de trois heures sur le sécurisexe et le VIH.[53] Tous les participants ont été interviewés et ont passé un test du VIH, au recrutement; ils ont eu, en suivi après un an et après deux ans, une autre entrevue et de nouveau un test du VIH.[54] Les résul-

tats quantitatifs ont été étoffés par des entrevues approfondies avec 21 participants (11 hommes et 10 femmes).[55]

Le programme a eu un impact à la fois sur les individus et sur la communauté. Après deux ans, parmi les femmes du groupe assigné à l'intervention, on a observé 15 % moins de nouveaux cas d'infection à VIH que dans le groupe-témoin.[56] Les hommes du groupe assigné à l'intervention ont déclaré un nombre réduit de partenaires, une utilisation soutenue du condom et une réduction considérable de violence de leur part à l'égard de leurs partenaires intimes.[57]

De plus, les participants du groupe assigné à l'intervention ont déclaré conseiller d'autres personnes au sujet du VIH, de l'évitement de la violence et de l'encouragement aux partenaires et membres de la famille à passer le test du VIH.[58] Des hommes ont raconté être intervenus pour mettre fin à des bagarres entre des amis; avoir de meilleures relations avec leurs parents et les aînés; et avoir cessé de s'adonner à des actes délinquants comme voler des porcs ou dérober des biens à des marchands de la rue.[59]

Autonomisation sociale et économique pour réduire les abus et les infections

L'intervention du Microfinance for AIDS and Gender Equity (IMAGE) porte sur le lien entre la violence et la « désautonomisation » sociale et économique. Des chercheurs sud-africains ont initié ce projet en collaboration avec un organisme de micro-finance, la Small Enterprise Foundation (SEF), en 2001 dans la province de Limpopo, l'une des plus pauvres de l'Afrique du Sud.[60]

Des groupes d'environ 40 participants à la SEF se réunissaient déjà aux deux semaines, pour le remboursement de prêts et la discussion de plans d'affaires; IMAGE a élargi ces réunions en incluant des séances sur les relations hommes-femmes et le VIH.[61] Les conditions de prêts ultérieurs nécessitaient la participation des femmes à ces ateliers.[62] Chaque atelier était animé par une femme de la communauté locale, formée pour diriger des jeux de rôles et des discussions portant sur les relations, la sexualité, les rôles fondés sur le sexe, ainsi que les effets de la culture locale sur le traitement des femmes.[63]

Le programme IMAGE a entraîné une réduction considérable de la violence domestique. Après deux années de participation, les femmes étaient deux fois moins susceptibles que l'année précédente d'être aux prises avec la violence domestique, lorsque comparé avec un groupe similaire de femmes qui n'avaient toutefois pas participé au programme.[64] Les participants au programme IMAGE ont collaboré, de plus, avec des leaders communautaires de sexe masculin, comme les chefs de village, des policiers et des directeurs d'écoles, pour rehausser la sensibilisation concernant la violence domestique et le VIH/sida.[65]

Le programme a contribué à autonomiser les femmes en abordant le lien avec l'indépendance économique. Il a également conduit à l'apparition d'une « énergie sociale collective », permettant aux femmes de travailler ensemble à des problèmes communs qu'elles n'arrivaient pas à résoudre seules.[66]

Aborder les dimensions légales

Afin de miser sur le succès de programmes comme ceux décrits ci-dessus, la prochaine phase devrait être l'intégration de services juridiques, dans les programmes d'autonomisation économique et à la santé. L'action légale est un véhicule-clé pour confronter les déterminants sociaux de la santé[67] et elle procure aux femmes des choix significatifs, dont des mécanismes de protection et des recours.

Comme l'a reconnu le secrétaire général de l'ONU dans son étude sur la violence à l'égard des femmes, « [l]es femmes victimes/survivantes de la violence doivent souvent avoir accès aux services juridiques pour régler de multiples questions comme le divorce, la garde des enfants, l'entretien et la pension alimentaire pour l'enfant ou les enfants, le partage des biens conjugaux, le logement, l'emploi et les affaires de procès civil. »[68]

L'Initiative droit et santé (LAHI) de l'Open Society Institute, en collaboration avec l'Initiative de l'Open Society pour l'Afrique de l'Est, soutient des programmes pilotes d'intégration légale qui visent à contrer les violations de droits humains qui sont sous-jacentes à la vulnérabilité à l'infection et qui nuisent au traitement pour le VIH. L'espoir du projet est qu'en rehaussant la coordination des services et en les rendant plus complets, on rehausse leur efficacité ainsi que l'accès à la justice pour les individus.

Au Kenya, un projet intègre la formation en droits humains et des services juridiques dans 30 centres pour le VIH appartenant à la Christian Health Association of Kenya; un autre projet intègre des services parajuridiques dans des programmes d'épargne et de prêts qui sont gérés par CARE, donnant ainsi une formation à un réseau parajuridique et aux leaders de la communauté, en ce qui concerne les lois et les problèmes qui touchent les femmes.

Point d'accès multi-services pour les conséquences de l'infection

Pareillement, une approche holistique est nécessaire pour répondre aux conséquences de l'infection à VIH en termes de violence domestique. Les centres de counselling et test volontaires (CTV) ont un rôle important dans l'identification des victimes de violence et la provision du soutien dont elles ont besoin.[69] C'est pourquoi il est crucial d'intégrer un repérage, un counselling et des stratégies de gestion de la violence conjugale dans les services de ces centres;[70] et les femmes devraient recevoir des services juridiques pour les habiliter à quitter des relations d'abus.[71]

La LAHI contribue à soutenir plusieurs projets de ce type. Au Kenya, la Coalition on Violence Against Women s'est alliée à Liverpool VCT Care and Treatment, afin de fournir des services complets aux clientes de refuges pour femmes violées. Une avocate est en poste à l'hôpital qui abrite ces refuges, ce qui permet aux femmes de disposer d'un accès multi-services : une clinique de santé qui fournit des services de test et counselling ainsi que des services juridiques.

En Afrique du Sud, l'Université du KwaZulu Natal intègre l'éducation et les services juridiques, dans les centres de santé qui offrent aux femmes de passer le test du VIH dans le cadre des soins prénatals.

Au Swaziland, le Swaziland Action Group Against Abuse a initié un partenariat avec des centres de test du VIH, gérés par la Family Life Association of Swaziland et l'AIDS Information and Support Centre, afin de renforcer leur capacité de répondre à la violence. Les activités du projet incluent de former le personnel des trois organismes, relativement aux enjeux à l'intersection du VIH/sida et de la violence fondée sur le sexe; d'aider les femmes à dévoiler leur séropositivité sans risque pour leur sécurité; d'offrir le test du VIH aux femmes violées; de fournir un soutien juridique et de développer un réseau de références pour des services complets.

Conclusion

Les épidémies jumelles de la violence domestique et du VIH/sida sont bel et bien des problématiques très difficiles. La violence domestique augmente la vulnérabilité des femmes devant l'infection et elle constitue un obstacle majeur au test du VIH, au dévoilement de la séropositivité ainsi qu'au traitement pour le VIH/sida. Cependant, des programmes comme ceux que nous avons décrits sont encourageants et ils démontrent que des interventions peuvent contribuer à rompre le cycle mortel qui se situe à cette intersection. Nous devons faire preuve de créativité dans nos réflexions et mettre au point des approches holistiques qui répondent aux dimensions sociales, économiques et légales. L'intégration de services juridiques dans les programmes d'autonomisation économique et en matière de santé peut s'avérer très fructueuse pour contrer les violations sous-jacentes de droits humains qui catalysent ces épidémies jumelles.

– Tamar Ezer

Tamar Ezer (tezer@sorosny.org) est agente de programme à l'Initiative droit et santé de l'Open Society Institute.

[1] S. Maman et coll., « HIV positive women report more lifetime partner violence: findings from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania », *American Journal of Public Health* 92(8) (2002) : 1331–1337

[2] ONUSIDA, Organisation mondiale de la santé (OMS), *Le point sur l'épidémie de sida*, décembre 2007.

[3] S. Maman et coll., p. 1331.

[4] S. Fried et J. Drezin, *Equality and Equity in Access: Take Action To Address Violence Against Women and Girls in the Scale Up to Universal Access Agenda*, Women Won't Wait, 2007.

[5] ONUSIDA.

[6] OMS, *Addressing Violence Against Women in HIV Testing and Counseling: A Meeting Report,* Genève, 16–18 janvier 2006, p. 2.

[7] OMS, p. 2.

[8] M. Kelly, « Polygyny and HIV/AIDS: a health and human rights approach », *Journal for Juridical Science* 31(1) (2006); S. Maman et coll., p. 1333.

[9] Human Rights Watch (HRW), *Policy Paralysis: A Call for Action on HIV/AIDS-Related Human Rights Abuses Against Women and Girls in Africa*, 2003.

[10] S. Maman et coll., « The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions », *Social Sciences & Medicine* 50 (2000) : 473; HRW, *Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda*, 2003, p. 23–24.

[11] M. Koenig et coll., « Coercive sex in rural Uganda: prevalence and associated risk factors », *Social Sciences & Medicine* 58 (2004) : 789; HRW, *Policy Paralysis*, p. 14.

[12] S. Talisuna, « Marriage — a major source of HIV infection », *The Monitor* (Kampala), 6 janvier 2006; B. Muthaka, « Marriage biggest source of HIV for women » *The Nation* (Nairobi), 17 novembre 2005; *Just Die Quietly*, p. 22.

[13] B. Muthaka.

[14] Fonds des Nations Unies pour la population, *État de la population mondiale 2005*, p. 38.

[15] K. L. Dunkle et coll., « Perpetration of partner violence and HIV risk behaviour among young men in the rural Eastern Cape, South Africa », *AIDS* 20(16) (2006) : 2107–2114.

[16] A. Medley et coll., « Rates, barriers and outcomes of HIV serostatus disclosure among women in developing countries: implications for prevention of mother-to-child transmission programmes », *Policy & Practice* 1 (2003).

[17] C. Murrithi, « A tool for claiming sexual and reproductive rights: the AU Protocol on the Rights of Women », dans *ALQ: A Publication of AIDS Law Network*, 2007, p. 10.

[18] L. Kelly, *The Intersection of Domestic Violence and HIV/AIDS Epidemics: Addressing Women's Lived Experience of HIV Testing, Treatment and Disclosure*, 2006, p. 7.

[19] M. A. Koenig et coll., « Domestic violence in rural Uganda: evidence from a community-based study », *Bulletin de l'OMS* 81(1) (2003) p. 53.

[20] K. Kalla et J. Cohen, *Ensuring Justice for Vulnerable Communities in Kenya: A Review of HIV and AIDS-related Legal Services*, Open Society Institute, 2007, p. 21; T. Ezer, « Inheritance law in Tanzania: the impoverishment of widows and daughters », *Georgetown Journal of Gender & Law* 599 (2006) : 7; T. Ezer et coll., « Divorce reform: rights protections in the new Swaziland », *Georgetown Journal of Gender & Law* 883 (2007) : 8.

[21] Centre on Housing Rights and Evictions, *Bringing Equality Home: Promoting and Protecting the Inheritance Rights of Women,* 2004, p. 7.

[22] A. Medley, p. 2; L. Kelly, p. 7.

[23] L. Kelly, p. 7-8.

[24] A. Medley, p. 6; L. Kelly, p. 8.

[25] A. Medley, p. 2.

[26] A. Medley, p. 1; L. Kelly p. 13.

[27] L. Kelly, p. 9.

[28] ONUSIDA, Conseil de coordination du programme (PCB), *20e réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA : rapport du représentant des ONG,* 2 mai 2007, PCB(20)/07.2, 2 mai 2007, via : www.unaids.org/fr/AboutUNAIDS/Governance/PCBArchive/20070625-pcb20.asp.

[29] J. Mulama, « End to HIV-AIDS a tall order in face of violence », Inter Press Service (Johannesburg), 24 janvier 2007; *Just Die Quietly*, p. 2.

[30] L. Kelly, p. 11.

[31] L. Kelly, p. 12–13.

[32] J. Mulama.

[33] L. Kelly, p. 13.

[34] ONUSIDA, PCB.

[35] A.M. Kruger et S. Bhagwanjee, « HIV/AIDS: impact on maternal mortality at the Johannesburg Hospital, South Africa, 1995-2001 », *International Journal of Obstetric Anesthesia* 12(3) (2003) : 164–168.

[36] University of Toronto, Women's Human Rights Resource Programme (www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/caseinbrief.html).

[37] *Protocole relatif à la Charte africaine relatif aux droits de la femme en Afrique*, art. 4(1); voir aussi : Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, art. 4.

[38] *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (PIRDCP), art. 6(1); Charte africaine, art. 4.

[39] *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels,* art. 12(1); Charte africaine, art. 16(1).

[40] *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, art. 2(e), 15(1); PIRDCP, art. 26; Charte africaine, arts. 3, 18(3); Protocole, art. 8.

[41] PIRDCP, art. 7.

[42] Conseil économique et social, *Observation générale n° 14*, par. 21.

[43] Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Recommandation générale n° 19*, par. 6.

[44] ONU, *Étude approfondie de toutes les formes de violence à l'égard des femmes – Rapport du Secrétaire général*, UN Doc. A/61/122/Add.1, par. 40.

[45] *Ibid.*, par. 40.

[46] *Ibid.*, par. 68.

[47] E. M. Ankrah, « Let their voices be heard: empowering women in the fight against AIDS », *AIDSCaptions* 2(3) (1995) : 4-7.

[48] R. Jewkes et coll., Evaluation of Stepping Stones: A Gender Transformative HIV Prevention Intervention (Policy Brief), mars 2007, p. 1.

[49] *Ibid.*, p. 1.

[50] *Ibid.*, p. 1.

[51] *Ibid.*, p. 1.

[52] *Ibid.*, p. 1.

[53] *Ibid.*, p. 1.

[54] *Ibid.*, p. 2.

[55] *Ibid.*, p. 2.

[56] *Ibid.*, p. 2.

[57] *Ibid.*, p. 2.

[58] *Ibid.*, p. 3.

[59] *Ibid.*, p. 3.

[60] H. Epstein et J. Kim, « AIDS and the Power of Women », *New York Review of Books* 54(2) (2007) : 2–3.

[61] *Ibid.*, p. 3.

[62] *Ibid.*, p. 3.

[63] *Ibid.*, p. 3.

[64] *Ibid.*, p. 3.

[65] *Ibid.*, p. 4.

[66] *Ibid.*, p. 3.

[67] Pour une analyse du mode de fonctionnement, prière de consulter le Medical-Legal Partnership for Children in the United States, décrit dans Ellen Lawton et coll., « Disparities in health, disparities in law: the global potential for individual advocacy », p. 419, ch. 21, dans *Health Capital and Sustainable Socioeconomic Development,* 2007.

[68] Secrétaire général, par. 329.

[69] S. Maman et coll., « HIV-positive … », p. 1336; L. A. McCloskey et coll., « Assessing intimate partner violence in health care settings leads to women's receipt of interventions and improved health », *Public Health reporter* 121(14) (2006) : 435–444.

[70] L. Kelly, p. 16; L. J. Koenig et J. Moore, « Women, violence, and HIV: a critical evaluation with implications for HIV services », *Maternal and Child Health Journal* 4(2) (2000) : 103–109.

[71] L. Kelly, p. 19–20.

Agression sexuelle, violence domestique et VIH – Promouvoir les droits des femmes par la législation

Rares sont les lois générales sur le VIH répondant à des violations de droits humains qui affectent le plus fortement les femmes, notamment le viol, l'agression sexuelle et la violence domestique. Dans le présent article basé sur son exposé lors d'une séance concomitante du Congrès, Richard Pearshouse décrit un projet du Réseau juridique canadien VIH/sida qui consiste à développer une ébauche de loi abordant certains domaines des droits des femmes. L'ébauche de loi se veut une ressource pratique pour stimuler une réforme concrète du droit. Cet exposé a valu à Richard le Prix du jeune chercheur, pour le volet E (politiques et science politique) du Congrès, décerné par l'International AIDS Society.

La législation peut être un facteur déterminant qui favorise ou qui entrave des initiatives de réponse à la pandémie du VIH. Plusieurs pays ont adopté des lois générales visant le VIH, alors que divers domaines de législation non spécifique au VIH/sida (comme le droit pénal, le droit de la famille et le droit de la propriété) ont aussi des répercussions tangibles sur

les personnes affectées par le virus ainsi que sur les efforts pour mettre fin à l'épidémie. Cependant, les lois générales sur le VIH, presque sans exception, sont totalement muettes à propos de problèmes cruciaux – et de violations de droits humains – qui contribuent à perpétuer l'épidémie.

Cela est particulièrement vrai des problèmes touchant les droits humains des femmes. Le viol et d'autres formes de violence sexuelle où il y a échange de liquides corporels contribuent à une vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH.[1]

La violence peut accroître le risque d'infection par le VIH, tant de manière directe par le rapport sexuel sous la contrainte, que de manière indirecte en limitant la capacité de négociation de la victime quant aux circonstances du rapport sexuel et à l'utilisation du condom.[2] De plus, certains travaux ont documenté une corrélation entre la violence sexuelle et des comportements à risque élevé plus tard au cours de la vie, ce qui peut aussi accroître le risque devant le VIH.[3]

Il est démontré également que la violence domestique entrave les efforts de prévention du VIH. Les femmes violentées peuvent être réticentes à se procurer de l'information et du matériel préventif, de peur d'éveiller des soupçons concernant leur fidélité ou leur état de santé. En raison du stigmate associé à l'infection à VIH ainsi que des nombreux cas d'abus commis contre des femmes lorsque leur séropositivité est découverte par leur partenaire masculin ou la belle-famille, plusieurs taisent leur séropositivité ou évitent de passer le test du VIH.[4]

Pour contribuer à répondre à cette lacune, le Réseau juridique canadien VIH/sida est à élaborer une ébauche de législation relativement à certains domaines des droits des femmes, dont les problèmes de l'agression sexuelle et de la violence domestique.[5] Ce projet réunit le droit international des droits de la personne ainsi que des exemples de législation nationale, comme base pour l'élaboration d'une ébauche de cadre légal destiné à respecter, protéger et réaliser les droits des femmes dans le contexte du VIH.

L'ébauche de législation fait référence au droit international et à des lois nationales progressistes, dont plusieurs sont de pays de l'Afrique subsaharienne. L'ensemble de propositions de dispositions législatives et de documents de recherche se veut un outil de plaidoyer pour les pays en développement ou en transition. Le point de mire actuel du projet porte sur les droits des femmes de l'Afrique subsaharienne, mais la ressource sera conçue sans cibler un ressort en particulier.

Les exemples de cadres légaux progressistes, qui protègent les droits en cause, sont rares. Cependant, ce projet élabore des dispositions législatives détaillées qui pourront servir de base pour une réforme du droit en ce qui concerne le viol, l'agression sexuelle et la violence domestique dans le contexte du VIH. Par exemple, les ébauches d'éléments législatifs servent à :

- aligner la définition de ces crimes en fonction du droit international des droits humains;
- offrir des définitions légales pour criminaliser le viol conjugal;
- offrir des lignes directrices sur le traitement et la protection des victimes de violence sexuelle, dans leur interaction avec la police, les procureurs et l'ensemble du processus judiciaire (y compris l'accès à la prophylaxie post-exposition); et
- exclure, relativement au viol et à l'agression sexuelle, les règles de la preuve qui réduisent la disposition des victimes à signaler les crimes de violence sexuelle.

La complétion de l'ébauche de législation est prévue pour la fin de 2008.

L'utilisation de cette ressource pour des activités concrètes de réforme du droit fait partie intégrante du projet. À cette fin, le Réseau juridique travaillera en étroite collaboration avec le BONELA (Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS) et d'autres militants du Botswana, à un ensemble d'activités en lien avec la nouvelle loi de ce pays en matière de violence domestique.

On prévoit des activités comme la formation relativement à la nouvelle loi, pour les fonctionnaires du gouvernement, le développement de réglementation ou de lignes directrices d'accompagnement ainsi qu'un plaidoyer concernant le viol conjugal (qui, regrettablement, n'est pas visé par la nouvelle loi susmentionnée).

– Richard Pearshouse

Richard Pearshouse (rpearshouse@aidslaw.ca) est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida. Il a fait don de la somme monétaire de 1 000 $ que comportait le Prix qui lui a été décerné à Mexico, à un refuge pour femmes violentées au Botswana.

[1] Organisation mondiale de la santé (OMS), *Violence Against Women and HIV/AIDS: Setting the Research Agenda*, 2000.

[2] Human Rights Watch (HRW), *Deadly Delay: South Africa's Efforts to Prevent HIV in Survivors of Sexual Violence*, 2004; United Nations Secretary-General's Task Force on Women, Girls and HIV/AIDS in Southern Africa, *Facing the Future Together,* 2004; OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé,* 2002, p. 164–165.

[3] OMS, *Rapport mondial,* 2002, p. 164–165. Voir aussi, par exemple, K.L. Dunkle et coll., « Transactional sex among women in Soweto, South Africa: prevalence, risk factors and association with HIV infection », *Social Science and Medicine* 59(8) (2004) : 1581–1592.

[4] HRW, *Just Die Quietly: Domestic Violence and Women's Vulnerability to HIV in Uganda*, 2003, p. 28. Voir aussi Y. Erturk, *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women, Intersections of Violence Against Women and HIV/AIDS*, Report of the Special Rapporteur on Violence Against Women, Its Causes and Consequences, UN Doc E/CN.4/2005/72 (17 janvier 2005), par. 56.

[5] Le volume 1 de la ressource législative comprend une introduction, un module 1 (viol et agression sexuelle) et un module 2 (violence domestique). Le volume 2 contient une introduction et quatre modules (mariage, propriété dans le contexte du mariage, divorce et héritage). Pour de plus amples renseignements sur le projet, consulter www.aidslaw.ca/femmes.

