

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 15, NUMÉRO 1, OCTOBRE 2010

Redoubler d'efforts contre le sida et pour les droits humains

Les droits de la personne peuvent jouer un rôle crucial dans la réponse mondiale au VIH/sida. Des gens du monde entier continuent d'être exposés à un risque de contracter le VIH, en raison de violations persistantes des droits humains. Dans cet article — basé sur une conférence publique qu'il a présentée lors du 2^e Symposium annuel sur le VIH, le droit et les droits de la personne (« Des données et principes aux politiques et pratiques », du 10 au 12 juin 2010 à Toronto, Canada) — Michel Kazatchkine, directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, explique comment le manque d'appui à des programmes qui protègent et promeuvent les droits humains constitue un échec de la réponse au sida. Il signale que les militants doivent raviver les efforts pour les droits humains, le traitement et la prévention pour tous, y compris les populations les plus marginalisées.

Introduction

Peu de moments dans l'histoire de l'épidémie du sida ont été aussi déterminants que le discours de plénière intitulé « L'assourdissant silence du sida », prononcé

voir page 73



Canadian
HIV/AIDS
Legal
Network

Réseau
juridique
canadien
VIH/sida



AMERICAN BAR ASSOCIATION
Defending Liberty
Pursuing Justice

Cette publication a été
financée en partie par
l'Agence de la santé
publique du Canada.

Sections spéciales :

SIDA 2010

Dans ce numéro de la *Revue*, un supplément présente une sélection d'exposés sur des enjeux juridiques, éthiques et de droits humains, présentés au XVIII^e Congrès international sur le sida à Vienne, en juillet 2010. Voir page 39.



Symposium sur le VIH, le droit et les droits de la personne

Également, un compte-rendu du colloque « Des données et principes aux politiques et pratiques : 2^e Symposium annuel sur le VIH, le droit et les droits de la personne », tenu du 10 au 12 juin 2010 à Toronto. Voir page 71.



REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

publiée par le Réseau juridique canadien VIH/sida
1240 Bay Street, Suite 600
Toronto, Ontario
Canada M5R 2A7
Tél. : +1 (416) 595-1666
Télec. : +1 (416) 595-0094
Courriel : info@aidslaw.ca
www.aidslaw.ca

La *Revue VIH/sida, droit et politiques* offre des analyses et des sommaires de récents développements juridiques et des politiques, en lien avec le VIH/sida, afin de promouvoir l'éducation et l'échange d'information, d'idées et d'expériences, à l'échelle internationale. La soumission d'articles, de commentaires et de reportages est appréciée.

Directeur de la rédaction :
David Cozac, dcozac@aidslaw.ca

Rédactrice en chef, Développements au Canada :
Alison Symington, asymington@aidslaw.ca

Rédactrice en chef, Développements internationaux :
Cécile Kazatchkine, ckazatchkine@aidslaw.ca

Rédactrice en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux — Canada :
Sandra Ka Hon Chu, schu@aidslaw.ca

Rédacteur en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux — International :
Mikhail Golichenko, mgolichenko@aidslaw.ca

Coordonnateur : Vajdon Sohaili

Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault,
Johanne Forget, Rafael A. Wugalter

Mise en page : Liane Keightley

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2010. 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 a été financée par Santé Canada, l'ONUSIDA, les Open Society Foundations, la Fondation Levi Strauss, l'Ontario HIV Treatment Network et les Instituts de recherche en santé du Canada.

Les opinions exprimées dans cette publication relèvent uniquement de leurs auteurs/chercheurs et ne reflètent pas nécessairement les 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

L'American Bar Association est la plus importante association professionnelle volontaire au monde. 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 travaille 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'Ontario HIV Treatment Network

L'Ontario HIV Treatment Network promeut l'excellence et l'innovation dans le traitement, la recherche, l'éducation et la prévention du VIH en Ontario, afin d'améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH, de contribuer aux efforts de prévention du VIH, de promouvoir l'échange de savoir entre tous les dépositaires d'enjeux liés au VIH et d'assurer la valeur pour les ressources investies.

Au sujet des IRSC/REACH

Les Instituts de recherche en santé du Canada sont le principal organisme du gouvernement du Canada chargé du financement de la recherche en matière de santé au Canada. Ils appuient la création de nouvelles connaissances scientifiques et favorisent leur application en vue d'améliorer la santé, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé au Canada. Le Centre des IRSC d'action sur le VIH/sida (Mise en pratique des résultats de la recherche en santé communautaire) [REACH] est un partenariat de collaboration nationale qui offre un forum pancanadien où les partenaires peuvent s'unir pour développer des approches interdisciplinaires novatrices à la prévention, aux soins et aux traitements pour le VIH/sida.

Au sujet des Open Society Foundations

Les Open Society Foundations travaillent à bâtir des démocraties dynamiques et tolérantes, où les gouvernements répondent à leurs citoyens. Pour s'acquitter de cette mission, les fondations tentent d'influencer les politiques publiques afin qu'elles contribuent à une plus grande équité des systèmes politiques, juridiques et économiques, et qu'elles respectent les droits fondamentaux.

Au sujet de la Fondation Levi Strauss

La Fondation Levi Strauss contribue à l'avancement des droits humains et au bien-être de personnes dont les besoins sont négligés et qui sont touchées par ses activités; elle le fait en prenant des risques courageux, en appuyant des partenariats communautaires novateurs et en promouvant la responsabilité citoyenne d'entreprise.

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

Redoubler d'efforts contre le sida et pour les droits humains	1
---	---

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

La prévalence du VIH en prison est 15 fois plus élevée que dans la communauté générale	5
Une nouvelle étude prône le traitement anti-VIH comme méthode de prévention	7
Tenir une maison de débauche devient une « infraction grave » en vertu du Code criminel	8
Réallocation des fonds de l'initiative vaccinale, avec un accent sur la recherche et la transmission périnatale	9
Une nouvelle loi pour améliorer le système de réfugiés du Canada inquiète des militants	10
En bref	12
Saskatchewan — Le taux d'infection à VIH est deux fois supérieur à la moyenne nationale	
La <i>Loi sur l'adéquation de la peine et du crime</i> du gouvernement fédéral coûtera des milliards de dollars et gonflera la population carcérale	
Création d'un Caucus parlementaire sur le VIH/sida et la tuberculose à Ottawa	

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

Ouganda — Des projets de loi comportent des violations de droits des homosexuels et des personnes vivant avec le VIH/sida	14
Malawi — Le président gracie un couple homosexuel condamné	16
États-Unis — L'administration Obama demande aux États de ne plus criminaliser la transmission du VIH	17
En bref	18
Kenya — Le gouvernement élaborera une politique sur le VIH et l'injection de drogue	
Azerbaïdjan — Une nouvelle loi sur le VIH inclut la réduction des méfaits	
Taiwan — Le gouvernement introduira le traitement à la méthadone en prison	
Swaziland — Test du VIH et counselling pour les détenus	
Ouzbékistan — Le gouvernement criminalise la transmission négligente du VIH	
Chine — Un hôpital refuse de traiter une femme séropositive au VIH	
Légalisation du mariage gai à Mexico et en Argentine	

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

La demande de contrôle judiciaire en matière d'immigration d'un Haïtien séropositif est rejetée	23
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition	25

.../4

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL

Un juge du Michigan conclut qu'un homme séropositif n'est pas un bioterroriste	30
R.-U. — Des demandeurs d'asile homosexuels obtiennent le droit de demeurer au pays	32
Droit criminel et cas de transmission du VIH ou exposition	33
En bref	35
Zambie — Un tribunal accorde des dommages-intérêts à deux ex-militaires dans des cas de dépistage obligatoire du VIH	
É.-U. — Un homme séropositif obtient 1,25 millions \$ dans une action fondée sur la protection de la vie privée	
Égypte — Un nouveau système de tarification menace la disponibilité de médicaments génériques	
Kenya — Un tribunal examine la question de l'accès à des médicaments à coût abordable	
Namibie — Des femmes séropositives poursuivent le gouvernement pour cause de stérilisation forcée	
Kenya — Deux patients tuberculeux condamnés à l'emprisonnement	

SIDA 2010 : DROIT, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE

La Déclaration de Vienne : un appel à reformer les politiques sur la drogue	40
VIH/sida et politiques sur la drogue : une nouvelle approche d'application de la loi	41
Le plaidoyer relatif aux politiques, pour les utilisatrices de drogue par injection en Europe centrale et de l'Est	43
La criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission : son étendue mondiale, son impact et la voie future	44
La criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission dans huit pays d'Amérique latine	47
L'impact, sur les résidents séropositifs, d'une loi criminelle d'un État relativement à l'exposition au VIH, aux États-Unis	49
Suisse — Exclusion d'un professionnel de la santé sur la base de sa séropositivité	50
Utiliser les tribunaux en vue d'une réforme positive du droit, pour les femmes du Malawi	52
Afrique du Sud — Le milieu clinique prénatal à Durban et son effet sur le choix de la femme enceinte de passer le test du VIH	53
Namibie — Poursuites intentées pour les cas de stérilisation de femmes séropositives sans consentement éclairé	55
Intégrer santé et droits sexuels et génésiques en lien avec le VIH/sida, en Afrique du Sud	57
Conséquences sanitaires de la détention avant procès, dans des prisons de Zambie	59
Enjeux émergents des droits humains dans la riposte chinoise au VIH/sida	61
Europe – Obtenir des protections légales contre l'expulsion des migrants séropositifs	63
Une nouvelle norme de l'OIT sur le VIH rejette la discrimination à l'endroit des travailleurs séropositifs	64
Un tribunal de la Zambie rend une décision déterminante à propos du test du VIH sans consentement éclairé	66
Vulnérabilités et droits des travailleuses sexuelles migrantes en Europe	67
Implications de la politique anti-prostitution du PEPFAR pour les efforts de prévention du VIH des organismes œuvrant auprès de travailleuses et travailleurs sexuels	69

2^e SYMPOSIUM ANNUEL SUR LE VIH/SIDA, LE DROIT ET LES DROITS DE LA PERSONNE

Introduction	71
Panel — La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH : nouveaux développements et réponses de la communauté	81
Panel — Vaincre l'exclusion : recherche actuelle et enjeux juridiques des politiques canadiennes d'immigration pour les personnes vivant avec le VIH	92
Panel — Nos corps, notre santé : une compréhension plus complète de la santé maternelle en lien avec le VIH	99

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 (asymington@aidslaw.ca), analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida et rédactrice en chef de la présente section. Sauf indication contraire, les articles de la section dans le présent numéro ont été rédigés par Cécile Kazatchkine, analyste des politiques au Réseau juridique.

La prévalence du VIH en prison est 15 fois plus élevée que dans la communauté générale

Un rapport publié en avril 2010 par le Service correctionnel du Canada (SCC) sur les maladies infectieuses et les comportements à risque fait état de taux élevés de VIH et de virus de l'hépatite C (VHC) et exhorte à la mise en œuvre urgente de mesures complètes de réduction des méfaits dans les prisons fédérales.¹

Le rapport établit que 4,6 % des détenus sont séropositifs au VIH, et 31 % au VHC.² Le taux de prévalence du

VIH dans les prisons fédérales ressemble à celui de nombreux pays d'Afrique subsaharienne et dépasse

ceux de toutes les autres régions du monde;³ et il est 15 fois plus élevé que celui du reste de la population

canadienne. Quant au VHC, sa prévalence à 31 % parmi les détenus est 39 fois plus élevée que parmi la population générale.⁴

Dans les deux cas, les femmes incarcérées, en particulier les femmes autochtones, sont affectées de manière disproportionnée.⁵

Par ailleurs, 17 % des hommes et 14 % des femmes ont déclaré s'être injecté des drogues en prison, et 17 % des hommes et 31 % des femmes ont dit avoir eu des rapports sexuels oraux, vaginaux ou anaux pendant leur incarcération. Parmi les détenus interviewés, 55 % des hommes et 41 % des femmes avaient utilisé la seringue usagée d'une autre personne, et 38 % des hommes et 29 % des femmes avaient partagé une seringue avec une personne ayant le VIH, le VHC ou une autre infection.

Parmi ceux qui avaient des rapports sexuels ou s'injectaient des drogues, les comportements à risque étaient associés à une demande accrue de services de réduction des méfaits; lorsque accessibles, ceux-ci étaient utilisés convenablement par les répondants.⁶

Les données du sondage mettent en relief une instabilité des soins et traitements pour le VIH en prison. Soixante p. cent des détenus vivant avec le VIH ont signalé des interruptions de traitement, au SCC.⁷ Greg Simmons, représentant des détenus et ex-détenus au Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, est troublé par le manque de continuité dans le traitement antirétroviral des détenus vivant avec le VIH.

« Toute interruption de leur traitement peut avoir des implications graves pour leur santé et entraîner une résistance aux médicaments. Le SCC doit permettre aux détenus de récu-

pérer leurs médicaments, à l'incarcération, et changer la manière dont les pharmacies des pénitenciers fédéraux surveillent et commandent les médicaments. », a-t-il commenté.⁸

Le SCC a constaté que 67 % des détenus vivant avec le VIH sont préoccupés par la discrimination dans les prisons fédérales; il a reconnu qu'il existe des « occasions d'améliorer les soins aux détenus séropositifs au VIH ».⁹

L'on s'inquiète aussi que la politique actuelle du gouvernement fédéral, qui inclut des projets de loi criminelle autorisant des peines minimales obligatoires pour les infractions liées à la drogue, ne fasse qu'exacerber la crise de santé dans les prisons fédérales en accroissant le nombre de détenus, en particulier ceux à risque élevé de VIH et de VHC.¹⁰

Le sondage illustre non seulement le besoin urgent de programmes complets de réduction des méfaits dans les prisons fédérales, mais aussi la nécessité que le gouvernement fédéral revoie son approche de « ligne dure » contre le crime.¹¹

Selon Seth Clarke, coordonnateur du développement communautaire fédéral pour le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida, « [v]u les piètres conditions actuelles dans les prisons fédérales, le gouvernement fédéral devrait s'orienter vers une approche sensible aux politiques sur les drogues, fondée sur des données scientifiques solides, des principes de santé publique judicieux et le respect des droits humains — en prison et dans la communauté. Cela implique d'abandonner les mesures pénales qui emprisonnent des personnes ayant une dépendance, et d'introduire des programmes d'échange de seringues

en prison pour réduire les risques parmi les détenus. »¹²

Le rapport présente les résultats d'un sondage du SCC pour optimiser sa stratégie de prévention, de contrôle et de gestion des maladies infectieuses dans les prisons fédérales. Mené en 2007, le sondage consistait en un questionnaire écrit et auto-administré; 3 370 détenus fédéraux y ont participé, fournissant de l'information sur leurs comportements à risque, leur recours au test, aux traitements et aux programmes, et leur connaissance du VIH et du VHC.

¹ Service correctionnel du Canada, *Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque*, avril 2010. Accessible via www.csc-scc.gc.ca.

² Ibid.

³ Réseau juridique canadien VIH/sida, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida et Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, « D'après un nouveau rapport du SCC, une crise du VIH et de l'hépatite C sévit dans les pénitenciers fédéraux », communiqué, Toronto, 21 avril 2010.

⁴ Ibid.

⁵ Service correctionnel du Canada (supra).

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Réseau juridique canadien VIH/sida (supra).

⁹ Service correctionnel du Canada (supra).

¹⁰ Réseau juridique canadien VIH/sida (supra).

¹¹ Réseau juridique canadien VIH/sida (supra); J. Tibbetts, « HIV rampant in federal prisons: report », CanWest News Service, 21 avril 2010.

¹² Réseau juridique canadien VIH/sida (supra).

Une nouvelle étude prône le traitement anti-VIH comme méthode de prévention

Une nouvelle étude du B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS (BC-CfE) confirme que les bienfaits de la thérapie antirétrovirale fortement active (HAART) vont bien au delà du traitement et incluent d'importants bienfaits préventifs secondaires.¹

Alors que de nouvelles données issues d'autres contextes suggèrent que la HAART pourrait réduire significativement le risque de transmission du VIH, l'étude du BC-CfE visait à analyser, au palier populationnel, l'association potentielle entre l'expansion de la couverture de la HAART, la charge virale et le nombre annuel de nouveaux diagnostics de VIH, dans une province canadienne où l'accès aux soins pour le VIH est gratuit.²

L'étude concernait la Colombie-Britannique (C.-B.). L'équipe de chercheurs s'est intéressée à trois périodes distinctes de l'usage d'antirétroviraux dans la province. La première période s'étendait de 1996 à 1999 (au moment de l'introduction de la HAART); la deuxième, de 2000 à 2003; et la troisième, de 2004 à 2009.

L'étude a révélé que, de 1996 à 1999, l'usage de la HAART a nettement augmenté et le nombre de nouveaux cas de VIH a chuté de 40 %. De 2000 à 2003, l'usage de la HAART n'a connu qu'une légère hausse, alors que le nombre de nouveaux cas de VIH est demeuré stable. De 2004 à 2009, le nombre d'utilisateurs de la HAART a augmenté de manière soutenue et le nombre annuel de nouveaux cas de VIH a diminué de 23 %.

De 1996 à 2009, alors que le nombre de personnes recevant la HAART en C.-B. a augmenté de 547 %, le nombre de cas de VIH a chuté de

52 %. On a noté une forte association entre l'expansion de la couverture de la HAART, la réduction de la charge virale communautaire et la diminution du nombre de nouveaux diagnostics de VIH dans la province, y compris parmi les populations ayant des antécédents d'injection de drogue.

Les chercheurs ont conclu que l'expansion de la HAART constitue un important outil de prévention pouvant compléter des efforts de prévention communautaires comme des programmes de réduction des méfaits.³ Les résultats de l'étude appuient aussi l'argument de leaders mondiaux de la lutte au VIH en faveur d'amorcer le traitement dès que possible afin de prévenir de nouveaux cas d'infection. Comme l'a signalé Michel Sidibé, directeur général du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), « [l]e traitement ne sauve pas seulement des vies; il pourrait constituer un des plus puissants outils de prévention dont nous disposons. »⁴

S'inspirant du concept de « traitement comme méthode de prévention » et des nouveaux constats du BC-CfE, l'ONUSIDA a développé une approche intitulée « Traitement 2.0 », visant à élargir considérablement l'accès au test et au traitement. L'ONUSIDA estime que la mise en œuvre réussie du Traitement 2.0

pourrait prévenir 10 millions de décès et un million de nouvelles infections à VIH, d'ici à 2025.⁵ Comme l'ont conclu les auteurs de l'étude du BC-CfE, « [les] résultats devraient servir à raviver la promesse du G8 concernant l'accès universel, afin d'atténuer l'impact du VIH et la croissance de l'épidémie. »⁶

Le Gouvernement de la C.-B. a récemment lancé un programme pilote de 48 millions \$CAN sur quatre ans, intitulé « Seek and Treat », afin de rehausser l'accès aux traitements et aux soins parmi des communautés difficiles à joindre, notamment les travailleuses et travailleurs sexuels et les personnes qui s'injectent des drogues.⁷ Selon une autre étude récente du BC-CfE, le fait de traiter plus de patients générera des économies de 1 milliard \$CAN en soins de santé sur 30 ans, en C.-B.⁸

Le Dr Julio Montaner, directeur du BC-CfE, considère qu'« investir dans l'accès universel est la meilleure chose à faire, mais aussi la plus intelligente ».⁹

¹ J. Montaner et coll., « Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly

new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study », *The Lancet*, publié en ligne le 18 juillet 2010. Accessible via www.thelancet.com.

² Ibid.

³ Ibid; B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS, « Study shows HIV/AIDS Treatment Curbs Spread of Disease », communiqué, Vancouver, 18 juillet 2010.

⁴ B.C. Centre for Excellence (supra).

⁵ « Global: A radical new UNAIDS Treatment strategy », *PlusNews*, 16 juillet 2010, accessible à www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=89861; D. Black, « New hope to halt spread of HIV », *The Toronto Star*, 19 juillet 2010.

⁶ J. Montaner et coll. (supra).

⁷ C. Kazatchkine, « Colombie-Britannique — Un projet

visé à améliorer l'accès aux traitements et aux soins pour le VIH dans des populations difficiles à joindre », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 14 (3), juin 2010 : 19—20.

⁸ K.M. Johnston et coll., « Expanding access to HAART: a cost-effective approach for treating and preventing HIV », *AIDS* 24(12) (2010) : 1929—1935.

⁹ A. Picard, « No room for despair in quest to beat AIDS », *The Globe and Mail*, 19 juillet 2010.

Tenir une maison de débauche devient une « infraction grave » en vertu du Code criminel

Un nouveau règlement fédéral ciblant le crime organisé fera de la tenue d'une maison de débauche une « infraction grave » en vertu du Code criminel. Des militants pour le travail sexuel ont qualifié la mesure d'important recul qui nuira à la protection des droits humains, de la sécurité, de la dignité et de la santé des travailleuses et travailleurs sexuels.

En juillet 2010, le ministre de la Justice Rob Nicholson, accompagné du sénateur Pierre-Hugues Boisvenu, a annoncé la promulgation d'un nouveau règlement « renforçant la capacité des organismes d'application de la loi de lutter contre le crime organisé »,¹ qui fera de 11 actes criminels des « infractions graves » en vertu de l'article 467(1) du Code criminel.²

L'article 467(1) du Code criminel stipule qu'une « organisation criminelle » est un groupe, quel qu'en soit le mode d'organisation, composé d'au moins trois personnes se trouvant au Canada ou à l'étranger, dont un des principaux objets ou activités est de commettre ou de faciliter une ou plusieurs infractions graves qui, si commises, pourraient lui procurer

— ou procurer à une personne qui en fait partie —, directement ou indirectement, un avantage matériel, notamment financier.

Les poursuivants et les enquêteurs pourront désormais recourir aux diverses dispositions du Code criminel ciblant le crime organisé, notamment à des procédures spéciales qui peuvent être utilisées dans les enquêtes et les poursuites liées au crime organisé, dans des domaines comme les mises sous écoute, le cautionnement et l'admissibilité à la libération conditionnelle.³

Le travail sexuel est directement ciblé par ce nouveau règlement, puisque la tenue d'une maison de débauche est un des actes criminels qui deviendra une « infraction grave » et

pourrait emporter une peine d'emprisonnement supplémentaire de 5 ans, en cas de participation aux activités d'une organisation criminelle.⁴ Ce changement pourrait affecter des salons de massage, des maisons de prostitution, des donjons et des saunas.⁵

Des militants ont soulevé de sérieuses préoccupations à l'effet que le nouveau règlement fait fi de l'expérience des travailleuses et travailleurs sexuels et des recherches qui montrent que les lois pénales contribuent à des conditions de travail non sécuritaires pour eux. Selon la D^{re} Emily van der Meulen, du Centre for Research on Inner City Health de l'Hôpital St. Michael's de Toronto, « la recherche démontre que

le travail à l'intérieur peut être plus sécuritaire pour les travailleuses et travailleurs sexuels. Toutefois, les changements à la loi feront en sorte qu'ils recevront des sanctions et des peines d'emprisonnement beaucoup plus sévères en cas d'accusation ».⁶

Le Toronto Sex Workers Action Project craint que « les travailleuses et travailleurs sexuels qui travaillent ensemble par souci de sécurité soient considérés comme des criminels organisés », et que cela les « décourage de travailler à l'intérieur et de briser l'isolement ». Il va sans dire que « plusieurs femmes protègent leur santé et leur sécurité en négociant les services et le sécurisexe au moment où les clients appellent pour prendre rendez-vous. Des préoccupations accrues à l'égard des mises sous écoute compromettent cette stratégie et exposeront les travailleuses à des risques. »⁷

Selon Stella, un organisme de travailleuses sexuelles de Montréal,

le nouveau règlement ne tient pas compte du fait que la majorité des personnes qui travaillent dans des maisons de débauche ont choisi de le faire, car ces lieux permettent aux femmes de mieux contrôler leur environnement de travail. Le nouveau règlement enfreint leur droit à la liberté d'association, en tentant de protéger leur sécurité.⁸

Des détracteurs s'inquiètent de l'association entre le crime organisé et le travail sexuel, qui pourrait créer une confusion entre le trafic et le travail consensuel.⁹ Selon Maggie's Toronto, l'association entre le crime organisé et le travail sexuel renforcera le stigmate à l'égard des travailleuses et travailleurs sexuels et contribuera à leur ciblage accru et injustifié, par les forces d'application de la loi.¹⁰

Le nouveau règlement a été promulgué à portes closes par le cabinet fédéral, au beau milieu de l'été, sans début public ni consultation des tra-

vailleuses et travailleurs sexuels et des organismes de plaidoyer.¹¹

¹ Ministère de la Justice du Canada, « Le Gouvernement du Canada promulgue un nouveau règlement de lutte contre le crime organisé », communiqué, 4 août 2010. Accessible à www.justice.gc.ca/fra/nouv-news/cp-nr/2010/doc_32531.html.

² Ministère de la Justice du Canada, « Fiche d'information : Nouveau règlement pour appuyer la lutte contre le crime organisé », 4 août 2010. Accessible à www.justice.gc.ca/fra/nouv-news/cp-nr/2010/doc_32532.html.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

⁵ M. McCann, « Sex work activists condemn organized crime designation for bawdy-house keepers », *Xtra*, 4 août 2010. Accessible via www.xtra.ca.

⁶ Maggie's Toronto, « The Toronto Sex Workers Action Project Objects to Recent Changes to Bawdy-House Sentencing Regulations », communiqué, Toronto, 12 août 2010.

⁷ Ibid.

⁸ Stella, « Harper ajoute un règlement au Code criminel : tenir une maison de débauche devient une infraction grave », communiqué, Montréal, 5 août 2010.

⁹ Stella (supra); Maggie's Toronto (supra); M. McCann (supra).

¹⁰ Maggie's Toronto (supra).

¹¹ D. Smith, « NDP MP slams Tories over new organized crime regulations », *Xtra*, 4 août 2010; Maggie's Toronto (supra).

Réallocation des fonds de l'initiative vaccinale, avec un accent sur la recherche et la transmission périnatale

Lorsque le gouvernement fédéral a officiellement annoncé, en février 2010, l'annulation d'un projet de 88 millions \$CAN pour la construction d'une unité pilote de fabrication de vaccin anti-VIH au Canada, on ne savait pas clairement où les fonds seraient redirigés. Il fut annoncé en juillet qu'ils iraient à la recherche et à la prévention de la transmission du VIH de la mère au bébé.¹

Le projet initial était une pièce maîtresse de l'Initiative canadienne de vaccin contre le VIH (ICVV), une

collaboration de 139 millions \$ entre le Gouvernement du Canada et la Fondation Bill et Melinda Gates.²

Lors du XVIII^e Congrès international sur le sida à Vienne, la ministre fédérale de la Santé, Leona

Aglukkaq, a annoncé un changement de stratégie : le gouvernement créera l'Alliance de recherche et de développement de l'ICVV, qui réunira des chercheurs des secteurs public et privé, du Canada et d'autres pays, pour développer des solutions novatrices aux défis du développement de vaccins anti-VIH.