Le VIH est un virus et non un crime

La criminalisation de la transmission du VIH est un instrument inefficace contre le sida et elle constitue un détournement coûteux de l'attention aux programmes dont l'efficacité est connue – des programmes comme la prévention concrète, la protection contre la discrimination, la réduction du stigmate, l'habilitation des femmes et la provision d'accès au test et au traitement. Dans le présent article, basé sur un exposé d'Edwin Cameron en plénière, les auteurs présentent dix raisons pour lesquelles cette criminalisation du VIH est une piètre politique publique en matière de santé.

Introduction

Au Texas, en 2008, un homme sans domicile a été emprisonné. Il a été déclaré coupable d'avoir commis un crime grave – agression d'un employé de l'État avec une arme mortelle – pendant qu'on procédait en fait à son arrestation pour ébriété et trouble à l'ordre public. Vu ses démêlés antérieurs avec la justice, le système a conféré à son acte un degré accru de gravité, pour le condamner à 35 ans d'emprisonnement – dont il doit purger au moins la moitié avant d'être admissible à une libération conditionnelle.[1]

L'homme était séropositif au VIH. L'« arme mortelle » : sa salive. Il a été emprisonné parce qu'il a craché sur des policiers qui procédaient à son arrestation.

D'après les connaissances scientifiques les plus confirmées au terme de presque trois décennies de recherche sur ce virus, il n'a jamais été démontré que la salive ait causé une transmission du VIH.[2] L'« arme mortelle » que l'on a accusé l'homme d'utiliser n'était donc qu'un pistolet-jouet, pas même chargé. Augmenter la gravité des accusations pénales parce l'homme est séropositif au VIH était par conséquent inapproprié, non scientifique et carrément erroné.

De plus, prenez note de la durée de la peine d'emprisonnement. Quelle que fût sa conduite antérieure, il est stupéfiant qu'un individu qui n'a fait de mal à personne ni endommagé de propriété (ou autrement gâché le monde) puisse être mis en prison pour 35 années. On ne peut que déduire que sa séropositivité a joué un rôle considérable, probablement déterminant, dans le fait qu'on l'incarcère pour une si longue durée. Bref, l'homme n'a pas été puni pour ce qu'il a fait, mais pour le virus qu'il porte.

Au Zimbabwe, en 2007, une femme séropositive âgée de 26 ans, dans un township voisin de Bluawayo, a été arrêtée pour avoir eu des rapports sexuels non protégés avec son amoureux. On l'a déclaré coupable du crime d'« infection délibérée d'une autre personne ».

Mais cela est étrange, puisque son amoureux a reçu un résultat *négatif*

au test du VIH. La femme suivait un traitement antirétroviral, donc cela n'est pas étonnant.[3] Avant la détermination de la peine, la cour a tenté de faire en sorte que l'amoureux passe un autre test du VIH – même si, d'après les reportages, celui-ci ne voulait pas que des accusations soient déposées.[4] La femme a finalement été condamnée cinq ans d'emprisonnement avec sursis.[5] La menace d'emprisonnement ainsi que la honte et le poids du verdict de culpabilité rendu contre elle continueront de planer au-dessus d'elle.

La loi en vertu de laquelle elle a été condamnée, l'article 79 de la *Criminal Law (Codification and Reform) Act 23* de 2004, du Zimbabwe, est un cas extraordinaire de législation : elle ne se limite pas à établir qu'il est criminel qu'une personne qui se sait séropositive transmette le VIH à autrui. Elle établit qu'il est criminel pour toute personne qui réalise « qu'il y a un risque réel ou une possibilité » qu'elle puisse être séropositive au VIH, de faire « quoi que ce soit » dont elle « réalise que cela comporte un risque réel ou une possibilité d'infecter une autre personne par le VIH » [trad.].

Bien que le crime porte le nom de « transmission délibérée du VIH », il se peut que vous le commettiez même si vous ne transmettez pas le VIH. Ou, de fait, vous pouvez aussi être coupable de ce crime sans même avoir le VIH.

Plus encore, la formulation de cet article de loi du Zimbabwe est suffisamment large pour s'étendre à une femme enceinte qui a le VIH ou qui croit l'avoir peut-être. Car si elle fait « quoi que ce soit » qui comporte une possibilité d'infecter une autre personne – comme donner naissance, ou allaiter son nourrisson au sein –, la loi pourrait permettre de la déclarer coupable de transmission délibérée du VIH. Même si son bébé n'a pas l'infection après tout.

Pour tout cas, la loi prescrit une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 20 ans.

En Sierra Leone, le législateur est allé encore plus loin. Dans ce pays, la loi exige qu'une personne qui se sait séropositive au VIH « prenne toutes les mesures et précautions raisonnables pour éviter la transmission du VIH à d'autres » – et elle inclut expressément les femmes enceintes.[6] Elle requiert que ces femmes prennent toutes les mesures raisonnables pour éviter de transmettre le VIH à leur fœtus.

Ces lois sont incroyablement larges d'application et leurs répercussions possibles sont troublantes.

Voici d'autres exemples :

- En Égypte, il est signalé par Human Rights Watch que l'on procède à l'arrestation d'hommes simplement parce qu'ils vivent avec le VIH; cela est fait en vertu de l'article 9(c) de la loi 10/1961, qui criminalise la « pratique habituelle de la débauche [*fujur*] » – une expression utilisée pour pénaliser l'activité homosexuelle consensuelle.[7]
- À Singapour,[8] un homme vivant avec le VIH a été condamné à un an de prison pour l'exposition d'un partenaire sexuel à contracter le VIH – alors que le risque pour le partenaire (auquel il a donné une fellation) était minimal, voire nul.
- Aux Bermudes, un homme vivant avec le VIH qui avait eu des rapports sexuels sans protection, avec sa copine, a été condamné à dix ans d'emprisonnement alors qu'elle n'a pas contracté le VIH.[9]
- En juin 2008, le plus haut tribunal de la Suisse a déclaré un homme coupable de transmission négligente du VIH à un partenaire sexuel en présence des circonstances suivantes : il savait qu'un de ses partenaires avait le VIH, mais il ne croyait pas l'avoir puisqu'il n'avait pas eu de symptômes de séroconversion.[10]

Ces lois sont incroyablement larges d'application et leurs répercussions possibles sont troublantes. Elles attaquent, à la manière d'une massue, les efforts rationnels qui visent à amoindrir les répercussions de l'épidémie et à contrer sa propagation. Le phénomène s'observe dans toutes les régions du monde :

- Des législateurs adoptent des lois qui créent des crimes spéciaux d'exposition au VIH ou de sa transmission. En Afrique, plus d'une douzaine de pays[11] ont déjà adopté des lois semblables à celle de la Sierra Leone.
- Cours et procureurs ciblent des hommes et des femmes vivant avec le VIH, par des poursuites spéciales.

Ces lois et poursuites provoquent une crise, pour les efforts de prévention et de prise en charge du VIH – et elles

constituent à présent l'un des principaux problèmes dans le contexte de l'épidémie du VIH.

Le raisonnement invoqué à l'appui de la criminalisation

Pourquoi fait-on pression pour cette criminalisation? Le raisonnement invoqué est que le VIH est un virus apeurant et aux effets potentiellement mortels; et que les autorités publiques devraient pouvoir recourir à tout moyen disponible et efficace pour en contrer la propagation, y compris les lois pénales et les poursuites au criminel. De plus, dans l'abstrait et à une certaine distance de la réalité sociale, il semble y avoir une certaine justice à ce que des peines criminelles soient imposées aux personnes qui transmettent le virus de manière négligente, insouciante ou délibérée – et même aux personnes dont des actions ne donnent lieu qu'à un risque de le transmettre.

Les lois ciblent des groupes qui sont déjà vulnérables.

Les législateurs et responsables des politiques, sur le continent africain en particulier, ont raison de chercher de solides remèdes, car plusieurs pays d'Afrique sont aux prises avec une épidémie massive, aux coûts sociaux et économiques déchirants.

Par ailleurs, plusieurs législateurs sont mus en particulier par le sort des femmes. Plusieurs femmes (y compris en très bas âge) sont infectées par des hommes imprudents ou sans scrupule – elles ont besoin d'une protection spéciale, se dit-on, et une loi pénale pourrait être la meilleure expression de leur droit d'être protégées.

Pourquoi la criminalisation est une mauvaise politique en termes de santé publique

Les arguments que nous venons de signaler sont mauvais et doivent être contrés de manière rationnelle, forte et systématique. Voici dix raisons pour lesquelles les lois pénales et les poursuites au criminel sont une politique malavisée, en lien avec l'épidémie du VIH/sida.

-1- La criminalisation n'est pas efficace. Ces lois et poursuites ne préviennent pas la transmission du VIH. Dans la majorité des cas, le virus est transmis lorsque deux personnes ont des rapports sexuels consensuels mais qu'aucune ne sait qu'une d'entre elles est séropositive. Cela continuera de se produire, malgré toute loi pénale et tout procès criminel.

-2- Les lois pénales et les poursuites au criminel sont un piètre et malavisé substitut à des mesures qui ont un réel effet protecteur pour les personnes vulnérables à contracter le VIH – i.e., la prévention efficace, la protection contre la discrimination, la réduction du stigmate, un solide leadership et des modèles de rôle, un accès accru au test de sérodiagnostic et, plus important encore, l'accès aux traitements pour les personnes qui meurent du sida alors que cela est évitable : le sida est à présent une affection qui peut se gérer, médicalement. Le VIH est un virus, pas un crime, et nous devons rejeter les interventions qui donnent l'impression du contraire.

Pour les personnes qui n'ont *pas* le VIH, il faut une plus grande protection des femmes, et un statut social et économique plus sûr, rehaussant leur capacité de négociation pour le sécurisexe et pour leur autoprotection contre des partenaires sexuels au comportement prédateur. Des lois pénales et poursuites au criminel relativement au VIH ne contribueront pas à cela; elles ont plutôt l'effet de nous distraire de cet objectif.

-3- Loin de protéger les femmes, la criminalisation les victimise, les opprime et les expose au danger. En Afrique, les personnes séropositives informées de leur état sont surtout des femmes, car la majorité des tests du VIH est effectuée dans des sites de soins prénatals. Le résultat, inévitablement, est que la plupart des personnes accusées parce qu'elles connaissent ou devraient connaître leur séropositivité seront des femmes.

Plusieurs femmes ne peuvent pas dévoiler leur séropositivité à leur partenaire parce qu'elles craignent d'être violentées ou expulsées du logis. Si une femme dans cette situation continue une relation sexuelle (en y consentant ou non), elle risque d'être poursuivie au criminel, en vertu de lois de pays d'Afrique, pour l'exposition de son partenaire à contracter le VIH.

-4- La criminalisation est souvent appliquée de manière injuste et sélective. Les poursuites et les lois ciblent des groupes qui sont déjà vulnérables – comme les travailleuses et travailleurs sexuels, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ou, dans des pays d'Europe, les hommes noirs.

-5- La criminalisation jette le blâme sur une seule personne, plutôt que de reconnaître que la prévention du VIH est une responsabilité partagée par les deux partenaires. Le VIH est connu depuis près de trois décennies, au cours desquelles le message universel de l'information au public est que nul n'est à l'abri de cette infection. Ainsi, le risque de contracter le VIH doit être considéré comme une facette omniprésente de la vie sexuelle active. On ne peut prétendre que le risque est introduit, dans une relation autrement sûre, par la personne qui sait ou qui aurait dû savoir qu'elle a le VIH. Le risque fait partie de l'environnement, et la responsabilité concrète de pratiquer le sécurisexe appartient à chaque personne qui est apte à exercer de l'autonomie en décidant d'avoir un rapport sexuel avec une autre.

La criminalisation présume des pires choses au sujet des personnes vivant avec le VIH. Ce faisant, elle punit la vulnérabilité.

La personne qui transmet le virus peut être « plus coupable » que celle qui le contracte, mais la criminalisation place le blâme de manière injuste et inappropriée sur la personne séropositive. Il est vrai (comme nous l'avons signalé) que la position subordonnée de plusieurs femmes leur rend impossible de négocier la pratique du sécurisexe. Si une femme n'a pas de choix, dans un rapport sexuel, et qu'elle y contracte le VIH, son partenaire mérite certes d'être blâmé. Mais le fait demeure : la criminalisation n'aide pas les femmes qui sont dans cette situation. La criminalisation ne fait qu'accroître leur risque de victimisation. La criminalisation ne vise qu'un partenaire. Trop souvent, le partenaire visé sera la femme, sans égard à sa vulnérabilité plus marquée. La criminalisation aggrave donc le mal plutôt que de le combattre.

-6- Ces lois sont difficiles à appliquer, et dégradantes. Car elles font intrusion dans l'intimité et le caractère privé des rapports sexuels consensuels. (Il n'est pas question ici des rapports sexuels non consensuels, car c'est du viol et le viol devrait toujours donner lieu à des poursuites pénales.) Mais lorsque les rapports sexuels ont lieu entre deux partenaires adultes consentants, l'appareil de la preuve et la méthodologie nécessaire des poursuites sont dégradants pour les parties et ils falsifient le droit. L'exemple de la femme zimbabwéenne revient à l'esprit : son amoureux voulait que les accusations soient abandonnées, mais la loi a opposé un veto à cette demande. La loi a également contremandé les intérêts de la femme. Le résultat est une tragédie pour tous et une plaie pour les efforts de prévention et de traitement du VIH.

-7- Plusieurs de ces lois sont piètrement rédigées. Par exemple, aux termes d'une « loi type » que plusieurs pays de l'Est et de l'Ouest de l'Afrique ont adoptée, une personne qui se sait séropositive au VIH doit dévoiler son état à tout partenaire « avant tout contact sexuel ». Mais la loi ne dit pas ce que signifie « tout contact sexuel ». Se tenir main dans la main? Donner un baiser? Ou seulement des formes plus intimes de contact exploratoire? Ou s'agit-il uniquement de relation avec pénétration? La loi n'explique pas non plus le sens de « avant ». Cette loi « type » ne serait jugée acceptable dans aucun État constitutionnel où est appliqué le principe de légalité, qui requiert la clarté préalable de la signification des dispositions du droit pénal, et des limites de la responsabilité criminelle.

-8- La criminalisation intensifie le stigmate. Depuis le premier diagnostic de sida, il y a 27 ans, un énorme fardeau de stigmate accompagne l'infection à VIH. Il y a une importante raison à cela : le fait qu'elle se transmette par voie sexuelle. Aucune autre maladie infectieuse n'est considérée avec autant de peur et de dédain que le VIH/sida.

C'est le stigmate, qui fait que les personnes vulnérables au VIH sont réticentes à passer le test; c'est le stigmate, qui rend difficile, voire impossible, à ces personnes de dévoiler leur infection et d'en parler; et c'est le stigmate, qui continue d'entraver l'accès à des thérapies antirétrovirales salvatrices qui sont à présent de plus en plus disponibles en Afrique. Fait tragique, le stigmate est le principal facteur responsable de la criminalisation. C'est le stigmate, enraciné dans le moralisme que soulève la transmission sexuelle du VIH, qui donne trop souvent l'élan principal pour adopter ces lois.

-9- La criminalisation est un facteur qui démotive carrément à passer un test de sérodiagnostic du VIH. Elle est radicalement incompatible avec une stratégie de santé publique qui vise à inciter les gens à aller de l'avant et à s'informer de leur état

sérologique. Le sida est aujourd'hui une maladie gérable sur le plan médical. Mais pourquoi une femme voudrait-elle connaître sa séropositivité si sa connaissance de son état risque de l'exposer à des poursuites en justice? En renforçant le stigmate, en utilisant les armes que sont la peur, le blâme et la récrimination, la criminalisation rend plus difficile aux personnes séropositives ou à risque de l'être, de recourir au test, de parler de leur séropositivité et de recevoir des traitements et du soutien.

Nous constatons par conséquent une équation sombre, mais inéluctable : la criminalisation coûte des vies. La Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW) a judicieusement affirmé que de telles lois font partie d'une « guerre contre les femmes ».[12] Guerre contre les femmes, mais aussi guerre contre toutes les personnes vivant avec le VIH.

-10- La criminalisation présume des pires choses au sujet des personnes vivant avec le VIH. Ce faisant, elle punit la vulnérabilité. L'approche des droits humains présume du mieux, au sujet de ces personnes, et elle appuie l'habilitation.

Comme l'a signalé le juge Michael Kirby, les pays dont les lois sur les droits humains encouragent les personnes non diagnostiquées à passer le test du VIH réussissent beaucoup mieux à contenir l'épidémie que les pays qui ont « adopté des stratégies punitives, moralistes et fondées sur des dénis, y compris les pays qui misent sur le droit pénal comme sanction ».[13]

Lorsque des condoms sont disponibles, lorsque les femmes ont le pouvoir d'y avoir recours, lorsque les personnes séropositives ou à risque peuvent obtenir le test et les traitements, lorsqu'elles n'ont pas à craindre de stigmate, d'ostracisme et de discrimination, elles sont beaucoup plus susceptibles d'agir avec constance dans le sens de leur sécurité et de celle d'autrui.

Conclusion

Lançons un message clair et ferme :

- La criminalisation est un mauvais outil pour le contrôle de l'infection par le VIH et de sa transmission.
- Il n'y a pas de raison de santé publique d'invoquer les sanctions du droit pénal contre des personnes qui, sans en avoir l'intention, ont transmis le VIH ou y ont exposé une autre personne.
- L'unique raisonnement à l'appui de la criminalisation est le but du droit pénal concernant la rétribution et le châtiment – mais il s'agit là d'un but piètre et déformé pour ce qui concerne les lois de santé publique.
- La criminalisation n'est justifiée en général que dans les cas où une personne qui se sait séropositive agit de manière à transmettre l'infection à quelqu'un et y parvient.

Amorçons un grand effort international pour refouler les lois et poursuites criminelles malavisées. En rentrant de ce congrès, dans nos pays respectifs soyons déterminés à convaincre les législateurs et les services de procureurs, que la criminalisation est une folie et une erreur. Soyez plus déterminés à lutter CONTRE le stigmate, contre la discrimination et contre la criminalisation – et POUR la justice, le bon sens, les mesures de prévention efficaces et l'accès aux traitements.

– Edwin Cameron, Scott Burris et Michaela Clayton

Edwin Cameron (edcameron@justice.gov.za) est juge à la Cour suprême de l'Afrique du Sud. Scott Burris travaille à la Temple University Beasley School of Law, à Philadelphie, Pennsylvanie. Michaela Clayton travaille pour l'AIDS and Rights Alliance of Southern Africa, à Windhoek, Namibie. Les auteurs remercient Beri Hull et Marlise Richter pour leurs contributions à la préparation de l'exposé à l'origine du présent article.

---

[1] G. C. Kovach, « Prison for man with H.I.V. who spit on a police officer », *New York Times*, 16 mai 2008.

[2] Centers for Disease Control, « Contact with saliva, tears, or sweat has never been shown to result in transmission of HIV » (www.cdc.gov/hiv/resources/qa/qa37.htm).

[3] Des cliniciens suisses spécialisés dans le VIH ont récemment publié un énoncé de consensus selon lequel « les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle ». Voir P. Vernazza et coll., « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses* 89(5) (2008).

[4] Signalé dans le (Zimbabwe) *Herald*, 2 avril 2008.

[5] *Herald*, 8 avril 2008.

[6] Sierra Leone, *Prevention and Control of HIV and AIDS Act of 2007*, art. 21 (www.sierra-leone.org/Laws/2007-8p.pdf).

[7] Pour le détail de ces allégations, voir la lettre de protestation à www.hrw.org/english/docs/2008/04/07/egypt18439_txt.htm.

[8] Voir la documentation affichée par E.J. Bernard à http://criminalhivtransmission.blogspot.com/.

[9] UNFPA, *La criminalisation du VIH*, feuillet d'information, juin 2008.

[10] E.J. Bernard.

[11] Bénin, Burundi, Burkina Faso, Cap-Vert, République centrafricaine, Tchad, République démocratique du Congo, Guinée équatoriale, Guinée, Guinée Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, Sierra Leone, Tanzanie et Togo.

[12] Courriel de Beri Hull, ICW.

[13] « Australian judge slams HIV criminalization », *Poz*, 18 juillet 2008.

La détention avant le procès – portée et pertinence au VIH/sida

Le recours abusif à la détention dans l'attente de procès, dans le monde, crée dans les établissements de détention des circonstances qui exposent un nombre important de personnes à des risques pour la santé, dont celui de contracter le VIH. Dans le présent article basé sur son exposé lors d'une séance concomitante du Congrès, Denise Tomasini-Joshi décrit les problèmes et propose des moyens d'y remédier.

Le recours indu à la détention avant un procès (DAP) – l'incarcération d'un prévenu avant que l'on ait établi qu'il est coupable de ce dont on l'accuse – est une violation des normes juridiques internationales. Ces normes établissent sans équivoque que toute personne est présumée innocente, et devrait généralement (plutôt qu'exceptionnellement) demeurer en liberté jusqu'à preuve de sa culpabilité.[1]

En dépit de ces normes claires, la pratique d'incarcérer des personnes sans verdict de culpabilité est devenue plus courante que la liberté pendant le procès. Puisque la DAP est si répandue et qu'elle s'accompagne de conséquences sociales et sanitaires indésirables, il est important d'aborder le problème selon diverses perspectives, notamment celles de la santé et du VIH/sida.

En 2006, une moyenne de 33,1 % de tous les détenus dans le monde étaient en attente de procès. Ce chiffre est à la fois une moyenne et un instantané d'une seule journée de détention. En soi, il ne peut présenter une image réelle du problème car (a) il dilue les statistiques des pays qui contreviennent le plus au principe reconnu; (b) il n'indique pas combien de temps les gens demeurent incarcérés sans procès; et (c) il ne révèle pas combien de personnes passent un certain temps en DAP.

Pour illustrer le fait de la dilution du cas des pires pays, voici une liste de ceux-ci et du pourcentage de population incarcérée qu'y représentent les détenus qui n'ont pas subi de procès :[2]

Pays	Pourcentage
Liberia	97,3
Mali	88,7
Haïti	84,2
Niger	76,0
Bolivie	75,0
Inde	69,7
Paraguay	68,2
Pérou	67,8
Bangladesh	67,7
Philippines	67,3

Conséquences sanitaires de l'excès de détention avant le procès

La DAP pose des risques particuliers pour la santé, et ce pour plusieurs raisons. Premièrement, les personnes en DAP sont souvent placées dans des conditions de surpopulation extrême, et changeantes.[3] Le phénomène s'observe entre autres dans les cellules des postes de police, qui sont conçues pour un séjour bref et ne sont pas outillées pour héberger un grand nombre de détenus en permanence. Vu l'absence de structures de soins de longue durée, les personnes en DAP n'ont pas accès à des soins de santé, à l'exercice physique, au travail ou à des programmes d'éducation; et la situation où ils se trouvent est peu supervisée et contrôlée.

Bien que plusieurs personnes en DAP soient détenues pendant longtemps, la population de ces cellules est en constant roulement. Certaines personnes subissent leur procès et sont condamnées; dans d'autres cas les accusations sont abandonnées; et d'autres obtiennent une remise en liberté provisoire. Par ailleurs, les personnes en DAP ont généralement des contacts plus nombreux avec des avocats et des membres de la famille, en comparaison avec les détenus qui purgent une peine.

Vu ce flux au sein de la population, les détenus sont constamment exposés à des maladies transmissibles. Puisque pratiquement tous les détenus finissent par réintégrer la communauté, les risques de santé qui découlent de la DAP ne touchent pas que les détenus : ils deviennent une

question de santé publique. Le risque de propagation de maladies contractées en prison, après la libération, est accru par le fait que les personnes remises en liberté peuvent n'être pas même au courant d'infections qu'elles ont contractées.[4]

Autre facteur qui contribue à des effets néfastes pour la santé : les piètres conditions de détention. Dans plusieurs prisons, en particulier dans le monde en développement, les détenus ne reçoivent pas une nutrition élémentaire, ni de vêtements ni de lit. Dans plusieurs cas les bâtiments qui les hébergent n'ont pas d'infrastructure d'égout et n'offrent pas même de protection contre les éléments du climat et contre la vermine.

Il n'est pas étonnant, vu la surpopulation et le roulement des occupants, que l'ONUSIDA parle à présent des prisons comme d'« incubateurs » pour le VIH et d'autres infections comme l'hépatite C et la tuberculose.[5] Certes, ces affections peuvent être une épreuve pour n'importe qui, et rendre bien des gens malades, mais pour une personne qui a déjà une maladie chronique elles peuvent constituer une peine de mort.

La DAP comporte des risques particuliers pour les personnes dont la santé est compromise, car avant le procès il y a une plus forte probabilité de torture, d'abus et d'agression. Dans des pays où les ressources policières sont limitées, les affaires sont « résolues » par les aveux. La police sait qu'elle n'a qu'un temps limité pour obtenir ces aveux avant que le détenu subisse son procès, donc la torture est souvent utilisée pour les obtenir.

De plus, étant donné que l'on ne sépare pas toujours les accusés et les criminels purgeant une peine, ni les jeunes et les adultes, et vu la rareté des mesures de protection pour les détenus vulnérables, plusieurs personnes en DAP subissent des agressions et des abus. Le problème est particulièrement aigu pour les personnes transgenre, qui sont souvent assignées à des cellules qui ne correspondent pas à leur identité de genre.

Pour des personnes atteintes de certaines affections, en particulier si leur système immunitaire est compromis à cause de l'infection à VIH, ces réalités fréquentes en situation de DAP peuvent être fatales. Pour aggraver les choses, plusieurs agressions en DAP peuvent être sexuelles, ce qui augmente la propagation d'infections transmissibles sexuellement et par le sang.[6] Étant donné que le taux de VIH/sida y est beaucoup plus élevé que dans le reste de la société, le risque de transmission du VIH en prison est particulièrement élevé.[7]

L'interruption de traitement est une autre conséquence possible de la détention. Pour les personnes qui sont en traitement médical au moment de leur arrestation, la DAP représente souvent une interruption non souhaitable, et risquée, de ces soins. Des prisonniers peuvent devoir attendre plusieurs mois avant de recommencer à prendre leurs médicaments. Dans plusieurs cas, ils sont dans l'incapacité d'obtenir les médicaments prescrits tant qu'ils sont en prison.

En outre, pour nombre de détenus, en prison il n'y a tout simplement pas de médicaments; la remise en liberté (provisoire, ou due à l'abandon de l'accusation portée contre eux, ou après un procès) peut donc être la seule avenue où sera possible le renouvellement ou l'amorce de traitement.

Solutions au problème

Les solutions au recours abusif à la DAP doivent avoir plusieurs facettes et inclure des réformes sur le terrain. Au palier des politiques, et en ce qui concerne en particulier la santé, il est toutefois important de travailler à :

- développer un réseau d'experts en matière de DAP, incluant des professionnels de la santé;
- rehausser la sensibilisation, l'expertise ainsi que les ressources mondiales, pour une réforme de cette pratique;
- codifier et mettre en œuvre des programmes et des interventions, y compris des programmes de dispense pour raison médicale, qui offrent des mesures de rechange sécuritaires et efficaces, pour éviter la DAP.

Pour les praticiens de la santé et les personnes atteintes de maladies chroniques, des changements législatifs, de même qu'au nombre et aux types de mécanismes alternatifs pour la supervision, seront cruciaux. Un programme bien conçu de services pour les personnes en attente de procès, permettant la remise en liberté avant le procès, pourrait atténuer considérablement les conséquences collatérales sur le plan de la santé.

Bien qu'il existe de tels services dans plusieurs pays – souvent sur papier, parfois dans la pratique –, il n'en existe pratiquement aucun qui répond aux besoins des personnes aux prises avec des affections chroniques comme le VIH/sida. Un programme axé sur la santé, prévoyant la possibilité d'exemption pour des motifs de santé publique ainsi que la remise en liberté provisoire pour la continuation d'un traitement, devrait être élaboré.

Les décisions en matière de détention et de remise en liberté doivent commencer à tenir compte des enjeux sanitaires, afin de protéger la santé

des détenus, des employés du système carcéral et de l'ensemble de la communauté.

Plusieurs groupes s'occupent d'enjeux du milieu carcéral ou de santé, mais ils ont tendance à considérer que la DAP est une question qui n'a qu'un lien de tangente aux problèmes principaux. Or la DAP est un problème qui affecte profondément les éléments de préoccupation des deux groupes, et une campagne conjointe est nécessaire afin d'arriver à des pistes de solution.

– Denise Tomasini-Joshi

Denise Tomasini-Joshi (dtomasini@justiceinitiative.org) est agente associée, à l'Initiative sur la justice de l'Open Society.

[1] La Convention américaine relative aux droits de la personne, par exemple, stipule que « toute personne accusée d'un crime a le droit d'être présumée innocente tant que sa culpabilité n'a pas été prouvée en vertu du droit » [trad.] (art. 8.2). Les dispositions additionnelles qui suivent portent sur le traitement d'une personne en détention avant un procès : « Toute personne qui est détenue comparaîtra sans délai devant un juge ou un autre agent autorisé par la loi à exercer un pouvoir judiciaire, et elle aura droit à un procès dans un temps raisonnable ou à être remise en liberté sans préjudice jusqu'à la continuation des poursuites. Sa remise en liberté peut être assujettie à des garanties afin d'assurer qu'elle se présente à son procès » [trad.] (art. 7.5); « Toute personne privée de sa liberté a droit de recours devant un tribunal compétent pour qu'il décide sans délai de la légitimité de son arrestation ou de sa détention, et ordonne sa remise en liberté si l'un ou l'autre n'est pas conforme au droit » [trad.] (art. 7(6)); et « Toute personne a le droit à une audience, assortie de garanties adéquates et dans un temps raisonnable, devant un tribunal compétent, indépendant et impartial » [trad.] (art. 8 (1)). À www.oas.org/juridico/english/treaties/b-32.html.

[2] Statistiques de l'International Centre for Prison Studies' (ICPS), *World Prison Brief*, à www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief/.

[3] En Russie, par exemple, la surpopulation dans les centres de DAP était si grave que les détenus dormaient selon un horaire par groupes à tour de rôle. Discours de Yuri Kalinin, ancien sous-ministre de la Justice, à www.hawaii.edu/hivandaids/The_Russian_Penal_System__Past,_Present_and_Future.pdf.

[4] « Prison's deadliest inmate, hepatitis C, escaping », *Associated Press*, 14 mars 2007 (www.msnbc.msn.com/id/17615346/).

[5] ONUSIDA, *De la gestion de la crise à la riposte stratégique*, dans *Rapport de 2006 sur l'épidémie mondiale de sida* (http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR_CH12_fr.pdf).

[6] Bien que le viol en prison soit grossièrement sous-déclaré, une étude du U.S. Federal Bureau of Prisons indiquait qu'entre 9 et 20 % des détenus de ressort fédéral avaient été victimes de viol. P. Nacci et T. Kane, *Sex and Sexual Aggression in Federal Prisons*, 1982.

[7] Aux États-Unis, par exemple, la prévalence du VIH/sida en prison est trois fois plus élevée que dans l'ensemble de la population. L. Maruschak, *HIV in Prisons, 2003*, U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics, 2005.

Europe centrale et orientale et Asie centrale – Raids et violence policière exposent les travailleuses et travailleurs sexuels à un risque de contracter le VIH

Dans la plupart des pays d'Europe centrale et orientale et d'Asie centrale, les travailleuses et travailleurs sexuels signalent des taux très élevés d'abus policiers, en particulier dans le cadre de descentes. Dans cet article, basé sur un exposé présenté lors du Congrès, le Sex Workers' Rights Advocacy Network (SWAN) fait état des résultats d'une étude menée auprès de travailleuses et travailleurs sexuels dans divers pays de la région. Les auteurs établissent des liens entre la violence policière et la violence en général, de même qu'entre la violence à l'endroit des travailleuses et travailleurs sexuels et la vulnérabilité au VIH. Ils formulent diverses recommandations, dont une à l'effet que le travail sexuel devrait être décriminalisé.

Dans presque tous les pays d'Europe centrale et orientale et d'Asie centrale, les travailleuses et travailleurs sexuels signalent des taux alarmants de violence physique ou sexuelle de la part d'agents de police. Les taux moyens de travailleuses et travailleurs sexuels ayant déclaré avoir subi de la violence physique ou sexuelle

de la part de policiers au cours de l'année précédant l'étude étaient respectivement de 41,7 % (86/206) et 36,5 % (77/211).

Plusieurs incidents décrits par des travailleuses et travailleurs sexuels constituent de la torture, ce qui contrevient aux conventions des Nations Unies.

Ces constats sont issus d'une étude menée en 2007 par le SWAN dans 13 ressorts de 12 pays, dont la Bulgarie, la République tchèque, le Kirghizistan, la Lettonie, la Lituanie, la Macédoine, la Pologne, la Russie (district Nord-Ouest et Sibérie), la Serbie, la Slovaquie et l'Ukraine. (Voir, à la fin de l'article, la note au sujet du nombre de pays.) L'étude a été élaborée, réalisée et interprétée par des travailleuses et travailleurs sexuels ainsi que des alliés.

Des taux faibles de violence policière ont été rapportés dans seulement deux pays : la République tchèque et la Pologne.

Descentes, violence et intimidation policières

La violence à l'endroit de travailleuses et travailleurs sexuels s'observe souvent dans le cadre de raids policiers. Des travailleuses sexuelles ont signalé avoir subi de la violence sexuelle de la part d'agents de police « chaque fois [qu'on nous] conduisait au poste »; avoir été « embarquées puis poussées à l'eau »; ou avoir été victimes de viol collectif par des policiers pendant leur détention.

Dans plusieurs pays, des travailleuses et travailleurs sexuels ont déclaré que les raids font souvent partie d'un système plus large d'extorsion policière qui se traduit par des menaces, la détention, la violence physique et le viol. Dans ce système, les amendes et les arrestations sont souvent officieuses, non documentées et indifférenciables de l'extorsion. Au Kirghizistan, par exemple, des travailleuses et travailleurs sexuels ont affirmé devoir payer la police à chaque jour qu'ils travaillaient. Dans bien des cas, les « amendes » s'élèvent au montant d'argent que les sujets ont en leur possession, et impliquent souvent de leur dérober bijoux ou téléphone.

En Lituanie, au Kirghizistan et en Ukraine, des travailleuses et travailleurs sexuels ont dit avoir été forcés à subir un dépistage du VIH et d'autres ITS après avoir été arrêtés par la police. Certains ont noté que la menace de tests est un autre moyen utilisé par la police pour leur extorquer de l'argent.

Les participants à l'étude ont maintes fois dénoncé les « activités illégales » de la police de même que leurs expériences de détention illégale, d'accusation pour des crimes qu'ils n'avaient pas commis, de nettoyage forcé d'un poste de police, ou de divulgation de leur situation de travailleurs sexuels, de personnes gaies ou transgenre.

D'aucuns ont souligné que les descentes policières entraînent souvent l'itinérance et la séparation des familles – notamment s'ils ne peuvent payer la somme demandée par la police et doivent s'en remettre à abandonner leur logis; s'ils sont détenus pendant une longue période; s'ils sont déportés à la suite d'une descente; ou si leur famille est informée de leur situation, après une descente, puis les expulse.

Entre autres, une travailleuse sexuelle a été forcée de vendre sa maison à la hâte, sous la menace qu'elle serait détenuee si elle ne versait pas un important pot-de-vin à la police… qui a en fin de compte acheté sa propriété!

Lien entre la violence policière et la violence générale

L'étude a révélé que la crainte de violence, d'extorsion ou d'arrestation policière pousse souvent des travailleuses et travailleurs sexuels dans la clandestinité et les force à travailler dans des lieux isolés où ils sont plus vulnérables à la violence générale.

Des travailleuses et travailleurs sexuels ont affirmé que la violence et les sévices de la police compromettent gravement leur capacité de signaler les cas de violence à leur endroit. Le principal motif pour ne pas signaler ces incidents à la police est la crainte de mauvais traitement, d'arrestation ou de divulgation de leur situation.

Le manque d'accès de ces personnes à la protection de la police résulte en l'impunité des crimes à leur endroit, ce qui fait d'elles des cibles faciles et fréquentes.

Vulnérabilité accrue à l'infection par le VIH

Les descentes et la violence policières accroissent la vulnérabilité au VIH des travailleuses et travailleurs sexuels de diverses façons :

- La violence s'accompagne souvent de coercition à ne pas utiliser le condom.
- Les travailleuses et travailleurs sexuels sont réticents à garder des condoms sur eux, puisque ceux-ci peuvent être utilisés comme « preuve » de prostitution lors d'une descente policière.
- La confiscation de condoms par la police prive les travailleuses et

travailleurs sexuels de ce moyen de protection.
- Le fardeau financier des amendes et de l'extorsion policières peut inciter des travailleuses sexuelles à abandonner l'usage du condom pour s'attirer plus de clients.
- La menace de violence ou d'extorsion peut inciter à des négociations précipitées avec les clients, pouvant résulter en des relations sexuelles non protégées.
- Les descentes et la violence policières peuvent entraîner l'itinérance ou pousser les travailleuses et travailleurs sexuels dans des lieux éloignés et non sécuritaires où ils n'ont pas accès à des services et du soutien pour le VIH.

Recommandations

L'étude démontre que l'on ne peut vaincre le VIH sans s'attaquer à la violence à l'endroit des travailleuses et travailleurs sexuels. Par conséquent, conformément à la recommandation du Secrétaire général de l'ONU Ban Ki-Moon à des pays asiatiques, nous recommandons aux gouvernements de décriminaliser le travail sexuel.

Nous recommandons aussi que cessent les descentes policières ciblant des travailleuses et travailleurs sexuels. L'enquête de SWAN a révélé une corrélation directe entre l'absence ou la faible fréquence de descentes, de violence et d'abus de la police (dans des pays comme la République tchèque et la Pologne) et la disposition des travailleuses et travailleurs sexuels à signaler des crimes à la police et à demander sa protection.

Les gouvernements et les instances onusiennes doivent s'opposer explicitement aux politiques sur le VIH ou sur le travail sexuel qui sont appliquées lors de descentes policières ou qui accordent aux agents de police un pouvoir accru d'extorquer des travailleuses et travailleurs sexuels, de les forcer à un dépistage du VIH ou d'autres ITS ou de les assujettir à de la violence physique ou sexuelle.

Nous recommandons également :

- l'adoption de lois et de politiques propices à l'avancement des droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels; et que ceux-ci soient impliqués de manière significative dans le processus;
- le financement d'organismes par et pour les travailleuses et travailleurs sexuels, qui promeuvent leurs droits et leur santé;
- le développement de partenariats entre des travailleuses et travailleurs sexuels et divers ministères, y compris la police, afin de réduire la violence policière; et
- l'appui à des organismes de droits humains et d'autres ONG, afin qu'ils collaborent avec des organismes et projets de travailleuses et travailleurs sexuels pour documenter et contrer la violence de la part d'acteurs étatiques et non étatiques.

– A.-L. Crago, A. Rakhmetova, M. Karadafov, S. Islamova, I. Maslova

Tous les auteurs sont affiliés au SWAN. Pour plus d'information, veuillez communiquer avec le SWAN à sexwork@tasz.hu.

Cet article fait état des résultats dans 12 ressorts seulement, même si l'étude en comptait 13. Pour des raisons de sécurité, les données d'un pays ont dû être retirées. À la suite de déclarations publiques de travailleuses et travailleurs sexuels dénonçant la violence, des membres du groupe local de SWAN chargés de l'administration de l'enquête ont reçu des menaces de mort et ont été confrontés à la possibilité que leur centre soit fermé et que leurs dossiers médicaux confidentiels soient saisis par le gouvernement. Les données de leur pays brossent un portrait peu reluisant, d'actes généralisés et fréquents de violence sexuelle et physique commis par des agents d'application de la loi. Les auteurs dédient cet article aux 20 travailleuses et travailleurs sexuels qui ont tant risqué pour raconter leurs histoires, même si elles ne peuvent être partagées pour le moment.

Un rapport d'étude complet, qui inclura des données par pays, devrait être déposé d'ici à la fin de 2008 sur le site Internet www.swannet.org, où les visiteurs peuvent aussi s'abonner à SWAN News, un bulletin mensuel en anglais et en russe.

République démocratique du Congo – Violence policière et militaire à l'endroit de travailleuses et travailleurs sexuels

Dans le district Sud-Kivu de la République démocratique du Congo, des travailleuses et travailleurs sexuels sont régulièrement l'objet de violence sexuelle et autre. Dans cet article, basé sur leur exposé lors d'une séance concomitante du Congrès, Alphonse Mihigo Ombeni et Anna Louise Crago décrivent l'impact néfaste de cette violence sur la santé et les conditions de travail de ces personnes, dont plusieurs ont contracté le VIH.

Les travailleuses et travailleurs sexuels se heurtent à des violations systématiques de leurs droits humains et socioéconomiques, notamment leur droit au travail. Ils sont aussi confrontés à des taux élevés de violence physique et sexuelle de la part de membres de la police et de l'armée.

Sous prétexte de « lutter contre le VIH » ou de « contrer l'exploitation sexuelle », bon nombre d'établissements de travail sexuel ont fait l'objet de raids et ont été fermés par les autorités; et les travailleuses et travailleurs sexuels qui s'y trouvaient ont été arrêtés.

Des travailleuses et travailleurs sexuels peuvent être détenus dans des prisons légales. Toutefois, il existe aussi un système parallèle de lieux secrets, illégaux, dirigés par des commandants de police et des soldats. Il est déjà arrivé que des travailleuses et travailleurs sexuels soient détenus dans la résidence personnelle d'un commandant de police.

Celles et ceux qui sont détenus illégalement – essentiellement kidnappés – sont habituellement remis en liberté une ou deux semaines plus tard, après des actes répétés de violence sexuelle et de torture.

De février à juillet 2007, l'Action pour la lutte contre l'ignorance du SIDA (ALCIS) a documenté des cas de violence à l'endroit de travailleuses et travailleurs sexuels, commis par des membres de l'armée, de la police et du public, de même que l'impact de la violence sur la santé et les conditions de travail de ces personnes. Le travail a été effectué en collaboration avec 10 comités de solidarité de travailleuses et travailleurs sexuels de diverses régions du pays.

Au cours de cette période, 15 travailleuses sexuelles ont été kidnappées et ont subi de la violence sexuelle aux mains de militaires; 14 ont été détenues illégalement, torturées et soumises à de la violence sexuelle durant jusqu'à deux semaines; et 39 ont été l'objet de violence sexuelle de la part d'autres acteurs.

Les exemples suivants illustrent la dynamique courante de ces attaques :

- Le 16 février 2007, des militaires effectuant une patrouille de nuit ont arrêté, violé et torturé quatre travailleuses sexuelles à Kadutu, Bukavu.
- Le 13 juillet 2007, à Nyamigo, des soldats ont violé et torturé quatre travailleuses sexuelles, après avoir pillé leurs résidences.
- Au début de mars 2007, à Kamanyola, trois travailleuses sexuelles ont été placées en état d'arrestation, kidnappées et violées par des policiers pendant trois jours. Tous leurs objets de valeur ont été volés.

Membre du comité de solidarité des travailleuses et travailleurs sexuels de Kavumu, Solange raconte :

> J'ai été enlevée par quatre soldats en patrouille de nuit… Ils m'ont tous violée, puis laissée pour morte. Aujourd'hui, j'ai une grossesse non désirée. Je ne veux pas donner naissance à cet enfant dont le père m'a fait vivre une douleur aussi vive et une telle tragédie. Et mon dernier résultat de test : je suis séropositive au VIH.

Au cours de cette période, l'ALCIS a aidé 63 travailleuses sexuelles ayant subi de la violence sexuelle, à recevoir une assistance médicale. Parmi celles-ci, 43 ont contracté des ITS et 27 ont été trouvées séropositives au VIH. Avant les agressions, toutes (sauf quatre) étaient séronégatives.