L'Alliance misera sur l'excellence scientifique et sera appuyée par plusieurs investissements significatifs pour aider les chercheurs à faire passer de potentiels vaccins anti-VIH du laboratoire à des essais cliniques mondialement reconnus.³ La principale caractéristique de l'Alliance est l'octroi de 102 millions \$ à des projets de recherche vaccinale.⁴

Le gouvernement a aussi annoncé que 30 millions \$ seront octroyés à l'Agence canadienne de développement international, afin de prévenir la transmission du VIH de la mère au bébé dans les pays en développement. Bien que le projet ne semble pas lié aux vaccins, la décision n'avait rien d'étonnant — la santé maternelle et infantile ayant été un enjeu prioritaire

du Sommet du G8 de Huntsville, Ontario, en juin.⁵

Des organismes de lutte contre le VIH/sida, notamment le Réseau juridique canadien VIH/sida, ont critiqué la décision de réallouer les fonds de l'ICVV sans consulter d'abord les parlementaires et les dépositaires d'enjeux de la communauté.⁶ Le Réseau juridique était aussi profondément déçu que le Gouvernement du Canada ait participé au Congrès pour annoncer la réallocation des fonds, sans promettre de contribution significative au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, considéré essentiel à la réussite de la réponse à l'épidémie mondiale du VIH.⁷

Des organismes canadiens de la société civile exhortent le Gouvernement du Canada à s'engager à financer 5 % des 20 milliards \$US dont a besoin le Fonds mondial au cours des trois prochaines années pour renverser l'épidémie du VIH. Cela représente un milliard \$ au cours des trois prochaines années — soit environ 10 \$CAN par habitant, par

année.⁸ Selon le Dr Julio Montaner, directeur général du B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS, la réponse canadienne à l'épidémie mondiale du VIH est « insuffisante et décevante ».⁹

¹ « Lutte contre le VIH/sida — Le Canada et la fondation Bill Gates font front commun », *Le Devoir*, 21 juillet 2010; E. Church, « Ottawa's AIDS strategy target research, mother-child transmission », *The Globe and Mail*, 20 juillet 2010.

² C. Kazatchkine, « Annulation d'un projet de 88 millions \$ pour la recherche de vaccin contre le VIH », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 14(3) (2010) : 20–21.

³ Agence de la santé publique du Canada, « Le gouvernement du Canada annonce une Alliance pour mener la lutte mondiale contre le VIH », communiqué, Vienne, 20 juillet 2010.

⁴ M. Fitzpatrick, « Research network for HIV vaccine 'far too small'; Ottawa failing to lead in the fight against HIV », *Edmonton Journal*, 21 juillet 2010; D. Smith, « Critics track Canadian fallout from Vienna AIDS conference », *Xtra*, 27 juillet 2010.

⁵ Ibid.

⁶ D. Smith (supra).

⁷ Ibid.

⁸ Réseau juridique canadien VIH/sida et coll., « Des activistes canadiens et africains demandent aux dirigeants du G8/G20 d'agir pour contrer la crise de sida au Canada et à l'étranger », communiqué, Toronto, 22 juin 2010. Le Canada a versé 978 millions \$CAN au Fonds mondial depuis sa création en 2001, y compris sa plus récente contribution de 450 millions \$ sur trois ans (2008–2010).

⁹ M. Fitzpatrick (supra).

Une nouvelle loi pour améliorer le système de réfugiés du Canada inquiète des militants

Malgré des améliorations significatives, la nouvelle *Loi sur des mesures de réforme équitables concernant les réfugiés* renferme des dispositions controversées concernant le système canadien d'octroi de l'asile, selon des militants pour les réfugiés.

Ayant reçu la sanction royale le 29 juin 2010, la Loi vise à améliorer le système d'octroi de l'asile du Canada,

en particulier les délais d'audience.¹ Un des principaux éléments de la nouvelle loi est l'accès à une nouvelle

Section d'appel des réfugiés de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada (CISR)

— ce que le Conseil canadien pour les réfugiés (CCR) réclamait depuis plus de vingt ans.²

Le Projet de loi C-11 à l'origine de la Loi a soulevé de vifs débats et controverses, avant que le Comité parlementaire sur l'immigration ne concède d'importants amendements pour mieux protéger les réfugiés. Une des dispositions les plus controversées du projet de loi autorisait le ministre de la Citoyenneté, de l'Immigration et du Multiculturalisme à désigner des pays « sûrs » dont les ressortissants n'auraient pas accès au processus d'appel des réfugiés.³ Le CCR a signalé qu'une telle disposition créerait un système injuste « à deux vitesses, refusant l'appel à certains requérants sur la base de leur nationalité ».⁴ Des critiques ont noté que les femmes déposant une demande sur la base de la sexospécificité et les personnes invoquant le motif de l'orientation ou de l'identité sexuelle seraient particulièrement affectées par la disposition.⁵

Grâce à la mobilisation d'opposants, y compris de la communauté canadienne gaie et lesbienne, la disposition sur les pays sûrs a été retirée de la version finale du projet de loi. La nouvelle loi donne encore le pouvoir au gouvernement de désigner des pays d'origine,⁶ mais tous les réfugiés, y compris ceux de pays soi-disant « sûrs », auront accès à la Section d'appel des réfugiés. Le délai d'appel des décisions de première instance sera plus court pour les requérants venant d'un pays « désigné ».⁷

Une autre disposition litigieuse de la loi concerne les requérants au statut de réfugié pour considérations d'ordre humanitaire (COH). La Loi

interdit au ministre d'examiner toute demande pour COH dont l'auteur a une requête de protection en instance, et le cas échéant jusqu'à un an après le rejet de la requête. Selon l'Association du Barreau canadien (ABC), « les demandes pour COH sont une mesure vitale; elles assurent un redressement dans le cas de violations de droits qui ne répondent pas aux strictes exigences des demandes du statut de réfugié ».⁸

L'ABC est d'avis qu'à tout le moins, aucun motif ne justifie une telle interdiction. Le texte final de la loi stipule que les requérants refusés auront le droit de déposer une demande pour COH au cours de l'année suivante, mais les décideurs ne prendront plus en considération les risques évalués dans le cadre du processus de protection des réfugiés.⁹

La nécessité d'accélérer les demandes du statut de réfugié n'a pas été contestée, mais les nouveaux délais d'audience et l'introduction d'une entrevue de collecte d'information au début du processus soulèvent des préoccupations.¹⁰ Une entrevue de collecte d'information sera effectuée au moins 15 jours après le dépôt d'une requête à la CISR. En vertu du système actuel, l'information est recueillie au moyen d'un formulaire de renseignements personnels remplis par les demandeurs d'asile.¹¹

Janet Dench, du CCR, considère l'entrevue « fortement problématique, en particulier pour les personnes qui ne sont pas prêtes à s'adresser à un agent pour expliquer les motifs réels de leur requête — cela inclut des personnes invoquant le motif de l'orientation sexuelle et d'autres qui ne sont pas en mesure d'en parler ouvertement ». Selon elle, il est reconnu que les personnes atteintes de stress post-traumatique ont souvent de la

difficulté à fournir des réponses cohérentes aux questions sur leurs expériences.¹²

En vertu de la Loi, une audience se tiendra dans les 90 jours pour la plupart des requérants et dans les 60 jours pour ceux des « pays désignés ».¹³ Mme Dench est d'avis que cela pourrait aussi poser problème, « en particulier pour les personnes qui n'ont pas le temps de développer la confiance nécessaire à témoigner, mais aussi de colliger l'information pertinente à leur requête ».¹⁴

¹ Citoyenneté et Immigration Canada, *Mise en œuvre de la réforme du système d'octroi de l'asile*. Accessible à www.cic.gc.ca/francais/refugies/reforme.asp.

² Bien que la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* approuvée par le Parlement en 2001 prévoit une Section d'appel des réfugiés, sa création a été reportée indéfiniment par le ministre de la Citoyenneté, de l'Immigration et du Multiculturalisme du Canada; Conseil canadien pour les réfugiés, *Protecting rights in a fair and efficient refugee determination system. Submissions on Bill C-11*, 5 mai 2010. Accessible à <http://ccrweb.ca/files/C11submissionmay2010.pdf>.

³ D. Smith, « Queers get props for winning refugee amendments », *Xtra*, 11 juin 2010; J. Ibbitson, « Tories, Liberals seek consensus on revamped refugee system », *The Globe and Mail*, 1 juin 2010.

⁴ Conseil canadien pour les réfugiés (supra).

⁵ Ibid.

⁶ Selon Citoyenneté et Immigration Canada, les pays d'origine désignés incluront des pays qui ne produisent habituellement pas de réfugiés, ont un bon dossier concernant les droits de la personne et offrent une

protection étatique fiable. Un pays peut être considéré en vue d'une désignation seulement si le nombre de demandes de protection de réfugiés est égal ou supérieur au nombre de demandes spécifié dans le règlement à paraître; et si le taux d'acceptation par la Section d'appel des réfugiés est égal ou inférieur au taux établi dans le règlement. De plus, les antécédents de respect des droits humains et la disponibilité dans le pays d'origine de mécanismes de protection et de redressement seront pris en compte.

⁷ Citoyenneté et Immigration Canada (supra).

⁸ Association du Barreau canadien, *Submissions on the Balanced Refugee Reform Act- Executive summary*, mai 2010. Accessible à <http://ccrweb.ca/files/cbaexecsummary.pdf>.

⁹ Citoyenneté et Immigration Canada (supra).

¹⁰ D. Smith (supra).

¹¹ Citoyenneté et Immigration Canada, *Document d'in-*

formation — Projet de loi C-11 : Loi sur des mesures de réforme équitables concernant les réfugiés. Accessible via www.cic.gc.ca.

¹² D. Smith (supra); Conseil canadien pour les réfugiés (supra).

¹³ Citoyenneté et Immigration Canada, *Mise en œuvre de la réforme du système d'octroi de l'asile et Document d'information* (supra).

¹⁴ D. Smith (supra).

En bref

Saskatchewan — Le taux d'infection à VIH est deux fois supérieur à la moyenne nationale

Depuis quelques années, la Saskatchewan connaît une hausse marquée du nombre d'infections par le VIH. Le taux de VIH y est à présent le plus élevé au Canada — soit deux fois la moyenne nationale, avec 20,3 cas par 100 000 habitants, comparativement à 9,3 cas par 100 000 habitants dans le reste du pays.¹

Selon des dirigeants provinciaux ayant participé au congrès organisé par l'Association canadienne de recherche sur le VIH à Saskatoon en mai 2010, 75 % des nouveaux cas de VIH sont attribuables à l'injection de drogue;² et les femmes des Premières Nations et Métis de moins de 30 ans y sont représentées de manière disproportionnée.³ Le chef du Conseil tribal de Saskatoon considère le taux croissant de VIH dans la province comme une « crise pour son peuple ».⁴

En réponse à l'essor de l'épidémie du VIH en Saskatchewan, le ministère de la Santé provincial a développé

une stratégie sur le VIH pour 2010–2013, fondée sur quatre piliers : la surveillance; la prise en charge clinique; la prévention et la réduction des méfaits; et l'implication et l'éducation communautaires. Le plan établira des centres de prévention et de bien-être avec un accès accru aux programmes d'échange de seringues et à d'autres mesures de réduction des méfaits, en élargissant la prévention et le traitement des toxicomanies et en intégrant des programmes de santé mentale et de toxicomanie dans une approche holistique.

Toutefois, les autorités provinciales de la santé n'ont pas l'intention d'établir des lieux d'injection supervisée.⁵

La Loi sur l'adéquation de la peine et du crime du gouvernement fédéral coûtera des milliards de dollars et gonflera la population carcérale

La *Loi sur l'adéquation de la peine et du crime*, entrée en vigueur en février

2010, coûtera aux contribuables 1 milliard \$ pour sa mise en œuvre et plusieurs autres milliards \$ pour son maintien, a affirmé M. Kevin Page, directeur parlementaire du budget, dans un rapport quantifiant les implications de la loi. M. Page estime que la construction de nouveaux établissements correctionnels coûterait à elle seule environ 1,8 milliards \$ sur cinq ans.⁶

Selon le rapport, la loi pourrait faire augmenter le nombre de détenus de 8 618 (en 2007–2008) à 17 058, dont 9 021 sous surveillance communautaire.⁷

La loi limite le crédit que les juges peuvent accorder aux détenus pour le temps passé en détention avant leur sentence. Entre autres, elle élimine le crédit « deux pour un » sur le temps passé en détention présentencielle.⁸ Par conséquent, seul le temps réellement passé en détention présentencielle peut à présent être déduit de la durée de la peine d'emprisonnement prononcée.

Selon le ministre de la Santé Rob Nicholson, « cela apportera une meilleure adéquation de la peine et

du crime et rassurera les Canadiens à l'effet que justice est faite. »⁹

Création d'un Caucus parlementaire sur le VIH/sida et la tuberculose à Ottawa

En juin 2010, quatre députées de tous les partis politiques de la Chambre des communes se sont réunies pour former le Caucus parlementaire sur le VIH/sida et la tuberculose (TB).

L'idée est venue de la députée libérale Ruby Dhalla, qui coprésidera le caucus avec Lois Brown du Parti conservateur, Johanne Deschamps du Bloc Québécois et Megan Leslie du Nouveau Parti démocratique.¹⁰

Le caucus non partisan vise à accroître la sensibilisation au besoin d'action sur le VIH/sida et la TB, et à créer une tribune au sein du Parlement pour échanger des idées sur les besoins des personnes vivant avec le VIH ou autrement affectées. Le caucus travaillera à des enjeux domestiques et internationaux; il a déjà commencé à joindre des organismes, des dépositaires d'enjeux et des individus afin de rehausser la sensibilisation au VIH/sida et de promouvoir des politiques et des initiatives sur la prévention et le traitement du VIH/sida et de la TB.

Coparrainé par le Réseau juridique canadien VIH/sida, le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements et la Coalition interagence sida et développement, le lancement du caucus a eu lieu le 14 juin 2010, quelques jours avant les sommets

du G8 et du G20, respectivement à Huntsville et à Toronto.

¹ A. Picard, « A changing epidemic: Canada's AIDS rate on the rise », *The Globe and Mail*, 22 juillet 2010.

² « Saskatchewan first nations HIV rate double the national average », *The Globe and Mail*, 7 mai 2010.

³ Saskatchewan Ministry of Health, *HIV Strategy for Saskatchewan 2010-2010*, 6 mai 2010. Accessible à www.gov.sk.ca.

⁴ « Saskatchewan first nations HIV rate double the national average » (supra).

⁵ « Saskatchewan won't get safe-injection sites », CBC News, 16 mai 2010.

⁶ « Sentencing act to cost billions: report », CBC News, 22 juin 2010.

⁷ Ibid.

⁸ G. Galloway, « The Truth in Sentencing bill becomes law », *The Globe and Mail*, 23 février 2010.

⁹ Ibid.

¹⁰ Bureau de Ruby Dhalla, députée, « Four Female MPs Unite to Launch the HIV/AIDS and TB Parliamentary Caucus », communiqué, Ottawa, 10 juin 2010; D. Smith, « Parliament launches all-party HIV/AIDS & TB caucus », *Xtra*, 16 juin 2010.

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

On trouve sous cette rubrique 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 Cécile Kazatchkine (ckazatchkine@aidslaw.ca), analyste des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida et rédactrice en chef de cette section.

Ouganda — Des projets de loi comportent des violations de droits des homosexuels et des personnes vivant avec le VIH/sida

Deux projets de loi déposés au parlement de l'Ouganda ont soulevé l'ire des défenseurs des droits à l'égalité en lien avec le VIH et l'orientation sexuelle, qui y voient des violations de droits fondamentaux.

Projet de loi anti-homosexualité

L'*Anti-Homosexuality Bill*, déposé en octobre 2009 par le député David

Bahati, à titre d'initiative privée, est en attente à l'ordre du jour du Comité parlementaire ougandais sur les affaires légales et parlementaires; il semble improbable qu'il soit adopté

au cours de la présente session législative.¹

Depuis son dépôt au parlement, le projet de loi a soulevé une vive opposition, tant en Ouganda qu'ailleurs

dans le monde. Des militants des droits ainsi que des politiciens de premier plan ont exprimé leur indignation devant le projet de loi anti-homosexualité, et des dispositions proposant la peine de mort dans certaines circonstances comme les relations sexuelles par des personnes séropositives au VIH, ou les rapports homosexuels avec une personne mineure;² et des plans de longue peine d’incarcération pour les personnes, y compris membres de la famille, qui ne signaleraient pas un homosexuel à la police.³

En réponse à des critiques internationales, le président ougandais Yoweri Museveni a publiquement pris ses distances de la loi proposée. Il a ensuite créé un comité du cabinet pour examiner le projet de loi; en mai 2010, ce comité a recommandé son retrait de l’ordre du jour législatif.

Dans son rapport, le comité a conclu que le projet de loi comportait « des défauts techniques de forme et de contenu » et que plusieurs des clauses qui y étaient proposées étaient inconstitutionnelles ou créaient des redondances vu les lois en vigueur. Il a recommandé d’éviter d’attirer une attention négative sur le projet de loi en modifiant son titre ou en le fusionnant à une loi ougandaise actuelle, la Sexual Offences Act [Loi sur les délits sexuels]. Seule la clause 13 de cet *Anti-Homosexuality Bill* — qui concerne la *promotion* de l’homosexualité — « méritait d’être prise en considération », d’après lui.⁴

L’homosexualité est déjà illégale, en Ouganda, et les contrevenants peuvent être condamnés à une peine maximale de 14 ans d’incarcération.

Les homosexuels ougandais luttent depuis longtemps, pour être acceptés et se voir reconnaître le droit à l’égalité, dans leur pays, où le climat

social leur est hostile. De récents sondages ont révélé qu’une majorité des Ougandais s’oppose à l’homosexualité, et que certaines personnes la considèrent étrangère aux pratiques culturelles du pays et comme un affront aux valeurs traditionnelles et aux systèmes de croyances.⁵

L’*Anti-Homosexuality Bill* a été déposé quelques mois après la visite de quelques représentants évangéliques états-unis, qui avaient prononcé des discours lors d’un colloque intitulé *Seminar on Exposing the Homosexual Agenda* [Séminaire pour mettre au jour l’ordre du jour des homosexuels].⁶

Projet de loi sur la prévention et le contrôle du VIH

Le 18 mai 2010, le *HIV Prevention and Control Bill* a été déposé au parlement. Il a été rédigé par le comité parlementaire sur le VIH/sida et déposé par la députée Beatrice Rwakimari.

Bien que l’objectif de ce projet de loi soit de contrer la propagation du VIH, des critiques sont d’avis que certains de ses articles conduiraient à de la discrimination à l’égard de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) et nuiraient aux efforts de prévention du VIH. Ils critiquent en particulier les articles relatifs à l’autodivulgation obligatoire de la séropositivité, le test obligatoire pour le VIH, et la criminalisation de la transmission intentionnelle du VIH.⁷

Des militants des droits humains soutiennent que la criminalisation du VIH serait contre-productive et pourrait inciter des personnes à éviter de passer le test du VIH.⁸ En éditorial, le journal ougandais *The New Vision* a affirmé qu’« il n’y a pas de doute qu’une personne qui transmet déli-

bérément le VIH à une autre devrait être punie, mais comment définir le caractère délibéré? Et comment prouver sa présence? »⁹

Un chercheur de l’École de santé publique de l’Université Makerere, dans la capitale Kampala, a affirmé que le projet de loi nuirait aux efforts de prévention du VIH, du fait que des gens préféreraient ne pas savoir qu’ils sont séropositifs au VIH, « car ils se sentiraient moins menacés sur le plan légal, en ne passant pas le test. Autrement, ils s’exposeraient à la possibilité d’être déclarés coupables; ainsi, le fait de ne pas savoir que l’on est séropositif deviendrait un moyen de défense ». ¹⁰ Le commentateur a aussi avancé qu’une intervention appropriée consisterait à travailler à alléger les obstacles au test volontaire.

Le projet de loi est controversé depuis pratiquement ses premiers jours. Lors de réunions de consultation à son sujet, plusieurs individus et organismes de la société civile, opposés à certaines de ses dispositions, avaient demandé leur abandon.

En contrepartie, le projet de loi renferme aussi des mesures antidiscriminatoires pour les travailleurs et les étudiants. Notons ces points principaux :

- 10 ans d’emprisonnement ou amende de 4,8 millions de shillings kenyans (approx. 62 030 \$ CAN), pour transmission délibérée du VIH;
- 10 ans d’emprisonnement pour un travailleur de la santé ayant illégalement divulgué la séropositivité d’un patient;
- 5 ans d’emprisonnement pour tentative de transmission du VIH;
- test obligatoire du VIH pour les femmes enceintes et leurs

partenaires; de même que pour les auteurs et victimes de délits sexuels, les prostituées, et les utilisateurs de drogue;

- interdiction de refuser d'embaucher des personnes au motif du VIH et d'exercer de la discrimination pour ce même motif; et
- reconnaissance du droit des PVVIH/sida de se porter candidates pour des fonctions publiques élues ou autres.¹¹

Le projet de loi établi par ailleurs des termes et conditions relatifs à la recherche biomédicale sur le VIH et

affirme que de telles études ne doivent ni mettre en danger la santé des participants, ni être réalisées sans leur consentement écrit.

— *David Cozac*

¹ G. Branch, "Uganda: anti-gay bill stalls," Global Post, 6 August 2010. Accessible à www.globalpost.com/dispatch/africa/100804/uganda-anti-gay-bill.

² Ibid.

³ G. Branch, « Is Uganda's anti-Homosexuality Bill Dead? », Global Post, 12 mai 2010. Accessible à www.globalpost.com/dispatch/africa/100510/uganda-anti-gay-bill.

⁴ Ibid.

⁵ P. Clotey, « Ugandan Activist Says Outside Pressure Has Slowed Anti-Gay Bill », VOA News, 20 juillet 2010. Accessible à www1.voanews.com/english/news/africa/Ugandan-Activist-Says-Outside-Pressure-Has-Slowed-Anti-Gay-Bill---98882249.html.

⁶ D. Harris, K. Hinman et A. Karamehmedovic, « Anti-Homosexual Bill in Uganda Causes Global Uproar », ABC News, 10 mars 2010. Accessible à <http://abcnews.go.com/Nightline/anti-homosexuality-bill-uganda-global-uproar/story?id=10045436>.

⁷ « HIV Bill Should Accommodate All Voices », AllAfrica, 8 juillet 2010 (<http://allafrica.com/stories/201007090083.html>).

⁸ « Don't Pass HIV/AIDS Bill in a Hurry », *The New Vision*, 21 mai 2010 (www.newvision.co.ug/D/8/14/720269).

⁹ Ibid.

¹⁰ « HIV Bill Should Accommodate All Voices », (supra).

¹¹ M. Karugaba et M. Olupot, « HIV Bill Tabled in Parliament », *The New Vision*, 19 mai 2010 (www.newvision.co.ug/D/8/13/720055).

Malawi — Le président gracie un couple homosexuel condamné

Un couple gai malawien condamné à 14 ans de travaux forcés pour avoir tenu publiquement une cérémonie de fiançailles a été pardonné par décret présidentiel, en mai 2010, lors d'une conférence de presse en présence du Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon.

« Ces garçons ont commis un crime contre notre culture, notre religion et nos lois », a déclaré le président Bingu Wa Mutharika. « Toutefois, en tant que chef d'État, je les pardonne et je demande leur libération immédiate et inconditionnelle. » [trad.]¹

L'annonce est venue après que le président ait rencontré M. Ban Ki-moon, M. Michel Sidibé (directeur général de l'ONUSIDA) et M. Michel Kazatchkine (directeur exécutif du Fonds mondial de lutte

contre le sida, la tuberculose et le paludisme).

Steven Monjeza, 26 ans, et son partenaire Tiwonge Chimbalanga, 20 ans, avaient été arrêtés deux jours après leur cérémonie, en décembre 2009, et accusés en vertu des articles 153 (« actes contre-nature ») et 156 (« grossière indécence entre hommes ») du Code pénal malawien. On leur avait refusé la libération sous caution et administré des examens médicaux pour identifier

des « preuves » de comportement homosexuel.²

Le 20 mai, après un procès de plusieurs mois, le juge Nyakwawa Usiwa-Usiwa a condamné les défendeurs à la peine maximale, afin que « le public soit protégé des gens comme vous, et que l'on ne soit pas tenté d'imiter cet horrible exemple » [trad.]³

L'arrestation, le procès et la condamnation du couple Monjeza-Chimbalanga ont déclenché une

vague mondiale de protestations de gouvernements et de la société civile. Le Département d'État des États-Unis a qualifié l'affaire de « recul dans la protection des droits humains au Malawi », et de vastes campagnes de lobbying ont été menées par Human Rights Watch et Amnistie internationale — cette dernière considérant même les deux hommes comme des « prisonniers de conscience ».⁴

Toutefois, l'opinion domestique était largement satisfaite de la condamnation; le Conseil des églises du Malawi et de nombreux organismes ont exhorté le gouvernement malawien à ne pas céder aux pressions internationales.⁵

Le recours aux pressions internationales, en particulier si elles peuvent avoir un impact sur les promesses de financement, est un enjeu délicat pour les pays en développement. Ban Ki-moon a pris soin de préciser que le pardon du président Mutharika « ne découlait pas des

pressions étrangères, mais plutôt de l'exercice de son pouvoir présidentiel ».⁶

Dans le cadre de sa visite, Ban Ki-moon s'est aussi adressé au Parlement du Malawi, lui demandant de changer les lois interdisant les rapports homosexuels. « Tout harcèlement, violation ou discrimination au motif de l'orientation sexuelle est discriminatoire, a-t-il signalé. Cela va à l'encontre du droit international des droits de la personne. »⁷

L'homosexualité demeure illégale au Malawi, comme dans 37 des 53 pays de l'Afrique. En dépit du geste du président Mutharika et de son rôle de président de l'Union africaine, peu de doute subsiste quant à sa position sur les droits des personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenre. « J'ai posé ce geste pour des raisons humanitaires, mais cela ne signifie pas que j'appuie la cause », a-t-il affirmé.⁸

— *Vajdon Sohaili*

Vajdon Sohaili (vsoghaili@aidslaw.ca) est spécialiste des communications au Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ « Gay couple in Malawi pardoned by president after outcry », *The Sunday Times* (U.K.), 29 mai 2010 (www.timesonline.co.uk/tol/news/world/africa/article7140000.ece).

² « Malawi: Drop Charges against Same-Sex Couple », Human Rights Watch, 12 janvier 2010 (www.hrw.org/en/news/2010/01/12/malawi-drop-charges-against-same-sex-couple).

³ « Malawi gay couple get maximum sentence of 14 years », *BBC News*, 20 mai 2010 (www.bbc.co.uk/news/10130240).

⁴ « Un couple de Malawiens risque d'être en butte à de nouveaux actes de harcèlement », Amnistie internationale, 2 juin 2010. Accessible à www.amnesty.org/fr/news-and-updates/malawi-couple-could-face-further-harassment-2010-06-02.

⁵ « Malawi Gay Couple Found Guilty of Love », *AllAfrica*, 18 mai 2010 (www.allafrica.com/stories/201005180910.html).