L'impact sur les travailleuses et travailleurs sexuels

De violentes agressions policières et militaires à l'endroit de travailleuses et travailleurs sexuels ont créé un climat

où il est considéré « acceptable » pour quiconque de commettre de tels actes. On observe une hausse de la violence générale à l'endroit des travailleuses et travailleurs sexuels, qui ont peur de la police et craignent que le signalement des cas de violence ne les expose à un danger encore plus grand.

Les conditions de travail des travailleuses et travailleurs sexuels se sont détériorées considérablement. Plusieurs doivent composer avec de la violence psychologique et avec la constante menace de voir leurs agresseurs circuler librement ou patrouiller leurs quartiers.

Craignant les raids et la violence, plusieurs se sont résolus à travailler ou à vivre dans des endroits isolés ou éloignés. Cela a plusieurs répercussions :

- Les endroits éloignés sont souvent moins sécuritaires que leurs anciens lieux de travail.
- La peur et l'isolement peuvent influencer leur pouvoir de négociation avec des clients.
- La longue distance entre le lieu de résidence et les centres de santé peut empêcher l'accès aux traitements pour des traumatismes ou des préjudices dus au VIH ou à la violence sexuelle. Six travailleuses sexuelles ont ainsi perdu la vie.

Plusieurs travailleuses sexuelles ont perdu leur gagne-pain et leur résidence à cause de la fermeture d'établissements de travail sexuel, d'agressions ou de la nécessité de fuir un agresseur. En décembre 2007, 66 travailleuses sexuelles qui étaient contact avec l'ALCIS et qui avaient été victimes d'agressions violentes n'avaient pas accès à un logement, à de la nourriture et à des soins médicaux pour elles et leurs enfants.

De plus, 26 travailleuses sexuelles incarcérées n'avaient pas d'assistance juridique ni de défense adéquate. Celles qui étaient séropositives au VIH faisaient face à de potentielles interruptions de traitement.

Le stigmate du viol et, dans certains cas, celui de la séropositivité au VIH – combiné à un vif stigmate à l'égard des personnes qui exercent le travail sexuel – sont de puissants obstacles à l'accès aux services de santé pour les travailleuses et travailleurs sexuels. Il en résulte que plusieurs ne reçoivent aucun soin à la suite d'agressions et souffrent dans l'isolement.

La crainte d'être vu en public et de subir d'autres agressions a fait chuter le nombre de travailleuses et travailleurs sexuels qui sont disposés à participer aux réunions des comités de solidarité. Dans cette optique, les agressions violentes ont gravement affecté la solidarité des travailleuses et travailleurs sexuels, si cruciale au maintien de leur santé et de leurs conditions de travail.

Des travailleuses et travailleurs sexuels ont commencé à dénoncer le viol. En 2007, l'ALCIS a publié plusieurs alertes à l'action dénonçant des cas de violence physique et sexuelle, et elle a lancé des campagnes de pétitions. Parallèlement à un plaidoyer soutenu pour les droits des travailleuses et travailleurs sexuels, l'ALCIS a commencé à rencontrer des représentants de la police et de l'armée pour discuter du problème. Elle fournit aussi une assistance médicale et juridique et rend visite à des travailleuses et travailleurs sexuels incarcérés.

Recommandations

Pour remédier au problème de la violence sexuelle à l'endroit des travailleuses et travailleurs sexuels, les auteurs proposent les recommandations suivantes :

- Les agences des Nations Unies et les donateurs devraient mettre en relief le rôle crucial de la prévention de la violence à l'endroit des travailleuses et travailleurs sexuels, en particulier de la part de policiers et de militaires, pour endiguer les épidémies de VIH.
- Afin d'éradiquer la violence à l'endroit des travailleuses et travailleurs sexuels, le travail sexuel doit être reconnu comme un emploi légitime.
- Des projets misant sur le leadership et la solidarité des travailleuses et travailleurs sexuels pour défendre leurs droits humains doivent être appuyés, moralement et financièrement.
- Des efforts fondés sur la perspective des travailleuses et travailleurs sexuels et visant à combattre et à redresser la violence étatique et non étatique à leur endroit doivent être financés.

– Alphonse Mihigo Ombeni et Anna Louise Crago

A. Mihigo Ombeni (alcis_bukavu@yahoo.fr) est membre de l'ALCIS. Anna Louise Crago travaille pour le Sex Workers' Rights Advocacy Network (SWAN).

Les personnes handicapées et la pandémie du sida : établir le lien

Les personnes handicapées ont un risque accru de contracter le VIH mais ne sont pas jointes par les campagnes de prévention et de traitement.[1] Dans cet article, basé sur un exposé qu elles ont présenté lors d une séance concomitante du Congrès, Shonali Shome et Myroslava Tataryn examinent comment les personnes handicapées sont exclues des programmes sur le VIH/sida; ce qui est fait pour remédier au problème; et ce qu'il reste à faire.

Les personnes handicapées comptent parmi les citoyens les plus stigmatisés, les plus pauvres et les moins scolarisés. Pour elles, tous les facteurs de risque liés au VIH sont exacerbés : pauvreté, accès limité à l'éducation et aux soins de santé, manque d'information sur le sécurisexe, manque de protection juridique, risque accru de violence et de viol, vulnérabilité à la toxicomanie, et stigmate.

Dans un sondage mondial auprès d'organismes de défense des intérêts des personnes handicapées, 87 p. cent ont déclaré que le VIH/sida est une préoccupation immédiate pour les populations qu'ils desservent.[2]

En dépit de ces risques accrus, les organismes de lutte au VIH/sida présument souvent à tort que les personnes handicapées sont abstinentes, les excluant de leurs efforts de prévention et d'intervention. Un manque de données qualitatives sur les personnes handicapées et le VIH/sida rend également difficile d'obtenir du financement ou de développer des programmes.

L'inégalité des sexes exacerbe le problème chez les femmes, qui sont affectées de façon disproportionnée par le VIH/sida et le handicap. Elles constituent 74 p. cent des personnes handicapées dans les pays en développement, mais ne reçoivent que 20 p. cent des services d'assistance à la réadaptation à l'échelle mondiale.[3]

Il est estimé que les femmes handicapées sont trois fois plus susceptibles d'être violées que les non-handicapées.[4] Le manque de perspectives de mariage ou d'emploi incite plusieurs d'entre elles à se tourner vers le travail sexuel pour survivre, ce qui accroît encore leur risque d'infection.

Comparativement aux hommes, les femmes handicapées sont moins susceptibles d'être éduquées et sont plus enclines à avoir des relations instables – deux facteurs qui accroissent leur risque de contracter le VIH. Le taux mondial d'alphabétisation des femmes handicapées est estimé à 1 p. cent.[5]

Les personnes handicapées qui sont séropositives au VIH rencontrent des problèmes tels qu'une accessibilité physique restreinte aux services de santé et un stigmate de la part de professionnels de la santé. Plusieurs sont réticentes à divulguer leur séropositivité, par crainte d'aggraver la discrimination qu'elles subissent régulièrement.

Les regroupements de personnes handicapées et les organismes de lutte au VIH/sida ci-dessous abordent l'intersection du handicap et du sida de manière holistique, sexospécifique et intégrée. L'un d'eux se situe au cœur d'une zone de conflit; et les trois travaillent dans des régions sous-financées. Ils démontrent à la fois ce qui est possible et nécessaire pour répondre à la pandémie du VIH/sida de même qu'aux droits humains des personnes handicapées.

District de Gulu, nord de l'Ouganda

Le violent conflit et le déplacement subséquent qui ont ravagé le district de Gulu et les communautés avoisinantes, au cours des 20 dernières années, ont entraîné des taux accrus de déficiences physiques et d'infection par le VIH.

Dans ce contexte, un groupe de courageuses femmes handicapées ont divulgué leur séropositivité au VIH à la suite d'une campagne de sensibilisation au sida et au handicap parrainée par la National Union of Persons with Disabilities of Uganda.

Plusieurs d'entre elles ont perdu leur gagne-pain à cause de maladies liées au VIH et ne sont plus soutenues par leurs conjoints en raison du stigmate lié à leur séropositivité et à leur handicap. Elles ont formé la Gulu District Association of Women with Disabilities, qui compte plus de 45 membres. L'organisme

développe des activités génératrices de revenu; se réunit pour discuter des effets secondaires des traitements et des défis domestiques; et offre du counselling aux membres de la famille.

Kamwokya, Kampala, Ouganda

Le bidonville de Kamwokya, à Kampala, Ouganda, abrite une impressionnante clinique de santé mentale créée par les Kamwokya Christian Caring Communities (KCCC), un organisme qui fournit des services accessibles de test et de traitement pour le VIH.

Le domaine de la santé mentale demeure marginalisé, même au sein du mouvement pour les droits des personnes handicapées. L'inclusion d'un volet de santé mentale dans chaque programme des KCCC permet à tous les patients de bénéficier d'un éventail complet de services, comme un soutien éducatif aux jeunes à risque et des initiatives génératrices de revenu.

La clinique de santé mentale, à présent bien connue, est devenue un point d'accès à d'autres services; elle a référé plus de 200 cas à la clinique générale qui fournit des services en matière de VIH/sida.

Nairobi, Mombassa et Kisumu, Kenya

Au Kenya, le Programme pour personnes handicapées du Liverpool VCT, Care and Treatment rend accessibles les services d'un centre établi de counselling et test volontaires (CTV) aux personnes handicapées et malentendantes. Entièrement dirigé par des employés malentendants, le programme est complètement intégré dans la structure générale de Liverpool.

Tous les employés sont sensibilisés aux défis pertinents aux personnes handicapées et malentendantes, et sont formés pour fournir des soins affirmatifs et non stigmatisants. Alors que les personnes malentendantes qui doivent habituellement compter sur des services d'interprétation, au centre de CTV ce sont les clients non sourds qui travaillent avec un interprète. Un nouveau projet du Programme pour les personnes handicapées abordera la violence sexospécifique parmi la communauté malentendante.

Autres défis : relier sida et handicap

Les exemples susmentionnés font état d'initiatives créatives et fructueuses au palier local, mais une réponse mondiale coordonnée est requise pour répondre adéquatement au problème. Bien que le mouvement des handicaps intègre de plus en plus le VIH/sida, la négligence continue des enjeux liés au handicap parmi la communauté de lutte au VIH/sida est pratiquement universelle.

Les rapports annuels de l'ONUSIDA, qui fournissent des données sur les développements de l'épidémie et qui présentent des analyses sur des populations à risque élevé comme les travailleuses et travailleurs sexuels et les utilisateurs de drogue par injection, n'examinent pas et ne font aucunement état des enjeux liés au handicap.

Le terme « handicap » n'est inclus dans aucun projet du Millénaire des Nations Unies sur la pauvreté, la santé ou la séropositivité au VIH. Le congrès de Mexico fut le premier Congrès international sur le sida à aborder la question.

Il n'existe pas encore de véritable réponse au VIH/sida parmi les personnes handicapées. Pour remédier à ce problème, nous proposons les recommandations suivantes :

- Les responsables de programmes sur le VIH/sida devraient établir des partenariats avec des regroupements de personnes handicapées afin qu'elles soient impliquées dans tous les aspects de l'élaboration des programmes.
- Les bailleurs de fonds devraient envisager d'exiger que les enjeux liés au handicap soient intégrés dans toute proposition de projet sur le VIH/sida.
- Les gouvernements devraient ratifier la *Convention relative aux droits des personnes handicapées* et le *Protocole facultatif*[6] et s'assurer que leurs lois nationales abordent les droits des personnes handicapées.
- Les agences de l'ONU devraient inclure les personnes handicapées comme groupe vulnérable, dans leurs programmes; et elles devraient surveiller les défis continus que rencontrent ces personnes dans l'accès à des services en matière de VIH/sida.

L'Organisation mondiale de la santé signale que 650 millions d'individus – soit une personne sur dix – vivent avec un handicap significatif ayant un impact sur leur vie quotidienne. Cela n'inclut pas les millions de personnes qui pourraient être handicapées par le sida au cours de leur vie. La lutte mondiale au VIH/sida n'aura pas d'effet durable tant que les droits et besoins des personnes handicapées ne seront pas pris en considération.

– Shonali Shome et Myroslava Tataryn

Shonali Shome et Myroslava Tataryn travaillent pour AIDS-Free World (www.aids-freeworld.org), un organisme international de plaidoyer qui promeut des réponses mondiales plus rapides et efficaces au VIH/sida.

[1] N. E. Groce, *HIV/AIDS and Disability: Capturing Hidden Voices — The World Bank/Yale Global Survey on HIV/AIDS*, Banque mondiale, 2004.

[2] *Ibid.*

[3] Human Rights Watch, *Women and Girls with Disabilities*. Accessible via http://hrw.org/women/disabled.html.

[4] N. E. Groce, « HIV/AIDS and individuals with disability », *Health and Human Rights* 8(2) (2005).

[5] *Ibid.*

[6] Adoptée par l'ONU le 13 décembre 2006; entrée en vigueur le 3 mai 2008.

Stérilisation contrainte ou forcée : 13 cas de femmes séropositives en Namibie

En Namibie, on a documenté treize cas de femmes séropositives qui ont été l'objet d'une stérilisation contrainte ou forcée. Dans le présent article, basé sur un exposé qu'elles ont présenté lors d'une séance concomitante du Congrès, Jennifer Mallet et Veronica Kalambi expliquent qu'il ne s'agit que de la pointe d'un iceberg. Les auteures donnent des renseignements sur ces cas connus et décrivent comment cette intervention porte atteinte à de nombreuses lois et obligations au regard du droit international. Au moins deux des femmes ont intenté des poursuites auprès de la Haute cour du pays.

On a documenté en Namibie treize cas de femmes qui ont été l'objet d'une stérilisation contrainte ou forcée dans des hôpitaux publics. Les stérilisations ont été effectuées à l'hôpital de l'État de Katutura, à l'hôpital de l'État central et à celui de l'État d'Oshakati.

La documentation pertinente a été transmise au sous-ministre de la Santé et des Services sociaux de la Namibie, par la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW), le Legal Assistance Centre (LAC) et le Southern Africa Litigation Centre (SALC).

La « stérilisation contrainte » est généralement définie comme impliquant le recours à la coercition pour obtenir un soi-disant consentement éclairé de la femme à l'intervention. La « stérilisation forcée » désigne les cas où la femme ne savait pas qu'on allait la stériliser, au moment de la chirurgie, et n'en a été informée qu'après-coup.

La stérilisation de la femme peut se faire par hystérectomie (ablation de l'utérus) ou par ligature des trompes (bloquer les trompes de Fallope de sorte que l'ovule ne peut pas se rendre à l'utérus). Dans les deux cas, il s'agit d'une intervention chirurgicale sérieuse et qui est considérée permanente. L'une et l'autre sont souvent pratiquées au même moment qu'une césarienne.

Les treize cas documentés sont la pointe de l'iceberg. Des 230 femmes séropositives au VIH qui participent à des programmes d'éducation de l'ICW en Namibie, 40 ont affirmé avoir été soumises à une stérilisation contrainte ou forcée. L'ICW travaille à documenter d'autres cas.

Au moins deux des treize femmes susmentionnées ont intenté des poursuites auprès de la Haute cour de la Namibie, pour violation de leurs droits à la vie, à la dignité humaine, à l'égalité ainsi qu'au droit de ne pas subir de traitement cruel, inhumain ou dégradant. Elles sont représentées par le LAC.

Dans tous les cas documentés, la condition d'un consentement éclairé n'a pas été respectée, étant donné une ou plusieurs des raisons suivantes : le consentement a été obtenu sous la contrainte; le consentement n'était pas valide puisque la femme n'a pas été informée du contenu des documents qu'elle a signés; ou le person-

nel médical n'a pas fourni à la femme une information complète et exacte au sujet de la stérilisation.

Dans au moins six des cas, le consentement a été obtenu par le personnel médical en situation de coercition. Dans un certain nombre de cas, on a demandé à la femme de signer le formulaire de consentement pendant qu'elle était en phase de travail avant d'accoucher ou en route pour la salle d'accouchement. Dans d'autres cas, on a dit à la femme ou on lui a donné l'impression qu'elle devait consentir à être stérilisée afin d'obtenir d'autres interventions médicales comme l'avortement ou la césarienne.

Dans au moins six des cas, on a demandé à la femme de signer un formulaire de consentement à la stérilisation sans qu'elle soit informée du contenu du formulaire.

Dans tous les cas, le personnel médical a échoué à donner à la femme une description complète de la nature de l'intervention, de ses effets et conséquences ainsi que des risques qu'elle comporte. Aucun employé médical n'a informé la femme de l'irréversibilité de l'intervention ni ne lui a donné d'information sur d'autres moyens de contraception et de planning des naissances. De plus, aucune information n'a été donnée au sujet des effets secondaires possibles d'une stérilisation.

Dans plusieurs cas, le traumatisme que vivent les femmes, du fait de leur stérilisation contrainte ou forcée, est aggravé par le traitement discriminatoire qu'elles ont vécu. Dans un des cas documentés, des infirmières de l'hôpital d'Oshakati refusaient de toucher la patiente et lui ont fait des commentaires méprisants.

La stérilisation contrainte ou forcée est une violation de nombreux droits garantis par la Constitution de la Namibie ainsi que d'obligations du pays en vertu du droit international et régional, notamment le droit de ne pas subir de traitement cruel, inhumain ou dégradant; le droit à la liberté et à la sécurité de la personne; le droit à des services de santé et de planning familial; le droit à la vie privée; le droit à l'égalité et à la non-discrimination; et le droit à la vie.

Pour éviter que ces droits ne soient enfreints, les médecins sont tenus d'obtenir le consentement éclairé des patientes avant de procéder à toute intervention de stérilisation, y compris la ligature des trompes et l'hystérectomie. Ceci nécessite que la patiente soit pleinement informée et qu'elle donne ensuite son consentement libre, sans aucune coercition, ce qui n'a pas été respecté dans les cas documentés.

L'Afrique du Sud, pays voisin de la Namibie, a adopté une loi requérant l'obtention du consentement avant toute stérilisation, et précisant de plus que le consentement doit être « donné librement et volontairement, sans aucune pression » [trad.]. Il n'existe pas de telle loi en Namibie.

En faisant parvenir la documentation au Sous-ministre de la Santé de la Namibie, l'ICW a signalé les nombreuses violations de droits qui sont en cause dans la stérilisation contrainte ou forcée. L'ICW poursuit des travaux de recherche et de plaidoyer, avec des organismes partenaires, afin de mettre un terme à de telles pratiques.

– Jennifer Mallet et Veronica Kalambi

Jennifer Mallet (namibia@icw.org) et Veronica Kalambi travaillent pour l'ICW en Namibie.

Recours stratégique au contentieux pour renforcer les droits en Afrique septentrionale

Le contentieux peut être utile pour susciter des changements aux lois et politiques, mais seulement s'il s'accompagne d'efforts plus vastes de plaidoyer et d'éducation. Dans le présent article, basé sur l'exposé oral qu'elle a présenté lors du Congrès, Priti Patel décrit l'approche du Programme VIH/sida du Southern Africa Litigation Centre.

Le nombre de décisions de tribunaux dans des affaires relatives au VIH est jusqu'ici très faible en Afrique septentrionale, si l'on exclut l'Afrique du Sud. En Namibie, l'AIDS Law Unit

du Legal Assistance Centre a eu gain de cause dans sa contestation d'une politique militaire namibienne qui excluait l'embauche de personnes séropositives sans égard à l'état de santé.

Au Botswana, les cours ont rendu quelques décisions, principalement en ce qui concerne la discrimination en milieu de travail. Mais dans le reste de la région, les tribunaux n'ont pas encore eu à rendre même une seule décision juridique d'importance, dans une affaire liée au VIH.

Le Programme VIH/sida du Southern Africa Litigation Centre (SALC) a été établi en 2007, en réponse à la rareté des affaires légales dans la région. Le SALC travaille en Angola, au Botswana, en République démocratique du Congo, au Lesotho, au Malawi, au Mozambique, en Namibie, au Swaziland, en Zambie et au Zimbabwe.

Le Programme VIH/sida fournit de l'assistance technique et monétaire aux avocat-es, organismes juridiques à but non lucratif et regroupements communautaires, afin d'accroître le recours stratégique au contentieux, devant des tribunaux domestiques – pour renforcer les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des groupes les plus vulnérables, en particulier les femmes et les enfants. L'assistance technique inclut les commentaires stratégiques concernant des affaires légales, la rédaction de documents juridiques phares et la recherche légale sur des enjeux spécifiques.

Il s'implique uniquement dans des affaires qui présentent un potentiel d'impact plus large sur des politiques ou en matière de droit, au delà des intérêts des parties plaidantes. Des changements à des politiques gouvernementales, un changement légal et le potentiel d'éliminer ou d'endiguer des pratiques illégales sont des exemples d'impact plus vaste.

Le Programme VIH/sida met l'accent sur le recours à un contentieux stratégique en tant qu'outil de plaidoyer pour susciter des changements significatifs aux lois et politiques. Par conséquent, il travaille dans tous les cas avec des organismes communautaires et des avocats locaux afin que les contestations en justice s'accompagnent d'une campagne plus générale de plaidoyer à plusieurs facettes.

Le contentieux peut souvent être une avenue utile au plaidoyer pour le changement, mais en soi un verdict favorable ne se traduit pas immédiatement en changement à la réalité sur le terrain. Un tel changement nécessite (a) des efforts soutenus et une surveillance, par des organismes de la communauté, pour veiller à ce que la décision judiciaire soit appliquée à tous les niveaux pertinents – et, si ce n'est pas le cas, (b) des actions de la part d'avocats locaux, continuant de recourir aux tribunaux pour assurer la mise en œuvre du jugement.

Au Malawi, par exemple, le Programme VIH/sida en partenariat avec Women and Law in Southern Africa-Malawi (WLSA-Malawi) et une avocate locale du domaine privé considèrent d'intenter une contestation juridiciaire de la définition étroite de la propriété conjointe dans le cadre du mariage. Nous demandons à la cour d'élargir la définition actuelle de « copropriété », en *common law*, de manière à inclure la propriété à laquelle une personne a fait des contributions significatives quoique non monétaires.