⁶ « Gay couple in Malawi pardoned by president after outcry » (supra).

⁷ Ibid.

⁸ « Malawi President pardons jailed gay couple », *Nyasa Times*, 29 mai 2010.

États-Unis — L'administration Obama demande aux États de ne plus criminaliser la transmission du VIH

La Maison Blanche états-unienne a publié une nouvelle stratégie sur le VIH/sida qui prône notamment l'abrogation des lois des États criminalisant la transmission du VIH.

Puisque « l'existence et l'application continues de telles lois sont contraires aux données scientifiques sur les modes de transmission du

VIH et pourraient nuire à l'objectif de santé publique de promouvoir le test de sérodiagnostic et le traitement contre le VIH » [trad.],¹ le livre blanc

incite spécifiquement les États à aligner leurs lois et politiques selon la compréhension actuelle des meilleures pratiques de santé publique en

matière de prévention et de traitement du VIH.

La recommandation 3.3 de la *National HIV/AIDS Strategy for the United States* [Stratégie nationale sur le VIH/sida des États-Unis] se lit comme suit :

Promouvoir des approches de santé publique à la prévention et aux soins pour le VIH : Les législatures d'État devraient envisager de réviser leurs lois pénales spécifiques au VIH, afin qu'elles soient conformes aux connaissances actuelles sur la transmission du VIH et qu'elles appuient des approches de santé publique à la prévention et au traitement du VIH. [trad.]²

On note ensuite que :

Une récente étude a révélé que les lois spécifiques au VIH n'influencent pas le comportement des personnes vivant avec le VIH, dans les États où de telles lois sont en vigueur. Nous comprenions l'intention de telles lois, mais elles pourraient avoir des effets non souhaités et faire en sorte que des individus soient moins enclins à

divulguer leur séropositivité, vu la perception d'un risque accru de discrimination. [trad.]³

Trente-deux États ont adopté des lois pénales spécifiques au VIH. Plusieurs de ces lois datent de la fin des années 1980 ou du début des années 1990, alors que le bilan du sida s'alourdisait et que les traitements d'aujourd'hui n'existaient pas.⁴

Catherine Hanssens, directrice générale du HIV Law and Policy Center, à New York, a qualifié la stratégie de « première déclaration officielle réellement significative sur l'enjeu de la criminalisation et le rôle des droits civils dans la réponse à l'épidémie du VIH ».⁵ Abondant dans le même sens que Mme Hanssens, Bebe Anderson, directrice du Projet sur le VIH du Lambda Legal Defense and Education Fund, a toutefois mis en garde contre des réalités politiques, au palier des États, qui pourraient faire en sorte que certains soient réticents à aborder la question.⁶

L'administration Obama a affirmé que son but général est de faire du

pays « un lieu où les nouveaux cas d'infection par le VIH sont rares; et où, s'ils se produisent, chaque individu — peu importe son âge, son sexe, sa race/ethnicité, son orientation sexuelle, son identité de genre ou sa situation socioéconomique, aura un accès sans entrave à des soins de grande qualité prolongeant la vie et exempts de stigmatisation et de discrimination. »⁷

— David Cozac

¹ The White House, *National HIV/AIDS Strategy for the United States*, juillet 2010. Accessible à www.whitehouse.gov/sites/default/files/uploads/NHAS.pdf.

² Ibid.

³ Ibid. L'étude en question est K.J. Horvath et coll., « An examination of attitudes among US men who have sex with men and the impact of state law », *AIDS Care* (2010) (sous presse).

⁴ T. Heywood, « Obama administration calls for end to HIV-specific criminal laws », *The Michigan Messenger*, 20 juillet 2010 (<http://michiganmessenger.com/39807/obama-administration-calls-for-end-to-hiv-specific-criminal-laws>).

⁵ Ibid.

⁶ Ibid.

⁷ *National HIV/AIDS Strategy* (supra).

En bref

Kenya — Le gouvernement élaborera une politique sur le VIH et l'injection de drogue

Le Gouvernement du Kenya prépare une nouvelle politique visant à réduire la transmission du VIH parmi les

utilisateurs de drogue par injection (UDI) du pays.

« Lorsqu'il est question de prévention du VIH, aucun groupe ne doit être ignoré », a affirmé Nicholas Muraguri, directeur du Programme national de contrôle du sida et des infections transmissibles sexuelle-

ment.¹ Il a ajouté que la politique considérerait la dépendance à la drogue comme une question de santé plutôt que de justice pénale.

M. Muraguri a indiqué que son département travaillait à des mesures pour faciliter l'accès aux traitements pour les UDI séropositifs au VIH.

« [Nous voulons] tirer des leçons d'autres pays où, dès [qu'une personne] suit un traitement [contre la dépendance à la drogue et le VIH], on lui remet une carte qui la protège contre la police », a-t-il expliqué. « Cela implique que la politique ne verra le jour qu'à l'issue de vastes consultations. »²

M. Muraguri a signalé que la politique inclurait des dispositions sur l'échange de seringues et le traitement de substitution à la méthadone.

Entre-temps, le gouvernement examine où se concentrent les utilisateurs de drogue au Kenya.

« Lorsque nous pourrions joindre ces individus de manière significative, il sera crucial d'estimer leur nombre et de connaître leurs réseaux et leurs points de concentration », a poursuivi M. Muraguri.

Les UDI représentent environ 4 % du nombre de nouvelles infections à VIH au Kenya, et environ 6 % de celles à Nairobi et dans les provinces côtières. Toutefois, l'absence de données fiables rend difficile d'estimer le nombre d'UDI au pays ou la proportion d'entre eux qui pourraient être séropositifs.³

Une étude publiée en juillet 2010 dans la revue médicale *The Lancet* a révélé que, si ce gouvernement adoptait immédiatement des mesures de contrôle adéquates, il pourrait réduire de 30 % la prévalence du VIH parmi les UDI en quatre ans.⁴

L'étude a estimé le nombre d'utilisateurs d'héroïne à Nairobi à environ 24 500, dont près de la moitié pratiqueraient l'injection. Sur une centaine d'utilisateurs de drogue par injection, plus de la moitié étaient séropositifs.

— David Cozac

Azerbaïdjan — Une nouvelle loi sur le VIH inclut la réduction des méfaits

En Azerbaïdjan, une nouvelle loi sur le VIH/sida (entrée en vigueur plus tôt cette année) renferme des dispositions qui autorisent le recours à la réduction des méfaits dans le cadre de la prévention du VIH.⁵

Ratifiée par le président Ilham Aliyev en juin 2010, la loi reconnaît que la réduction des méfaits est une des meilleures approches à la prévention du VIH. Elle mentionne la thérapie de substitution aux opioïdes, la distribution de seringues et la réduction des méfaits en tant qu'éléments d'une stratégie de prévention du VIH dans les établissements carcéraux.⁶

Fondée sur les droits humains, la nouvelle loi prône l'accessibilité universelle des services liés au VIH. Elle a pour objectif d'assurer la mise en œuvre d'interventions complètes et à grande échelle, fondées sur des données en matière de VIH, en particulier pour des groupes vulnérables comme les utilisateurs de drogue et les personnes incarcérées.⁷

La loi précédente, datant de 1996, était considérée désuète. En particulier, elle n'incluait pas de mesures de prévention du VIH fondées sur des données, comme des programmes de réduction des méfaits.⁸

Pour élaborer la loi, on a créé un groupe de travail spécial qui a sollicité l'apport de représentants de la société civile et d'organismes internationaux.

L'Azerbaïdjan est aux prises avec une double épidémie, dans laquelle l'usage de drogues illégales constitue le principal catalyseur de la propagation du VIH.

— David Cozac

Taiwan — Le gouvernement introduira le traitement à la méthadone en prison

En juillet 2010, le ministère de la Santé de Taiwan a annoncé qu'il planifiait d'introduire le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) dans des prisons du centre et du sud du pays, où sont incarcérés la plupart des contrevenants accusés d'infractions liées à la drogue. Cette décision s'inscrit dans un effort pour réduire le récidivisme parmi les utilisateurs de drogue et pour freiner la propagation du VIH.

« À Taiwan, le récidivisme atteint les 90 % parmi les contrevenants en matière de drogue. De plus, 33 % des résidents locaux vivant avec le VIH sont des utilisateurs de drogue par injection [UDI]. Nous considérons nécessaire d'introduire le TEM dans le système carcéral afin de réduire le récidivisme et de prévenir la propagation du VIH », a affirmé Lin Li-Jen, chef du cinquième bureau des Centers for Disease Control (CDC).⁹

Selon les estimés de M. Lin, entre 60 000 et 100 000 UDI locaux seraient incarcérés puis libérés à répétition, avec peu d'espoir de vaincre leur dépendance.

Initialement, le TEM sera principalement offert aux détenus dont la peine d'emprisonnement achève.

Dans le cadre de leur programme national de prévention du VIH, les CDC ont d'abord introduit sur une base expérimentale des services de TEM et de distribution de seringues dans quatre villes et comtés, en 2006. Jusqu'ici, 77 hôpitaux ont été sélectionnés pour fournir le TEM à des toxicomanes, avec le soutien financier du ministère de la Santé et des autorités judiciaires.

Des statistiques compilées par le ministère de la Justice ont révélé que 60 000 des 400 000 toxicomanes de Taiwan sont des UDI. Des données des CDC indiquent que, à la fin de mai 2010, 6 372 des quelque 19 000 personnes vivant avec le VIH au pays étaient des UDI, faisant de l'injection de drogue la deuxième plus importante voie de transmission du VIH, après les rapports homosexuels.¹⁰

— *David Cozac*

Swaziland — Test du VIH et counselling pour les détenus

Plus de 20 000 personnes incarcérées dans des prisons du Swaziland se verront offrir des services de test et de counselling en matière de VIH, dans le cadre d'une initiative conjointe avec les ministères de la Santé et des Services correctionnels de l'Afrique du Sud.

Annoncé en juin 2010, le programme établira des centres de test et de counselling dans chacune des douze prisons du pays.¹¹ Auparavant, le test du VIH était administré aux détenus swazis dans des hôpitaux locaux.

Le programme vise à recueillir des données exhaustives sur la prévalence du VIH dans les prisons swazies, en réponse à une importante lacune. Les autorités espèrent recueillir suffisamment de données dans les centres de test pour pouvoir évaluer combien de personnes sont déjà séropositives au moment de leur incarcération et combien contractent l'infection en prison.

Le test du VIH sera administré sur une base volontaire, comme dans tous les programmes et centres de

soins de santé du pays. Le personnel carcéral incitera les détenus à visiter les centres de test et de counselling, en formant des pairs éducateurs qui souligneront l'importance du test du VIH et aideront à la prise de rendez-vous. Des professionnels de la santé espèrent que la plupart des détenus auront recours aux centres pour connaître leur état sérologique. Les autorités carcérales ont déclaré que leur objectif était de tester tous les détenus du système.¹²

Le programme tentera aussi de suivre l'état de santé des détenus après leur mise en liberté. La communication avec les ex-détenus est une tâche difficile, puisque le système carcéral swazi ne possède pas toujours des renseignements exacts à leur sujet, comme leur vrai nom et leur adresse.

Le premier des douze centres de test et de counselling a ouvert ses portes l'an dernier dans l'établissement à sécurité maximale Matsapha Central, avec l'appui financier du President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) des États-Unis et le soutien technique de l'organisme de santé Population Services International (PSI).¹³

Selon le ministère de la Santé du Swaziland, le taux de VIH parmi les adultes de 19 à 29 ans sexuellement actifs et incarcérés s'élève à 26 %.¹⁴ On considère que les personnes incarcérées dans des prisons swazies ont un risque de contracter le VIH au moins égal à celui de la population générale; toutefois, le système carcéral ne compile pas de données sur la prévalence et les taux de transmission du VIH.

— *Gilleen Witkowski*

Gilleen Witkowski (gwickowski@aidslaw.ca) est adjointe aux communications au Réseau juridique canadien VIH/sida.

Ouzbékistan — Le gouvernement criminalise la transmission négligente du VIH

Un projet de loi a récemment été adopté, en Ouzbékistan, pour amender les codes criminels et administratifs du pays de manière à tenir responsable le personnel médical en cas de faute médicale liée au VIH.

Ratifiée par le président ouzbek Islam Karimov le 24 mai 2010, la loi rend les praticiens de la santé criminellement responsables dans les cas où une négligence ou erreur de leur part entraînerait la transmission du VIH. La transmission négligente du VIH à un patient emporte une peine d'emprisonnement allant de six mois à cinq ans, alors qu'exposer sciemment une personne à une risque d'infection implique une peine de cinq à huit ans.

Le code criminel ouzbek incluait déjà une disposition pénalisant toute personne ayant transmis le VIH à autrui, mais des tenants du récent amendement croient qu'il rendra les professionnels médicaux plus responsables de leurs actions.¹⁵ Les cas de négligence peuvent inclure de ne pas avoir gardé des instruments médicaux stériles ou de ne pas avoir suivi les procédures adéquates pour des services comme les transfusions sanguines.

Quelques cas d'infection par le VIH en Ouzbékistan ont découlé d'erreurs médicales.¹⁶ Avant les récents amendements à la loi, une affaire dans la région de Namagan a impliqué 13 professionnels médicaux accusés

d'avoir transmis par négligence le VIH à 147 enfants. Les procureurs ont constaté que des médecins et d'autres professionnels médicaux n'avaient pas stérilisé des instruments, avaient réutilisé des seringues et aiguilles jetables pour effectuer des prélèvements sanguins, et avaient falsifié des documents de stérilisation et détruit des preuves. Douze professionnels médicaux ont été trouvés coupables et condamnés à des peines d'emprisonnement allant jusqu'à huit ans.

Dans une affaire plus récente, ailleurs au pays, d'autres médecins ont été accusés d'avoir transmis le VIH à des patients.¹⁷

— *Gileen Witkowski*

Chine — Un hôpital refuse de traiter une femme séropositive au VIH

Un hôpital chinois a refusé de traiter une travailleuse migrante gravement blessée dans une dispute salariale, après que des médecins aient appris qu'elle était séropositive au VIH.

Un collègue de travail, Wu Jibiao, a raconté que Li Na, 37 ans, avait été battue et transportée à l'hôpital après qu'elle et ses collègues d'un site de construction de la région intérieure de la Mongolie aient réclamé à leur employeur des salaires non versés.

« Elle a été frappée durement cinq ou six fois et elle crachait du sang, mais quand les médecins ont fait des tests et vu qu'elle était séropositive au VIH, ils ont refusé de la traiter », a expliqué le témoin.¹⁸

« Ils ne lui ont pas donné de chambre et notre employeur a dit qu'il ne nous paierait pas si elle ne quittait pas [l'hôpital], donc elle a dû partir. »

Selon M. Wu, les médecins auraient dit aux collègues de Li qu'elle avait le VIH.

« À présent elle ne veut plus vivre, car ses collègues ne lui parlent plus et la regardent de haut ».

Le VIH/sida demeure un enjeu délicat en Chine, où les personnes affectées continuent de se heurter à une discrimination répandue.

Li a contracté le VIH il y a plus de dix ans, en faisant un don de sang dans la province centrale du Henan d'où elle vient. Le Henan a été au cœur d'un important scandale, dans les années 1990, alors que des personnes ont contracté le VIH après avoir vendu de leur sang à des centres de prélèvement sanguin qui le mélangeaient dans un bassin puis leur réinjectaient après en avoir extrait le plasma.

Initialement dissimulées par des dirigeants locaux, les pratiques ont fait en sorte que des villages entiers du Henan ont été dévastés par le VIH/sida.

Les autorités chinoises affirment qu'au moins 740 000 personnes vivent avec le VIH au pays, mais des militants croient que le chiffre réel pourrait être largement supérieur.¹⁹

— *David Cozac*

Légalisation du mariage gai à Mexico et en Argentine

En décembre 2009, l'assemblée municipale de la ville de Mexico a adopté une loi accordant aux couples gais et lesbiens le même statut que les couples hétérosexuels, y compris des droits matrimoniaux complets et le droit d'adopter des enfants.²⁰ La loi est entrée en vigueur en mars

2010. Bien que la loi ne s'appliquait qu'aux résidents de Mexico, un mariage célébré dans cette ville a été reconnu dans le reste du pays.²¹

Le gouvernement fédéral a contesté la loi de Mexico devant la Cour suprême, sur une base constitutionnelle, alléguant qu'elle enfreignait les garanties de la charte concernant la protection de la famille (perçue comme étant composée d'un parent de chaque sexe), et que l'adoption par des couples gais violait les droits des enfants. En août 2010, la cour a rejeté l'appel du fédéral et tranché que la légalisation du mariage gai et de l'adoption par des couples gais sont constitutionnelles.²² Les juges de l'arrêt majoritaire ont signalé que, bien que la constitution du Mexique enchâsse la protection des familles, elle ne définit pas ce qu'est une « famille ».²³

En juillet 2010, le sénat de l'Argentine a adopté une loi, déjà approuvée par la chambre inférieure, légalisant le mariage entre personnes de même sexe, au pays.²⁴ L'Argentine est devenue le premier pays d'Amérique latine à accorder aux couples gais et lesbiens les mêmes droits, responsabilités et protections d'ordre légal qu'aux couples hétérosexuels, dans le mariage, y compris le droit à l'adoption et à l'héritage.²⁵

— *Sandra Ka Hon Chu*

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

¹ « Government changes tack on HIV prevention, treatment for drug users », PlusNews, 24 août 2010. Accessible à www.plusnews.org/report.aspx?Reportid=90266.

² Ibid.

³ Kenya National AIDS Control Council, *Kenya HIV Prevention Response and Modes of Transmission Analysis*, mars 2009.

⁴ G. Gathura, « Drug users to get free needles », *The Daily Nation*, 29 juillet 2010. Accessible à www.nation.co.ke/News/Drug%20users%20to%20get%20free%20needles%20-/1056/967318/-/sk6vwf/-/.

⁵ « Harm reduction included in Azerbaijani legislation », Eurasian Harm Reduction Network, 15 juin 2010. Accessible à www.harm-reduction.org/news/1845-harm-reduction-coincluded-in-azerbaijani-legislation.html.

⁶ Ibid.

⁷ « New HIV law was adopted in Azerbaijan », Office des Nations Unies contre la drogue et le crime. Accessible à www.unodc.org/centralasia/en/news/new-hiv-law-was-adopted-in-azerbaijan.html.

⁸ « Harm reduction included in Azerbaijani legislation » (supra).

⁹ « Methadone treatment to be introduced to inmates », *Taipei Times*, 5 juillet 2010. Accessible à www.taipetimes.com/News/taiwan/archives/2010/07/05/2003477120.

¹⁰ Ibid.

¹¹ J. Hall, « Prisoners get HIV testing, counselling », *The Swazi Observer*, 30 juin 2010. Accessible à www.observer.org.sz/index.php?news=14382.

¹² Ibid.

¹³ « Prisoners get tested », PlusNews, 3 août 2009. Accessible à www.irinnews.org/report.aspx?ReportID=85533.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ S. Rogers, « Uzbekistan criminalises negligent AIDS infection », *CentralAsiaOnline*, 25 mai 2010. Accessible à www.centralasiaonline.com/cocoon/caii/mobile/en_GB/features/caii/newsbriefs/2010/05/26/newsbrief-04.

¹⁶ « Uzbekistan Passes New Law Punishing HIV-Related Medical Malpractice », *EurasiaNet*, 7 mai 2010. Accessible à www.eurasianet.org/print/61207.

¹⁷ Ibid.

¹⁸ « HIV+ patient denied treatment », *News24*, 16 juillet 2010. Accessible à www.news24.com/World/News/HIV-patient-denied-treatment-20100716.

¹⁹ Ibid.

²⁰ « Gay marriage law comes into effect in Mexico City », *BBC News*, 4 mars 2010.

²¹ « Same-sex marriages now OK in Mexico City », *CBC News*, 4 mars 2010.

²² « Court Upholds Mexico City's Same-Sex Marriage Law », *The Associated Press*, 5 août 2010 et « Gay Couples May Adopt Children in Mexico City, Supreme Court Says », *Latin America News Dispatch*, 17 août 2010.

²³ Ibid.

²⁴ « Same-sex marriage legalized in Argentina », *CBC News*, 15 juillet 2010.

²⁵ A. Barrionuevo, « Argentina Approves Gay Marriage, in a First for Region », *The New York Times*, 15 juillet 2010.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — CANADA

On trouve sous cette rubrique des résumés 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 (schu@aidslaw.ca), analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida et rédactrice en chef de la présente section. Tous les articles de la présente section ont été rédigés par madame Chu.

La demande de contrôle judiciaire en matière d'immigration d'un Haïtien séropositif est rejetée

Le 28 avril 2010, la Cour fédérale a rejeté la demande présentée par Joseph Frantz Nicolas en contrôle judiciaire de la décision d'un agent d'immigration qui lui avait refusé un examen des risques avant renvoi (ERAR).¹

Nicolas, un citoyen haïtien séropositif, fondait sa demande sur les motifs suivants : le traitement cruel que subiraient en Haïti les personnes déportées du Canada pour criminalité grave; le risque que causeraient à sa vie les conditions inhumaines de détention en Haïti et l'impossibilité d'obtenir des soins médicaux dans les prisons

haïtiennes; et le risque qu'il subisse en Haïti de la discrimination équivalant à un traitement cruel et inusité.

Nicolas a été parrainé par son épouse de l'époque et il est devenu résident permanent du Canada en 1988. En 1998 et en 2007, il a été déclaré coupable d'infractions relatives au trafic de drogue. Il a subséquemment

été jugé inadmissible au Canada pour motifs de criminalité grave.

Nicolas soutenait que l'agent d'ERAR avait eu tort de fonder le rejet de sa demande d'ERAR sur la déclaration « vague » et « non fiable » d'un agent canadien d'intégrité des mouvements migratoires dans la capitale haïtienne, Port-au-Prince,

plutôt que sur d'autres documents déposés en preuve. L'agent avait également eu tort de rejeter son argument que la détention d'un criminel déporté en Haïti peut constituer de la torture, ainsi que l'a conclu la United States Court of Appeals dans une affaire antérieure concernant un autre Haïtien, également séropositif, qui avait été condamné pour trafic de stupéfiants.²

Nicolas alléguait en outre que l'agent n'avait pas donné de motifs à l'appui de sa conclusion que sa vie ne serait pas en danger en Haïti, parce qu'elle avait examiné la preuve documentaire concernant la situation dans ce pays sans examiner également sa situation personnelle.

Enfin, Nicolas soutenait que la conclusion de l'agent selon laquelle la discrimination qu'il subirait ne constituerait pas un traitement cruel et inusité était déraisonnable. Selon les éléments de preuve qu'il avait présentés, seulement 9,2 pour cent des personnes séropositives à Haïti reçoivent des médicaments antirétro-

viraux, et les « criminels » n'y ont simplement pas droit.³

Le juge Pinard a conclu que l'agent d'ERAR n'a pas commis d'erreur en accordant plus de poids à certains éléments de preuve, et que sa décision de ne pas suivre un arrêt antérieur des États-Unis n'était pas déraisonnable. À son avis, l'agent n'était pas lié par la décision états-unienne, que l'on pouvait d'ailleurs distinguer par sa conclusion que les autorités haïtiennes auraient spécifiquement ciblé le demandeur en le soumettant à des conditions de détention inhumaines, dans lesquelles sa maladie lui aurait causé des douleurs et des souffrances extrêmes et aurait même pu entraîner sa mort.

Le juge Pinard a aussi jugé que l'agent d'immigration a suffisamment justifié sa conclusion que les conditions de détention ne mettraient pas la vie de Nicolas en danger. Bien qu'il ait jugé sérieuses les allégations de Nicolas concernant la discrimination que subirait les « criminels » dans l'accès aux traitements contre le VIH, le juge

a conclu que cette discrimination ne constituait pas un traitement cruel et inusité, parce qu'elle ne représentait pas de risque pour la vie de Nicolas.

C'est plutôt l'insuffisance générale des soins de santé en Haïti, qui risque de nuire à la santé de Nicolas, et la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* empêche que l'on tienne compte de ce risque. Le juge Pinard a conclu qu'il était peu probable que Nicolas ait accès aux traitements anti-VIH dont il a besoin, même s'il n'y avait pas de discrimination contre lui, simplement à cause de l'incapacité du gouvernement haïtien d'offrir des soins médicaux à sa population. En ce sens, l'agent d'immigration n'a pas commis d'erreur en concluant que la discrimination dont Nicolas pourrait être victime en Haïti ne constituait pas un traitement cruel et inusité.

¹ *Nicolas c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, 2010 CF 452 (Cour fédérale).

² *Ibid.*, par. 12 et 20.

³ *Ibid.*, par. 29.

DERNIÈRE HEURE : Une cour de l'Ontario invalide des dispositions du Code criminel liées à la prostitution

Dans une décision historique, le 28 septembre 2010, la juge Susan Himel de la Cour supérieure de l'Ontario a conclu que trois dispositions du Code criminel relatives à la prostitution portaient atteinte aux droits des travailleuses et travailleurs sexuels à la liberté, à la sécurité de la personne et à

la liberté d'expression, ne respectaient pas les principes de justice fondamentale et devaient être annulés. Les demanderesses — Terri Jean Bedford, Amy Lebovitch et Valerie Scott — contestaient les articles 213(1)(c), 210 et 212(1)(j) du Code criminel, qui font en sorte qu'il est illégal de communiquer

en public dans le but de se livrer à la prostitution ou d'y recourir; de tenir une maison de débauche; et de vivre des produits de la prostitution d'une autre personne.

Ce jugement sera analysé dans le prochain numéro de la *Revue canadienne VIH/sida, politiques et droit*.

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition

Un faible risque de transmission du VIH donne lieu à un acquittement dans un cas de relations anales non protégées

Le 7 mai 2010 la Cour suprême de Colombie-Britannique a acquitté J.A.T. d'agression sexuelle grave et de l'infraction incluse d'agression sexuelle sur la personne de son ex-partenaire, avec qui il a eu des relations sexuelles non protégées sans l'informer de sa séropositivité.¹ L'ex-partenaire de J.A.T. n'a pas contracté le VIH.

De 2003 à 2004, J.A.T. a eu avec le plaignant des relations sexuelles sur une période de dix mois. À l'époque, J.A.T. savait qu'il était séropositif, mais il a plutôt dit au plaignant qu'il avait récemment reçu un résultat de test négatif.

Selon J.A.T., ils ont eu des relations sexuelles non protégées à une seule occasion, alors qu'ils étaient tous deux intoxiqués. Selon le plaignant, ils ont eu des relations sexuelles anales protégées entre 60 et 100 fois, et des relations anales non protégées cinq fois. J.A.T. était chaque fois le partenaire récepteur. Le plaignant a déclaré que, après la cinquième relation anale non protégée, J.A.T. lui a dit qu'il venait de découvrir qu'il était séropositif.