Étant donné que dans la plupart des cas les femmes tendent à contribuer de manières non monétaires au logis et à la propriété, l'expansion de la définition est cruciale pour donner aux femmes une plus grande autonomie économique. Or, même si une cour élargissait la définition de *common law*, il serait nécessaire que WLSA-Malawi et d'autres organismes communautaires locaux informent les femmes de leurs droits, et examinent les développements dans les cours d'instance inférieure pour voir si la décision judiciaire est appliquée.

Une autre importante composante de la méthodologie du Programme VIH/sida est de miser sur les enjeux du VIH et des droits humains qui sont abordés dans le contentieux, afin de rehausser la sensibilisation du public et le discours dans le pays et la région.

En Zambie, nous travaillons avec le Zambian AIDS Law, Research and Advocacy Network (ZARAN) et la Legal Resources Foundation–Zambia pour contester le renvoi fondé sur la séropositivité, de deux ex-employés des forces de l'air de la Zambie. Nous demandons aussi à la cour d'obliger l'armée de l'air à procéder à une évaluation individualisée de la santé, y compris l'effet du traitement antirétroviral sur l'état de santé, avant un renvoi.

Bien qu'elle porte principalement sur le renvoi des deux ex-employés, nous continuons de mettre l'affaire au profit de l'amélioration de la sensibilisation du public au sujet de la politique discriminatoire de l'armée, en faisant publier des textes d'opinion dans les journaux locaux et, plus généralement, en discutant du cas sur diverses tribunes.

En Namibie, nous travaillons avec le chapitre de la région Afrique septentrionale de la Communauté inter-

nationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW–Southern Africa) et le Legal Assistance Centre (LAC), à une contestation judiciaire de la stérilisation forcée de femmes séropositives dans les hôpitaux publics.

Au moins trois affaires ont été intentées par le LAC devant la Haute cour. Dans les trois cas, il s'agit d'allégations de violations de droits constitutionnels des femmes à la vie, à liberté et à la dignité humaine; à ne pas subir de traitement cruel, inhumain ou dégradant; à l'égalité et à la non-discrimination; et de fonder une famille.

Il s'agit de recours pour demander redressement pour les plaignantes, en l'espèce, mais nous utiliserons d'autres outils de plaidoyer – incluant la mobilisation communautaire et le plaidoyer auprès du gouvernement – afin d'éradiquer la pratique contestée.

Le contentieux peut être un puissant outil pour susciter des changements aux politiques, aux lois et aux attitudes sociales. Il peut aussi servir de plateforme publique propice à ce que les voix de personnes généralement contraintes au silence soient non seulement entendues, mais aussi magnifiées. Cependant, le contentieux doit être abordé de pair avec d'autres outils de plaidoyer, comme l'éducation du public, le plaidoyer législatif et gouvernemental et la mobilisation communautaire, afin que de vrais changements se manifestent dans la réalité de la vie des gens.

– Priti Patel

Priti Patel (pritip@salc.org.za) est directrice du Programme VIH/sida du Southern Africa Litigation Centre.

Stratégie de la société civile, pour une licence obligatoire du lopinavir/ritonavir : la filière brésilienne

Les éléments de souplesse de l'Accord sur les ADPIC (Aspects de propriété intellectuelle liés au commerce) de l'OMC ont été très utiles pour faire réduire les prix de médicaments antirétroviraux (ARV) au Brésil. Dans le présent article, basé sur plusieurs exposés présentés lors du Congrès, Marcela Fogaça Vieira et coll. décrivent de récents développements intervenus au Brésil, notamment l'émission d'une licence obligatoire pour le médicament efavirenz.

Jusqu'en 1996, la loi brésilienne sur la propriété intellectuelle n'autorisait pas le brevetage des produits et procédés pharmaceutiques. L'Accord sur les ADPIC n'exigeait pas que les pays en développement intègrent ses dispositions dans leur lois nationales avant 2005, mais le Brésil a pris les devants et a adopté dès 1996 une nouvelle loi sur la propriété intellectuelle.

Ce changement a eu un impact marqué sur le système public de la santé, au Brésil, en abrogeant le régime légal qui permettait jusque-là la production locale de médicaments, à prix abordable. Avant d'adopter sa nouvelle loi, le Brésil avait une politique nationale d'accès universel et gratuit aux médicaments antirétroviraux, qui était possible notamment en raison de la production domestique de médicaments génériques.

D'autres défis sont venus menacer la politique brésilienne d'accès universel aux ARV. Les plus grands défis ont été l'augmentation du coût des traitements, en raison de nouveaux médicaments brevetés et nécessaires pour remplacer ou pour compléter des médicaments antérieurs; et l'augmentation du nombre de patients sous traitement. Cette augmentation constante du coût des traitements antirétroviraux a menacé la viabilité et l'universalité de cette politique de santé.[1]

Dans ce contexte, les éléments de flexibilité de l'Accord sur les ADPIC sont nécessaires. Ces éléments incluent des mécanismes pour atténuer les effets pervers des droits conférés aux titulaires de brevets; il s'agit de rétablir l'équilibre entre les droits de propriété intellectuelle et le droit d'accès au nouveau savoir. La licence obligatoire, autorisée en vertu de l'article 31 de l'Accord sur les ADPIC, peut être émise pour diverses raisons, dont des situations d'urgence nationale ou l'intérêt public.

Depuis 2001, la menace d'émettre une licence obligatoire est la principale stratégie du gouvernement brésilien pour faire pression sur les sociétés pharmaceutiques afin d'obtenir des prix moins élevés pour des ARV. Le laboratoire pharmaceutique d'État, Farmanguinhos, a servi de conseiller au ministère de la Santé relativement à des prix acceptables, pour l'assister dans ses négociations avec les sociétés pharmaceutiques.

De plus, la capacité de Farmanguinhos de fabriquer localement des médicaments était un atout considérable pour les négociations du gouvernement. Ainsi, les sociétés pharmaceutiques ont préféré réduire le prix de leurs produits, plutôt que de voir leurs droits de propriété intellectuelle « enfreints ».[2] Cependant, étant donné que le gouvernement brésilien n'en était jamais venu à émettre une licence obligatoire, sa stratégie de négociation a graduellement perdu de son efficacité.

En 2005, pendant des négociations avec la société Abbott pour une réduction du prix du lopinavir/ritonavir (Kaletra®) — ARV qu'utilisaient à l'époque 17 000 PVVIH/sida au Brésil, et qui comptait pour environ 30 % des dépenses en médicaments dans le cadre du Programme national sur les MTS et le VIH/sida — le gouvernement a posé un geste dans la direction de la licence obligatoire : il a déclaré le médicament d'intérêt public.

Il a été estimé qu'on pourrait en faire la production locale pour un tiers du prix demandé par Abbott.[3] Cependant, après quelques mois de pourparlers, le ministère de la Santé est arrivé à une entente avec Abbott. Plusieurs groupes de la société civile considéraient que les termes de l'entente n'étaient pas avantageux et constituaient un cas évident de dispositions « ADPIC+ » car certaines dispositions allaient au delà des exigences de l'Accord sur les ADPIC proprement dit.[4]

Devant cette abstention du gouvernement d'émettre une licence obligatoire, les organismes membres du Groupe de travail sur la propriété intellectuelle (GTPI) du Brazilian Network for the Integration of Peoples, conjointement au Bureau du protecteur du citoyen, ont intenté une action publique au civil (ou *action collective*) — la première en son genre au Brésil — afin que le gouvernement fédéral soit tenu d'émettre une licence obligatoire pour le lopinavir/ritonavir.

La première décision relative à cette affaire n'a pas donné gain de cause aux requérants, au motif que l'émission d'une licence obligatoire déclencherait des mesures de représailles de la part de pays industrialisés et pourrait entraîner une pénurie du médicament concerné en raison de doute quant à la capacité de l'industrie domestique de le produire.

Comme suite à cette décision, en 2006 le GTPI a eu recours à des spécialistes nationaux et internationaux afin d'évaluer la capacité technique de quatre sociétés pharmaceutiques brésiliennes (deux publiques et deux privées) de produire des antirétroviraux. Les spécialistes ont conclu que les fabricants brésiliens avaient en fait la capacité nécessaire à la production d'antirétroviraux de première et de deuxième lignes.[5]

Ce constat a été corroboré par deux études additionnelles, réalisées simultanément au Brésil par la Fondation Clinton et par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD).[6] Ces arguments ont été utilisés pour la suite de l'action publique; le jugement final est attendu à la fin de 2008.

Entre-temps, une licence obligatoire a été émise pour la première fois au Brésil, en 2007, pour le médicament efavirenz, commercialisé par Merck et utilisé par 80 000 personnes dans le pays. Sur le marché international, certains prix consentis étaient la moitié du prix demandé au Brésil par Merck.

Après de longues négociations avec Merck, la seule offre était une réduction de 2 % du prix; le Gouvernement du Brésil ne l'a pas considérée acceptable. Le gouvernement a décrété en avril 2007 que l'efavirenz était d'intérêt public, et il a émis une licence obligatoire un mois plus tard.

Pendant les préparatifs pour en faire la production locale, la version générique du médicament a été importée de l'Inde, par le biais d'organismes internationaux, ce qui a permis au Brésil d'économiser immédiatement 30 millions $ par année.[7] Récemment, Farmanguinhos a déposé une demande d'homologation pour sa version générique de l'efavirenz; le début de la production domestique est prévu en 2009.[8]

Cette licence obligatoire brésilienne a entraîné un important change-

ment au scénario national : elle procure de nouveaux éléments pertinents à l'action publique intentée en 2005 et présente un potentiel considérable d'influencer le verdict.

(Les implications de cette affaire vont au delà des frontières brésiliennes. La licence obligatoire émise par la Thaïlande pour le lopinavir/ritonavir a conduit Abbott à réduire le prix de ce médicament pour les pays à revenu moyen. Il s'agit d'une affaire locale aux répercussions mondiales. Par ailleurs, le recours à l'Inde pour l'approvisionnement en médicaments génériques à moindre prix a mis en relief les éléments de souplesse de l'Accord sur les ADPIC ainsi que l'urgente nécessité que les pays développent une capacité locale de production de médicaments essentiels.)

En conclusion, les groupes de la société civile brésilienne sont d'avis que le recours aux tribunaux devrait être utilisé plus souvent afin de défendre des droits collectifs, notamment parce qu'il s'agit d'un moyen de : (a) trouver des avenues de rechange en vertu du système de brevets en vigueur au Brésil; (b) sensibiliser le public à propos des impacts néfastes des droits de propriété intellectuelle, pour l'accès à la santé; et (c) impliquer le secteur judiciaire dans l'adoption de mesures de pression sur l'exécutif du gouvernement, pour qu'il ait recours aux éléments de souplesse de l'Accord sur les ADPIC, afin de protéger la santé publique.

– Marcela Fogaça Vieira, Renata Reis et Gabriela Chaves

Marcela Fogaça Vieira est avocate au Conectas Human Rights Justice Program. Renata Reis (renata@abiaids.org.br) est avocate à la Brazilian Interdisciplinary AIDS Association (ABIA). Gabriella Chaves est pharmacienne à l'ABIA.

[1] Brazil, National STD/AIDS Program, *A sustentabilidade do acesso universal a anti-retrovirais no Brasil,* Brasilia, 2005.

[2] J.A.Z. Bermudez, M.A. Olibeira, G.C. Chaves, « O Acordo TRIPS da OMC e os desafios para a saúde pública », dans J.A.Z. Bermudez, M.A.Oliveira, A. Esher (éds), *Acceso a Medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado*, Rio de Janeiro, ENSP/Fiocruz, 2004, p. 69–90.

[3] National AIDS Agency, *Técnicos da Saúde, Indústria e Comércio analisaram proposta da Abbott referente ao Kaletra,* 19 août 2005.

[4] GTPI, *Acordo do Governo Brasileiro com a Abbot Frustra Expectativas dos Brasileiros,* 13 juillet 2005.

[5] J. M. Fortunak, O.A.C. Antunes, *A produção de ARV no Brasil uma avaliação*, Rio de Janeiro, ABIA/MSF, 2006.

[6] Clinton Foundation, Relatório sobre a visita da Fundação Clinton a Farmanguinhos & LAFEPE — Produção de antiretrovirais: análise de custos e competitividade internacional, 2006; and Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento — PNUD, Projeto: Avaliação da capacidade de produção de ARV no Brasil, 2006.

[7] Brésil, Chega ao Brasil 1° lote de efavirenz genérico usado no tratamento da AIDS. Brasília, Radiobrás, 2 juillet 2007.

[8] MS pede registro do Efavirenz à ANVISA. Notícias do Programa Nacional, 17 septembre 2008.

Violations de droits des femmes en milieu de soins de santé sexuelle et génésique

Pendant plusieurs années, l'intersection entre le VIH/sida et les droits sexuels et génésiques a été centrée sur la prévention de l'épidémie. Les violations de droits génésiques que rencontrent des femmes séropositives au VIH n'étaient pas visibles. Cependant, cela commence à changer. Dans le présent article, qui est basé sur l'exposé qu'elle a présenté dans la Zone de réseautage sur les droits humains, Ximena Andión Ibañez décrit six domaines où il arrive que des droits génésiques des femmes sont violés. L'auteure plaide pour un recours au contentieux comme outil pour l'avancement de ces droits.

Des femmes vivant avec le VIH rencontrent des violations de leurs droits génésiques sous une multitude de formes. La nature et l'impact des violations concernent non seulement de la séropositivité de la femme, mais aussi des caractéristiques concomitantes comme l'âge, la race, l'appartenance ethnique, la classe et l'orientation sexuelle.

Test imposé

La provision d'un service de test du VIH ainsi que de counselling, adéquat et accessible, est la première étape habilitant les femmes séroposi-

tives à exercer pleinement leurs droits génésiques.[1] Le test du VIH doit être fondé sur une approche qui protège les droits humains et qui respecte les principes de l'éthique – ce qui signifie qu'il devrait être confidentiel, accompagné de counselling et administré exclusivement après expression d'un consentement éclairé.[2]

Cependant, on observe une tendance croissante à rendre le test obligatoire. Par exemple, le Kenya est doté de règlements qui requièrent le consentement éclairé, mais seulement la moitié des établissements publics de santé et 15 % des établissements de maternité les respectent.[3]

Le fait de requérir que les femmes enceintes subissent systématiquement le test du VIH peut décourager certaines d'entre elles de recourir à des soins prénatals. Les politiques de test requis peuvent aussi exposer des femmes à un risque de violence physique, d'abandon, de rejet, voire d'ostracisme par leur mari, leur partenaire ou leur communauté. Le test requis s'accompagne souvent de violations du droit à la confidentialité et à la vie privée.[4]

Prévention de la transmission périnatale (PTP)

Les bienfaits des programmes de PTP peuvent être immenses, mais il est crucial que les gouvernements les mettent en œuvre en étant pleinement conscients des expériences de toutes les femmes qui vivent avec le VIH/sida, et dans le respect de leurs droits humains.[5] Le point de mire traditionnel des programmes de PTP en tant que programmes de prévention pour les nouveau-nés passe outre aux besoins des femmes qui vivent avec le VIH/sida. En conséquence, il arrive souvent que des femmes enceintes séropositives n'aient pas avoir accès à des médicaments antirétroviraux. Les programmes de PTP ont le devoir de tenir compte des besoins de la femme traitée et de respecter ses droits à titre de patiente.[6]

La participation des femmes aux programmes de PTP devrait être volontaire, et leur accès à d'autres services de santé génésique ne devrait pas être conditionnel à cette participation. Il y a atteinte aux droits humains des femmes lorsqu'on leur refuse l'occasion de donner un consentement éclairé au traitement, lorsque leur confidentialité n'est pas respectée, et lorsque leur participation aux programmes les assujettit au stigmate et à la discrimination associés au VIH.[7]

Un counselling adéquat doit être un préalable à la participation des femmes à des programmes de PTP. Pour assurer une décision éclairée, on doit donner à la femme un counselling sur les risques et les bienfaits des médicaments antirétroviraux; sur la probabilité de transmission du VIH au fœtus; et sur les possibilités de douleur, de répercussions et d'effets indésirables du traitement.

Stérilisation forcée

La stérilisation forcée de femmes qui vivent avec le VIH/sida, de plus en plus fréquente dans certaines régions du monde, est une violation de leurs droits génésiques.[8]

L'une des situations où la stérilisation forcée des femmes séropositives est effectuée, est lorsqu'un professionnel de la santé y procède en pratiquant d'autres interventions médicales. Par exemple, Andrée, une jeune Chilienne, a été stérilisée alors qu'elle était en convalescence après son premier accouchement. Elle n'a pas été informée de l'intervention. À 22 ans, sa vie féconde est finie. Vivo Positivo, un organisme de personnes vivant avec le VIH, a intenté des poursuites auprès des tribunaux nationaux.

Dans plusieurs cas, le consentement à la stérilisation n'est ni libre ni éclairé. Les fournisseurs de soins ne donnent pas à la femme une information complète sur le risque de transmission périnatale et sur les traitements disponibles; ou ils rendent la provision d'autres services de santé génésique conditionnelle au soi-disant « consentement » de la femme à être stérilisée.

Des cas de stérilisation forcée ont été documentés, au Chili, par Vivo Positivo, et sont documentés également en Afrique du Sud et en Namibie par la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW).

Les États doivent assurer que la stérilisation forcée n'a lieu dans aucun établissement de santé, privé ou public. On peut offrir à la femme l'option de la stérilisation, mais cette offre doit être accompagnée d'information et de counselling adéquats, et l'intervention ne doit être pratiquée que si la femme y donne un consentement libre et éclairé.

Accès à l'avortement sécuritaire et légal

Seuls quelques pays autorisent explicitement les femmes séropositives à obtenir un avortement,[9] mais même dans ces pays il n'est pas clair que les femmes séropositives reçoivent un counselling complet et non biaisé, au sujet de l'avortement et des risques de la grossesse pour la femme et le fœtus.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a signalé que les femmes enceintes qui reçoivent un diagnostic d'infection à VIH devraient recevoir un counselling sur les options de continuation ou d'interruption de la grossesse, dans les pays où l'avortement est légal. Les États dotés de lois restrictives en matière d'avortement doivent, au moins, considérer la séropositivité au VIH comme un motif pour un avortement légal. Un counselling spécifique devrait être développé, pour les femmes qui découvrent leur séropositivité au VIH une fois qu'elles sont déjà enceintes et reçoivent des soins prénatals.[10]

Refus de services de santé génésique

Des femmes séropositives se voient parfois refuser l'accès à des services de santé génésique; si elles y ont accès, il peut arriver qu'elles soient mal traitées par des fournisseurs de soins. Plusieurs de ceux-ci leur reprochent d'être enceintes, les renvoient d'un établissement public de soins de santé et les réfèrent à des établissements privés qui se spécialisent dans les soins pour le VIH/sida (et où les soins sont habituellement plus coûteux).

Gita Bai, une femme séropositive en Inde, s'est vu refuser l'accès à des soins de santé en raison de sa séropositivité. Elle a accouché dans la rue et est décédée. Sa mort était certainement une conséquence du manque de soins de santé.

Au Kenya, des recherches ont démontré que les conseillères de centres de planification familiale sont habituellement réticentes à discuter d'options contraceptives et refusent même de fournir des contraceptifs aux femmes séropositives. Plusieurs fournisseurs de soins de santé prennent pour acquis qu'une femme qui vit avec le VIH n'a pas de rapports sexuels.[11]

La voie du progrès

Nous n'avons décrit dans cet article que certaines des violations de droits des femmes séropositives. Il est nécessaire de continuer de documenter ces situations et de développer des stratégies pour faire en sorte que les gouvernements respectent leurs obligations. Le Center for Reproductive Rights (CRR) a recours, et prône le recours, au contentieux aux paliers national et international afin de revendiquer que les gouvernements agissent de manière responsable, et afin de réaliser des changements aux lois et politiques pour protéger les droits génésiques des femmes. D'après notre expérience, les stratégies de plaidoyer juridique s'avèrent efficaces pour l'avancement des droits génésiques des femmes.

– Ximena Andión Ibañez

Ximena Andión Ibañez (xandion@reprorights.org) est directrice du plaidoyer international au CRR.

---

[1] Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et Organisation mondiale de la santé (OMS), *Sexual and Reproductive Health of Women Living with HIV/AIDS: Guidelines on Care, Treatment and Support for Women Living with HIV/AIDS and Their Children in Resource-Constrained Settings*, 2006.

[2] *Ibid.*

[3] *Ibid.*

[4] CRR, *HIV/AIDS: Reproductive Rights on the Line*, 2002.

[5] CRR, *Pregnant Women Living with HIV/AIDS: Protecting Human Rights in Programs to Prevent Mother-to-Child Transmission of HIV*, 2005.

[6] *Ibid.*

[7] *Ibid.*

[8] D'après le Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et l'ONUSIDA, les programmes à l'intention des femmes « font souvent une large place aux mesures de coercition qui visent à réduire le risque de la transmission du VIH au fœtus, comme l'obligation de se soumettre à des tests de dépistage prénatals et postnatals, lesquels sont souvent suivis d'un avortement ou d'une stérilisation forcés » (HCDH et ONUSIDA, *Le VIH/SIDA et les droits de l'homme – Directives internationales*, 2006, version consolidée).

[9] *Ibid.*

[10] Voir OMS, *Fact Sheet 10: Women and HIV and Mother to Child Transmission*, 2000.

[11] Federation of Women Lawyers (FIDA-Kenya) et CRR, *At Risk: Rights Violations of HIV-Positive Women in Kenyan Health Facilities*, 2008 (www.reproductiverights.org/publications.html.)

Tracer des liens conceptuels : les droits de propriété et le VIH

Une compréhension de l'impact de l'épidémie du VIH/sida sur le développement social en général nécessite que l'on examine de plus près la relation entre le VIH/sida et la productivité économique. Dans le présent article, qui est basé sur son exposé lors d'une séance concomitante du Congrès, Priya Nanda décrit la relation entre l'exclusion généralisée des femmes de la propriété terrienne et leur vulnérabilité au VIH et à ses répercussions. L'auteure exhorte à intensifier la recherche sur la complexité et la diversité des régimes fonciers et des lois sur la propriété.