Au procès, le docteur Murphy, un spécialiste des traitements anti-VIH, a témoigné que la vaste majorité des personnes séropositives avaient une durée de vie normale, avec des traitements appropriés. Comme l'a dit

le juge Laurie Ann Fenlon, « le VIH n'est plus synonyme de sida et de mort prématurée. »²

La preuve médicale a démontré que les charges virales de J.A.T. se situaient entre 12 000 et 30 000 particules de VIH par millilitre de plasma durant la période pertinente. Le docteur Murphy a également témoigné que les relations sexuelles anales non protégées constituaient un risque élevé de transmission du VIH.

Tenant compte de la charge virale de J.A.T. (qui n'avait pas été réduite par traitement, parce que les médecins de J.A.T. n'avaient pas encore jugé nécessaire de lui prescrire des médicaments anti-rétroviraux), du fait que le plaignant n'était pas circoncis (ce qui augmente le risque de transmission), et du fait que J.A.T. était le partenaire récepteur séropositif, et le plaignant le partenaire pénétrant séronégatif, le docteur Mathias, spécialiste du VIH, a estimé le risque de transmission du VIH au plaignant à 4 sur 10 000 par relation anale, un risque qui est cumulatif.³

Le juge Fenlon a constaté certaines incohérences dans le témoignage de J.A.T. à propos de ses relations sexuelles avec le plaignant, et elle a admis le témoignage de l'ex-colocataire de J.A.T., qui a affirmé que le plaignant lui avait dit que lui et J.A.T. avaient eu des relations sexuelles non protégées plus d'une fois. Le juge Fenlon a estimé que J.A.T. et le plaignant avaient eu trois fois des relations sexuelles non protégées.

De l'avis du juge Fenlon, le risque de 0,12 pour cent que ces actes aient

pu entraîner la transmission du VIH de J.A.T. au plaignant était trop faible pour constituer une mise en danger aux fins d'une condamnation pour voies de fait graves.⁴

En ce qui concerne l'infraction moindre et incluse d'agression sexuelle, le juge Fenlon a conclu que le plaignant s'était fié à la déclaration de J.A.T. qu'il était séronégatif lorsqu'il a eu des relations sexuelles avec lui (y compris des relations sexuelles non protégées) et n'aurait pas eu de relations anales non protégées s'il avait su que J.A.T. était séropositif. Quoi qu'il en soit, le faible risque de transmission du VIH n'était pas suffisamment important pour vicier le consentement du plaignant aux relations sexuelles non protégées avec J.A.T.

Comme l'a conclu le juge Fenlon, « ... les actes immoraux ou répréhensibles n'engagent pas tous la lourde main du droit criminel. L'agression sexuelle grave est une infraction très sérieuse — la personne reconnue coupable de cette infraction est passible d'emprisonnement à vie, le châtement le plus sévère prévu par la loi. Seul un comportement qui expose un plaignant à un risque important de préjudice corporel grave sera suffisant pour transformer une activité qui serait autrement consensuelle en une agression sexuelle grave. À mon avis, un risque de transmission du VIH de 0,12 % ne satisfait pas ce critère. »⁵

Commentaire

Le jugement du juge Fenlon est inusité, parce que, dans de nombreux

autres cas, des personnes vivant avec le VIH ont été condamnées pour avoir eu des relations sexuelles vaginales ou anales non protégées sans divulguer leur état. Il serait imprudent de supposer, à partir de cette décision unique d'une cour de première instance de Colombie-Britannique, qu'il n'est pas nécessaire de divulguer une séropositivité connue avant d'avoir des relations sexuelles non protégées.

Le plus important, c'est que cette décision renforce le point de vue fondamental que tout risque de transmission ne sera pas forcément considéré « important », et elle illustre l'importance de faire en sorte que les tribunaux examinent soigneusement la preuve médicale qui leur est soumise au moment de déterminer s'il existe un « risque important » de préjudice, plutôt que de simplement criminaliser la non-divulgaration dans tous les cas.

Depuis que la Cour suprême du Canada a jugé en 1998 dans l'arrêt *R. c. Cuerrier*⁶ que les personnes séropositives ont l'obligation de divulguer leur état avant de s'adonner à toute activité qui constitue un « risque important » de transmission du VIH, la portée de cette notion est demeurée floue. L'utilisation d'accusations criminelles visant à définir la norme a été irrégulière, et par conséquent injuste.

Par exemple, dans certains cas, des procureurs et des tribunaux ont convenu que les relations sexuelles orales non protégées, ou les relations vaginales ou anales avec utilisation de condom ne comportent pas un risque suffisamment important pour justifier des accusations criminelles pour non-divulgaration. Pourtant, dans d'autres cas, des personnes ont été accusées et/ou condamnées pour ces mêmes activités. Ce que le présent

cas illustre, c'est que la loi sur cette question doit être précisée.

Un homme est reconnu coupable en Ontario d'agression sexuelle et d'agression sexuelle grave et à cause de son témoignage peu crédible

Le 14 juillet 2010, la Cour de justice de l'Ontario a déclaré Lester Felix coupable de cinq chefs d'agression sexuelle grave et d'un chef d'agression sexuelle pour avoir omis de divulguer sa séropositivité à deux femmes avant d'avoir des relations sexuelles avec elles.⁷

Les faits non contestés étaient que Felix avait eu un diagnostic de VIH le 15 septembre 2005 et qu'on l'avait informé lors d'une séance de counselling de son obligation juridique de divulguer sa séropositivité à tous ses partenaires sexuels. Après son diagnostic et la séance de counselling, Felix a eu des relations sexuelles avec les trois plaignantes, N.S., M.F. et D.H.

Comme l'a indiqué le juge Kelly Wright, la Cour devait déterminer (1) si Felix avait divulgué sa séropositivité aux plaignantes avant d'avoir des relations sexuelles avec elles, et (2) si les relations sexuelles étaient non protégées et constituaient un risque important pour les vies des plaignantes.

N.S. a déclaré que, en août 2009, elle avait eu des relations anales et orales consensuelles avec Felix, qu'ils n'avaient pas utilisé de condom et que Felix ne lui avait jamais dit qu'il était séropositif. Felix a affirmé que N.S. savait qu'il était séropositif

depuis 2006, et qu'il ne se rappelait pas s'ils avaient utilisé un condom.

M.F. a déclaré que, en 2009, elle avait eu des relations sexuelles avec Felix cinq fois, et qu'il avait utilisé un condom une fois. M.F. a en outre affirmé que Felix ne lui avait jamais divulgué sa séropositivité. Felix a déclaré qu'il avait dit à M.F. qu'il était séropositif avant d'avoir ses premières relations sexuelles avec elle, et qu'il avait dès lors utilisé un condom chaque fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles.

D.H. a déclaré que, entre le 13 août 2008 et juillet 2009, elle avait eu des relations sexuelles avec Felix environ 15 fois par mois et qu'ils n'avaient jamais utilisé de condom. Elle a également soutenu que Felix ne lui avait jamais dit qu'il était séropositif. Felix contestait la fréquence de l'activité sexuelle alléguée par D.H. et il a affirmé lui avoir dit qu'il était séropositif juste avant d'avoir ses premières relations sexuelles avec elle.

Le juge Wright a qualifié le témoignage de Felix d'incohérent et peu crédible. « Après une analyse rigoureuse de tout le témoignage de M. Felix, a-t-elle dit, j'ai vraiment eu l'impression qu'il inventait à mesure sans égard pour la vérité. Par conséquent, je n'accepte pas son témoignage, et celui-ci n'a pas fait naître en moi de doute raisonnable. »⁸

Par contraste, le juge Wright a considéré crédibles les témoignages de N.S. et de M.F., et elle était prête à leur accorder foi. Compte tenu des antécédents criminels de D.H. et de certains facteurs concernant son témoignage, le juge Wright a conçu un doute raisonnable à son sujet.

Le juge Wright a donc été convaincu au-delà du doute raisonnable que Felix n'avait pas divulgué sa séropositivité à N.S. et M.F. avant d'avoir

des relations sexuelles avec elles, et elle l'a déclaré coupable d'un chef d'agression sexuelle grave contre N.S. et de quatre chefs d'agression sexuelle grave contre M.F. En outre, le juge Wright a conclu que l'infraction moindre d'agression sexuelle avait été établie en rapport avec la première occasion où Felix aurait eu des relations sexuelles protégées avec M.F., parce que le défaut de Felix de dire qu'il était séropositif avait vicié tout consentement obtenu à cette occasion.

En ce qui a trait à D.H., le juge Wright a conclu que la poursuite n'avait pas prouvé les accusations portées contre Felix au-delà du doute raisonnable. Elle ne l'a donc pas reconnu coupable d'agression sexuelle grave dans ce cas.

Commentaire

Selon la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *R. c. Cuerrier*, la non-divulgence de la séropositivité ne constitue une fraude qui vicie le consentement que lorsqu'elle a pour effet d'exposer une autre personne à un « risque important de lésion corporelle grave ».⁹

En ce qui concerne la première occasion où Felix a utilisé un condom pendant les relations sexuelles avec M.F., celui-ci n'a pas été déclaré coupable d'agression sexuelle grave, car cela aurait exigé la preuve que la vie de M.F. avait été exposée à un risque. Le juge Wright a eu raison de reconnaître que, si les relations sexuelles étaient protégées, la vie de M.F. n'a pas pu être mise en danger.

Toutefois, au détriment de Felix, le juge Wright a suivi le raisonnement de la poursuite et a conclu que le défaut de divulgation vicie le consentement à des relations sexuelles par ailleurs consensuelles. En consé-

quence, Felix a été déclaré coupable de l'infraction moindre d'agression sexuelle, malgré le fait que la Couronne n'avait pas prouvé au-delà du doute raisonnable que Felix avait exposé M.F. à un risque important de transmission du VIH.

Cette décision est préoccupante car elle semble ignorer l'exigence formulée dans *Cuerrier*, selon laquelle il faut prouver un « risque important » de transmission du VIH pour établir l'existence d'une fraude ayant vicié le consentement aux relations sexuelles. Elle étend donc de manière injustifiable la portée du droit criminel en faisant de la non-divulgence du VIH une agression sexuelle, quel que soit le degré de risque de transmission, y compris lorsqu'un condom est utilisé.

Arrêt des procédures relativement à des accusations de non-divulgence de la séropositivité dans un cas de relations orales

Un arrêt des procédures a eu lieu relativement aux accusations portées contre Patrick Justus Zela, un homme séropositif dont l'ex-partenaire soutenait qu'ils avaient eu des relations sexuelles orales sans que Zela lui dise qu'il avait le VIH.¹⁰ L'ex-partenaire de Zela n'a pas contracté l'infection.

En février 2009, Zela a été arrêté en Nouvelle-Écosse, où il étudiait, et il a été conduit à Hamilton pour répondre à ses accusations. Devant un tribunal de Hamilton, le 22 avril 2010, le procureur de la Couronne, Karen Shea, a retiré l'accusation d'agression sexuelle grave portée contre Zela, parce que la Couronne n'avait pas de

perspective raisonnable d'obtenir une déclaration de culpabilité.

La non-divulgence du VIH à un partenaire n'est une infraction criminelle que s'il y a un risque important de préjudice corporel, ce que les relations sexuelles orales ne constituent pas.

La non-divulgence d'un herpès donne lieu à une condamnation pour voies de fait

Le 21 juin 2010, la Cour d'appel de l'Ontario a rejeté l'appel de John Sherman contre la déclaration de culpabilité pour voies de fait rendue contre lui parce qu'il avait eu des relations sexuelles non protégées avec la plaignante sans lui dire qu'il avait un Herpes II.¹¹ La Cour de justice de l'Ontario avait rendu un jugement de culpabilité en février 2009.

La Cour d'appel a jugé que le juge du procès avait conclu que Sherman savait qu'il avait un herpès lorsqu'il a eu à plusieurs reprises des relations sexuelles non protégées avec la plaignante sans divulguer ce fait, et qu'il s'est comporté d'une manière qui constituait un écart marqué par rapport à ce qu'une personne raisonnable aurait fait.¹²

Sherman avait reçu une peine totale de 12 mois. Alors que son avocat alléguait qu'une condamnation avec sursis aurait dû être imposée, la Cour d'appel a conclu que le juge de première instance n'avait commis aucune erreur justifiant l'annulation de sa conclusion que la condamnation avec sursis n'était pas indiquée pour divers motifs, dont le fait que Sherman était en probation pour voies de fait contre

un membre de sa famille lorsqu'il a commis l'infraction.

Un homme de Saint-John porteur de l'hépatite C est déclaré coupable de voies de fait graves pour avoir craché sur quelqu'un

Kristopher Ryan Wentworth a plaidé coupable à des accusations de voies de fait graves en juin 2010, pour avoir craché sur un shérif adjoint à l'extérieur d'un tribunal provincial au Nouveau-Brunswick en mars de la même année. Wentworth, qui avait le virus de l'hépatite C (VHC), a été condamné à 18 mois d'emprisonnement.¹³

Selon le juge de la Cour provinciale Mary Jane Richards, M. Wentworth savait qu'il avait le VHC et devait savoir, compte tenu du temps qu'il avait passé en prison, que le virus pouvait se transmettre par des liquides corporels.

Le VHC est transmissible par contact sanguin et peut se traiter efficacement.¹⁴ Malgré la preuve qui lui a été présentée selon laquelle le risque de transmission du VHC par la salive est peu élevé, le juge Richards a décidé que le comportement de Wentworth satisfaisait la définition de voies de fait graves, qui, en ses termes, est « une agression sérieuse, qui met la vie en danger. »¹⁵

Alberta — Plaidoyer de culpabilité pour voies de fait graves

En août 2010, John Duane Gilbertson a plaidé coupable à des accusations

de voies de fait graves pour avoir omis de divulguer sa séropositivité à une femme avant d'avoir des relations sexuelles avec elle.¹⁶ Gilbertson avait été arrêté deux mois auparavant. Ses colocataires avaient appelé la police lorsqu'ils avaient constaté qu'il avait des relations sexuelles avec la plaignante. Il a été accusé d'agression sexuelle grave, mais a été autorisé à plaider coupable à l'infraction moindre de voies de fait graves.

M. Gilbertson a été condamné à trois ans de prison. Le juge lui a en outre ordonné de fournir un échantillon d'ADN à la banque nationale de données génétiques et lui a interdit de posséder des armes à feu jusqu'à la fin de ses jours.

La désignation de délinquant dangereux et la procédure connexe n'ont pas violé de droits constitutionnels de M. Aziga

Le 24 juin 2010, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a rejeté la requête de Johnson Aziga (1) pour faire déclarer que la désignation de délinquant dangereux constituait une violation de ses droits protégés par la *Charte canadienne des droits et libertés* (la Charte) et (2) pour obtenir un arrêt des procédures visant à le faire déclarer délinquant dangereux, pour le motif que la désignation de délinquant dangereux portait atteinte à ses droits garantis par la Charte.¹⁷

M. Aziga avait été reconnu coupable en avril 2009 relativement à deux chefs de meurtre au premier degré, 10 chefs d'agression sexuelle grave et un chef de tentative

d'agression sexuelle grave, pour avoir omis de divulguer sa séropositivité à des femmes avant d'avoir des relations sexuelles non protégées avec elles. Le ministère du Procureur général de l'Ontario avait subséquemment obtenu une évaluation psychologique de Aziga et, en avril 2010, la Couronne avait introduit une procédure pour le faire déclarer délinquant dangereux.¹⁸

M. Aziga soutenait qu'une désignation de délinquant dangereux prononcée contre lui violerait son droit garanti par l'article 12 de la Charte à la protection contre tous « traitements ou peines cruels et inusités », son droit à l'égalité devant la loi garanti par l'article 15 de la Charte, et son droit à la même protection et au même bénéfice de la loi sans discrimination, parce qu'il avait été maltraité pendant sa détention, qu'il était séropositif et était afro-canadien.¹⁹

De l'avis de la Cour, les conditions de détention de M. Aziga n'étaient pas oppressives au point de constituer « un traitement cruel et inusité », et rien dans la preuve ne permettait de conclure que la Couronne voulait le faire déclarer délinquant dangereux parce qu'il était séropositif ou afrocanadien.²⁰ Même si ses allégations relatives aux mauvais traitements qu'il aurait subis étaient démontrées, elles ne justifieraient pas un arrêt des procédures. Comme il n'y avait pas de possibilité raisonnable que la requête soit accueillie, elle a été rejetée sans autre enquête ou audition.²¹

¹ R. c. J.A.T., 2010 BCSC 766 (Cour suprême de Colombie-Britannique).

² Ibid., par. 22.

³ Ibid., par. 29 et 31.

⁴ Ibid., par. 58.

⁵ Ibid., par. 89.

⁶ [1998] 2 R.C.S. 371 (Cour suprême du Canada).

⁷ *R. c. Felix*, 2010 ONCJ 322 (Cour de Justice de l'Ontario).

⁸ Ibid., par. 38.

⁹ *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371 (Cour suprême du Canada).

¹⁰ « Sexual assault charges stayed against HIV-positive

man in Hamilton Court », *The Canadian Press*, 22 avril 2010.

¹¹ *R. c. Sherman*, 2010 ONCA 462 (Cour d'appel de l'Ontario).

¹² Ibid., par. 1.

¹³ B. Bartlett, « Man who spat on sheriff's deputy sent to prison », *Telegraph-Journal*, 21 juin 2010.

¹⁴ Santé Canada, *Votre santé et vous : Hépatite C*, mai 2009 (www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/hepc-eng.php).

¹⁵ B. Bartlett (supra).

¹⁶ T. Blais, « HIV-risky sex earns man three years in slam-

mer », *The Edmonton Sun*, 14 août 2010, p. 5. Le jugement n'a pas été rapporté, et les comptes rendus des médias ne précisent pas si les relations sexuelles étaient non protégées.

¹⁷ *R. c. Aziga*, [2010] O.J. No. 2763 (Cour supérieure de justice de l'Ontario) (QL).

¹⁸ B. Brown, « Lawyer fights to have Aziga not declared dangerous offender », *The Hamilton Spectator*, 30 avril 2010, p. A3.

¹⁹ *Aziga*, par. 4.

²⁰ Ibid., par. 7.

²¹ Ibid., par. 13.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — INTERNATIONAL

On trouve sous cette rubrique des résumés d'arrêts importants de la jurisprudence internationale relatifs au VIH/sida ou qui revêtent de l'importance pour les personnes qu'il affecte. La rubrique porte sur des affaires civiles et pénales. La couverture est sélective. Seuls les arrêts importants ou les jugements qui font jurisprudence sont inclus, dans la mesure où ils sont portés à l'attention de la Revue. La couverture de la jurisprudence états-unienne est très sélective. On trouve des comptes rendus d'arrêts américains dans *AIDS Policy & Law* et dans *Lesbian/Gay Law Notes*. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Mikhail Golichenko (mgolichenko@aidslaw.ca), analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida et rédacteur en chef de la présente section. Sauf indication contraire, les articles de la section ont été rédigés par Patricia Allard, directrice adjointe du Réseau juridique.

Un juge du Michigan conclut qu'un homme séropositif n'est pas un bioterroriste

Le 2 juin 2010, le tribunal d'instance de Macomb County, au Michigan, a rejeté les accusations portées contre un homme séropositif en vertu de la loi de l'état sur le « bioterrorisme ». David Allen avait été accusé en novembre selon une disposition de la loi qui interdit la fabrication, la livraison, la possession, l'utilisation ou le rejet d'une substance biologique nocive.¹

Les accusations découlaient d'une altercation survenue entre Allen et son voisin, Winfred Fernandis Jr., en 2009. Durant l'altercation, qui selon

Allen faisait suite à de nombreuses années de harcèlement homophobe de la part de Fernandis et de sa famille, Allen aurait mordu Fernandis à la

lèvre. Allen avait d'abord été accusé de voies de fait avec l'intention de mutiler, mais après avoir déclaré dans une entrevue télévisée qu'il était

séropositif, Allen a dû faire face à des accusations additionnelles pour bioterrorisme et voies de fait avec l'intention de causer des lésions corporelles graves inférieures au meurtre.²

Le juge Peter J. Maceroni, de la Macomb County Circuit Court, a accueilli la requête en rejet des accusations de bioterrorisme. À son avis, « [I]e fait que l'accusé est séropositif n'indique pas en lui seul qu'il a fabriqué ou possédé son sang infecté par le VIH dans un but illicite. De plus, l'action reprochée à l'accusé, c'est-à-dire avoir mordu le témoin plaignant, sans qu'il y ait eu de sang, n'est pas documentée comme un mode de transmission du VIH. »³

En dernier ressort, l'affaire a été jugée sur le fait qu'il n'y avait pas de preuve d'une transmission de sang durant l'altercation. La Cour n'a pas mentionné l'éventualité que la loi puisse être applicable à des situations futures où il y aurait exposition à du sang contenant le VIH.⁴

Lambda Legal,⁵ de même que plusieurs autres organismes communautaires, a déposé un mémoire d'*amicus* sur la question, incitant la Cour à rejeter l'accusation de bioterrorisme. Le mémoire expliquait que les données relatives à la transmission du VIH n'étaient pas l'allégation que la morsure constitue l'utilisation nuisible d'une substance biologique, et il soutenait que l'accusation reflétait une incompréhension des manières dont le VIH se transmet, contribuait à la stigmatisation des personnes vivant avec le VIH et nuisait aux efforts de prévention et de traitement.⁶

Bien qu'il s'agisse du premier cas connu d'accusations en lien avec le VIH portées en vertu de la loi sur le bioterrorisme, le Michigan a poursuivi pour voies de fait graves

et voies de fait avec une arme mortelle ou un instrument dangereux des personnes séropositives qui auraient exposé d'autres personnes au virus. En 2007, une Cour d'appel de l'état a établi un précédent en confirmant la déclaration de culpabilité d'un détenu séropositif accusé d'avoir craché du sang en direction d'un agent correctionnel.⁷

Bien que des tribunaux aient déjà qualifié du sang contenant le VIH de substance biologique nuisible, il n'y a pas eu de preuve que du sang ait été répandu par l'une ou l'autre des parties en litige dans l'affaire Allen. Allen et ses avocats ont soutenu que les accusations sont un indice de l'ignorance qui a cours en ce qui concerne la transmission du VIH et de craintes non fondées qu'inspirent les personnes séropositives.⁸

La loi de l'état sur le bioterrorisme a été adoptée en 1998 dans la foulée des attentats à la bombe d'Oklahoma City et de l'alerte à l'anthrax au Michigan.⁹ Les législateurs se sont dits préoccupés par la manière dont la loi a été appliquée dans l'affaire Allen et ont commencé des discussions dans le but d'en clarifier l'objet et l'effet.

L'auteur de la loi, le membre du Congrès Gary Peters, a dit que la loi avait été rédigée pour répondre à l'absence de mécanisme à la disposition des organismes d'application de la loi au Michigan pour faire face aux menaces terroristes impliquant des armes biologiques ou chimiques. Bien que M. Peters n'ait pas spécifiquement commenté l'affaire Allen, Rick Jones, membre de la Chambre des représentants, a déclaré : « Je ne crois pas que l'intention de la loi sur le terrorisme ait été correctement appliquée dans cette affaire.... C'est malheureux. »¹⁰

Jay Kaplan, un avocat membre du personnel du LGBT Project de l'American Civil Liberties Union (ACLU) of Michigan, a dit que l'ordonnance représentait « une victoire pour toutes les personnes vivant avec le VIH qui risquent de faire face à de semblables accusations criminelles extravagantes et malavisées, fondées uniquement sur la séropositivité ». Il a ajouté que l'ordonnance « établissait clairement qu'on ne devient pas un bioterroriste parce qu'on est séropositif. »¹¹

Jay Kaplan a indiqué que, à la connaissance de l'ACLU, ce type d'accusation n'a été porté contre personne d'autre, et il a dit espérer que ce soit la dernière fois.¹²

Pour sa part, Allen a dit souhaiter que la décision aide les personnes séropositives partout où elles se trouvent. « Elle donne la possibilité aux gens de subir un test sans avoir peur d'être accusés de bioterrorisme. »¹³

Allen fait toujours face aux deux accusations de voies de fait. Il s'agit de deux crimes graves, et, s'il en était reconnu coupable, il serait passible de dix ans d'emprisonnement pour chaque chef.¹⁴

— Kelly Sinclair

Kelly Sinclair
(ksinclair@millerthomson.com)
est avocate au sein du cabinet Miller Thomson à Toronto.

¹ *People of the State of Michigan c. Daniel Allen*, Dossier N° 2009-4960-FH (Circuit Court for the County of Macomb).

² T. Heywood, « HIV-as-terrorism charges dismissed by Macomb county Judge », *The Michigan Messenger*, 2 juin 2010.

³ *People of the State of Michigan* (supra).

⁴ *People of the State of Michigan* (supra).

⁵ Lambda Legal est une organisation nationale qui a pour mission de faire reconnaître pleinement les droits civils des lesbiennes, homosexuels, bisexuels, transgenres et de ceux d'entre eux qui sont séropositifs, au moyen de causes

modèles, d'éducation et de travail de politique publique.

⁶ Mémoire d'*Amicus Curiae* de Lambda Legal Defence and Education Fund, Inc., Community AIDS Resource and Education Services, Michigan Positive Action Coalition, et Michigan Protection and Advocacy Service, Inc. dans le Dossier N° 09-004960-FH.

⁷ C. Ferretti, « HIV-positive man faces charge of bioterrorism », *The Detroit News*, 8 mai 2010.

⁸ J. Cook, « Judge dismisses bio-terrorism charge against

HIV-positive man », *The Macomb Daily*, 3 juin 2010.

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Ibid.*

¹¹ J. Cook (supra).

¹² J. Cook (supra).

¹³ J. Cook (supra).

¹⁴ T. Heywood (supra).

R.-U. — Des demandeurs d'asile homosexuels obtiennent le droit de demeurer au pays

La Cour suprême a jugé à l'unanimité que les homosexuels qui sont exposés à la persécution dans leurs pays d'origine ont le droit d'obtenir l'asile au Royaume-Uni. La décision résulte d'un appel présenté par deux homosexuels dont les demandes d'asile avaient été rejetées pour le motif qu'ils pouvaient choisir de garder leurs vies personnelles pour eux.

En rejetant les demandes, la Cour d'appel avait adopté la politique du Home Office, qui refusait les demandes d'asile présentées par les homosexuels pour le motif qu'ils pouvaient cacher leur sexualité — et par conséquent éviter la persécution — en se comportant de manière discrète.¹

Dans une cause type devant la Cour suprême, les demandeurs soutenaient que la politique du Home Office était contraire à la Convention des Nations Unies sur les Réfugiés, dont l'Angleterre est signataire. La Convention prévoit que les membres d'un groupe social particulier, y compris les groupes d'orientation sexuelle commune, ont le droit d'asile dans les États qui sont parties à la Convention s'ils peuvent établir qu'ils seraient exposés à une crainte légitime de persécution s'ils retournaient dans leur pays d'origine.²

Les demandeurs — qui ont respectivement fui le Cameroun et l'Iran — s'étaient fait dire qu'ils devraient être « plus discrets » à l'avenir et qu'on pourrait alors « raisonnablement s'attendre à ce qu'ils tolèrent » les conditions en vigueur dans leurs pays d'origine.³ Ces « conditions » comprennent des châtements pour des actes homosexuels allant de la flagellation publique à l'exécution en Iran, et au Cameroun, des peines d'emprisonnement de six mois à cinq ans.

Le demandeur originaire du Cameroun avait fui son pays après avoir été attaqué par une foule en colère qui l'avait vu embrasser son partenaire. L'autre demande contestée était présentée par un Iranien qui avait été agressé et renvoyé de son école lorsqu'on avait découvert son homosexualité.⁴ La Cour d'appel avait conclu que ni l'un ni l'autre n'avait

une « crainte légitime » de persécution lui donnant droit à la protection.⁵

Un panel de cinq juges de la Cour suprême, qui a instruit la cause pendant trois jours en mai 2010, a unanimement conclu que le critère appliqué par la Cour d'appel était contraire à la Convention et ne devrait pas être suivi dans l'avenir.

Lord Hope, qui a lu le jugement au nom de la Cour, a dit : « Obliger un homosexuel à prétendre que sa sexualité n'existe pas ou à réprimer le comportement par lequel elle se manifeste constitue une négation de son droit fondamental d'être qui il est. » Il a ajouté : « les homosexuels ont autant le droit que les hétérosexuels à la liberté de s'associer avec des personnes de la même orientation sexuelle qu'eux. »⁶

Le gouvernement, qui a déjà promis de revoir le traitement réservé aux

demandeurs d'asile homosexuels, a apparemment bien accueilli la décision. En réponse à la décision, la Secrétaire de l'Intérieur Theresa May a dit: « Nous nous sommes déjà engagés à ne plus expulser les demandeurs d'asile qui ont dû quitter leur pays d'origine parce que leur orientation sexuelle ou leur identification générale les expose à un risque démontré d'emprisonnement, de torture ou d'exécution ... Je ne crois pas qu'il soit acceptable de renvoyer les gens chez eux en leur demandant de cacher leur sexualité pour éviter la persécution. »⁷

Mme May a promis que, à l'avenir, les décisions concernant les demandes d'asile seraient considérées selon les règles établies par la Cour suprême, notant que le jugement « nous donne un fondement juridique immédiat pour reformuler nos lignes directrices pour l'évaluation des demandes fondées sur la sexualité, en tenant compte des politiques du pays en cause et des motifs de chaque cas. »⁸

Ben Summerskill, l'administrateur général du groupe de pression Stonewall, a dit que le groupe était heureux de la décision, et il a offert d'aider le gouvernement à répondre

aux demandes futures. Le récent rapport de Stonewall, *No Going Back*, a estimé que, entre 2005 et 2009, le Home Office a initialement refusé 98 pour cent de toutes les demandes d'asile de gays ou lesbiennes.

À propos de la politique antérieure du Home Office, Summerskill a observé : « Demander aux lesbiennes ou aux homosexuels de retourner chez eux pour cacher leur sexualité n'a rien à voir avec la réalité de la vie homosexuelle dans de nombreux pays. »

La Cour suprême a dit qu'elle transmettrait des directives détaillées aux tribunaux inférieurs sur la manière de traiter ce genre de causes à l'avenir. Entre-temps, les cas des demandeurs en cause seront renvoyés pour nouvel examen à la lumière de la décision de la Cour suprême.⁹

Commentaire

Cette stigmatisation des homosexuels, hommes ou femmes, nuit considérablement à l'accès aux services de prévention et de soins relatifs au VIH/sida, à l'hépatite et aux maladies sexuellement transmissibles. La directive de la Cour d'appel les invitait à vivre « discrètement » sape

donc les efforts visant à faire en sorte que les personnes à risque aient accès au dépistage et au counselling, à l'information sur la prévention, et aux traitements le cas échéant.

— Kelly Sinclair

Kelly Sinclair (ksinclair@millerthomson.com) est avocate au sein du cabinet Miller Thomson à Toronto.

¹ « Supreme Court Judge says homosexual asylum seekers should be allowed to stay because 'gays must be free to enjoy Kylie concerts and cocktails' », *Mail Online*, 8 juillet 2010 (www.dailymail.co.uk/news/article-1292715/Gay-asylum-seekers-win-legal-battle-stay-Britain.html).

² « Gay asylum seekers win right to stay in Britain », *The Telegraph*, 6 juillet 2010 (www.telegraph.co.uk/news/uknews/immigration/7876634/Gay-asylum-seekers-win-right-to-stay-in-Britain.html).

³ « Gay asylum seekers from Iran and Cameroon win appeal », *BBC News (UK)*, 7 juillet 2010.

⁴ *Ibid.*

⁵ « Gay asylum seekers win right to stay in Britain » (*supra*).

⁶ « Gay asylum seekers from Iran and Cameroon win appeal » (*supra*).

⁷ « Supreme Court Judge says homosexual asylum seekers should be allowed to stay because 'gays must be free to enjoy Kylie concerts and cocktails' » (*supra*).

⁸ « Gay asylum seekers from Iran and Cameroon win appeal » (*supra*).

⁹ « Gay asylum seekers win right to stay in Britain » (*supra*).

Droit criminel et cas de transmission du VIH ou exposition

R.-U. — Une cour d'appel réduit la peine d'un homme séropositif

Le 29 juin 2010, la Court of Criminal Appeal à Edinbourg a jugé excessive

la peine de dix ans d'emprisonnement imposée à Mark Devereaux pour avoir eu, de manière téméraire, des relations sexuelles non protégées avec quatre femmes, et il l'a réduite à huit ans, « un tarif qui comprend un

rabais d'un tiers pour un plaidoyer de culpabilité non tardif. »¹

En février dernier, la High Court de Dumbarton avait reconnu Devereaux coupable d'avoir omis de divulguer sa séropositivité aux

femmes, avec lesquelles il avait eu des relations sexuelles de 2003 à 2008. L'une d'entre elles, qui a découvert accidentellement que Devereaux était séropositif, a eu un résultat de test positif et a décidé de mettre fin à sa grossesse. Elle attendait des jumeaux; le père était l'accusé. Les trois autres femmes ont eu des résultats de test négatifs.

É.-U. — Un homme séropositif est condamné à cinq ans de prison pour avoir craché sur un agent de police

Le 26 juillet 2010, un jury de la Circuit Court de Washington County, au Maryland, a déclaré Jeffrey Lynn Black coupable de voies de fait au second degré et l'a condamné à cinq ans d'emprisonnement pour avoir craché sur l'agent de police Richard Cook.

En février, des policiers répondaient à un rapport de vandalisme impliquant Black. Au moment de son arrestation, Black — qui était alors intoxiqué — a craché au visage de Cook. Cook subit des tests pour le VIH tous les trois mois depuis l'incident.

Pendant le procès, la femme de Black a déclaré que « son mari crache souvent sans le vouloir, parce qu'il n'a pas de dents. »² À l'audience de détermination de la peine,

Black a présenté ses excuses à l'agent Cook, disant qu'il n'avait pas eu l'intention de cracher sur lui.

Australie — Premier cas de criminalisation homosexuelle en Nouvelle-Galles du Sud

En août dernier, un résident de la Nouvelle-Galles du Sud âgé de 55 ans a été le premier homosexuel accusé d'avoir volontairement transmis le VIH à une autre personne.

Les accusations criminelles dans ce cas ont fait suite à une poursuite civile dans laquelle l'homme a été condamné à payer à son ex-partenaire la somme de 757 487 \$ AUS (environ 711 000 \$ CAN) « pour avoir causé des souffrances et douleurs, une perte de revenus et une perte d'espérance de vie. »³ La Cour a accordé 50 000 \$ AUS (environ 47 000 \$ CAN) en dommages exemplaires, manifestant ainsi sa « désapprobation à l'égard d'un comportement honteux. »⁴

Selon Rob Lake, PDG de l'organisation australienne Positive Life, une plus grande intervention de la santé publique serait indiquée dans les cas de non-divulgateion. « Le ministère [de la Santé de Nouvelle Galles du Sud] dispose de diverses mesures qu'il peut utiliser en ce qui concerne la victime et le présumé auteur de l'infraction, et dans les cas qui l'exi-

gent, ils peuvent signaler l'affaire à la police. »⁵

Stanislas Kanengele-Yondjo, un Congolais hétérosexuel, a été la première personne à être déclarée coupable de transmission du VIH en Nouvelle-Galles du Sud. Il a été condamné à 12 ans de prison en 2005.

¹ « Dundee HIV man's jail sentence cut by judges », *The Courier*, 30 juin 2010. Accessible via www.thecourier.co.uk.

² « Man with HIV who spit on police officer sentenced to five years », *The Herald-Mail*, 26 juillet 2010. Accessible via www.herald-mail.com.

³ A. Potts, « First Gay HIV Criminal Charge », *Sydney Star Observer*, 28 juillet 2010. Accessible via www.starobserver.com.au.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

En bref

Zambie — Un tribunal accorde des dommages-intérêts à deux ex-militaires dans des cas de dépistage obligatoire du VIH

Le 27 mai 2010, la Livingstone High Court a jugé que la décision de l'armée de l'air de Zambie de soumettre Stanley Kingaïpe et Charles Chookole à un test VIH obligatoire avait porté atteinte à leurs droits à la vie privée et à la protection contre tout traitement inhumain et dégradant, reconnus par la Constitution zambienne.¹

La Cour a accordé à chacun des dommages-intérêts de 10 millions de kwachas (environ 2 120 \$ CAN) pour la violation de leurs droits constitutionnels.

Chookole et Kingaïpe étaient à l'emploi de l'armée de l'air de Zambie dans des postes de non-combattants depuis deux décennies. En 2001, on leur a fait subir des tests VIH sans leur consentement et on les a congédiés en 2002. Ils ont engagé une poursuite contre l'armée de l'air de Zambie, soutenant que ces mesures avaient porté atteinte à leurs droits protégés par la Constitution zambienne, dont les droits à la vie privée et à la protection contre les traitements cruels, inhumains et dégradants.

Les deux hommes alléguaient aussi qu'ils avaient été congédiés parce qu'ils étaient séropositifs. La Cour a rejeté cet argument. Elle a conclu que la décision de les congédier était fondée uniquement sur leur état de santé, et non sur le fait qu'ils étaient séropositifs. La Cour ne s'est

pas prononcée sur la question de savoir si le congédiement fondé uniquement sur leur séropositivité aurait été inconstitutionnel.²

En décidant que le dépistage obligatoire du VIH violait la Constitution zambienne, la Cour s'est référée aux obligations de la Zambie selon les traités internationaux et régionaux, y compris la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*.

É.-U. — Un homme séropositif obtient 1,25 millions \$ dans une action fondée sur la protection de la vie privée

Un tribunal de l'Indiana a accordé 1,25 millions \$ US (1,35 millions \$ CAN) en dommages-intérêts à un homme séropositif dont le droit à la vie privée avait été violé par un établissement de santé.

L'établissement Internal Medicine Associates (IMA) a divulgué sa séropositivité à ses avocats lorsqu'il leur a donné des renseignements concernant le recouvrement d'une dette de 326 \$ US (345 \$ CAN) pour une facture en souffrance.³ Comme les renseignements sont devenus publics une fois que la poursuite en recouvrement a été déposée, n'importe qui pouvait avoir accès au dossier et apprendre que l'homme était séropositif.

Le demandeur a témoigné au tribunal que IMA avait divulgué sa séropositivité à plus de personnes que lui. De son côté, IMA soutenait n'avoir aucune obligation d'indemniser le demandeur pour avoir dévoilé

son état à une partie étrangère à la cause, parce que celui-ci l'avait dit à au moins une autre personne qui n'était ni un partenaire sexuel ni un membre de sa famille. L'avocat d'IMA voulait également savoir combien de partenaires sexuels l'homme avait eus, pour que IMA sache à combien de personnes il en avait parlé avant d'avoir des relations sexuelles.⁴

Comme il ne se sentait plus à l'aise dans la ville de Bloomington, il a demandé au jury de lui accorder suffisamment d'argent pour aller s'installer ailleurs.

Égypte — Un nouveau système de tarification menace la disponibilité de médicaments génériques

Le 27 avril 2010, la Court of Administrative Justice a rendu une décision qui a eu pour effet de suspendre le travail sur un nouveau système de tarification des médicaments qui lierait les prix des médicaments en Égypte avec les prix internationaux.

Citant l'article 16(2) de la *Charte africaine des droits de l'homme et des peuples*, la Cour a conclu que le nouveau système aurait des « répercussions inévitables... principalement une augmentation des prix des médicaments pharmaceutiques et les conséquences que cela représente pour la santé des citoyens et leur droit d'obtenir des médicaments à prix abordable. »⁵

La Egyptian Initiative for Personal Rights (EIPR) a déposé une requête

le 22 octobre 2009 demandant à la Cour de suspendre le décret 373/2009 du ministre de la Santé, qui aurait entraîné des hausses substantielles de prix pour plusieurs sortes de médicaments. L'EIPR craignait que le décret entraîne des hausses de prix pour les médicaments génériques en particulier, sur lesquels les Égyptiens comptent beaucoup étant donné leur bas prix.⁶

Dina Iskander, du Programme sur le droit à la santé de l'EIPR, a affirmé : « Le nouveau système de tarification comporte de nombreuses lacunes qui le rendent impossible à appliquer sur le terrain. Il contient des failles qui permettent aux sociétés pharmaceutiques de contourner les règles et d'obtenir le prix le plus élevé possible pour leurs produits, quel que soit leur coût réel. »⁷

Avant l'introduction du nouveau système de tarification, « le prix des médicaments génériques était déterminé sur la base du coût de production réel, plus majoration bénéficiaire. »⁸ Selon le système contesté, le prix d'un médicament de marque déposée serait fixé à 10 pour cent de moins que le prix de détail le moins élevé du médicament dans les pays où il est actuellement offert en vente, et le prix du médicament générique serait fixé à un pourcentage fixe de la version de marque déposée — ce qui lierait les prix à ceux des marchés internationaux.

La cause est importante, parce qu'elle est la première à contester le système de tarification nationale des médicaments et à mettre en doute l'accessibilité et la nature abordable des médicaments en Égypte selon ce système. Elle est également la première à proposer une approche fondée sur les droits humains dans l'application de ce type de politique.

Le ministère de la Santé a interjeté appel de la décision du tribunal inférieur à la Supreme Court of Administrative Justice.

Kenya — Un tribunal examine la question de l'accès à des médicaments à coût abordable

La Kenyan Constitutional Court instruira une requête contre le *Anti-Counterfeit Act* de 2008, dont les dispositions concernant les médicaments ont été suspendues dans l'attente de la décision de la Cour sur la question de savoir si la loi viole le droit à la vie et à la santé.

La requête fait suite à une affaire dans laquelle trois personnes vivant avec le VIH ont demandé en juillet la suspension de l'application de la loi, parce que celle-ci menaçait l'importation ou la fabrication d'antirétroviraux génériques abordables et essentiels à leur survie, contrairement à leur droit constitutionnel à la vie et à la santé.⁹

En avril 2010, le juge Roselyn Wendoh, de la Cour constitutionnelle, a reconnu que les requérants subiraient un tort irréparable si leur situation n'était pas traitée. Dans sa décision, le juge Wendoh a rendu une ordonnance conservatoire relativement à l'application de la loi aux médicaments, jusqu'à ce qu'un jugement soit rendu dans l'affaire.

Jacinta Nyachae, directeur général du Aids Law Project, a déclaré que la loi contrevient aux dispositions de l'*Industrial Property Act* de 2001, y compris l'article 58 (2) concernant les importations parallèles et l'article 80 sur l'utilisation gouvernementale.¹⁰

L'importation parallèle a lieu lorsqu'un produit qui n'est pas

contrefait est importé d'un autre pays sans le consentement du détenteur du brevet. L'article 58 (2) écarte les droits de brevet concernant certains produits sur le marché au Kenya ou dans n'importe quel autre pays ou importés au Kenya. L'article 80 sur l'usage gouvernemental autorise le gouvernement ou ses agents à exploiter un brevet dans l'intérêt public.

Les défenseurs du droit à la santé soutiennent que les pays développés tentent de forcer l'application d'éléments plus rigoureux que ce qui est établi dans l'Accord sur les Aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC), communément surnommés des ADPIC-plus, en ce qui concerne les médicaments dans les pays en développement, en faveur des détenteurs de droits de propriété intellectuelle, dont la majorité sont des sociétés multinationales du Nord. Ils disent également que le *Anti-Counterfeit Act* omet de reconnaître et, spécifiquement, d'exempter les médicaments génériques de la définition de la contrefaçon.

L'Accord sur les ADPIC définit les droits de propriété intellectuelle comme des « droits territoriaux ». Dans le cas de médicaments, elle ne serait protégée que dans le territoire où elle est enregistrée. Cependant, le *Anti-Counterfeit Act* reconnaît les droits de propriété intellectuelle enregistrés dans des pays autres que le Kenya.¹¹

« Cela rend automatiquement illégaux les médicaments génériques importés au Kenya ou en transit dans le pays si un brevet existe ailleurs dans le monde », notait Christa Cepuch, directeur de programme à Health Action International (HAI) Africa.¹²

« Nous espérons que le tribunal proposera une orientation claire sur la

manière de protéger la santé publique et de garantir l'accès aux médicaments à tous les Kenyans face aux risques largement reconnus que cette loi représente », a ajouté Cepuch.

Namibie — Des femmes séropositives poursuivent le gouvernement pour cause de stérilisation forcée

Trois Namibiennes poursuivent le gouvernement, parce qu'elles auraient été stérilisées sans leur consentement éclairé après avoir subi un test VIH qui s'est révélé positif. Les femmes disent que les médecins et les infirmières auraient dû les renseigner adéquatement sur ce qui arrivait.¹³

Elles réclament un million de dollars namibiens (environ 143 500 \$ CAN) en indemnisation du ministère de la Santé.

Selon le Legal Assistance Centre (LAC), l'organisation de défense des droits qui représente les femmes, la High Court a ordonné que leurs identités ne soient pas révélées pour empêcher qu'elles subissent « davantage de discrimination et de stigmatisation à cause de leur séropositivité. »¹⁴

Gladys Kamboo, porte-parole du ministère de la Santé, a dit qu'elle ne pouvait pas commenter l'affaire tant qu'elle était pendante, mais elle a insisté pour dire que le ministère n'avait causé aucun préjudice intentionnel aux femmes.

« Nous voulons un système de santé fondé sur les droits de la personne, qui favorise l'égalité pour tous », a dit Amon Ngavetene, du LAC.¹⁵

Il a expliqué que, lorsque les femmes séropositives vont à l'hôpital, on leur recommande parfois, à la discrétion des médecins, la stérilisation.

Toutefois, a dit Ngavetene, ces femmes n'ont pas toujours une idée claire de ce en quoi consiste l'intervention, et certaines affections dangereuses préexistantes ne sont pas toujours prises en compte. Il peut aussi y avoir une barrière linguistique dans un pays où il existe 11 langues indigènes, a-t-il ajouté.

Le LAC rapporte qu'il y a eu au moins 15 cas documentés de présomées stérilisations forcées dans des hôpitaux publics de Namibie depuis 2008.¹⁶

Les défenseurs des droits en Namibie soutiennent que ce type de préjugés et d'abus en cours dans les hôpitaux publics « peut conduire les femmes à se méfier des fournisseurs de services et à s'éloigner des établissements hospitaliers — ce qui fait qu'il devient de plus en plus difficile ... de leur offrir les soins dont elles ont besoin. »¹⁷

Kenya — Deux patients tuberculeux condamnés à l'emprisonnement

En août 2010, un magistrat de Kapsabet a condamné à huit mois de prison deux patients qui ont refusé de prendre des médicaments contre la tuberculose. La peine avait pour but de leur « permettre » de prendre les médicaments prescrits par les médecins afin d'enrayer la propagation de la maladie pendant leur confinement, parce qu'ils avaient refusé de les avaler volontairement.¹⁸

Le juge John Njoroge a noté que la Cour avait le devoir de protéger les vies des Kenyans. Il a ordonné que les deux patients purgent leur peine en isolement jusqu'à fin de la période prévue. Il a également ordonné qu'ils soient placés sous la supervision d'un

agent de santé publique pour garantir qu'ils prennent toutes les doses prescrites.

Les accusés, Daniel Ng'etich, 35 ans, et Patrick Kirui, 40 ans, ont été inculpés le 12 juin 2009, après qu'ils eurent cessé de prendre les médicaments qui leur avaient été prescrits par des médecins de l'hôpital du district de Kapsabet.

Ng'etich et Kirui, qui n'étaient pas représentés, ont plaidé coupable et ont demandé à la Cour de les traiter avec clémence.

« La protection de la santé publique l'emporte sur le droit individuel au confort, et ces deux hommes non seulement avaient une maladie infectieuse, mais ils refusaient de prendre les médicaments qui leur étaient prescrits », a dit Joseph Sitienei, directeur du programme national sur le contrôle de la lèpre et de la tuberculose. « Ils mettaient non seulement leurs vies en danger, mais également celles d'autres personnes. »¹⁹

Il a ajouté que la loi était très claire sur ce que les agents de la santé publique doivent faire dans ce genre de cas. La loi sur la santé publique du pays autorise les fonctionnaires de la santé publique à prendre toutes les mesures qu'ils jugent nécessaires — y compris détenir les patients contagieux — pour prévenir la propagation de maladies.²⁰

Le Kenya occupe le 13^e rang sur la liste des pays les plus touchés par la tuberculose, dressée par l'Organisation mondiale de la santé. On estime que 40 pour cent des Kenyans séropositifs sont également infectés par la tuberculose.²¹

— David Cozac

David Cozac (dcozac@aidslaw.ca) est Directeur de la rédaction de la Revue VIH/sida droit et politiques.

¹ Southern Africa Litigation Centre, « *Zambian High Court Finds Mandatory HIV Testing by Military Unconstitutional* », communiqué de presse, Johannesburg, 27 mai 2010.

² Ibid.

³ B. Browning, « *Indiana man wins \$1.25 M after doc discloses he's HIV+* », The BILERICO Project, 5 juillet 2010 (www.bilerico.com/2010/07/indiana_man_wins_125m_after_doc_discloses_hes_hiv.php).

⁴ Ibid.

⁵ « *Pharmaceutical Companies Intervene in Support of the Government in the Drug Pricing Case* », Egyptian Initiative for Personal Rights, 10 juin 2010 (<http://eipr.org/en/pressrelease/2010/06/09/911>).

⁶ « *Court of Administrative Justice Suspends New Drug-Pricing System* », Egyptian Initiative for

Personal Rights, 27 avril 2010 (<http://eipr.org/en/pressrelease/2010/04/27/811>).

⁷ Ibid.

⁸ ESCR-Justice, « *Egyptian Court Strikes Down New Market-based Medicine Pricing System as Undermining 'Health Security'* », *Monthly Caselaw Update*, juillet 2010.

⁹ S. Mbatiah, « *Kenya's Right to Affordable Drugs in Hands of Court* », Inter Press Service, 22 juillet 2010 (<http://ipsnews.net/news.asp?idnews=52236>).

¹⁰ Ibid.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

¹³ « *Namibia HIV women sue over forced sterilization* », BBC News, 1^{er} juin 2010.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ A. Ahmed, « *Sterilized: against our will* », Open Democracy, 3 juin 2010 (www.opendemocracy.net/5050/aziza-ahmed/sterilized-against-our-will).

¹⁸ « *Two jailed for failing to take TB drugs* », *The Daily Nation*, 24 août 2010 (www.nation.co.ke/News/regional/-/1070/995776/-/9c1kl8/-/).

¹⁹ « *TB patients held in police cells for defaulting on treatment* », PlusNews, 24 août 2010 (www.plusnews.org/report.aspx?Reportid=90270).

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

SIDA 2010 :

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 de santé publique des Fondations Open Society, de la Fondation Levi Strauss et de l'ONUSIDA. 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 XVIII^e Congrès international sur le sida, à Vienne (Autriche) en juillet 2010. Nous l'avons fait aussi à l'issue de Genève 1998, de Durban 2000, de Barcelone 2002, de Bangkok 2004, de Toronto 2006 et de Mexico 2008. Les buts sont ici 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.

Le slogan du congrès de 2010, « Les droits, ici et maintenant », est symbolique de la place centrale qu'ont occupée les droits humains — pour la première fois lors d'un Congrès international sur le sida. Un grand nombre d'exposés ont porté sur un enjeu du VIH/sida en lien avec les droits humains. La présente section contient une sélection de certains des thèmes les plus intéressants, actuels et novateurs dont il a été question à Vienne; elle inclut le résumé d'une rencontre satellite pré-congrès, consacrée à la criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission, organisée par le Réseau juridique canadien VIH/sida, le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) et le NAM.

La Déclaration de Vienne : un appel à reformer les politiques sur la drogue

La Déclaration de Vienne a été publiée à titre de déclaration officielle du Congrès SIDA 2010. Elle a été rédigée par une équipe internationale d'experts, à l'initiative de l'International AIDS Society, de l'International Centre for Science in Drug Policy (ICSDP) et du BC Centre for Excellence in HIV/AIDS. Dans le présent article, Michaela Montaner explique comment la déclaration vise à améliorer la santé et la sécurité des communautés, en exhortant à intégrer les faits et données scientifiques, dans les politiques en matière de drogue.

La Déclaration de Vienne, déclaration officielle du XVIII^e Congrès international sur le sida (Vienne 2010), a été rendue publique le 26 juin 2010; trois semaines plus tard, il a été souligné, lors de la cérémonie d'ouverture de Vienne 2010, que plus de 10 000 signataires y avaient donné leur appui. La déclaration est un énoncé scientifique visant à améliorer la santé et la sécurité des communautés, en exhortant à intégrer les faits et données scientifiques, dans les politiques sur les drogues illégales.¹

La Déclaration de Vienne exhorte les responsables des politiques à mettre en œuvre, pour la prévention, le traitement et la réduction des méfaits, des programmes fondés sur les données. Elle reconnaît le lien entre les politiques sur les drogues illicites et la transmission du VIH. Et elle exhorte à la décriminalisation des personnes qui font usage de drogue. Elle prend modèle sur la Déclaration de Durban, issue du 13^e Congrès international *sur le sida, tenu en 2000 en Afrique du Sud*.²

Comme celle-ci, la Déclaration de Vienne vise à diriger les projecteurs sur un fait tout aussi simple : à l'extérieur de l'Afrique subsaharienne, un tiers des nouveaux cas de VIH s'observent aujourd'hui

parmi les personnes qui font usage de drogue,³ et dans des régions comme l'Europe de l'est et l'Asie centrale des estimés de la prévalence du VIH parmi cette population s'élèvent jusqu'à 70 %.⁴

Il est démontré que des politiques sur les drogues illicites et sur l'application de la loi qui empêchent l'accès à des services comme la fourniture de seringues stériles et le traitement de substitution aux opiacés entraînent des comportements propices à des cas évitables de transmission du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC).⁵ Afin de réduire efficacement les méfaits associés à l'usage de drogues illicites, ces politiques doivent être modifiées.