Dans les économies qui dépendent de l'agriculture, la terre est le principal atout économique qui conditionne la capacité des ménages de rehausser leur niveau de vie, de s'adapter à des chocs et/ou d'assurer leur survie. L'insuffisance de propriété, de terre ou d'autres capitaux peut donc pousser des individus dans une spirale descendante vers la pauvreté et la carence, en particulier dans le contexte du VIH/sida. La situation de pauvreté et les efforts de survie poussent des individus à faire des choix qui augmentent leur risque de contracter le VIH.

À l'inverse, le fait de posséder une terre et d'autres atouts peut contribuer à protéger des individus et familles contre des répercussions dévastatrices du VIH et du sida, et contre l'infection par le VIH.

L'exclusion des femmes, dans la propriété ou le contrôle terrien, qui est répandue dans le monde en développement, de même que les coutumes concernant leur accès à la propriété et l'usage qu'elles peuvent en faire, affectent leur capacité de se protéger ainsi que leurs familles contre des conséquences du VIH/sida.[1] Le manque d'avoirs et de propriété accroît de plus la vulnérabilité de femmes à la violence sexuelle ainsi que l'incapacité de refus à, ou de négociation du sécurisexe avec, des partenaires intimes. Or l'incapacité de refuser un rapport sexuel ou de négocier le sécurisexe avec un partenaire peut conduire à l'infection par le VIH ou à la réinfection.[2]

De plus, l'épidémie entraîne de nouveaux fardeaux sociaux et économiques – qui retombent souvent sur les femmes et filles – lorsqu'un homme du ménage décède ou devient incapable de pourvoir à des besoins, ce qui peut faire pression sur le filet de sécurité du ménage jusqu'à un point d'éclatement. La maladie à proprement parler affecte la capacité de productivité des femmes, et elle érode également leur bassin d'avoirs en les dépossédant de propriété terrienne lorsqu'un conjoint décède ou qu'un mariage est dissous.[3]

Le risque devant le VIH connaît une croissance disproportionnée parmi les femmes, mais la tendance contraire s'observe en ce qui concerne la propriété terrienne. Pour les femmes, la terre est un enjeu qui recèle une mine d'iniquités issues de coutumes et de normes patriarcales qui attribuent de manière disproportionnée la propriété aux hommes.

Au Pakistan, les femmes possèdent moins de 3 % des champs qu'elles cultivent. Au Cameroun, elles accomplissent 70 % des tâches agricoles mais possèdent moins de 10 % des terres. En Afrique subsaharienne, les femmes possèdent un minuscule centième des terres.

Ce rapport entre la propriété terrienne et le sexe, dans nombre de pays, découle de lois coutumières qui l'emportent sur le droit légal lorsqu'il s'agit de résoudre des questions de propriété et d'héritage. Dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne, les femmes acquièrent des terres principalement par l'institution du mariage et les liens de parenté.

Il est fréquent que la femme ne soit pas propriétaire de la terre qu'elle cultive; ceci accroît sa dépendance à l'égard de partenaires masculins, l'exposant du même coup à un risque de violence domestique et limitant son pouvoir de négociation à la maison.

Ces circonstances et plusieurs autres amplifient la situation de détresse des femmes, dans l'arène des lois et pratiques coutumières. Dans une récente étude en Afrique septentrionale, les expériences relatées par des femmes séropositives confirment à nouveau qu'elles sont expulsées de leurs logis et terres, et poussées dans la destitution – tout en devant com-

poser avec leur maladie et s'occuper d'elles et de leur famille.[4] Couplé au stigmate qui s'associe à la maladie, ceci peut jeter la femme dans un cycle où tout n'est centré que sur la survie.

En revanche, les ménages touchés par le VIH mais qui possèdent des terres sont mieux placés pour composer avec les circonstances puisque la terre procure une base stable de ressources qui peut générer un revenu et possiblement compenser pour la perte de revenu due à la maladie de certains membres.

D'arguments conceptuels à des arguments basés sur des données

La propriété, de terre et d'autres biens, offre des possibilités de mitigation sociale tout en procurant un pouvoir de faire face au stigmate lié au VIH, de négocier dans la sphère des rapports sexuels et de gérer certains éléments des relations violentes, voire de s'en sortir. Des données de l'Afrique septentrionale portent à croire que des femmes s'adonnent parfois à des rapports sexuels transactionnels, en raison de leur manque de propriété (résidence et avoir productif).[5]

De récentes études ont aussi permis de constater que la propriété est pour la femme un facteur critique qui l'aide à réduire son risque de violence.[6] En contrepartie, d'autres données donnent à croire que, lorqu'elles tentent d'affirmer leurs droits à la propriété, des femmes subissent de la violence.[7] Les recherches de l'International Center for Research on Women ne démontrent pas une forte association entre l'insécurité foncière et la capacité de négociation des femmes devant la violence d'un partenaire intime; cependant, il est difficile de collecter des données sur l'aspect temporel de la violence en rapport avec celui de la propriété.

En termes de mitigation économique, le fait de posséder une terre peut donner la possibilité de louer ou de vendre de la propriété et de liquider d'autres avoirs fonciers afin de payer l'achat de traitement antirétroviral.[8] Cela aide aussi les ménages à assurer leur sécurité alimentaire. (Cependant, la propriété foncière n'est pas le seul facteur; la femme peut être dans l'incapacité d'acheter des semences et de l'équipement, ou manquer de main d'œuvre ou de temps en raison de la maladie ou de décès.)

Dans l'ensemble, il est difficile d'évaluer la protection que peuvent procurer les droits de propriété, vu le manque d'information détaillée sur la source d'infection par le VIH ainsi que sur la situation foncière au moment de l'infection.[9] Par exemple, bien que des données de l'ONUSIDA révèlent qu'à l'échelle mondiale les femmes comptent pour la moitié des adultes vivant avec le VIH/sida, qu'elles sont une population où les taux d'infection augmentent rapidement,[10] et représentent 60 % de la population adulte séropositive en Afrique subsaharienne, nous ne disposons d'à peu près aucune statistique désagrégée selon le sexe en ce qui concerne la propriété terrienne.

Il est difficile de déceler des tendances en l'absence de données. Ceci demeure un domaine crucial pour la recherche, avec la compréhension conceptuelle et la reconnaissance que le contrôle des femmes sur des avoirs productifs est essentiel pour qu'elles puissent prendre part à des stratégies d'adaptation visant à répondre à la pauvreté et à la maladie.[11]

Le risque d'interprétation abusive des données déficientes, et de répercussions néfastes sur un enjeu sérieux, mène à conclure qu'il est nécessaire de collecter des données plus étoffées et solides au sujet de la situation des femmes en termes de propriété, d'accès et de contrôle au regard de la propriété terrienne, du logement et d'autres avoirs. La complexité et la diversité des régimes fonciers et des lois sur la propriété dans les divers pays doivent aussi être mieux comprises, afin que l'on puisse analyser sérieusement l'enjeu de la propriété foncière des femmes en lien avec le VIH.

Nous observons également un besoin concomitant de réforme et d'harmonisation des lois coutumières. Or, même si cela se concrétisait, il faudrait encore rehausser la capacité du secteur judiciaire de faire respecter les droits des femmes et de fournir des voies de recours efficaces. En outre, il faut accroître les efforts pour promouvoir la sensibilisation et les connaissances du public en ce qui concerne les droits des femmes, et soutenir des organismes et des réseaux qui assistent les femmes dans des revendications de propriété foncière.

– Priya Nanda

Priya Nanda (pnanda@icrw.org) est directrice de groupe, en développement économique et social au Bureau régional d'Asie de l'ICRW.

[1] R. 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 (ICRW), 2004.

[2] ICRW, *Women's Property Rights, HIV and AIDS and Domestic Violence: Research Findings from Two Districts in South Africa and Uganda*, 2008.

[3] Centre on Housing Rights and Evictions (COHRE), « Placing women's inheritance rights on the agenda in sub-Saharan Africa », *COHRE Newsletter* 1(1) (2003) : 6.

[4] K. Izumi, « Gender-based violence and property grabbing in Africa: a denial of women's liberty and security », *Gender & Development* 15(1) (2007) : 11–23.

[5] ICRW.

[6] N. Bhatla, S. Chakraborty et N. Duvvury, *Property Ownership and Inheritance Rights of Women as Social Protection from Domestic Violence: Cross-Site Analysis*, ICRW.

[7] L.W. Karanja, « Domestic violence and HIV infection in Uganda », *Human Rights Dialogue* (10) (2003) :10–11.

[8] S. Drimie, *The Impact of HIV/AIDS on Land: Case Studies from Kenya, Lesotho and South Africa,* rapport de synthèse préparé pour le Bureau de l'Afrique septentrionale de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, 2002.

[9] ICRW.

[10] ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida 2007*.

[11] C.D. Deere et M. León, « The gender asset gap: land in Latin America », *World Development* 31(6) (2003) : 925–947.

Mesurer pour le changement – une nouvelle initiative de recherche par et pour les personnes vivant avec le VIH

Plusieurs organismes se sont unis pour élaborer l'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH. Dans le présent article, basé sur un exposé au programme d'une séance concomitante du Congrès, Lucy Stackpool-Moore et Anandi Yuvaraj expliquent le but de ce nouvel instrument et le processus de son développement. Les auteures croient que l'indicateur offre une réelle occasion de mesurer, de comprendre et de faire du plaidoyer en vue d'améliorer les politiques et programmes, et de faire une réelle différence dans la vie des personnes séropositives.

Introduction

La stigmatisation limite l'accès aux services de santé, parce qu'elle fait taire la discussion sur des questions qui sont taboues mais qui font partie intégrante de la vulnérabilité au VIH – race, pauvreté, relations de genre, sexualité et consommation de drogue, notamment.[1] Le stigmate se révèle non seulement dans des enjeux qui sont l'objet de scandales ou de reportages erronés, mais aussi dans ce qui n'est pas dit et dans les voix que l'on n'entend pas.[2] C'est à la fois ce dont on parle, la manière dont on en parle, ce dont on ne parle pas ainsi que les raisons de ce silence, qui alimentent ensemble le cercle vicieux qui relie la stigmatisation et la marginalisation.

Une bonne part de ce que nous savons du stigmate associé au VIH, et de la discrimination qui en résulte à l'égard des personnes vivant avec le VIH,[3] est anecdotique ou fragmentaire. Les enquêtes réalisées démontrent que même si nous savons beaucoup de choses sur les répercussions de la stigmatisation, nous n'avons pas de portrait clair de sa magnitude réelle, de sa complexité ou de la capacité de comparaison entre divers domaines.[4]

Le stigmate et la discrimination qui l'accompagnent sont largement reconnus comme d'importants obstacles à l'objectif de joindre, par la prévention, le traitement et les soins, les personnes qui en ont le plus besoin.[5] Sans une action concertée pour éradiquer la stigmatisation, le but de l'accès universel à ces services vitaux ne pourra être atteint.[6]

L'Indicateur de stigmatisation des personnes vivant avec le VIH

En réponse au manque de données, un instrument de mesure a été élaboré : l'Indicateur de stigmatisa-

tion des personnes vivant avec le VIH.[7] L'enquête a été réalisée grâce à un partenariat entre la Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), l'ONUSIDA, le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) et la Communauté des femmes vivant avec le VIH (ICW).

Cette initiative internationale a également bénéficié de l'appui financier de la GTZ (l'agence allemande de coopération technique internationale) et du Department for International Development britannique. Ses principaux objectifs sont de (a) rehausser le plaidoyer et le bassin de données; et (b) mettre en pratique le principe de la Participation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida (GIPA).

« Les gens tiennent vraiment à appliquer l'Indicateur dans leur pays et je pense que cela vient du fait qu'ils sentent que cet outil a été créé par et pour les personnes séropositives et qu'en dernière analyse, il profitera à leurs communautés. »

– Kate Thomson, Chef de l'Équipe Partenariats avec la société civile à l'ONUSIDA

L'Indicateur a été élaboré afin de permettre de mesurer la stigmatisation et la discrimination mais aussi d'évaluer l'impact de nos interventions et de documenter le bien-être des personnes vivant avec le VIH, dans le temps.

Les principaux domaines examinés dans le processus de recherche sont notamment les causes de stigmate et de discrimination; l'accès à l'emploi et aux services; le stigmate intériorisé; les droits, les lois et les politiques; la réalisation de changements; le dévoilement et la confidentialité; le traitement; la parentalité; et l'éradication de la stigmatisation. De meilleures données contribueront à améliorer et orienter plus judicieusement les programmes et politiques, et à renforcer les efforts de plaidoyer.

Puisqu'il s'agit d'une initiative « par et pour » les personnes vivant avec le VIH, le processus est tout aussi important que le produit. Il s'agit d'une application du Principe GIPA.

La démarche inclut des références (à divers services, à du matériel et à des sources de soutien) et un soutien en suivi, pour tous les participants. Les intervieweurs sont eux-mêmes des personnes vivant avec le VIH, qui interviewent des personnes vivant avec le VIH, et ils adoptent une approche en « côte à côte » afin que l'entrevue se déroule aisément, avec empathie, et soit habilitante.

À l'instar d'autres études qui collectent des données en interrogeant des personnes, l'Indicateur doit respecter certaines normes en matière d'éthique et de protection des données. Dans chaque pays où l'enquête est réalisée, ses responsables veillent à ce qu'elle soit conforme aux exigences éthiques et de protection des données qui sont en vigueur dans le pays.

Deux enjeux d'importance particulière sont le consentement éclairé (chaque personne interviewée doit être pleinement informée de la nature de l'étude, puis donner son consentement à participer); et la confidentialité (assurer que l'identité des participants et l'information qu'ils ont fourni demeurent confidentielles).

« [C]ombattre la stigmatisation, je l'ai fait. Mais j'ai toujours eu de la peine à trouver les moyens de la quantifier. Dans mes fonctions de chercheuse et de militante, je dispose maintenant de ce chaînon manquant. »

– Beatrice Were, Ouganda

Renforcer la capacité régionale

En 2008, le processus de préparation à la mise en œuvre de l'Indicateur a débuté par un renforcement de la capacité des réseaux de personnes vivant avec le VIH ainsi que le développement de partenariats dans les pays.
De 50 pays de l'Asie-Pacifique, de l'Afrique, de la Caraïbe et de l'Amérique latine, 87 personnes vivant avec le VIH, représentant 66 organismes, ont reçu une formation de formateur ou de chef d'équipe.

Les équipes de soutien régional de l'ONUSIDA, les coordonnateurs de l'ONUSIDA au palier des pays, de même que des partenaires régionaux de l'IPPF, de l'ICW et du GNP+ ont collaboré à ces ateliers.

Mise en œuvre au palier national

L'Indicateur a été élaboré avec l'aide de leaders communautaires, d'activistes, de chercheurs et de défenseurs des droits de la personne dans le monde entier, et testé par des projets pilotes au Kenya, au Lesotho, à Trinidad et Tobago, en Inde et en Afrique du Sud. Sa première application à l'échelle nationale est en cours en République dominicaine et les résultats ainsi qu'une première analyse sont prévus vers la fin de 2008.

Deux constats préliminaires :

1. Très peu des personnes séropositives qui répondent au questionnaire comprennent réellement les formes que prennent la stigmatisation et la discrimination dans la réalité de tous les jours (i.e. dans leur vie).
2. Plus d'information et de plaidoyer sont nécessaires, en ce qui touche les droits, les lois et les politiques pouvant exister aux paliers national et international pour soutenir les personnes vivant avec le VIH.

– Lucy Stackpool-Moore et Anandi Yuvaraj

Lucy Stackpool-Moore (lstackpoolmoore@ippf.org) est agente en matière de VIH et de stigmatisation, à l'IPPF. Anandi Yuvaraj est coordonnatrice régionale de l'Asie-Pacifique pour l'ICW.

[1] R. Parker et coll., *HIV/AIDS Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and an Agenda for Action*, Horizons Program and Population Council, 2002.

[2] K. Morrison, *Breaking the Cycle: Stigma, Discrimination, Internal Stigma and HIV,* POLICY Project, 2006.

[3] La stigmatisation est un processus de production et de reproduction de rapports de force inégaux où des attitudes négatives envers un groupe de personnes, basées sur des attributs particuliers tels l'état sérologique, le genre, la sexualité ou le comportement, sont créées et entretenues afin de légitimer des groupes dominants dans la société. Le stigmate associé au VIH est souvent basé sur une association du VIH avec des comportements déjà marginalisés et stigmatisés, comme le travail sexuel, l'usage de drogue ou l'activité sexuelle avec une personne du même sexe ou à caractère transgenre. Le stigmate lié au VIH affecte les personnes séropositives et, par association, leurs partenaires, enfants et ménages, ainsi que d'autres personnes dans leur communauté. **Le stigmate intériorisé ou auto-stigmatisation** désigne le sentiment d'une personne séropositive, envers elle-même, si en particulier elle a honte d'être séropositive. Le stigmate intériorisé peut entraîner une faible estime de soi, voire la dépression, ou peut conduire la personne à éviter les relations sociales et intimes. **La discrimination** est une manifestation de la stigmatisation. La discrimination est toute forme de distinction, exclusion ou restriction arbitraire, soit par action, soit par omission, basée sur un attribut qui fait l'objet de stigmatisation. Elle peut se manifester à divers paliers – famille, communauté, établissement d'enseignement ou d'autre nature, de même que dans des politiques et lois nationales. [Extraits et traduction libre; GNP+ et Asia-Pacific Network of People Living with HIV (ANP+), *Code de bonnes pratiques pour les ONG ripostant au VIH/sida – Liste de vérification : stigmatisation et discrimination.* (www.hivcode.org/silo/files/s--d-moudle-french-.pdf)]

[4] L. Nyblade et K. MacQuarrie, *Can We Measure HIV/AIDS-Related Stigma and Discrimination? Current Knowledge about Quantifying Stigma in Developing Countries,* POLICY Project, 2006.

[5] P. Brouard et C. Wills, *A Closer Look: The Internalization of Stigma Related to HIV*, POLICY Project, 2006. Voir aussi Asia Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, *AIDS Discrimination in Asia*, APN+, 2004.

[6] DfID, *Taking Action Against HIV Stigma and Discrimination.* 2007. Voir aussi S. Clay; C. Chiiya et M. Chonta, *Understanding and Challenging HIV Stigma: Toolkit for Action: Module 1— Children and Stigma*, International HIV/AIDS Alliance et Pact, 2007; de même que R. Kidd et S. Slay, *Understanding and Challenging HIV Stigma: Toolkit for Action*, ICRW et the CHANGE Project, 2003.

[7] Voir www.stigmaindex.org.

Un défi continu : les restrictions d'entrée, de séjour et de résidence, en lien avec le VIH

Les restrictions d'entrée, de séjour et de résidence visant les personnes qui vivent avec le VIH/sida contreviennent au droit international des droits de la personne et ne peuvent être justifiées par aucun argument de santé publique. Dans le présent article basé sur son exposé lors d'une séance concomitante du Congrès, Joe Amon affirme que les gouvernements doivent abroger immédiatement ces lois et politiques.

Le problème des restrictions nationales imposées à l'entrée, au séjour et à la résidence des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) a été l'objet d'un renouveau d'attention du public lorsque des agences internationales, des organismes non gouvernementaux et même des gouvernements nationaux ont lancé des appels à abroger ces lois et politiques.

Le 5 août 2008, des conférenciers au XVII[e] Congrès international

sur le sida, à Mexico – notamment des représentants de l'ONUSIDA, de Human Rights Watch ainsi que du Congrès états-unien et du Gouvernement d'El Salvador – ont demandé aux gouvernements du monde entier de mettre fin à l'imposition de mesures qui restreignent l'entrée, le séjour et la résidence de personnes au motif de la séropositivité au VIH.

Trois mois plus tôt, lors de la Réunion de haut niveau sur le VIH/sida à l'Assemblée générale des Nations Unies, le secrétaire général de l'ONU Ban Ki-Moon a proclamé que « [d]ans le monde entier, je demande que l'on change les lois qui perpétuent le stigmate et la discrimination – y compris les restrictions aux voyages des personnes vivant avec le VIH », parce que le stigmate « pousse le virus dans la clandestinité, où il peut se propager, [et] ce qui est tout aussi important, il s'agit d'un affront à notre humanité commune » [trad.].[1]

En date d'août 2008, au moins 67 pays avaient des restrictions spéciales relativement à l'entrée, au séjour ou à la résidence des PVVIH/sida.[2] Bien que la majorité des pays qui imposent des restrictions aux étrangers séropositifs ne le fassent que pour des séjours prolongés (généralement plus de trois mois),[3] quatorze pays le font aussi pour des séjours de courte durée ou pour interdire catégoriquement aux PVVIH/sida l'entrée sur leur territoire.[4]

Ces restrictions portent atteinte aux dispositions internationales sur les droits de la personne qui interdisent la discrimination et qui garantissent l'égalité au regard du droit. Le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* garantit à tous et toutes la protection égale du droit sans discrimination.[5] La Commission onusienne des droits de l'homme a interprété que cette disposition du pacte inclut le droit à la non-discrimination au motif du VIH/sida.[6]

De plus, les gouvernements se sont engagés, dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida en 2001 et dans des déclarations subséquentes, à adopter des lois appropriées pour éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des PVVIH/sida.[7]

Afin que les restrictions susmentionnées puissent être justifiées pour des motifs de santé publique, il faudrait que des données démontrent qu'elles sont efficaces et représentent la mesure nécessaire et la moins restrictive.[8] Cependant, les restrictions fondées sur le VIH, en matière d'entrée, de séjour et de résidence, sont trop vastes et coercitives pour constituer le moyen le moins restrictif d'atteindre le but invoqué,[9] et de fait elles ne contribuent pas à protéger la santé publique.[10]

En réalité, ces restrictions peuvent avoir des répercussions néfastes sur la santé publique parce qu'elles alimentent et renforcent le stigmate et la discrimination à l'égard des PVVIH/sida migrantes[11] en donnant une illusion de crédibilité à la croyance voulant que les étrangers constituent un danger dont on doit protéger la population nationale[12] et en présumant de manière préjudiciable que les PVVIH/sida agiront de manière irresponsable et transmettront le VIH. Les restrictions rendent plus difficile de mener des programmes de prévention et de traitement du VIH dans les communautés migrantes,[13] en plus de donner la fausse impression que seuls les migrants sont à risque devant le VIH.[14]

Une meilleure conscientisation quant à la nature discriminatoire et aux effets néfastes du recours à de telles lois commence à susciter un certain degré de changement. En 2004, l'El Salvador a décidé d'abolir ses restrictions à l'entrée et au séjour fondées sur la séropositivité au VIH.[15] À l'approche du Congrès international de 2006 sur le sida, à Toronto, le Canada a aboli son exigence de dévoilement de la séropositivité au VIH pour les demandes concernant un séjour de courte durée. La Chine[16] et les États-Unis[17] ont aussi indiqué être disposés à abolir ces restrictions, mais n'ont pas encore agi en ce sens.