Lors du Congrès SIDA 2010, madame Sandra Roelofs, première dame de la Géorgie; George Tsereteli, vice-président du Parlement géorgien; et Irakli Giorgobiani, sous-ministre géorgien du Travail, de la Santé et des Affaires sociales, ont signé la Déclaration de Vienne. Lors de la signature, Mme Roelofs, épouse du président géorgien Mikheil Saakashvili, a affirmé : « La Géorgie appuie des politiques fondées sur des données, dans ses efforts pour protéger la santé et la sécurité des communautés. Nos signatures à l'appui de la Déclaration de Vienne renforcent notre reconnaissance à

l'effet que la réduction des méfaits peut procurer de nombreux bienfaits; et elles mettent en relief la nécessité de concevoir des politiques qui soient conformes aux connaissances scientifiques qui émergent. » [trad.]⁶

Cette annonce a été faite peu après celle du Gouvernement du Canada qui, lui, a rejeté la Déclaration de Vienne. Dans un courriel de Charlene Wiles de l'Agence de la santé publique du Canada à la Presse canadienne, et largement diffusé, il est affirmé que le gouvernement canadien n'allait pas donner son appui à la déclaration scientifique puisque celle-ci était en conflit avec les politiques de l'actuel gouvernement conservateur :

Puisque certaines recommandations formulées dans la Déclaration de Vienne vont à l'encontre de la Stratégie nationale antidrogue du Canada et des politiques fédérales actuelles en matière de drogue, le Canada n'appuiera pas le document. [...] Le Gouvernement du Canada considère que le meilleur moyen de répondre aux conséquences sanitaires de l'usage de drogue par injection est de prévenir avant tout l'usage de drogue illicite par les gens. Des services de traitement sont essentiels afin d'aider les personnes dépendantes de drogue à cesser d'en consommer. [trad.]⁷

La Déclaration de Vienne énumère brièvement les orientations de politiques fondées sur des données que les gouvernements doivent adopter s'ils souhaitent atténuer les méfaits associés à la consommation de drogue. Par conséquent, la position affichée par le Gouvernement du Canada est troublante : il a choisi de rejeter les approches qui sont basées sur la science, au profit de mesures rigides d'application de la loi dont l'efficacité n'est pas démontrée par grand données. Par exemple, le gouvernement propose des peines minimales obligatoires pour les infractions liées à la drogue. Cette politique n'est pas crédible scientifiquement, notamment à la lumière du corpus de recherches publiées qui démontrent que l'application de la loi à ce chapitre a l'effet néfaste d'accroître les comportements associés à des risques d'infection par le VIH, de même que la violence,⁸ en plus d'autres coûts sociaux et économiques.⁹

La Déclaration de Vienne a pour but de favoriser un dialogue ouvert,

à propos de réforme des politiques sur la drogue. La voie à suivre, dans ce domaine, est celle d'une approche de santé publique et fondée sur les droits. L'appui international et interdisciplinaire à la Déclaration de Vienne continue de grandir et il en va de même du besoin de responsables de politiques disposés à être des leaders en ce sens.

— Michaela Montaner

Michaela Montaner (mmontaner@icsdp.org) est adjointe à la recherche, à l'Addiction and Urban Health Research Initiative of the International Centre for Science in Drug Policy, à Vancouver.

¹ La Déclaration de Vienne est accessible à www.viennadeclaration.com. Ses signataires incluent des leaders mondiaux de nombreux domaines, notamment de la politique, de la médecine, des sciences et de l'économie, et des citoyens, du monde entier.

² À cette occasion, un groupe de 5 000 médecins et scientifiques avaient endossé la Déclaration de Durban, qui concernait l'affirmation que la cause du sida est le VIH.

³ D. Wolfe et K. Malinowska-Sempruch, *Illicit drug policies and the global HIV epidemic: Effects of UN and national government approaches*, Open Society Institute, 2004; P. Lurie et E. Drucker, « An opportunity lost: HIV infections associated with lack of a national needle-exchange programme in the USA », *The Lancet* 349, 9052 (1997) : 604–608.

⁴ B.M. Mathers et coll., « Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic review », *The Lancet* 372, 9651 (2008) : 1733–1745.

⁵ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008*, 2008; T. Rhodes et coll., « Explosive spread and high prevalence of HIV infection among injecting drug users in Togliatti City, Russia », *AIDS* 16, 13 (2002) : F25–F31.

⁶ « Three Georgian Leaders Sign Vienna Declaration, Strengthen Call for Science-Based Drug Policy », 22 juillet 2010 (www.viennadeclaration.com/july-22---georgian-leaders-sign-the-vienna-declaration.html).

⁷ « 'War on drugs' fuels HIV epidemic: conference », *The Canadian Press*, 19 juillet 2010.

⁸ E. Wood et coll., « The war on drugs: a devastating public-policy disaster », *The Lancet* 373, 9668 (2009) : 989–990; D. Werb et coll., *Effect of drug law enforcement on drug related violence: Evidence from a scientific review*, The International Centre for Science in Drug Policy, 2010.

⁹ C. Suddath, « A brief history of the War on Drugs », *Time*, 25 mars 2009 (www.time.com/time/world/article/0,8599,1887488,00.html); The United States Office of National Drug Control Policy, *FY 2011 Budget Summary*, 2010 (www.whitehousedrugpolicy.gov/publications/policy/11budget/index.html); Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, *Rapport mondial sur les drogues 2005*, 2005.

VIH/sida et politiques sur la drogue : une nouvelle approche d'application de la loi

L'application de la loi a souvent un effet délétère, en alimentant la propagation du VIH/sida, mais il existe aussi des occasions de promouvoir la santé et de réduire les comportements à risque. Dans le présent article, Tom Lloyd résume une discussion de panel dont il a été modérateur, lors du Congrès SIDA 2010, sur les mesures que les autorités d'application de la loi pourraient adopter à cet égard.

Dans certaines régions du monde, les pratiques d'application de la loi contribuent largement à la propagation du VIH/sida. Par exemple, si des agents de police harcèlent des utilisateurs de drogue à proximité de

cliniques de traitement ou de centres d'échange de seringues. Néanmoins, il est de plus en plus évident que l'application de la loi peut jouer un rôle crucial dans la réduction des comportements à risque et la promotion de la santé.

Devant des préoccupations grandissantes quant aux conséquences involontaires¹ du commerce de drogues illégales, le mouvement de réforme s'est concentré sur le respect des droits humains des utilisateurs de drogue et l'amélioration de leur santé; peu d'efforts ont été consacrés à une interaction positive avec les agents d'application de la loi, au-delà des critiques et des blâmes qui leur sont lancés à distance.

Certes, la situation progresse. Les trois panélistes² ont évoqué le développement d'objectifs communs et de partenariats fructueux entre l'application de la loi et la réduction des méfaits, l'éducation de la police et la discrétion dans l'application de la loi, comme des domaines clés pour l'action. Ils ont aussi identifié des occasions de changement dans les services correctionnels et exhorté à des améliorations dans la surveillance et la reddition de comptes, afin d'encourager des pratiques exemplaires et de réduire les méfaits.

Les demandes du public et des gouvernements, concernant des descentes policières parmi les utilisateurs de drogue, sont contraires à des données qui démontrent que cette approche est inefficace, coûteuse et contre-productive. Plusieurs politiques actuelles d'application de la loi sont inefficaces, même selon leurs propres critères — les indicateurs de performance étant fondés sur des mesures inadéquates comme le nombre d'arrestations et les quantités saisies. Geoffrey Monaghan a cité

d'excellents exemples, en Australie, au Royaume-Uni (équipes multidisciplinaires appelées « Drug and Alcohol Action Teams » (DAATs)) et dans diverses villes des États-Unis et du Canada, où l'activité policière appuie les objectifs de santé publique plutôt que de leur faire obstacle, tout en maintenant l'aide au public.

De nombreux corps policiers, dans le monde, ont une croyance solidement ancrée à l'effet que les utilisateurs de drogue sont des ennemis de l'État, des familles et de la police, et qu'ils devraient être punis pour le bien de tous. Le travail d'Aleksandr Zelichenko, au Kirghizistan et ailleurs, a démontré que l'intégration de la réduction des méfaits comme composante obligatoire et vérifiée de la formation des policiers, en impliquant directement des organismes non gouvernementaux et des utilisateurs de drogue, a un impact positif sur leurs attitudes et comportements.

À l'époque où il était directeur des services correctionnels de la Malaisie, Datuk Zaman a vite compris qu'en plus d'être très coûteuses, plusieurs pratiques étaient inefficaces et complètement inappropriées. Les détenus vivant avec le VIH et vulnérables à l'infection ont besoin d'éducation, de soins et de traitements. Un détenu perd sa liberté, mais il ne devrait pas être privé de ses droits humains ni de sa dignité.

Bien que le harcèlement policier et anti-drogue persiste, en Malaisie, les autorités d'application de la loi commencent à comprendre qu'elles peuvent jouer un rôle important dans l'accès aux traitements et aux soins pour les utilisateurs de drogue, en particulier ceux qui vivent avec le VIH. De fait, les comportements policiers à l'égard de l'échange de seringues et du traitement à la méthadone sem-

blent s'être améliorés, à l'issue d'un séminaire sur les politiques sur les drogues présenté aux hauts dirigeants de la police par le Malaysian AIDS Council et l'International Drug Policy Consortium, en décembre 2009.

L'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, qui encourage des programmes collaboratifs et publie des orientations pertinentes, pourrait contribuer significativement à la compréhension et à l'implication des systèmes judiciaires locaux dans la quête du changement comportemental. Le recours au pouvoir discrétionnaire dans les systèmes actuels est une autre possibilité, puisque la police est rarement obligée de procéder à des arrestations mais qu'elle doit faire des choix dans la gestion de ressources limitées. Le rôle de l'application de la loi est de servir et de protéger, et non d'opprimer et d'abuser.

L'expérience à ce jour en est une d'échec coûteux et contre-productif. Plusieurs agents de police veulent faire mieux; c'est une occasion importante de collaborer et de changer l'histoire.

— Tom Lloyd

Tom Lloyd (tomlloyd250@btinternet.com) est un ancien chef de police du Royaume-Uni; fort de ses plus de 30 années d'expérience policière, il dirige à présent le Projet sur l'application de la loi de l'International Drug Policy Consortium.

¹ Antonio Maria Costa, directeur général, Office des Nations Unies contre la drogue et le crime, discours prononcé lors de la 51^e Session de la Commission des stupéfiants, Vienne, 10 mars 2008. Accessible à www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/speeches/2008-03-10.html.

² « Law Enforcement Leaders for Public Health and Rights ». Les panélistes incluaient Datuk Zaman, président du Malaysian AIDS Council et ancien chef de police et chef des services correctionnels de la Malaisie; Aleksandr Zelichenko, colonel de police du Kirghizistan; et Geoffrey Monaghan, ancien chef de police du Royaume-Uni et expert du VIH/sida auprès de l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime.

Le plaidoyer relatif aux politiques, pour les utilisatrices de drogue par injection en Europe centrale et de l'Est

Un des motifs du choix de Vienne pour SIDA 2010 était de mettre en relief la propagation du VIH par l'injection de drogue, qui atteint des proportions de crise dans plusieurs régions de l'Europe de l'Est et l'ex-URSS. Dans le présent article basé sur un exposé lors du Congrès, Anna Zakowicz examine les avenues possibles pour promouvoir le plaidoyer dans le domaine des politiques, concernant les femmes qui font usage de drogue par injection en Europe centrale et de l'Est.

Pendant les années 1990, une épidémie de consommation d'héroïne est apparue en Europe centrale et de l'Est; le nombre de cas d'infection par le VIH parmi les utilisateurs de drogue a augmenté de manière radicale. L'injection de drogue est encore la première voie de transmission du VIH, dans la région; les femmes représentent entre 15 % et 30 % des utilisateurs de drogue par injection.¹ Dans neuf pays d'Europe, la prévalence moyenne du VIH parmi les UDI est de 50 % plus forte parmi les femmes que parmi les hommes.² L'injection est le mode principal de consommation d'opiacés;³ parmi les utilisatrices de drogue séropositives au VIH, celles qui sont aux prises avec des stigmates multiples sont les travailleuses sexuelles, les femmes transgenre, les prisonnières et les migrantes. Un autre élément à signaler est l'échec des interventions actuelles de prévention et de traitement.

Il existe relativement peu de données à propos de l'usage de drogue parmi les femmes, dans la région, pour des raisons pouvant inclure les obstacles à l'accès aux services dont ces femmes auraient besoin; des obstacles sexospécifiques comme le

travail ménager et les responsabilités de garde d'enfant, qui entravent l'accès à des services de réduction des méfaits et de traitement de la toxicomanie; la violence domestique et les abus policiers;⁴ et même le relatif manque d'attention à l'égard des utilisatrices de drogue, dans le domaine de la recherche. Nous espérons que le récent énoncé de consensus intitulé *Asking the Right Questions: Advancing an HIV Research Agenda for Women and Children*, qui traite d'un ordre du jour complet pour la recherche, rehaussera la recherche clinique et opérationnelle, pour les utilisatrices de drogue européennes.⁵

L'Union européenne (UE), par sa stratégie de 2005-2012 en matière de drogue, visait à baser l'initiative sur les valeurs fondamentales de l'UE : le respect de la dignité humaine, la liberté, l'égalité et les droits humains. La politique visait aussi à protéger et à améliorer le bien-être de la société et de l'individu; à protéger la santé publique; à offrir un niveau élevé de sécurité au grand public; et à adopter une approche équilibrée et intégrée, en ce qui a trait aux problèmes liés à la drogue.⁶

Le plan d'action 2009-2012 de l'UE⁷ pour la mise en œuvre de la

stratégie est basé davantage sur la protection générale de la santé publique, que sur l'individu et les choix individuels. Le plan met l'accent sur la tâche de contrer l'usage initial de drogue, la tâche d'empêcher qu'une utilisation expérimentale devienne régulière, et sur l'intervention précoce; cependant, il n'est pas centré sur le droit de l'individu ou sur les choix éclairés d'utilisateurs, de cesser la consommation, de recourir à une thérapie d'entretien, ou d'apprendre comment se faire des injections sécuritaires. Néanmoins, le point de mire du plan est le traitement, basé sur des programmes et sur la réadaptation. Il importe également de signaler que l'accent est placé sur la réintégration dans la société et sur la diminution des préjudices sociaux.

Lors du Congrès SIDA 2010, la communauté des utilisateurs de drogue espérait une discussion constructive sur l'usage de drogue, la prévention du VIH et le traitement. La Déclaration de Vienne⁸ était présentée comme un des outils propices à susciter ce dialogue. Le document, qui souligne le besoin d'une réorientation des politiques sur la drogue illicite et sur la criminalisation des utilisateurs de drogue illicite, n'a malheureusement

ment pas récolté d'appuis des leaders de l'UE. De plus, les États membres en Europe centrale et de l'Est tendent à une approche qui priorise souvent la criminalisation des drogues et des personnes qui en font usage, plutôt que la protection et la promotion de la santé.⁹

En termes de soins de santé proprement dits pour les femmes, il est nécessaire d'explicitier comment leur santé physique, psychosociale et sociale devrait être abordée, à toutes les étapes de leur vie. Généralement parlant, les soins de santé doivent être plus sensibles aux besoins particuliers des femmes.¹⁰

Les utilisatrices de drogue font partie de la communauté des femmes. Afin d'améliorer leur accès à des soins de santé, il faut modifier les politiques et lois punitives, accroître la tolérance et réduire la discrimination de la part de la police, des fournisseurs de soins de santé ainsi que de l'ensemble de la société. Les facteurs socioéconomiques comme la

pauvreté, l'exclusion et la violence sexuelle doivent être abordés, aux paliers national et international. En outre, il faut améliorer l'accès à des services de santé pour les femmes, notamment en matière de prévention efficace, de dépistage, de traitements et de soins, et d'accès à la maternité pour les femmes qui ont des antécédents d'usage de drogue. L'action et l'engagement politiques à mettre en œuvre les éléments susmentionnés sont impératifs, afin que les droits fondamentaux des utilisatrices de drogue soient protégés.

— Anna Zakowicz

Anna Zakowicz (anna.zakowicz@eatg.org) est présidente de l'European AIDS Treatment Group (EATG), à Bruxelles.

¹ ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida*, novembre 2009 (http://data.unaids.org/pub/Report/2009/JC1700_Epi_Update_2009_fr.pdf).

² Observatoire européen des drogues et toxicomanies, *Rapport annuel 2006 : état du phénomène de la drogue en Europe*, 2006 (<http://ar2006.emcdda.europa.eu/download/ar2006-fr.pdf>).

³ Observatoire européen des drogues et toxicomanies, *Trends in Injecting Drug Use in Europe*, 2010.

⁴ Open Society Institute, *Women, Harm Reduction, and HIV: Key Findings from Azerbaijan, Georgia, Kyrgyzstan, Russia, and Ukraine*, octobre 2009 (www.aidsex.org/site_documents/DR-0147E.pdf).

⁵ International AIDS Society, *Asking the Right Questions: Advancing an HIV Research Agenda for Women and Children*, mars 2010 (www.iasociety.org/Web/Content/File/Consensus_Statement_Asking_the_Right_Question_March_2010.pdf).

⁶ Conseil de l'Union européenne, *Stratégie antidrogue de l'Union européenne (2005–2012)*, novembre 2004 (http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/c22569_fr.htm).

⁷ Conseil de l'Union européenne, *Plan d'action drogue de l'Union européenne (2009–2012)*, 2008 (www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_66226_FR_EU_drugs_action_plan_for_2009-2012-FR.pdf).

⁸ Accessible à www.viennedeclaration.com/. Voir aussi « La Déclaration de Vienne : un appel à réformer les politiques sur la drogue », p. 40.

⁹ Eurasian Harm Reduction Network, *Drug Policy Position Paper*, 2010 (www.harm-reduction.org/images/stories/library/drugpolicy_position.pdf).

¹⁰ Commission européenne, *Data and Information on Women's Health in the European Union*, 2009 (http://ec.europa.eu/health/population_groups/docs/women_report_en.pdf).

La criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission : son étendue mondiale, son impact et la voie future

Dans le présent article, Edwin J. Bernard résume une rencontre satellite¹ organisée conjointement par le Réseau juridique canadien VIH/sida, le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH (GNP+) et l'organisme NAM, à la veille du Congrès SIDA 2010, où des militants qui travaillent pour mettre fin à la criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité au VIH, de l'exposition à l'infection ainsi que de sa transmission non intentionnelle, ont fait part d'expériences nationales et internationales afin d'éclairer des stratégies pour l'avenir.

La coanimatrice et le coanimateur, Michaela Clayton, de l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa (ARASA), et Richard Elliott, du Réseau juridique canadien VIH/sida, ont présenté la séance et les conférenciers, puis le contexte de l'enjeu qui suscite de vives préoccupations chez

les militants de la lutte contre le VIH et pour les droits humains, mais au sujet duquel on n'a pas encore atteint de consensus, au sein de la société civile, à propos des bienfaits et des répercussions indésirables sur la santé publique et les droits humains.

Dans un aperçu mondial des lois pénales et des poursuites, fondé sur le *2010 Global Criminalisation Scan Report*,² Moono Nyambe du GNP+ a signalé que plus de 300 condamnations criminelles ont été répertoriées aux États-Unis, des quelque 600 cas ou plus qui sont connus, dans plus de 50 pays; viennent ensuite, par ordre de nombre de condamnations : le Canada (63), la Suède (38), l'Autriche (30) et la Suisse (30). Per capita, la Suède et la Norvège ont condamné la plus forte proportion d'individus vivant avec le VIH, à l'aide de cadres juridiques axés sur la santé publique et appliqués de manière stricte.

Bien que la plupart des poursuites soient faites en vertu de lois non spécifiques, on dénombre 45 pays qui ont adopté des lois criminelles spécifiques au VIH, dont plus de 20 en Afrique au cours de la récente décennie. Johanna Kehler, de l'AIDS Legal Network en Afrique du Sud, a affirmé que le plaidoyer contre de telles lois nécessite une conscientisation de la société civile plus générale, à propos des répercussions potentielles de la criminalisation sur les femmes,³ de manière à développer de larges alliances anti-criminalisation, entre organismes de droits humains, de lutte au VIH/sida et de défense des intérêts des femmes.

Mme Clayton avait d'ailleurs signalé qu'en dépit du faible nombre de poursuites signalées en Afrique, la majorité des personnes accusées avaient été des femmes. Lorsque l'Open Society Initiative for Southern

Africa a réuni la société civile afin de discuter de l'enjeu avec plus de détail, à Johannesburg en 2007,⁴ certains partisans de la criminalisation ont eu ce que Mme Clayton a qualifié d'« éclair » — et on changé de position — une fois que fut expliqué le potentiel de répercussions indésirables.

Susan Timberlake, conseillère principale à l'ONUSIDA en matière de droits humains et de droit, a expliqué que la stratégie de l'ONUSIDA contre la criminalisation intègre trois domaines d'importance égale : la réforme du droit, l'application de la loi et l'accès à la justice. Elle a précisé que le travail auprès d'instances législatives en vue de l'abrogation de lois est d'une grande complexité et requiert un temps considérable ainsi qu'un grand savoir-faire politique. Il y a eu, toutefois, certaines réussites limitées, comme en Guinée et en Sierra Leone où des clauses trop générales de lois criminelles ont été retirées de lois ou de projets de lois.

Mme Timberlake a souligné qu'une approche plus efficace, à court terme, consisterait en des initiatives à l'intention des principaux intervenants du système de justice pénale — la police, les avocats et les juges — pour rehausser la capacité de l'appareil judiciaire de contrer l'application indument large de la loi. Elle a ajouté qu'aucun pays où il y a des lois ou des poursuites ne devrait demeurer sans lignes directrices pour les procureurs, et que les militants devraient commencer à cibler les pays qui n'en ont pas.

Lisa Power, du Terrence Higgins Trust, a décrit la réponse pragmatique au recours à des lois générales sur les voies de fait pour tenter des poursuites pour transmission du VIH en Angleterre et au Pays de

Galles — notamment l'élaboration de conseils pour les procureurs⁵ et la police,⁶ auxquels le secteur du VIH a contribué. Cette approche a permis de clarifier les circonstances précises où des poursuites pourraient être justifiées, ce qui a réduit le nombre d'affaires qui se rendent en cour; elle a aussi resserré les relations entre le secteur du VIH et le système de justice pénale, conduisant à un meilleur plaidoyer et à une compréhension mutuelle.

Mme Power a suggéré un certain nombre de mesures que les militants pourraient répliquer, dans leurs propres pays; notamment, la surveillance et la documentation minutieuse des affaires, y compris celles qui avortent; le travail avec des universitaires et des avocats criminels; la rectification d'éléments inexacts ou stigmatisants, dans la couverture médiatique; et la collaboration avec le domaine du VIH. Elle a présenté un exemple particulièrement éloquent de ce dernier élément : le travail commun, dans son pays, de professionnels de la science du VIH et de membres de la société civile pour mettre en relief la nécessité et les limites des preuves scientifiques,⁷ comme en font état à présent les lignes directrices à l'intention des procureurs.

Glenn Betteridge, du Groupe de travail ontarien sur le droit pénal et l'exposition au VIH, a affirmé que d'autres collaborations du secteur du VIH, aux paliers national et international, sont nécessaires afin d'améliorer l'attention du système de justice pénale aux éléments scientifiques relatifs au VIH, et afin de limiter le potentiel d'erreur judiciaire. En particulier, un vaste consensus sur l'impact du VIH sur la qualité de vie et sur l'espérance de vie est nécessaire pour mettre adéquatement en pers-

pective le « préjudice » du VIH en comparaison avec d'autres infections transmissibles sexuellement ou agressions à caractère sexuel.

Par ailleurs, un consensus clair à propos des risques relatifs de transmission du VIH (qu'il a qualifiés de « surestimés et mal compris » dans le contexte légal) aurait un effet positif dans le cas d'accusations et condamnations alors que le risque était très faible ou négligeable. Un tel consensus serait alors intégré aux lignes directrices éclairées par le corpus scientifique, à l'intention de la police et des procureurs.

La rencontre satellite fut une importante occasion de se demander si un point de mire sur les répercussions néfastes des lois et poursuites, en termes de santé publique ou de droits humains, constituait la voie à suivre. Plusieurs participants aux discussions ont mis en relief l'importance de continuer à surveiller l'application des lois criminelles et de constituer un corpus de preuves d'« injustices » dues à un piètre traitement, dans des cas individuels, par des instances d'application de la loi ou des procureurs.

Toutefois, Mme Timberlake a affirmé que, ces preuves étant essentiellement de nature anecdotiques, elles sont fréquemment insuffisantes à convaincre des législateurs ou des responsables de la santé publique. Elle a signalé ce ceux-ci souhaitent que l'on démontre si ces lois ont un

impact négatif au niveau populationnel, mais que ce type de preuve n'est pas disponible (ce qui, a-t-elle conclu, pose un réel problème pour le plaidoyer dans ce domaine).

Pendant la discussion, plusieurs participants ont discuté du point de mire des recherches qui serait le plus propice à persuader les responsables de la santé publique ou les législateurs, quant à la nécessité d'abroger des politiques en vigueur qui prônent les poursuites; d'autres ont suggéré que l'ONUSIDA fournisse des conseils, y compris de l'information à propos de sources possibles de financement. D'autres conseils pourraient voir le jour à l'issue des travaux actuels de la Commission mondiale sur le VIH et le droit, établie par l'ONUSIDA et le Programme des Nations Unies pour le développement, et dont le rapport est attendu à la fin de 2011.

L'auteur du présent article a conclu la rencontre en suggérant un cadre de travail pour la voie à suivre; incluant notamment :

- faits et données au sujet des lois et des poursuites ainsi que de leur impact;
- implication des principaux dépositaires d'enjeux;
- éducation des personnes qui travaillent au sein du système de justice criminelle et avec lui;
- habilitation des personnes vivant avec le VIH, à se protéger de

l'impact du droit et à protéger autrui de l'exposition au VIH; et

- effort international collectif et concerté, sous forme de réseautage pour le partage d'expériences en matière de plaidoyer.

— Edwin J. Bernard

Edwin J. Bernard (edwin@edwinjbernard.com) est consultant, auteur et rédacteur/réviseur, spécialisé dans le domaine de l'exposition au VIH et de sa transmission. Son blogue, *Criminal HIV Transmission*, est à <http://criminalhivtransmission.blogspot.com/>.

¹ On peut visionner la vidéo de la rencontre complète à www.aidslaw.ca/aids2010/#satellite.

² S. Cameron et L. Reynolds, 2010 *Global Criminalisation Scan Report*, GNP+, 2010 (voir www.gnpplus.net).

³ J. Kehler, M. Clayton et T. Crone, *10 Reasons Why Criminalization of HIV Exposure or Transmission Harms Women*. ATHENA Network, 2009 (voir www.athenanetwork.org).

⁴ AIDS and Rights Alliance of Southern Africa et Open Society Initiative for Southern Africa, *Report on the ARASA/OSISA Civil Society Consultative Meeting on the Criminalization of the Willful Transmission of HIV, 2007* (www.aidslex.org/site_documents/CR-0108E.pdf).

⁵ Y. Azad, « Élaborer des lignes directrices sur les poursuites judiciaires liées au VIH : une forme de réduction des méfaits? », *Revue VIH/sida, politiques et droit*, 13(1) 2008 : 14-21.

⁶ D'autres renseignements, y compris des conseils détaillés, sont accessibles à www.nat.org.uk/Our-thinking/Law-stigma-and-discrimination/Police-investigations.aspx.

⁷ E. Bernard et coll., *HIV Forensics: the use of phylogenetic analysis as evidence in criminal investigation of HIV transmission*, NAM/NAT, 2007 (www.aidslex.org/site_documents/CR-0037E.pdf).

La criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission dans huit pays d'Amérique latine

Bien que les poursuites pour l'exposition au VIH et pour sa transmission aient été largement documentées en Europe occidentale et en Amérique du Nord, cette tendance n'inclut pas l'Amérique latine. Dans le présent article, basé sur l'exposé oral d'un abrégé à SIDA 2010, Tamil Kendall examine les lois spécifiques au VIH ainsi que les poursuites dans huit pays de cette région, et elle discute de réponses possibles de la société civile.

Les militants de la lutte contre le VIH et pour les droits humains sont de plus en plus inquiets devant les lois spécifiques au VIH qui criminalisent sa transmission et l'exposition à le contracter, dans des pays d'Afrique, et devant le nombre croissant de poursuites criminelles intentées contre des PVVIH pour l'exposition au VIH ou sa transmission, en vertu des codes criminels existants, en Europe occidentale et en Amérique du Nord.¹ L'Amérique latine, cependant, a une absence remarquable de ces discussions et débats.

Dans le cadre d'une étude plus générale sur la prévention de la transmission du VIH de parent à enfant et sur les droits et besoins de santé génésique et sexuelle de femmes séropositives au VIH,² une analyse d'éléments de criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission dans les plans nationaux sur le VIH, de même que des codes criminels et des lois ou réglementations spécifiques au VIH, a été effectuée dans huit pays d'Amérique latine : la Bolivie, la Colombie, le Guatemala, le Honduras, le Mexique, le Nicaragua, le Paraguay et le Pérou.

Tous les pays ont, dans leur code criminel, des dispositions pour inten-

ter des poursuites en cas de transmission d'une maladie infectieuse; et dans tous les cas sauf celui du Guatemala et du Pérou, l'exposition est criminalisée aussi. Les lois précisent généralement qu'afin d'être considérée criminelle, la transmission ou l'exposition doit se produire en situation où son auteur sait qu'il a la maladie en cause, et, dans la plupart des cas, le cas doit être intentionnel (*doloso*). En vertu de certaines lois, la présence d'une infection transmissible sexuellement (ITS) est un facteur aggravant dans le contexte de l'agression sexuelle et de la peine minimale.

À l'exception de l'état mexicain du Guerrero, les codes criminels ne font pas expressément référence au VIH.³ La criminalisation de celui-ci est faite plutôt par les lois nationales sur le VIH, qui font référence aux articles pertinents sur l'exposition aux maladies infectieuses ou leur transmission. Aucun des pays ne fait mention de la transmission périnatale du VIH; les lois sont suffisamment larges pour permettre des poursuites en tel cas, mais aucune affaire n'a été répertoriée.

En date de juillet 2010, le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+), dans son *Global*

Criminalisation Scan, ne faisait état d'encore aucune poursuite contre des PVVIH dans les pays examinés,⁴ et les intervenants interviewés n'ont identifié qu'une poignée de cas. Le fait que les quelques personnes qui avaient été accusées, placées en détention pendant l'attente de leur procès ou déclarées coupables aient été des femmes, ou des hommes gais, donne à croire qu'en Amérique latine, l'application des lois criminalisant la transmission du VIH est faite de manière sélective ou discriminatoire, à l'encontre de personnes de groupes marginalisés ou socialement vulnérables, tout comme cela fut documenté en Asie et en Afrique.⁵

Possiblement en raison du très faible nombre de procès dans la région, la problématique de la criminalisation n'est pas considérée comme une priorité par les informateurs de la société civile, et le plaidoyer est fait en réaction à des cas, plutôt qu'en amont du courant. Un informateur mexicain séropositif a résumé ainsi : « Je ne suis pas vraiment certain que [la criminalisation] soit à l'ordre du jour. Mais lorsque nous apprenons qu'il y a une proposition, alors la société civile se mobilise pour faire en sorte qu'elle n'est pas adoptée. »

Le plaidoyer réactif n'a pas toujours fonctionné. Par exemple, en dépit d'une mobilisation considérable de la société civile locale et nationale, des amendements au code criminel du Chiapas (au Mexique) — qui criminalisent l'exposition à des ITS « guérissables » et « non guérissables » ainsi que leur transmission — ont été adoptés en septembre 2009.⁶

Des divisions existent au sein de la société civile quant à la manière de répondre à des lois et réglementations spécifiques au VIH qui criminalisent sa transmission ou l'exposition à le contracter. Fréquemment, des lois nationales sur le VIH amalgament des droits cruciaux (p. ex., l'accès aux traitements ARV et la protection contre la discrimination dans le domaine des soins de la santé) avec la criminalisation de l'exposition au VIH et de sa transmission, ce qui crée une ambivalence parmi les activistes, en ce qui a trait aux stratégies de plaidoyer. De plus, les PVVIH et la communauté militante s'efforcent de résoudre des tensions entre, d'une part, la responsabilité mutuelle de pratiquer le sécurisexe, et le droit à la confidentialité du diagnostic de séropositivité; et, d'autre part, l'impression de responsabilité des PVVIH de dévoiler leur état à leurs partenaires sexuels et de pratiquer le sécurisexe.

Un nombre considérable de répondants se sont dits d'accord avec la criminalisation. Ce consensus entre gouvernement et société civile était particulièrement remarquable au Nicaragua, où la loi sur le VIH était en période d'examen au moment de notre étude. Une femme séropositive a affirmé : « Je suis d'avis que la loi devrait être réformée [afin de criminaliser la transmission] car si nous revendiquons des droits, nous devons

aussi connaître nos responsabilités. Mon droit est de me protéger; et si j'ai le VIH, un condylome, une ITS, j'ai aussi la responsabilité de protéger l'autre personne. » Un autre argument affirmé, en faveur de la criminalisation de la transmission du VIH, était la présomée protection que cela procurerait à des femmes dans des cultures marquées par l'inégalité de pouvoir entre les sexes.

Dans le monde, des législateurs, et dans certains cas le mouvement général pour les intérêts des femmes, ont promu la criminalisation de la transmission du VIH, ou affirmé que cette mesure était justifiée, au nom de la protection de la femme.⁷ En contrepartie, des femmes séropositives au VIH et des activistes féministes pour la riposte au VIH font valoir que les femmes sont affectées de manière disproportionnée par la criminalisation de l'exposition au VIH ou de sa transmission.⁸

Afin de limiter l'application des codes criminels existants, à des cas d'exposition au VIH ou de transmission de l'infection, de répondre à des tendances croissantes à administrer de manière obligatoire le test du VIH aux femmes enceintes, et de progresser vers l'abrogation des articles qui criminalisent le VIH, dans les lois en vigueur en Amérique latine, une éducation proactive auprès des législateurs et des membres de l'appareil judiciaire est nécessaire, et ce avant que de telles lois et affaires pénales fassent leur chemin dans la structure bureaucratique. Pour ce faire, la société civile de la région devrait être mieux sensibilisée aux lois actuelles et aux applications discriminatoires qui en sont faites. Compte tenu des arguments à l'effet que la criminalisation du VIH offrirait une protection aux femmes,

des leaders féminines séropositives pourraient être particulièrement efficaces dans ce plaidoyer, et devraient se voir offrir en priorité des occasions de formation.

— *Tamil Kendall*

Tamil Kendall (tamilhiv@gmail.com) est doctorante en Études communautaires, culturelles et mondiales, à l'Université de la Colombie-Britannique en Okanagan.

¹ E.J. Bernard, « Where HIV is a crime, not just a virus: a global ranking of prosecutions for HIV non-disclosure, exposure and transmission », document présenté lors du XVIII^e Congrès international sur le sida (2010) à Vienne, (abrégé no THAF0201); E. Cameron et coll., « Le VIH est un virus et non un crime », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(2/3) (2008) : 70–74; 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) : 1–12; R. Pearshouse, « Contagion législative : bâtir la résistance », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 13(2/3) (2008) : 1, 5–10.

² L'auteure remercie Eugenia Lopez-Urbe et Gabriela Garcia Patiño pour leur assistance à la collecte de données et à l'analyse du contenu.

³ Ricardo Hernández Forcada, « Algunas consideraciones desde los derechos humanos sobre la penalización del peligro de contagio en el marco jurídico vigente », document présenté à la XI^e National Conference on HIV/AIDS and other STIs, 2009, Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, Mexico.

⁴ www.gnpplus.net/criminalisation

⁵ « HIV is a virus, not a crime » (supra).

⁶ Código Penal para el Estado de Chiapas, Decree 139, 23 septembre 2009, article 444.

⁷ « HIV is a virus, not a crime » (supra).

⁸ ATHENA Network, *10 Reasons Why Criminalization of HIV Transmission or Exposure Harms Women*, 2009 (www.athenanetwork.org/10_reasons.html).

L'impact, sur les résidents séropositifs, d'une loi criminelle d'un État relativement à l'exposition au VIH, aux États-Unis

C'est aux États-Unis que s'observe le nombre le plus élevé au monde, et de loin, d'accusations et de condamnations pour l'exposition au VIH ou sa transmission. On connaît toutefois peu de choses de l'impact de ce phénomène sur les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Dans le présent article, basé sur l'exposé oral d'un abrégé, à SIDA 2010, Carol Galletly décrit une recherche sur l'impact de la loi de l'État du Michigan sur l'exposition au VIH.

La criminalisation de l'exposition au VIH dans le cadre de rapports sexuels consensuels est contestée depuis longtemps.¹ L'application de lois criminelles aux activités sexuelles consensuelles des PVVIH assujettit ces personnes à la réglementation, par l'État, de leurs comportements les plus intimes. Les lois sur l'exposition au VIH heurtent notre sens de ce qui est juste; l'intimité des PVVIH est assujettie à un poids sans qu'il en résulte un bienfait proportionnel pour la société, comme une réduction des nouveaux cas d'infection par le VIH. De sérieuses préoccupations existent d'ailleurs à propos d'effets indésirables de la criminalisation de l'exposition au VIH, tant pour les PVVIH que pour les efforts de prévention du VIH.²

Vu le peu de recherches empiriques pour évaluer les répercussions de la criminalisation sur les PVVIH, une étude empirique a été entreprise à propos de l'impact d'une loi en matière d'exposition au VIH, sur un échantillon de résidents séropositifs au VIH dans l'ensemble de l'État du Michigan. La loi exige que les PVVIH divulguent leur séropositivité à leur éventuel partenaire avant pratiquement toute activité sexuelle.³

Le but était de se pencher sur les questions les plus élémentaires à propos de l'impact de la loi. Premièrement, les PVVIH du Michigan sont-elles au courant de la loi? Tout effet, positif ou négatif, nécessiterait qu'elles soient informées de la disposition. Deuxièmement, la loi semble-t-elle efficace pour réduire le nombre de nouvelles infections par le VIH? Les PVVIH informées de la loi signalaient-elles avoir divulgué plus souvent leur séropositivité préalablement à tous leurs partenaires sexuels, ou avoir opté pour l'abstinence, en comparaison avec les PVVIH non informées de l'existence de la loi? Troisièmement, l'étude explorait la question de savoir si la loi avait des effets néfastes pour des PVVIH, et la question de savoir si celles qui étaient informées de la loi vivaient plus de stigmatisation lié au VIH, percevaient plus de discrimination à l'égard des PVVIH, ou étaient plus réticentes que celles qui ignoraient la loi à dévoiler leur séropositivité ou à être connues comme séropositives. Les attitudes des PVVIH à l'égard de la loi et leurs impressions sur son efficacité ont également été examinées.

Une majorité de 384 participants séropositifs à l'étude étaient informés

de la loi du Michigan sur l'exposition. La plupart en avaient entendu parler par diverses sources. Plusieurs ont signalé en avoir été informés lorsqu'ils ont reçu leur diagnostic d'infection à VIH, comme le prévoit la politique de l'État.⁴ Les personnes informées de la loi n'étaient pas plus susceptibles que celles qui n'en étaient pas informées, d'avoir dévoilé leur état à tous leurs partenaires sexuels, ou d'avoir pratiqué l'abstinence sexuelle, au cours des 12 mois précédents.

Certaines observations permettent toutefois de croire que la loi a des effets. Les personnes qui ont dit croire que la loi incitait les PVVIH à dévoiler leur séropositivité étaient plus susceptibles de déclarer avoir dévoilé leur état à tous leurs partenaires. Les personnes qui ont affirmé avoir dévoilé leur état à tous leurs partenaires étaient plus susceptibles de déclarer que la loi avait joué un rôle important dans leur décision de faire ces dévoilements.

On n'a pas relevé d'association entre la connaissance de l'existence de la loi et l'impression de discrimination à l'égard des PVVIH; pas plus que les participants informés de la loi n'étaient moins à l'aise de dévoiler leur séro-

positivité ou d'être connus comme ayant le VIH. Il y avait cependant une association inverse entre la connaissance de la loi et la stigmatisation liée au VIH : les personnes conscientes de l'existence de la loi rencontraient moins de stigmatisation que les autres.

Pratiquement tous les participants étaient d'accord à dire que le fait de mentir à propos de sa séropositivité, ou d'avoir des activités sexuelles avec l'intention de transmettre le VIH à un partenaire méritait d'être criminalisé. Plusieurs considéraient qu'il devrait être illégal pour une PVVIH d'avoir un rapport sexuel non protégé avec un partenaire non informé. Un peu plus de la moitié considérait que d'avoir un rapport sexuel non protégé avec un partenaire non informé devrait être criminalisé, et près des deux tiers ont dit considérer que les rapports oraux avec un partenaire non informé devraient être interdits par la loi.

L'appui à la criminalisation était associé de manière significative aux caractéristiques démographiques de groupes marginalisés, comme le fait d'être une femme, d'appartenir à une minorité ethnique, d'avoir moins d'éducation et un revenu plus faible.

Le fardeau qu'impose la loi du Michigan en matière d'exposition au VIH, aux PVVIH, ne semble pas contrebalancé par un bienfait d'importance équivalente pour la société ou la santé du public. Cependant, d'autres examens sont nécessaires pour comprendre les tendances statistiques qui semblent indiquer que l'effet de la loi est indirect, voire plus limité.

L'association entre une augmentation du stigmatisation associée au VIH et l'ignorance de la loi pourrait être un indicateur de l'isolement social de certaines PVVIH. Les PVVIH qui ne sont pas informées de l'existence de la loi ont possiblement moins de contact avec d'autres PVVIH et avec leurs alliés, et ainsi sont possiblement en moins bonne position pour rejeter des croyances négatives à propos des PVVIH.

Le droit criminel ne devrait être qu'une mesure de dernier recours pour répondre à l'infection à VIH. Les poursuites contre des individus qui ne dévoilent pas leur séropositivité sont coûteuses, exigent un temps considérable, ne contribuent pas grandement à prévenir de futurs cas d'infection, et ne servent à rien contre

l'infection du plaignant. Plusieurs participants n'étaient en faveur d'un recours à la criminalisation que dans des circonstances extrêmes. Cependant, la tendance beaucoup plus répandue à appuyer le recours au droit pénal, telle qu'observée parmi les participants susceptibles d'être les plus marginalisés, est très préoccupante. Le recours au droit criminel, après coup, n'est pas un substitut à la prévention primaire.

— Carol Galletly

Carol Galletly (cgallett@mcw.edu) enseigne au Département de psychiatrie et de médecine comportementale du Center for AIDS Intervention Research du Medical College of Wisconsin.

¹ S. Burris et coll., « Do criminal laws influence HIV risk behavior? An empirical trial », *Arizona State Law Journal* 39 (2007) : 467–519.

² C.L. Galletly et S.D. Pinkerton, « Conflicting messages: How criminal HIV disclosure laws undermine public health efforts of control the spread of HIV », *AIDS and Behavior* 10 (2006) : 451–461.

³ Mich. Comp. Law Serv. § 333.5210.

⁴ C.L. Galletly et coll., « HIV-positive persons' awareness and understanding of their state's criminal HIV disclosure law », *AIDS and Behavior*, 13(6) (2009) : 1262.

Suisse — Exclusion d'un professionnel de la santé sur la base de sa séropositivité

Les personnes touchées par le VIH rencontrent régulièrement de problèmes d'accès aux professions dans le domaine de la santé. Dans cet article, basé sur une présentation donnée à l'occasion d'un atelier, Caroline Suter décrit un cas Suisse est présenté, dans lequel un jeune homme a été exclu d'une formation « assistant technique en salle d'opération » (ATO) sur la base de son statut VIH positif.

Un jeune homme choisit de suivre une formation pour devenir ATO. Il s'inscrit à l'école d'ATO et réussit sans difficulté les examens d'admission. L'école lui envoie un contrat de formation signé ainsi qu'un questionnaire

de santé. Porteur du VIH, le jeune homme est toutefois en excellente santé. D'entente avec son médecin, il ne prend pas encore de médicaments. Il répond sincèrement au questionnaire de santé et indique qu'il est VIH-positif. Par retour du courrier, l'école résilie le contrat de formation en invoquant l'état de santé du jeune homme. Ce dernier dépose un recours contre cette décision.

Dans son recours, le jeune homme relève que la résiliation du contrat de formation repose uniquement sur le fait qu'il est porteur du VIH et que ce seul motif n'est pas suffisant pour l'exclure de l'école. Examens d'admission à l'appui, le jeune homme fait valoir qu'il est tout à fait qualifié pour cette profession. Par ailleurs, il produit un certificat médical attestant qu'il est en bonne santé et qu'il jouit de sa pleine capacité de travail. Enfin, il relève que le risque de transmission du VIH entre un ATO et un patient est très largement surévalué.

L'instance de recours admet qu'il a été discriminé en raison de son statut VIH positif. Invoquant la constitution fédérale et la loi sur l'égalité pour les handicapés, le tribunal donne raison au jeune homme.

Afin d'éclairer son jugement, le tribunal a demandé une expertise concernant le risque de transmission du VIH dans l'exercice de la profession d'ATO. L'expert retient en substance que le risque résiduel d'une transmission du VIH à un patient par un ATO est pratiquement nul. Les seuls cas de transmission d'un médecin à un patient documentés dans le monde concernent un dentiste aux États-Unis et un orthopédiste en France. Or, la proximité de ces deux spécialistes avec leurs patients est directe alors que l'ATO n'est

qu'indirectement en contact avec les malades. L'ATO saisit les instruments avec des gants stériles et les tend au chirurgien. L'ATO pourrait théoriquement se blesser à la main. Mais, même dans un tel cas, une infection du patient consécutive à cette blessure est hautement improbable puisque la blessure serait aussitôt remarquée, l'instrument remplacé et les gants changés.

Sur la base de cette expertise, le tribunal a conclu que la résiliation immédiate du contrat était injustifiée et donc nulle. Le jeune homme peut donc poursuivre sa formation.

Le tribunal a su faire la part des choses entre le risque résiduel infime de transmission du VIH au patient par l'ATO, d'une part, et d'autre part, les peurs irrationnelles suscitées par le VIH. Il a estimé que l'exclusion du jeune homme de la formation professionnelle constituait une atteinte grave à la liberté individuelle.

On parle de discrimination au sens juridique lorsqu'une personne subit sans raison un traitement différent. Ce principe est posé à l'art. 8, al. 2 de la constitution fédérale de la Suisse. Le principe de l'égalité devant la loi n'implique en effet pas une égalité de traitement absolue, mais exige que les personnes soient traitées de manière égale dans la mesure de leur similitude et de manière inégale dans la mesure de leur dissimilitude. Dans le cas présenté, le jeune homme a été traité de manière inégale : il est tout aussi qualifié pour la profession choisie que les autres élèves.

Sa capacité de travail est également comparable à celle des autres étudiants puisque son infection par le VIH n'affecte pas son état de santé. L'école l'a pourtant été exclue au motif qu'elle ne voulait pas prendre le risque que le VIH soit transmis à

un patient. Or, le risque de transmission étant pratiquement nul, ce motif n'est pas pertinent. De plus, le risque résiduel de transmission du VIH est minime et l'exclusion du jeune homme de l'école est disproportionnée. La décision de l'école est donc clairement discriminatoire.

Dans l'exemple présenté, la loi sur l'égalité pour les handicapés a été utile. Cette loi a pour but de prévenir, réduire ou éliminer les inégalités qui frappent les personnes handicapées. Elle fixe des standards minimums et protège non seulement les personnes effectivement handicapées, mais également celles qui sont traitées comme telles et marginalisées, victimes du « handicap construit ».

En raison du tabou que représente le VIH dans notre société, les personnes VIH-positives sont régulièrement confrontées à ce « handicap construit ». Dans notre exemple, c'est l'école qui construit le handicap. Elle considère que la séropositivité du jeune homme constitue un risque insupportable pour l'hôpital, avant même d'examiner le risque concret de transmission du VIH dans ce cas. Le jeune homme a pu se défendre avec succès contre cette discrimination.

— *Caroline Suter*

Caroline Suter (caroline.suter@aids.ch) est conseillère juridique de l'Aide Suisse contre le Sida à Zurich.

Utiliser les tribunaux en vue d'une réforme positive du droit, pour les femmes du Malawi

Les droits des femmes à l'héritage et à la propriété sont essentiels à une réponse efficace au VIH/sida. Pour les femmes vivant avec le VIH, le déni de ces droits peut entraîner une perte de logement et de gagne-pain, les couper de leur filet de sûreté sociale et, vu le stigmate et la discrimination sexospécifiques, compromettre leur accès au test, aux traitements, aux soins et au soutien. Dans cet article, basé sur un exposé de symposium à SIDA 2010, Seodi White fait état d'efforts pour contester l'approche actuelle du Malawi en matière de biens matrimoniaux.

La manière dont les biens des couples sont administrés, récupérés et répartis au terme d'un mariage revêt une pertinence considérable dans le contexte du VIH/sida — en particulier au Malawi, où les femmes représentent près de 60 % des personnes de plus de 15 ans vivant avec le VIH.¹ L'organisme Women and Law in Southern Africa Research Trust — Malawi (WLSA-Malawi) conteste l'approche malawienne actuelle au droit des biens matrimoniaux devant la Cour constitutionnelle du Malawi, alléguant qu'elle est discriminatoire à l'égard des femmes.

La contestation judiciaire² est fondée sur la Constitution du Malawi, qui interdit la discrimination sexuelle et affirme le droit des femmes à la propriété, en particulier au terme d'un mariage. Par conséquent, WLSA-Malawi demande à la Cour constitutionnelle du Malawi de déclarer invalide l'article 17 de la *Married Women's Property Act* [Loi sur les biens des femmes mariées],³ ou d'exiger qu'il soit interprété de manière à reconnaître les contributions des femmes aux biens matrimoniaux et à garantir que les femmes reçoivent la

moitié du patrimoine du couple, au terme d'un mariage.

L'article 24(1)(b)(i) de la Constitution stipule que les femmes ont droit à « une répartition juste des biens communs avec l'époux », à la dissolution d'un mariage. Toutefois, l'interprétation actuelle de l'article 17 de la *Married Women Property Act* considère les biens comme étant « communs » seulement si une contribution financière directe a été versée pour leur acquisition.

La jurisprudence révèle que les tribunaux du Malawi ne reconnaissent pas le travail ménager et les soins, qui relèvent souvent des femmes dans le cadre du mariage, comme une activité économique contribuant à l'acquisition ou au maintien de l'avoir familial. Par conséquent, plusieurs femmes n'obtiennent pratiquement rien au terme d'un mariage. Cela est dû au fait que la propriété est rarement enregistrée à leur nom ou qu'elles ne peuvent démontrer une contribution économique directe à son acquisition ou à son maintien. Puisque le mariage n'a aucun poids dans la décision des tribunaux quant au droit d'un époux à la propriété, les maris sont plus souvent en mesure

de récupérer les biens qu'ils ont eux-mêmes achetés.

La présomption en cour est qu'« une inférence de propriété conjointe ne devrait pas être tirée du seul fait du mariage ».⁴ Les tribunaux insistent sur de strictes preuves de propriété, pour qu'un conjoint se voit reconnaître la propriété sur un bien. Ils s'appuient sur l'article 17 de la *Married Women's Property Act*, susmentionné.⁵ Le conjoint qui souhaite réclamer une part d'un bien qui n'est pas à son nom doit prouver sa contribution.⁶ Les tribunaux ont établi que ces contributions doivent être financières et que celles relatives au maintien des biens, à l'entretien ménager et à la garde d'enfants ne sont pas considérées suffisantes à un droit de propriété —⁷ ce qui défavorise les femmes, dont les contributions au foyer ne sont pas principalement monétaires.⁸

Des droits inégaux de propriété des biens matrimoniaux peuvent affecter l'autonomie économique, la sécurité, la dignité et la santé des femmes en exacerbant leur dépendance à leurs époux. Par exemple, vu les liens entre la propriété et la sécurité physique d'une femme ainsi que

sa capacité d'autosuffisance, le droit au bien matrimonial est directement lié au droit à la santé, qui inclut le droit de toute personne de contrôler sa santé et son corps. Les femmes qui ont accès à des ressources — y compris la terre et la propriété — sont plus aptes à négocier l'usage du condom dans leurs relations sexuelles, à subvenir à leurs besoins et à ceux de leurs enfants, et à quitter un partenaire abusif.⁹

WLSA-Malawi et ses partenaires espèrent que la Cour constitutionnelle saisira l'occasion pour clarifier les garanties de la Constitution du Malawi concernant les droits des femmes aux biens matrimoniaux. Elle pourrait le faire en reconnaissant le travail ménager et les soins qui

relèvent souvent des femmes dans le cadre du mariage comme des activités importantes et précieuses qui contribuent à l'acquisition ou au maintien de l'avoir familial. Dans cette optique, à moins qu'un couple refuse cette approche sur une base contractuelle, les biens matrimoniaux seraient considérés comme étant contrôlés et appartenant à part égale aux deux conjoints; cela dit, à la dissolution du mariage, chaque conjoint recevrait la moitié de la valeur du patrimoine.

— Seodi White

Seodi White (seodi@wlsamalawi.org) est avocate et coordonnatrice nationale de WLSA-Malawi à Lilongwe.

¹ Réseau juridique canadien VIH/sida et WLSA-Malawi, *Malawi's Marital Property Law: Questions & Answers*, mai 2010. Accessible à : www.aidslex.org/site_documents/WG-0138E.pdf.

² Des organismes comme la Malawi Human Rights Commission, le Southern African Litigation Centre et le Réseau juridique canadien VIH/sida appuient les efforts de WLSA-Malawi, en mettant en relief des arguments des droits humains nationaux, régionaux et internationaux en faveur de la réforme de l'approche actuelle du Malawi aux biens matrimoniaux.

³ Une loi du Royaume-Uni encore appliquée au Malawi. Accessible en ligne à www.opsi.gov.uk/acts/acts1882/pdf/ukpga_18820075_en.pdf.