Cependant, en dépit de certaines réussites et de l'attention susmentionnée, l'élimination complète de ces restrictions n'est pas imminente et il s'agit d'une tâche qui requerrait un travail sans relâche de la part des militants. De fait, certains pays ont assoupli leurs restrictions, mais d'autres les ont renforcées.[18] Les organismes des droits humains ainsi que de lutte au VIH/sida doivent continuer de faire pression pour que ces restrictions soient abrogées immédiatement et de manière décisive.

– Joe Amon

Joe Amon (amonj@hrw.org) est directeur du Programme VIH/sida de Human Rights Watch.

[1] La réunion a eu lieu le 10 juin 2008. Les commentaires du secrétaire général sont accessibles à www.un.org/apps/news/infocus/sgspeeches/search_full.asp?statID=260.

[2] Deutsche AIDS-Hilfe, *Quick Reference: Travel and Residence Regulations for People with HIV and AIDS*

—*2008/2009*, IAC Quick Reference Guide, 2008, p. 4. – Une version française de ce document a été publiée par AIDES (France) et est téléchargeable via www.aides.org. Vingt et un autres pays ont possiblement des restrictions particulières mais l'information disponible dans ces cas est vague ou contradictoire.

[3] ONUSIDA et Organisation internationale pour les migrations (OIM), *UNAIDS/IOM Statement on HIV/AIDS-Related Travel Restrictions,* 2004, p. 4.

[4] Deutsche AIDS-Hilfe, p. 5. Ces 14 pays sont : Brunei, Égypte, Iraq, Yémen, Malaisie, Oman, Qatar, Singapour, Soudan, Corée du Sud, Tunisie, îles Turks & Caicos, Émirats arabes unis et États-Unis d'Amérique.

[5] *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, GA res. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. nº 16, à 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), art. 26.

[6] Commission des droits de l'homme, « Protection des droits de l'homme dans le contexte de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) », résolution 1995/44, adoptée sans vote, 3 mars 1995.

[7] G.A. Res. S-26/2, par. 58, U.N. Doc. A/RES/S-26/2 (2 août 2001), accessible à www.un.org/ga/aids/docs/aresss262.pdf.

[8] Nations Unies, Conseil économique et social, Sous-commission sur la prévention de la discrimination et la protection des minorités, *Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights*, Annexe, UN Doc E/CN.4/1984/4 (1984).

[9] Haut commissariat aux droits de l'homme et ONUSIDA, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales*, 2006, par. 105; ONUSIDA et OIM, p. 6–7.

[10] Ce principe fut affirmé initialement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1987 et a été réitéré maintes fois par d'autres organismes internationaux. Voir OMS, *Report of the Consultation on International Travel and HIV Infection*, WHO/SPA/GLO/787.1 (1987); UNAIDS et OIM, p. 8.

[11] International AIDS Society, *IAS Policy Paper: Banning Entry of People Living with HIV/AIDS*, 2007, p. 1.

[12] All-Party Parliamentary Group on AIDS, *Migration and HIV: Improving Lives in Britain: An Inquiry into the Impact of the UK Nationality and Immigration System on People Living with HIV*, 2003, p. 18.

[13] ONUSIDA et OIM, p. 2.

[14] All-Party Parliamentary Group on AIDS, p. 28.

[15] Deutsche AIDS-Hilfe, p. 8.

[16] « HIV/AIDS travel ban to be lifted », *Financial Times Daily*, 6 août 2008; voir aussi « China to relax law on HIV foreigners », *New York Times*, 13 novembre 2007.

[17] Lettre de la congressiste Barbara Lee et coll. au président George W. Bush, 10 septembre 2008.

[18] Deutsche AIDS-Hilfe, p. 8–9. Voir aussi « HIV patients not welcome, says PM », *Herald Sun*, 13 avril 2007; et « Kyrgyzstan tightens regulations on AIDS tests for foreigners », BBC Monitoring Service, 14 février 2007.

Réintégrer la notion de droit, dans les droits sexuels et génésiques

Plusieurs facteurs font obstacle à la réalisation des droits à la santé sexuelle et génésique (DSSG), en particulier pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Dans le présent article basé sur son exposé lors d'une séance concomitante du Congrès, Shaun Mellors, qui vit avec le VIH, discute de la nécessité que des PVVIH contribuent à des efforts de premier plan pour faire en sorte que leurs DSSG soient respectés. L'auteur décrit notamment certaines actions par lesquelles les bailleurs de fonds peuvent appuyer les DSSG des PVVIH.

Au Caire, à la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994, la communauté internationale a convenu d'une définition large de la santé génésique incluant la reconnaissance qu'elle n'est pas qu'un enjeu de santé mais aussi un élément des droits de la personne.[1]

L'expression « droits sexuels », cependant, n'est pas reconnue dans certains documents de consensus international. Et certains bailleurs de fonds, même s'ils appuient des initiatives de santé génésique pour les PVVIH, ne reconnaissent pas les *droits* génésiques. Ces réalités ont des répercussions, tant sur les DSSG des PVVIH, que sur le développement de politiques et la conception de programmes.

Les droits génésiques englobent certains droits humains reconnus dans des lois nationales, des documents internationaux sur les droits humains ainsi que d'autres documents de consensus, et ils incluent :

- les droits des hommes et des femmes à la norme la plus élevée qui puisse être atteinte en matière de santé sexuelle et génésique;
- le droit de décider soi-même du nombre d'enfants et de l'intervalle entre eux;
- le droit à des services et de l'information concernant les

moyens sûrs et efficaces pour le planning familial; et
- le droit de décision concernant sa vie génésique, sans violence, coercition ni discrimination.

Ces droits n'incluent pas, à l'heure actuelle, les droits sexuels. Une définition de la santé et des droits génésiques peut-elle être complète si elle exclut les droits sexuels?

Bien que le Programme d'action de la CIPD ne contienne pas de reconnaissance des droits sexuels, les États se sont entendu pour fournir les conditions nécessaires à « une vie sexuelle satisfaisante ».[2] Pareillement, dans la Déclaration de Beijing et le Programme d'action de la Conférence de 1995 sur les femmes,[3] la communauté internationale a reconnu l'existence des droits sexuels (sans utiliser exactement cette expression) et a réitéré ce qui avait été affirmé à la CIPD, en déclarant que « [l]a santé en matière de procréation … suppose le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité »[4] et que « [l]es droits fondamentaux(*) des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine ».[5]

En 2004, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a développé une définition de travail, pour le concept des droits sexuels, affirmant que :

> les droits sexuels incluent les droits de la personne déjà reconnus dans les lois nationales, les documents des droits de la personne et autres documents de consensus, qui incluent le droit de toute personne, sans coercition, discrimination ni violence : à la norme de santé la plus élevée qui puisse être atteinte en relation avec la sexualité, y compris l'accès à des services de santé génésique; la recherche, l'obtention et l'application d'information en lien avec la sexualité; l'éducation sexuelle; le respect de l'intégrité physique; le choix de son partenaire; la décision d'être sexuellement actif ou non; les rapports sexuels consensuels; le mariage consensuel; la décision d'avoir ou non des enfants, et à quel moment; et une vie sexuelle satisfaisante, sécuritaire et agréable.[6] [trad.]

Obstacles aux DSSG

Les DSSG sont loin d'être acquis. La réforme du droit et la mise en œuvre sont compromis par des obstacles d'ordre idéologique et moral. Ces obstacles entraînent une résistance à l'égard du respect complet du principe de la non-discrimination au motif de l'orientation sexuelle; de la reconnaissance des aspects de la sexualité et des rapports sexuels en marge de la procréation et du mariage; et de l'instauration de services complets en matière de santé sexuelle et génésique incluant des interventions pour l'interruption de la grossesse, notamment pour les adolescentes.

Les personnes vivant avec le VIH devraient avoir un droit élémentaire d'accès à des services de santé sexuelle et génésique sans crainte d'être stigmatisées ou jugées pour leurs choix. Cependant, nous savons que plusieurs PVVIH se heurtent encore à des stigmates et à de la discrimination lorsqu'elles tentent d'avoir accès à des services appropriés. La discrimination peut prendre plusieurs formes :

- avortement forcé ou stérilisation forcée de femmes vivant avec le VIH;
- pressions de la part de travailleurs des soins de la santé, décourageant les PVVIH d'avoir des rapports sexuels et surtout d'avoir des enfants;
- absence de services d'avortement pour des personnes qui en ont besoin et qui veulent y avoir recours;
- idées erronées au sujet de l'activité sexuelle, parmi les travailleurs des soins de santé ou en service communautaire, les conseillers, voire les PVVIH elles-mêmes, idées exacerbées par le manque d'information appropriée et de services et équipements pertinents; ou
- lois et politiques qui portent atteinte directement aux droits humains – notamment la criminalisation de la transmission du VIH, et l'avortement forcé de femmes séropositives enceintes.[7]

Les droits sexuels des PVVIH

Les PVVIH ont le droit d'avoir une vie sexuelle agréable, de l'intimité, des enfants et de l'amour. Les DSSG impliquent que les choix et décisions concernant la sexualité et la procréation appartiennent à chaque personne – sans coercition ni stigmatisation.

Les désirs des PVVIH en matière de santé sexuelle et génésique présentent autant de diversité que l'épidémie proprement dite. La communauté des PVVIH n'est pas homogène et les besoins de ses divers segments – femmes, jeunes, LGBT, travailleuses et travailleurs sexuels, personnes qui font usage de drogue, etc. – doivent être pris en compte dans la planification des programmes et services.

Afin de veiller à ce que l'on tienne compte des droits sexuels des

PVVIH, des changements doivent être amorcés au palier individuel – en tant que personnes qui vivent avec le VIH, nous devons comprendre et croire que nous avons des droits quant à l'expression et à l'exercice de notre sexualité. Nous devons être éduquées afin de comprendre ces droits, et habilitées à les revendiquer.

Il existe des liens étroits entre le VIH, les rapports sexuels et la procréation. L'action sur ces liens n'est pas le seul mandat du mouvement de la santé sexuelle et génésique. La communauté du VIH – en particulier les réseaux et les associations de PVVIH – doivent endosser et diriger cet ordre du jour. Il est important que les PVVIH aident à diriger cet ordre du jour sur les « liens » et à en façonner le contenu de manière proactive.

Transposer les politiques en action

Prioriser les besoins des PVVIH en matière de santé sexuelle et génésique nécessitera une réorientation des priorités de bailleurs de fonds. Il est nécessaire que les PVVIH guident ce processus, pour deux raisons : (1) afin d'éviter l'approche foncièrement sélective qui prévaut actuellement dans l'ordre du jour de plusieurs bailleurs de fonds; et (2) afin d'articuler clairement ce qu'englobe cet ordre du jour.

Les éléments suivants sont des actions que les bailleurs de fonds peuvent adopter pour appuyer les DSSG des PVVIH.

Pression politique et reddition de compte. Les gouvernements donateurs devraient utiliser leurs moyens politiques et diplomatiques pour faire pression sur d'autres gouvernements afin qu'ils respectent leurs obligations en matière de droits humains et amendent leurs lois discriminatoires à l'égard des PVVIH ou limitatives pour leurs DSSG. De plus, les gouvernements donateurs et États membres des Nations Unies devraient travailler à améliorer les mécanismes et processus pertinents aux droits humains afin qu'ils puissent être utilisés pour demander des comptes aux gouvernements nationaux.

Soutien des efforts gouvernementaux. Par un dialogue politique, les bailleurs de fonds devraient veiller à ce que les plans nationaux incluent des cibles pour la réforme et la mise en œuvre des DSSG, et à ce que les PVVIH soient impliquées de manière significative dans l'élaboration, la mise en œuvre et la surveillance de ces plans. Ils peuvent rendre disponible du financement afin que les DSSG fassent l'objet de priorités et d'activités programmatiques budgétées, réalisées et évaluées.

Soutien à l'implication accrue des PVVIH (GIPA). Les bailleurs de fonds devraient soutenir des réseaux et organismes de PVVIH dans leurs efforts pour aider les PVVIH à connaître leurs droits et à les revendiquer; et pour permettre aux réseaux et organismes de jouer des rôles de surveillants et défenseurs, d'acteurs dans la mise en œuvre, de militants et de partie prenante aux décisions sur les politiques et programmes concernant les DSSG des PVVIH.

Soutien au rôle de la société civile. Les bailleurs de fonds devraient adopter des politiques et des mécanismes qui appuient la société civile dans la mise en œuvre d'approches fondées sur des données et sur les droits.

Conclusion

Les PVVIH devraient être à l'avant-plan de l'effort de plaidoyer pour des changements aux politiques et stratégies, et pour développer des programmes et des interventions appropriés et accessibles en matière de santé sexuelle et génésique. Pour assurer l'atteinte des objectifs en matière de santé sexuelle et génésique ainsi que le respect des droits des PVVIH dans ces sphères, il est nécessaire de contrer la stigmatisation sous toutes ses formes.

– Shaun Mellors

Shaun Mellors (smellors@aidsalliance.org) est conseiller principal aux droits humains et au principe GIPA, pour l'International HIV/AIDS Alliance.

[1] *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*, 1994, c. VII.

[2] *Ibid.*, c. VII, art. 7.2.

[3] *Déclaration et programme d'action de Beijing*, Quatrième conférence mondiale sur les femmes, 1995.

[4] *Ibid.*, par. 94.

[5] *Ibid.*, par. 96.

[6] OMS, « Sexual health — a new focus for WHO », *Progress in Reproductive Health Research* 67 (2004).

[7] Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida et Coalition mondiale sur les femmes et le sida, *Sexual and Reproductive Health and Rights*, feuillet d'information, non daté (www.icw.org/files/SRHR-ICW fact sheet-06.doc).

[*] N.d.t. Dans l'original anglais, on lit « the human rights of women » – leurs « droits de la personne ».

Les Principes de Jogjakarta : appliquer les normes existantes des droits humains à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre

Les droits humains internationaux s'appliquent à tous les individus, y compris aux gais, lesbiennes et personnes bisexuelles et transgenre. Or, jusqu'à récemment, il n'existait aucun document expliquant spécifiquement ces droits en lien avec l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Dans cet article, basé sur son exposé lors d'une séance concomitante du Congrès, Boris Dittrich fait état du développement des Principes de Jogjakarta, qui énumèrent les droits impliqués et adressent des recommandations aux États (et à d'autres dépositaires d'enjeux) sur la manière dont ils devraient être appliqués.

Aux quatre coins du monde, des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenre (GLBT) sont l'objet de discrimination simplement parce que leur orientation sexuelle ou leur identité de genre ne correspond pas au « moule » de la majorité sociale. La discrimination peut venir de membres de la famille, d'autres individus ou d'autorités d'État.

Les législateurs de sept pays ont fait de l'homosexualité un crime capital. Dans environ 85 autres ressorts, l'homosexualité est criminalisée et passible de peines d'emprisonnement allant jusqu'à 10 ans.[1] Même dans les pays où l'homosexualité n'est plus un crime, l'homophobie demeure courante.[2]

La plupart des États ont signé des traités sur les droits humains. Mais ils traitent souvent ces droits comme un menu de restaurant : ils y choisissent ce qui leur plaît. Par exemple, certains États peuvent se dire favorables aux droits humains, sauf pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH). Il s'agit d'une violation du concept fondamental des droits humains, qui se veulent universels et indivisibles, et qui s'appliquent donc à tous les êtres humains.

Les Principes de Jogjakarta

En 2006, inspirés par une rencontre avec Mme Louise Arbour, ancienne Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, des experts en droit international des droits humains se sont réunis dans la ville de Jogjakarta, en Indonésie, pour développer des principes.

Au total, 29 principes abordent l'application du droit international des droits humains en lien avec l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Chaque principe est accompagné de recommandations détaillées aux États et à d'autres dépositaires d'enjeux.

Lors de l'élaboration des principes, les experts ont puisé dans le langage de la jurisprudence et des traités internationaux existants pour l'appliquer à l'orientation sexuelle et à l'identité de genre. Rien n'a été inventé. Les Principes de Jogjakarta ne sont pas une liste de souhaits; ce sont des droits légaux existants.

Par exemple, le Principe 18 porte sur le droit à la protection contre les abus médicaux. Il est clair que tout individu a généralement le droit de ne pas être forcé de subir une quelconque forme de traitement, de protocole ou de test médical ou psychologique, et de ne pas être enfermé dans un établissement médical. Il est évident que ce droit s'applique aussi aux personnes GLBT.

Le Principe 2 proclame les droits à l'égalité et à la non-discrimination. Le document recommande aux États d'abroger les lois pénales qui interdisent les activités sexuelles consensuelles entre personnes de même sexe et en âge de consentement.

Lien avec le VIH/sida

Le Principe 17 stipule que « [t]oute personne a droit au plus haut niveau possible de santé physique et mentale, sans discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre ». Cela est particulièrement pertinent à l'épidémie du VIH puisque,

dans les pays où les personnes GLBT sont stigmatisées, notamment en Russie et dans d'autres pays de l'Europe orientale, les intervenants de la lutte au VIH/sida trouvent plus difficile de joindre des groupes vulnérables comme les HRSH. Cela s'explique par le fait que ces hommes craignent de sortir du placard, ne voulant pas s'incriminer ou être exclus de la société.

Dans les communautés où l'homosexualité n'est pas acceptée, plusieurs HRSH vivant dans la clandestinité ont aussi des relations sexuelles avec des femmes. Dans le cadre d'une étude dans certaines villes d'Europe centrale et orientale, le tiers des hommes interviewés dans des lieux gais ont déclaré avoir des partenaires sexuels masculins et féminins.[3] Par conséquent, il est clair que le stigmate à l'endroit des HRSH crée des risques pour les femmes et les filles.

Selon l'ONUSIDA, la reconnaissance des droits des personnes de diverses orientations sexuelles, dans la loi et dans la pratique, combinée à des programmes adéquats et élargis pour répondre au VIH et aux besoins de santé, sont des éléments essentiels et complémentaires d'une réponse efficace au VIH.[4]

Recommandations

Voici quelques-unes des recommandations formulées dans le document des Principes de Jogjakarta :

- Les gouvernements devraient permettre aux membres de la communauté GLBT de s'organiser, d'exprimer leurs points de vue et d'affirmer leur orientation sexuelle, sans répercussion, et leur accorder la liberté de réunion et de circulation.
- Les organismes impliqués dans la planification de réponses mondiales et régionales au VIH (comme les mécanismes de coordination des pays et les comités nationaux sur le sida) devraient veiller à ce que des services liés au VIH soient disponibles pour les HRSH et à ce que les ressources consacrées à ces services soient proportionnelles à l'impact du VIH sur cette population à l'échelle nationale.
- Des HRSH devraient être impliqués dans la surveillance nationale et dans des études épidémiologiques et comportementales indépendantes.

Il est important de se rappeler qu'à l'instar des travailleuses et travailleurs sexuels et des utilisateurs de drogue par injection, les lesbiennes, les hommes gais et les personnes bisexuelles et transgenre sont des groupes distincts qui ont chacun leur histoire et leurs codes sociaux et qui requièrent des approches différentes.

La réduction de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre améliorera non seulement la santé des personnes visées, mais aussi celle de la société générale.

– Boris O. Dittrich

Boris Dittrich (boris.dittrich@hrw.org) est directeur du plaidoyer pour le Programme sur les droits des personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenre de Human Rights Watch.

Les Principes de Jogjakarta sont disponibles dans les six langues officielles de l'ONU via www.Jogjakartaprinciples.org.

[1] D. Ottosson, *State-Sponsored Homophobia: A World Survey of Laws Prohibiting Same Sex Activity Between Consenting Adults*, International Lesbian and Gay Association, 2008.

[2] Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne, *Rapport annuel 2008*.

[3] F. Hamers et A. Downs, « HIV in Central and Eastern Europe », *Lancet* 361 : 1035–1044.

[4] Tiré des propos de Miriam Maluwa lors du lancement des Principes de Jogjakarta aux Nations Unies, à New York, le 17 novembre 2007.

Rejet des preuves – le système de traitement de la toxicomanie en Russie

Dans au moins trois régions de la Russie, le système de traitement de la dépendance à la drogue échoue à répondre aux besoins des utilisateurs de drogue par injection qui demandent un traitement. Dans cet article, basé sur son exposé lors d'une séance concomitante du Congrès, Diederik Lohman décrit les résultats d'une étude menée par Human Rights Watch (HRW). Il explique que les autorités médicales russes passent outre au vaste corpus de données scientifiques probantes à l'effet que les programmes de substitution sont sûrs et efficaces.

Dans un pays comme la Russie, où près d'un million de personnes vivent avec le VIH et où l'injection de drogue catalyse l'épidémie, le traitement de la dépendance à la drogue a un rôle important à jouer dans la prévention et le traitement du VIH. Des données scientifiques démontrent de façon concluante que le traitement de la dépendance à la drogue peut être une intervention préventive efficace, qu'il peut faciliter l'accès des utilisateurs de drogue au traitement antirétroviral (ARV) et qu'il peut rehausser les taux de fidélité aux traitements. Malheureusement, ce n'est pas le cas du système russe de traitement de la dépendance à la drogue en ce moment.

En 2007, une étude menée par HRW dans trois régions de la Russie a révélé que le système échoue à répondre aux besoins des utilisateurs de drogue qui veulent un traitement, et ce à toutes les étapes du processus.[1] Le traitement de la toxicomanie dans ce pays est largement inefficace; diverses études indiquent que plus de 90 p. cent des patients rechutent dans un délai d'un an.[2] Une étude réalisée en 2007 a démontré que 35 p. cent des patients rechutent dans la semaine suivant leur sortie de la clinique.[3] Le système ne saisit pas l'occasion d'éduquer les utilisateurs de drogue sur la prévention du VIH et d'autres risques pour la santé. Il contribue peu à l'accès aux ARV pour les utilisateurs de drogue et n'appuie aucunement la fidélité aux traitements.

Cela a des conséquences tragiques : (a) la continuation de l'usage de drogue chez des personnes qui auraient pu être admises dans des programmes de traitement; (b) de nouveaux cas de VIH, d'hépatite C, de tuberculose (TB) et de décès par surdose qui auraient pu être évités; et (c) l'échec de traitements antirétroviraux et de traitements contre la TB, auxquels certains utilisateurs de drogue sont incapables d'adhérer.

La principale cause de cette situation est le refus entêté des autorités russes à reconnaître les données scientifiques existantes et à introduire des pratiques fondées sur des données, dans un système de traitement de la toxicomanie qui remonte à l'époque soviétique. En conséquence, des pratiques sans fondement scientifique sont encore le pilier du système russe de traitement de la dépendance à la drogue.

L'exemple le plus patent de ce problème est le refus de la Russie d'autoriser le traitement de substitution, la forme la plus efficace de traitement de la toxicomanie. Comme l'ONUSIDA, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC) l'ont reconnu, le traitement de substitution est sûr et efficace pour traiter la dépendance à la drogue, prévenir la transmission du VIH et appuyer les efforts de traitement du VIH.[4] Pourtant, lors de l'East European and Central Asian AIDS Conference à Moscou, en mai 2008, un haut dirigeant du ministère russe de la Santé a déclaré que ses collègues n'étaient pas encore convaincus de l'efficacité du traitement de substitution.

La loi russe interdit expressément l'utilisation de méthadone pour le traitement de la toxicomanie – que ce soit pour un entretien ou une réduction progressive de la consommation. Les hauts dirigeants manifestent souvent une hostilité presque viscérale à l'égard du concept du traitement de substitution. En février 2008, lors d'un congrès sur le traitement de la dépendance à la drogue, à Moscou, le médecin-chef russe du traitement de la toxicomanie a déclaré que la question de la méthadone commence à « agacer » beaucoup de gens et que seul un groupe de dissidents continue d'en faire la promotion.[5]

Il est impossible de plaider pour le traitement de substitution en Russie. Toute personne qui en soulignerait les

bienfaits risquerait d'être accusée de promouvoir l'usage de drogue, tant par des politiciens que par le bureau du procureur.

Par contre, les opposants au traitement de substitution ont la voie libre. Quels que soient les arguments farfelus évoqués à l'encontre de la méthadone, peu de gens sont disposés à risquer des sanctions criminelles pour en dénoncer l'inexactitude. Ceux et celles qui seraient prêts à le faire n'ont pas de plateforme pour faire valoir leurs arguments, car aucune publication médicale réputée dans ce pays n'accepterait de publier leurs articles.

L'attaque la plus grossière à l'égard du traitement de substitution remonte à 2005, lorsque le médecin-chef du traitement de la toxicomanie et d'autres autorités de la santé ont fait paraître une note intitulée « No to Methadone » [« Non à la méthadone »], dans deux publications russes sur le traitement de la toxicomanie.[6]

Le document présentait une image totalement biaisée des données scientifiques sur le traitement de substitution. On y citait de manière sélective quelques études isolées (certaines datant de plus de 30 ans) qui soulevaient des préoccupations quant à l'efficacité et à la sûreté de la substitution, mais on omettait les centaines d'autres qui ont démontré que cette méthode est sûre et efficace. Aucune des deux revues n'a publié de contre-preuve à cette note.

Mais le rejet des mesures fondées sur des données va bien au-delà du refus à autoriser le traitement de substitution.

Les normes de pratiques exemplaires mettent en relief la nécessité de services à faible seuil.[7] Les utilisateurs de drogue qui demandent un traitement devraient pouvoir être admis dans un programme sur-le-champ et sans obstacles indus. En Russie, toutefois, les personnes qui demandent volontairement un traitement mais qui ne peuvent en défrayer les coûts sont inscrites dans un registre d'utilisateurs de drogue et se voient privées de certains droits. Autrement dit, la demande volontaire de traitement n'est pas encouragée mais plutôt punie.

Avant d'être admis, les utilisateurs de drogue qui font la demande d'un traitement doivent se présenter à la clinique avec divers certificats de santé. Puisque l'obtention des certificats prend plusieurs jours, les demandeurs sont alors confrontés au choix de continuer à consommer des drogues pendant ce temps, ou de s'en priver jusqu'à ce qu'ils soient admis.

Les normes de pratiques exemplaires signalent aussi la nécessité de poursuivre le traitement pendant certain temps.[8] Le National Institute for Drug Abuse des États-Unis recommande une période minimale de trois mois afin que le traitement ait une réelle chance de succès. Or, dans les deux tiers de la Russie, il n'existe aucune clinique publique de réhabilitation. La majorité des patients passent dix jours en désintoxication puis sont renvoyés à la maison sans aucune réhabilitation. Cela résulte en des taux élevés d'échec de traitement.

Les normes de pratiques exemplaires recommandent d'impliquer activement les patients dans leur désintoxication afin de les motiver à la réhabilitation et de les éduquer au sujet du VIH, de la prévention des surdoses et d'autres enjeux de santé.[9] Or, dans les cliniques de désintoxication russes, les utilisateurs de drogue sont souvent sous l'effet de puissants sédatifs et passent le plus clair de leur temps dans un état semi-comateux. Cette mesure médialement inutile empêche d'impliquer les patients dans la démarche de traitement, ce qui favorise d'autant plus son échec.

Le refus de la Russie d'introduire des pratiques fondées sur des données dans son système de traitement de la toxicomanie est une politique de santé publique malavisée, qui viole des droits humains. Le gouvernement russe doit examiner les problèmes de ce système et y remédier de toute urgence. La communauté internationale doit continuer d'appuyer les défenseurs des approches fondées sur des données, et faire pression sur les autorités russes pour qu'elles procèdent aux réformes nécessaires.

– Diederik Lohman

Diederik Lohman (lohmand@hrw.org) est chercheur principal pour le programme santé et droits humains de HRW.

---

[1] HRW, *Rehabilitation Required: Russia's Human Rights Obligation to Provide Evidence-Based Drug Dependence Treatment* 19(7)(D), novembre 2007.

[2] N.N. Ivanets et M.A. Vinnikova, *Heroin Dependence — Disease Characteristics and Treatment of the Post-Abstinent Syndrome (Geroinovaia zavisimost — klinika I lechenie post-tabstinentnogo syndrome)* (Moscow: Medpraktika-M, 2001); et V.V. Chirko et M.V. Demina, *The Characteristics of Clinical Narcology — Drug Dependence and Toxicomania: Disease Characteristics, Development, Therapy (Ocherki klinicheskoi narkologii – narkomanii I toksikonanii: klinika, techenie, terapia)* (Moscou, Medpraktika-M, 2002). Tous deux cités dans M. Zobin et E. Egorov, « Remission with opioid dependence », accessible via www.narcom.ru/cabinet/online/107.html.

[3] Ébauche d'un rapport d'enquête de la Penza Anti-AIDS Foundation, en filière auprès de HRW.

[4] OMS, ONUDC et ONUSIDA, *Substitution Maintenance Therapy in the Management of Opioid Dependence and HIV/AIDS Prevention*, 2004.

[5] « Russia scorns methadone for heroin addiction », *New York Times*, 22 juillet 2008.

[6] N.N. Ivanets et coll., « Say No to Methadone Programs in the Russian Federation », *Medical Newspaper (Meditsinskaya gazeta)*, 30 mars 2005.

[7] National Institute on Drug Abuse, *Principles of Effective Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide.*

[8] *Ibid.*

[9] *Ibid.*

La Note d'orientation de l'ONUSIDA sur le VIH et le travail sexuel est « retravaillée » par des activistes

En 2007, l'ONUSIDA a publié une note d'orientation sur le VIH et le travail sexuel, dont le ton et le contenu ont soulevé la colère de travailleuses et travailleurs sexuels, d'activistes et d'intervenants en santé publique aux quatre coins du monde. Dans le présent article, basé sur des exposés présentés lors du Congrès, M. Seshu et coll. décrivent les problèmes observés dans ladite publication, discutent des réactions que sa sortie a soulevées et expliquent comment un groupe d'activistes s'est réuni afin d'en développer une version remaniée.

En 2007, l'ONUSIDA a publié une note d'orientation qui adoptait une approche différente de toutes les politiques onusiennes antérieures, relativement au travail sexuel.[1] Dans les documents précédents, l'ONUSIDA décrivait des programmes dont on avait démontré l'efficacité à habiliter les travailleuses et travailleurs sexuels, de même que des exemples de gestion de programmes par les pairs en matière de prévention et de traitement du VIH.

En revanche, la note d'orientation aborde la vulnérabilité au travail sexuel et recommande des mesures de réduction de la demande en matière de travail sexuel comme stratégie pour contrer la transmission du VIH parmi les travailleuses et travailleurs sexuels et leur clientèle. Une importance disproportionnée est accordée à la provision de « choix de vie » et à l'orientation vers des occupations autres que le travail sexuel.

Malheureusement, la note d'orientation n'aborde cependant pas l'amélioration des conditions de travail des personnes qui exercent le travail sexuel, ni leur habilitation – deux ingrédients clés pour la prévention et le traitement du VIH/sida dans cette population.

L'ONUSIDA a tenu des consultations mondiales avant la préparation de la note en question. Les travailleuses et travailleurs sexuels étaient bien représentés dans cette démarche, mais de toute évidence le produit qui en a découlé passe outre aux avis et commentaires de cette communauté.

De fait, les contributions des travailleuses et travailleurs sexuels ont été rejetées, au profit d'arguments avancés par des organismes qui font des rapprochements entre travail sexuel, traite de personnes et violence sexuelle – une triade qui est la base même du serment anti-prostitution qu'exige le gouvernement états-unien pour accorder du financement à des organismes de développement international et de lutte au VIH/sida.

La note d'orientation est ainsi en conflit avec les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne, où il est affirmé que :

> [e]n ce qui concerne la prostitution des adultes n'impliquant aucune victimisation, la législation pénale doit être réexaminée en vue de décriminaliser cette activité, puis de réglementer la santé et la sécurité des prostitué(e)s et de leurs clients, afin de les protéger, notamment en favorisant l'utilisation de moyens permettant d'éviter les risques.[2]

La note d'orientation de l'ONUSIDA ne fait pas grand-chose pour habiliter les travailleuses et travailleurs sexuels à se protéger. Plutôt, elle les stigmatise et elle rend plus probable que leurs conditions de travail, déjà piètres, se dégradent davantage.

La note échoue à faire la distinction entre la traite de personnes et la migration informelle, ou entre l'activité sexuelle consensuelle et la violence sexuelle. Puis, elle transpose dans une vision erronée du travail sexuel tous les éléments négatifs des pratiques généralement abusives.

Par conséquent, les réponses politiques et juridiques qui sont considérées nécessaires pour répondre à des actes pouvant être considérés comme de graves crimes internationaux et domestiques sont présentées comme étant applicables au travail sexuel. Cette approche manque de raffinement et illustre une complète incompréhension des diverses réalités du travail sexuel.

Les points de mire de la note d'orientation relativement aux compétences de vie, à la microfinance, à l'éducation des filles et à d'autres

stratégies de prévention sont malavisés car l'implication est que les fonds pour de telles activités devraient être prélevés des ressources pour la lutte au VIH/sida. Les travailleuses et travailleurs sexuels ne s'opposent pas à ce que l'on investisse des ressources dans líéducation des filles, mais ils constatent que les octrois pour la prévention du VIH et les soins pour les travailleuses et travailleurs sexuels sont déjà insuffisants; les fonds pour la lutte au VIH/sida doivent servir à la provision de condoms, de services pour les infections transmissibles sexuellement, d'information adéquate ainsi qu'à des activités communautaires d'habilitation.

En outre, la note d'orientation réduit les travailleuses et travailleurs sexuels à un rôle de cibles d'intervention et elle passe outre à un rôle crucial et bénéfique qu'on devrait leur reconnaître : celui des meilleurs éducateurs et éducatrices auprès des hommes qui sont leurs clients.

La réponse

La note d'orientation de l'ONUSIDA a déclenché une réaction en chaîne. Une lettre de protestation a été adressée à l'ONUSIDA par des regroupements de travailleuses et travailleurs sexuels. Une représentante de l'Asia-Pacific Network of Sex Workers a assisté à une réunion du Conseil de coordination de programme (CCP) de l'ONUSIDA et a travaillé avec les délégués d'ONG afin de faire pression pour une révision du document. Le Réseau juridique canadien VIH/sida a publié un examen de la note d'orientation.[3] De nombreux organismes de travailleuses et travailleurs sexuels ont publié leurs propres critiques.[4] Un groupe d'experts qui conseille l'ONUSIDA à propos du VIH et des droits de la personne a demandé des changements à la note d'orientation.[5]

De plus, en réponse à la note d'orientation, un Global Working Group (GWG) en matière de politiques sur le VIH et le travail sexuel a été créé par l'International Network of Sex Work Projects (NSWP). Le GWG se compose d'activistes des domaines du travail sexuel, de la santé publique, des droits humains ainsi que des droits des femmes.

À l'aide de communications par Internet pour coordonner les contributions des travailleuses et travailleurs sexuels, militants, chercheurs et responsables des politiques, le GWG est arrivé à mobiliser une vaste coalition à l'appui de programmes fondés sur les droits et éclairés par des données. Peu d'initiatives de politiques en matière de travail sexuel, dans l'histoire de l'épidémie du VIH/sida, ont soulevé une telle réponse mondiale, aussi coordonnée et rapide que celle qu'a mobilisée le GWG.

Le LNSWP et le GWG, avec le soutien de l'International HIV/AIDS Alliance, ont produit une version « retravaillée » de ladite note d'orientation.[6] En la préparant, les rédacteurs ont tenu compte des dommages causés par des campagnes de prévention du VIH (notamment plusieurs campagnes pour l'abstinence et la fidélité) qui font la promotion de blâmes à l'égard des travailleuses et travailleurs sexuels ou qui en font des boucs émissaires.

Ce document remanié a ensuite été présenté publiquement à l'ONUSIDA et au Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), à Delhi (Inde) par des membres du National Network of Sex Workers, India. La campagne Women Won't Wait a exprimé son appui à la version retravaillée de la note d'orientation.

Conclusion

La note d'orientation qu'avait publiée l'ONUSIDA délaisse l'héritage de politiques et de programmes fondés sur les droits, bâti par Jonathan Mann. En incluant dans la version retravaillée la voix et les contributions de la société civile qu'avait négligées l'ONUSIDA, le GWG a grandement contribué à faire ce qu'aurait dû faire l'ONUSIDA dès le départ. Il est à souhaiter que la note d'orientation retravaillée ainsi que les activités ultérieures marqueront le début d'une ère nouvelle de réel dialogue participatif entre les travailleuses et travailleurs sexuels et l'ONUSIDA.

– M. Seshu, A. Hunter, E. Reynaga, F. Strack, S. Mollet, R. Morgan Thomas, C. Overs, M. Ditmore, D. Allman

Les auteures et auteurs remercient les membres du Global Working Group on HIV and Sex Work Policy pour leur contribution aux exposés sur lesquels le présent article est basé.

---

[1] ONUSIDA, *UNAIDS Guidance Note: HIV and Sex Work*, avril 2007 (www.unaids.org.cn/uploadfiles/20080725150939.pdf).

[2] ONUSIDA et Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : directives internationales,* version consolidée, 2006.

[3] Réseau juridique canadien VIH/sida, *A Human Rights-Based Commentary on* UNAIDS Guidance Note: HIV and Sex Work (avril 2007), septembre 2007. Accessible via www.aidslaw.ca/travailsexuel.

[4] Voir, p. ex., Australian Sex Workers Association, letter to the 29th Meeting of the PCB, UNAIDS, 2007 (www.scarletalliance.org.au/library/unaidspcbsub_07/file_view); et International Committee on the Rights of Sex Workers in Europe, *The Curious Sex Worker's Guide to the UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work* (www.sexworkeurope.org/site/images/PDFs/the%20curious%20sex%20worker.pdf).

[5] Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits de l'homme, *Recommendations Regarding the "UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work (April 2007)"* (http://data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080215_rghr_statement_sexworkguidance_en.pdf).

[6] The Global Working Group on HIV and Sex Work Policy, *Draft Reworking of the* UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work (April 2007), septembre 2007 (http://sexworkpolicy.wordpress.com/draft-reworking-of-the-unaids-guidance-note-on-hiv-and-sex%C2%A0work/).

Reconnaissez le travail sexuel comme un travail légitime

Ce n'est pas le travail sexuel, en soi, qui rend les travailleuses et travailleurs sexuels vulnérables au VIH mais plutôt les politiques responsables de leur répression. Dans le présent article, basé sur son exposé en plénière lors du Congrès, Elena Reynaga, qui est travailleuse sexuelle, décrit comment ces politiques privent les travailleuses et travailleurs sexuels de leurs droits et les assujettissent à la violence physique et sexuelle. L'auteure conclut qu'au cœur du problème réside le fait que le travail sexuel n'est pas reconnu comme un travail légitime.

Au Cambodge, des politiques anti-prostitution ont été adoptées à la suite de fortes pressions du gouvernement états-unien. En conséquence, les travailleuses et travailleurs sexuels sont arrêtés sous prétexte qu'ils sont victimes d'esclavagisme et de trafic sexuels. Afin d'assurer leur « protection », on les emprisonne dans des centres de réadaptation où ils sont violés par des agents d'application de la loi et d'où ils ne peuvent sortir qu'en payant de lourds pots-de-vin.

En Bolivie, de violents raids et des actes de « lynchage » public de travailleuses et travailleurs sexuels ont conduit certaines de nos collègues à se coudre les lèvres en signe de protestation.

Le double stigmate associé au VIH et au travail sexuel est exploité pour justifier la répression policière. En Zambie, les travailleuses sexuelles sont fouettées et battues en public, par la police, on leur crie qu'elles sont « des chiennes qui tuent la nation » et on les traite de « poison à rat ».

La violence perpétrée par la police et d'autres agents d'application de la loi est un risque direct de transmission du VIH, pour les travailleuses et travailleurs sexuels, qu'il s'agisse de femmes, d'hommes ou de personnes transgenre.

L'absence de protection légale n'est pas qu'une porte ouverte à la violence à l'égard de ces personnes : elle en est un catalyseur. Bien qu'il n'existe pas de base de données consolidées à l'échelle internationale, pour faire état du nombre de meurtres de travailleuses et travailleurs sexuels, le Latin America and Caribbean Sex Worker Network en a récemment enregistré 34 en dix mois. Aucun de ces crimes n'a valu de châtiment à son auteur.

Dans plusieurs régions du monde, lorsque des travailleuses et travailleurs sexuels sont incarcérés pour une période pouvant aller jusqu'à trois mois, celles ou ceux qui vivent avec le VIH sont privés de leur traitement antirétroviral. Il n'est pas rare que le seul moyen d'éviter la prison soit de se soumettre à être violé par des policiers, presque toujours sans condom bien sûr.

Les travailleuses et travailleurs sexuels subissent d'autres violations de droits humains : il arrive qu'on les utilise comme sujets de recherche et qu'on ne les fasse pas profiter des progrès découlant de ces travaux; on refuse à leurs regroupements le statut légal d'organisations; ou ils sont sans accès à des instruments préventifs élémentaires comme les condoms masculins et féminins ainsi que du lubrifiant à base d'eau.

Légitimer le travail sexuel

Si les agences internationales sont réellement engagées à aider les travailleuses et travailleurs sexuels, elles ne devraient pas imposer leur ordre du jour ou leur idéologie.

L'ONUSIDA a récemment publié une ébauche de document d'orientation à propos du VIH et du travail sexuel, dont le ton était fortement anti-prostitution. Par exemple, on y parlait de programmes pour aider les travailleuses et travailleurs sexuels à se réorienter vers des « emplois décents » [trad.] – comme si le travail sexuel était moins décent qu'un autre!

On y avançait également que les personnes vivant avec le VIH ne pouvaient pas être travailleuses sexuelles. Si l'on étend l'application de cette notion, aucune personne qui vit avec le VIH ne devrait avoir de rapports sexuels. Or le problème n'est pas que les gens aient des rapports sexuels – c'est qu'ils n'utilisent pas de condom!

L'emphase anti-prostitution dans l'ébauche du document de l'ONUSIDA, très différente des politiques de l'ONUSIDA en 2002 et 2004, s'est manifestée en raison

de vives pressions de gouvernements ultra-conservateurs.

En tant que travailleuses et travailleurs sexuels, nous demandons que ce que nous faisons soit reconnu comme un travail légitime. Nous ne baisserons plus la tête en ayant honte. À ceux et celles qui disent que le travail sexuel n'est pas décent, nous répondons : « Ce qui est indécent, c'est les conditions dans lesquelles nous travaillons! »

– Elena Reynaga

Elena Reynaga (presidencia@redtrasex.org.ar) est travailleuse sexuelle, activiste, et présidente de La Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y del Caribe (Redtrasex), un organisme de travailleuses sexuelles de l'Amérique latine et de la Caraïbe.