⁴ *Nyangulu v. Nyangulu*, 10 Malawi Law Reports 435, j. Villiera.

⁵ *Malenga v. Malenga*, MC no 13, 2001.

⁶ *Malinki v. Malinki*, 9 MLR 441; *Mtegha v. Mtegha*, MC no 9, 1994.

⁷ *Nyangulu v. Nyangulu* (supra).

⁸ S. White, T. Kachika, M. Kathewera Banda, *Beyond Inequalities 2005: Women in Malawi*, Southern African Research and Documentation Centre, 2005.

⁹ Réseau juridique canadien VIH/sida et WLSA-Malawi (supra).

Afrique du Sud — Le milieu clinique prénatal à Durban et son effet sur le choix de la femme enceinte de passer le test du VIH

Le consentement éclairé, le counselling et la confidentialité sont les éléments cruciaux d'une approche de droits humains, relativement au test du VIH. Dans le présent article, fondé sur l'exposé oral accompagnant une affiche, à SIDA 2010, Allison K. Groves et Cynthia Eyakuze présentent les conclusions d'une étude sur le test du VIH pour les femmes enceintes dans des cliniques prénatales de Durban, Afrique du Sud, et examine comment des communications au sujet du test peuvent nuire à la pratique dans l'obtention du consentement éclairé.

En 2007, les Nations Unies ont publié de nouvelles lignes directrices sur le test du VIH à l'initiative des professionnels de la santé.¹ Un élément important des consignes est

que le test devrait être réalisé dans des circonstances habilitantes et en conformité avec le préalable du consentement éclairé, du counselling et de la confidentialité. Tout en recon-

naissant l'importance d'augmenter l'accès au test, les militants des droits humains ont exprimé des inquiétudes à l'effet que les lignes directrices révisées pourraient viser de manière

disproportionnée des femmes, et affecter l'autonomie individuelle en rapport au test.²

Puisque les femmes enceintes sont une des principales populations ciblées par les programmes de test du VIH, le Programme de santé publique des Open Society Foundations a financé en 2008 un examen des politiques de test du VIH pendant la grossesse.³ L'année suivante, il a financé des études de cas en Afrique du Sud, au Kenya et en Ukraine, afin de découvrir comment ces politiques étaient appliquées.

L'Afrique du Sud a une politique détaillée, en matière de test du VIH aux femmes enceintes,⁴ qui a été révisée d'après les lignes directrices onusiennes de 2007. La politique sud-africaine — le test de routine — invoque une approche de droits humains et définit clairement des engagements en matière de counseling, de confidentialité et de consentement. La politique stipule que le consentement devrait être à la fois verbal et consigné par écrit, et être précédé de counseling préalable au test. Ce document décrit comment la communication au sujet du test du VIH dans les cliniques prénatales affecte la capacité de la femme de donner son consentement à passer un test du VIH.

Des recherches qualitatives ont été réalisées dans deux cliniques publiques de soins prénatals, à Durban, consistant en 32 entrevues semi-structurées avec des femmes enceintes qui avaient passé un test du VIH au cours des trois mois précédents. Dans chacune des deux cliniques, douze femmes séropositives et quatre femmes séronégatives ont été interviewées, après y avoir donné leur consentement éclairé. L'âge moyen des participantes était de 24 ans; un

peu plus de la moitié d'entre elles en étaient à leur première grossesse.

Toutes les femmes avaient passé le test du VIH lors de leur première visite prénatale, et deux tiers d'entre elles se souvenaient d'avoir entendu, lors d'une séance d'éducation en groupe, à la clinique, qu'il leur fallait passer un test du VIH pendant la grossesse. Une femme séronégative de 21 ans a raconté : « [L'infirmière] a dit : «Chacune d'entre vous qui êtes assises ici passera le test. On prélèvera de votre sang et on y fera le test du VIH.» Elle nous demandait ensuite si c'était notre premier test du VIH ou non, et il fallait lui répondre. »

Bien que des femmes aient eu le souvenir d'avoir entendu qu'elles avaient le droit de refuser le test, le déroulement des procédures dans les deux cliniques leur rendait difficile d'exercer ce droit de refus. Par exemple, dans une des deux cliniques, les infirmières s'assuraient que les femmes assistent à la séance d'éducation de groupe, après la clinique prénatale, en conservant toutes les cartes de santé maternelle des patientes et en les remettant aux intervenantes en counseling pour le test du VIH. Puisque toute femme doit présenter cette carte pour recevoir des soins de santé, elles étaient effectivement forcées d'assister à ces séances.

La majorité des femmes ont décrit comment la pression exercée par le personnel de la clinique et les messages véhiculés par ces employés ont été un facteur majeur dans leur décision de passer le test. Cependant, près de la moitié des participantes qui ont entendu ce même message ont aussi eu le sentiment qu'elles avaient plus de pouvoir, dans cette décision de passer le test, et ont décrit leur acceptation du test comme un choix

qu'elles avaient fait pour protéger la santé de leur bébé à naître.

On n'a pas interviewé de femmes qui avaient refusé de passer le test du VIH pendant la grossesse. À la question à savoir si elles considéraient qu'une femme pouvait refuser le test pendant la grossesse, les participantes ont répondu en majorité qu'elles croyaient qu'une femme pourrait refuser et qu'elle n'en subirait pas de représailles.⁵ Cependant, une seule des participantes était au courant d'un cas de femme qui avait refusé de passer le test : une voisine avait cessé d'aller à la clinique prénatale parce qu'elle ne savait pas comment s'y prendre pour refuser de passer le test du VIH.

La manière dont le test du VIH est présenté aux femmes enceintes, dans ces deux cliniques, porte atteinte à la pratique de l'obtention du consentement éclairé. Bien que toutes les femmes interviewées ont décrit avoir donné leur consentement (verbal ou écrit) à passer le test, les cliniques avaient structuré le processus de telle manière que le refus était difficile, voire impossible. Ceci est reflété dans le fait que toutes les femmes avaient passé le test lors de leur toute première visite à la clinique prénatale; dans le fait que plusieurs ont décrit diverses manières par lesquelles des employés ont fait pression pour qu'elles passent le test; et dans le fait qu'une seule des participantes aux entrevues avait entendu parler d'une femme qui avait refusé de passer le test.

Dans des environnements où le test à l'initiative des soignants ou le test de routine est la pratique courante en clinique de soins prénatals, il semble exister un besoin de consignes plus détaillées à propos de moyens de protéger l'autonomie des femmes, outre

le formulaire de consentement, pour faire en sorte qu'elles aient la possibilité de refuser — ou de reporter — le test du VIH. Le fait de s'assurer de leur consentement, et de respecter leur autonomie, pourrait avoir des effets positifs sur les comportements futurs en ce qui concerne le recours aux soins de santé.

— Allison K. Groves et
Cynthia Eyakuze

Allison K. Groves (aligroves@gmail.com) est adjointe de recherche à l'University of

North Carolina School of Global Public Health (Health Behaviour and Health Education) à Chapel Hill. Cynthia Eyakuze (ceyakuze@sorosny.org) est directrice de projet pour Public Health Watch, à l'Open Society Institute, New York. Elles remercient, pour leurs contributions : Juliana Thornton et Suzanne Maman (UNC Gillings School of Global Public Health); et Zinhle Shazi, Thandeka Nkosi et Dhayendre Moodley (Nelson Mandela School of Medicine, University of KwaZulu-Natal, Department of Obstetrics and Gynaecology).

¹ ONUSIDA/Organisation mondiale de la santé, *Guide du conseil et du dépistage du VIH à l'initiative du soignant dans les établissements de santé*, 2007.

² J. Csete, R. Schleifer, J. Cohen, « 'Opt-out' testing for HIV in Africa: A caution », *The Lancet* 363(9407) (2004) : 493-494; I. Stuart Rennie, F. Behets, « Desperately seeking targets: The ethics of routine HIV testing in low-income countries », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 84(1) (2006) : 52-57; S.A. Gruskin, L. Ferguson, « Provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities — what does this mean for the health and human rights of pregnant women? », *Developing World Bioethics* 8(1) (2008) : 23-32.

³ S. Maman, A. Groves, E. King, M. Pierce, S. Wyckoff, *HIV testing during pregnancy: a literature and policy review*, Open Society Institute, 2008.

⁴ South African National Department of Health, *Protocol for providing a comprehensive package of care for the prevention of mother to child transmission of HIV (PMTCT) in South Africa*, 2008.

⁵ Plusieurs récits de répercussions négatives ont été livrés par des femmes, dans le cadre d'un exercice distinct de collection de récits réalisé par des regroupements de femmes dans trois régions d'Afrique du Sud, en complément aux études de cas.

Namibie — Poursuites intentées pour les cas de stérilisation de femmes séropositives sans consentement éclairé

Des cas de stérilisation forcée de femmes séropositives ont commencé à être signalés dans les médias en 2008. Dans le présent article, basé sur un exposé oral lors de SIDA 2010, Lunda Dumba décrit le travail de contentieux de l'organisme où elle est avocate, le Legal Assistance Centre, pour le compte de 16 femmes séropositives au VIH qui ont été stérilisées sans leur consentement.

En février 2008, des reportages médiatiques,¹ en Namibie, signalaient que des femmes séropositives qui avaient recouru à de l'assistance pour un accouchement avaient été stérilisées sans y avoir consenti, dans des établissements de santé publics. La pleine portée de ce problème de droits de la personne reste à découvrir.

Le Legal Assistance Centre (LAC) poursuit actuellement le gouvernement namibien au nom de 16 femmes séropositives qui ont été stérilisées sans leur consentement éclairé. Il s'agit d'actes en violation de leur droit de fonder une famille ainsi qu'à leur droit à l'égalité et à ne pas subir de discrimination, qui sont garantis par la Constitution

namibienne², par des traités comme le *Protocole à la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique*³ et par des instruments internationaux des droits humains comme la *Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes*,⁴ qu'a ratifiés la Namibie.

Les plaignantes affirment avoir été stérilisées sans leur consentement éclairé et avoir subi de la discrimination au motif de leur séropositivité au VIH. Chacune réclame 1,2 million de dollars namubiens (approximativement 174 280 \$ CAN) au gouvernement en compensation pour les dommages subis. Le gouvernement affirme pour sa part que les femmes ont demandé à être stérilisées et y ont consenti par écrit, et que leurs réclamations devraient par conséquent être rejetées avec dépens.

Afin d'assurer que les femmes obtiennent réparation adéquate pour les violations de leurs droits, le LAC a intenté des poursuites

- parce qu'il existe une possibilité raisonnable de réussite de l'exécution de toute décision que rendra la cour;
- afin de tenir le gouvernement namibien responsable de ses actions;
- afin de mettre un terme à la stérilisation des femmes séropositives sans leur consentement éclairé; et
- afin que les femmes touchent une compensation pour les préjudices qui leur ont été infligés.

Pour trois des 16 cas, des audiences ont eu lieu du 1^{er} au 3 juin 2010 et ont repris au début de septembre 2010. En juin, deux des trois femmes ont raconté dans leur témoignage qu'elles avaient été forcées de signer le formulaire de consentement à être stérilisées, à cause de leur séropo-

sitivité. En septembre, la troisième femme a témoigné qu'on lui avait demandé de signer un formulaire de consentement sans lui donner d'explication sur la césarienne et la stérilisation qu'on lui fit. Le LAC a fait appel au témoignage d'expert d'un gynécologue, relativement à la nature du consentement nécessaire pour des interventions chirurgicales comme la stérilisation, et à la question de la réversibilité de cette intervention. Subséquemment, le gouvernement devait présenter son témoignage.

En dépit de ces efforts, les poursuites en justice comme instrument de plaidoyer doivent être accompagnées d'autres méthodes pour susciter des changements sociaux. Par conséquent, le LAC entend : formuler des commentaires sur les politiques de santé génésique⁵ qui sont actuellement en phase de révision par le gouvernement; faire pression sur le gouvernement pour la réforme de la loi actuelle sur la stérilisation;⁶ réaliser un projet de recherche pour documenter l'ampleur du problème en Namibie; et présenter des ateliers d'éducation juridique pour rehausser la sensibilisation aux conséquences de l'éventuel jugement de la cour, afin d'habiliter les femmes quant à leurs droits et à la manière de les évaluer.

Sans égard à la question de savoir si ces femmes auront gain de cause ou non, l'on s'attend à ce que la cour rende un jugement sur les droits qui sont en cause dans ces affaires. Un précédent très important sera établi

relativement au principe et à la norme du consentement éclairé, et sur la signification du fait de donner un consentement éclairé à une intervention médicale, en Namibie. Il s'agira d'une contribution cruciale à la jurisprudence émergente en matière de droits humains et constitutionnels, dans ce pays.

— Linda Dumba

Linda Dumba (ldumba@lac.org.na) est avocate de projet, à l'unité juridique relative au sida, du Legal Assistance Centre. Elle est l'instigatrice des seize procédures légales qui sont actuellement à la High Court of Namibia.

¹ W. Tjaronda, « Forcible sterilisation rouses interest », *New Era*, 20 février 2008 ([/www.newera.com.na/article.php?db=oldarchive&articleid=19535](http://www.newera.com.na/article.php?db=oldarchive&articleid=19535)).

² Articles 10 et 14 de la *Constitution of the Republic of Namibia* (www.orusovo.com/namconf/).

³ En particulier, l'article 14 sur les droits génésiques et de santé (www.africa-union.org/root/au/Documents/Treaties/Text/Protocol%20on%20the%20Rights%20of%20Women.pdf).

⁴ Article 12(1) : www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm#article12.

⁵ *National Policy for Reproductive Health*, 2001 (www.youth-policy.com/Policies/Namibia%20National%20Policy%20for%20Reproductive%20Health.pdf).

⁶ *The Abortion and Sterilization Act*, 1975 (www.namchild.gov.na/library.php?po=427).

Intégrer santé et droits sexuels et génésiques en lien avec le VIH/sida, en Afrique du Sud

Le thème de l'intégration des droits et de la santé sexuels et génésiques (DSSG) et du VIH/sida a été au centre d'une attention considérable, lors de SIDA 2010.

L'établissement de liens entre les deux domaines revêt une importance cruciale pour réaliser l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien en matière de VIH. Dans le présent article, basé sur un exposé présenté lors de SIDA 2010, Marieta de Vos explique ce qui a été fait pour relier DSSG et VIH/sida en Afrique du Sud.

En Afrique du Sud comme dans la plupart des pays où le VIH/sida a été une énorme crise sanitaire au cours de la dernière décennie et où l'épidémie a été abordée dans une approche verticale, l'ordre du jour des politiques inclut enfin de discuter de l'intégration des services pour le VIH/sida et des services connexes. Le processus d'intégration de la santé sexuelle et génésique et du VIH/sida en Afrique du Sud est lent et compliqué, parce que les efforts d'intégration ne concernent pas que le domaine de la santé, mais aussi ceux des services sociaux, de la justice, des droits humains et de l'éducation, entre autres champs de compétence. Les ministères tendent à se concentrer sur leurs fonctions habituelles et trouvent généralement difficile de relier les DSSG et le VIH/sida avec leurs programmes.

En 2007, le Mosaic Training, Service and Healing Centre for Women a organisé un Forum sur l'UNGASS¹ dans le but de contribuer aux rapports biannuels que l'Afrique du Sud dépose à l'UNGASS. Le colloque, de plus de 40 organismes de femmes, s'est concentré sur les liens et l'intégration des DSSG et du VIH/sida aux paliers des politiques et de la fourniture de services. Les participantes se sont réunies quelques fois au cours des trois

années précédentes et ont formulé des recommandations pour régler les lacunes et défis des efforts d'intégration en Afrique du Sud. L'initiative faisait partie d'un effort collaboratif de 16 ONG de 12 pays, dirigés par la Gestos, du Brésil; le but était de favoriser la recherche et le plaidoyer communautaires pour la surveillance des politiques concernant la santé et les droits génésiques et sexuels des femmes, et le VIH/sida.

En 2009 et 2010, le forum a collecté de l'information sur les enjeux et a publié un rapport de la société civile qui examinait les progrès accomplis vers l'atteinte des indicateurs de l'UNGASS sur le VIH/sida qui étaient pertinents aux DSSG des femmes et filles — avec trois points de mire : l'éducation à la sexualité, y compris par des programmes d'information, d'éducation et de communication; les services pour les droits et la santé sexuels et génésiques; et la violence à l'égard de la femme. Le rapport présente des comptes-rendus qualitatifs des expériences de femmes et de filles, et va au delà des statistiques officielles fournies dans le rapport gouvernemental.

Le sommaire du rapport, qui a été déposé au South African National AIDS Council (SANAC) sous la bannière « Women's Sector », a été

annexé au rapport 2010 de l'Afrique du Sud à l'UNGASS,² ce qui officialise l'importance de l'intégration entre les DSSG et le VIH/sida. Voici quelques-unes des principales recommandations contenues dans le rapport sud-africain :

- Développer une politique générale qui intègre le VIH/sida dans les programmes de DSSG et vice-versa.
- *La Domestic Violence Act, No 116 of 1998* doit aborder adéquatement les enjeux de VIH/sida et de DSSG pour les femmes aux prises avec la violence d'un partenaire; et être accompagnée d'un cadre général de politique, assorti de consignes pour la mise en œuvre de cette loi.
- Mettre à jour les politiques sur la contraception et sur l'arrêt de la grossesse, afin de fournir des services complets en matière de DSSG, et d'offrir des choix aux femmes qui vivent avec le VIH/sida.
- Finaliser l'intégration des considérations liées au cancer du col utérin, dans les politiques sur le VIH, et rendre le vaccin contre le papillomavirus humain accessible aux femmes et aux filles, dans le secteur public.

- Finaliser le cadre national de politiques, qui est en retard, relativement à la *Criminal Law (Sexual Offences and Related Matters) Amendment Act, No 32 of 2007*, pour assurer la protection adéquate des victimes de violence sexuelle.
- Décriminaliser le travail sexuel afin de protéger la santé des travailleuses sexuelles et de membres du public qui ont recours à leurs services.
- Mettre à jour les lignes directrices sur la thérapie antirétrovirale, pour couvrir les enjeux de DSSG pertinents, au delà des spécificités des traitements.

Au niveau structurel, le Forum sur l'UNGASS a recommandé le développement d'un cadre unifié pour la surveillance et l'évaluation, qui soit éclairé par les droits humains; qui prenne en considération les DSSG et les enjeux de qualité de soins, de manière plus efficace; et qui permette la collecte de données désagrégées au sujet des DSSG et du VIH/sida, aux paliers national, provincial et local. L'expansion des compétences techniques des ministères et ONG, pour la mise en œuvre du Plan d'action Maputo, qui vise l'universalité d'accès aux DSSG, est d'une importance cruciale. En lien avec ce dossier, réside la formation de personnel infirmier, médical et de santé com-

munautaire, pour intégrer les DSSG et les soins pour le VIH/sida, ainsi que le dépistage, le counselling et la référence des femmes aux prises avec la violence domestique et sexuelle. D'autres recommandations concernant les services incluent :

- Accès amélioré aux services pour les groupes vulnérables et négligés par les services, comme les lesbiennes, les gais et les personnes bisexuelles, transgenre et intersexuées (LGBTI), les travailleuses et travailleurs sexuels et les femmes handicapées.
- Financement de recherche sur l'épidémie parmi les femmes qui ont des rapports sexuels avec des femmes, les groupes de personnes LGBTI et d'autres groupes minoritaires, comme les réfugiées.
- Développement d'un programme à grande échelle qui travaille avec les leaders traditionnels et les communautés, afin d'interroger avec détermination les normes culturelles et les pratiques traditionnelles qui accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles, devant l'infection par le VIH et les abus de DSSG.
- Rendre le condom féminin disponible à grande échelle partout en Afrique du Sud.

Le processus de collecte d'information, en vue de préparer le rapport,

a été difficile mais gratifiant. Quatre appels au plaidoyer ont été diffusés, depuis, et d'autres initiatives de plaidoyer conjoint sont envisagées. Il y a beaucoup à faire pour rapprocher les DSSG et les organismes de riposte au VIH/sida, en Afrique du Sud, mais il est essentiel de maintenir les pressions pour l'intégration, aux chapitres des politiques, des structures et de la mise en œuvre.

— Marieta de Vos

Marieta de Vos (mdevos@nacosa.org.za) est directrice de programme à la Networking HIV/AIDS Community of South Africa (NACOSA), à Century City.

¹ Session extraordinaire sur le VIH et le sida, à l'Assemblée générale des Nations Unies.

² République d'Afrique du Sud, *Country Progress Report on the Declaration of Commitment on HIV/AIDS*, mars 2010 (http://data.unaids.org/pub/Report/2010/southafrica_2010_country_progress_report_en.pdf).

Conséquences sanitaires de la détention avant procès, dans des prisons de Zambie

Les taux élevés de détention avant procès et l'extrême surpeuplement en prison sont étroitement liés à une piètre santé — et particulièrement à la transmission et au traitement du VIH et de la tuberculose — dans les prisons d'Afrique subsaharienne. Dans le présent article, basé sur un exposé présenté lors d'une rencontre satellite du congrès, Katherine Todrys décrit l'intersection de la détention avant procès et de l'état de santé, dans les prisons de Zambie.

Les recherches sur la transmission et le traitement du VIH et de la tuberculose en prison, dans les pays d'Afrique subsaharienne, ont été minimales en dépit de la forte prévalence de ces deux affections ainsi que des conditions de surpeuplement qui sont propices à leur transmission. Afin d'évaluer les soins médicaux disponibles en prison et des violations de droits humains qui contribuent à une piètre santé, la Prisons Care and Counselling Association, l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa et Human Rights Watch ont visité six prisons du corridor central de la Zambie, entre septembre 2009 et février 2010. Les chercheurs ont interviewé 246 personnes alors incarcérées, 30 agents carcéraux et 46 représentants d'organismes non gouvernementaux (ONG), donateurs et gouvernements. Des études plus détaillées ont paru dans d'autres publications.¹

Surpeuplement et détention de longue durée avant procès

Conçues pour héberger 5 500 détenus, les prisons de Zambie en comptaient 15 300, en 2009. Le surpeuplement est si lourd que les détenus, dans certains établissements,

sont forcés de dormir assis ou selon des horaires en rotation, dans des cellules où il y a peu de ventilation. Les détenus, condamnés et en attente de procès ou de jugement [« en détention provisoire »] sont souvent hébergés conjointement. De telles conditions d'entassement contribuent à exacerber les piètres conditions d'assainissement, de nutrition et de soins de santé, et contribuent à la propagation de maladies infectieuses. Elles contreviennent d'ailleurs aux normes internationales.²

La détention de longue durée avant procès, en violation des obligations de la Zambie au regard des droits humains internationalement convenus,³ est un facteur majeur du surpeuplement des prisons. Les détenus avant procès constituent plus d'un tiers de la population carcérale. En dépit de l'exigence du droit zambien que les détenus comparaissent devant un juge ou un magistrat dans les 24 heures suivant leur arrestation,⁴ un détenu a signalé avoir attendu trois ans en prison avant d'être vu par un juge. Même après une comparution initiale, les détenus provisoires sont régulièrement gardés en attente pendant des années, avant de subir leur procès. Un autre répondant, à présent déclaré coupable, a signalé

avoir été détenu 10 ans en attente de procès.

On ne recourt pas suffisamment aux avenues de rechange non carcérales, avant les procès. Des détenus ont dit n'avoir pas été au courant du droit de demander une libération conditionnelle. Même lorsqu'une telle mesure leur avait été offerte, de nombreux détenus ont signalé ne pas avoir été en mesure d'en payer le montant. On a observé parmi les détenus de faibles taux de connaissance de leur droit de consulter un avocat; et de faibles taux de représentation juridique.

Conséquences sur la santé

En octobre 2009, le Service des prisons de la Zambie ne comptait que 14 employés de santé — dont un médecin — pour 15 300 détenus. Des 86 prisons de Zambie, seulement 15 étaient dotées d'une clinique de santé; plusieurs de celles-ci avaient peu de capacités au delà de la distribution de comprimés d'acétaminophène.

Pour les détenus dans des prisons sans cliniques — et les détenus ayant des affections plus graves dans les prisons dotées d'une clinique — l'accès aux soins est régi par des agents de prison sans qualifications médicales, ni formation, qui déci-

dent qui peut ou ne peut pas recevoir d'attention médicale. Ceci pose des problèmes particuliers pour les personnes en détention provisoire, en raison d'un différend entre le Service des prisons et le Service de police, quant à la responsabilité des soins médicaux à cette population. En conséquence, il est fréquent que des personnes en attente de procès ne soient pas autorisées à sortir de prison pour recevoir des soins, et que des semaines ou des mois passent avant qu'elles reçoivent des soins, alors qu'elles sont malades.

Le plus récent taux de prévalence du VIH dans les prisons de Zambie a été établi à 27 %.⁵ Depuis quelques années, les prisons ont commencé l'expansion du test de diagnostic du VIH, avec l'aide d'un ONG. Cependant, l'accès est variable : les détenus qui purgent une peine, dans toutes les prisons visitées pour la recherche, étaient plus susceptibles que les personnes en détention provisoire d'avoir passé ce test. Dans l'ensemble des six prisons, 66 % des répondants purgeant une peine avaient passé le test du VIH, en comparaison avec un taux de 46 % parmi les personnes détenues en attente de procès.

La tuberculose est aussi une menace majeure. Le Service des prisons de la Zambie a signalé un taux d'infection à la tuberculose de l'ordre de 5 185 cas par 100 000

détenus par année.⁶ Cependant, comme pour le VIH les personnes en détention provisoire sont moins susceptibles d'avoir passé un test de diagnostic de la tuberculose (12 %) que celles qui purgent une peine (28 %). Les taux plus faibles de test du VIH et de la tuberculose parmi les détenus en attente de procès peuvent être attribués au moins en partie aux obstacles plus prononcés qu'ils rencontrent, dans la quête d'accès à des soins médicaux hors du confinement des prisons.

Conclusion

Le surpeuplement des prisons — et ses conséquences sanitaires — sont inextricablement liés aux échecs du système de justice pénale de la Zambie, qui engage la responsabilité de l'appareil judiciaire, de la police ainsi que des autorités de l'immigration et des prisons. Il est nécessaire d'améliorer immédiatement les services de santé en prison et d'assurer le maillage aux soins qui existent dans la communauté générale, afin d'améliorer la santé. Cependant, l'attention aux droits humains et l'amélioration des conditions qui sont responsables du surpeuplement des prisons, par l'entremise de réformes du système de justice pénale, sont essentielles à la poursuite d'objectifs de santé publique.

— Katherine Todrys

Katherine Todrys (todrysk@hrw.org) est chercheuse pour la division Santé et droits humains, à Human Rights Watch. Elle remercie, pour leurs contributions à la recherche sur laquelle est basé cet article, Joseph Amon, Michaela Clayton, Godfrey Malembeka, Megan McLemore et Rebecca Shaeffer.

¹ Prisons Care and Counselling Association, AIDS and Rights Alliance for Southern Africa, and Human Rights Watch, *Unjust and Unhealthy: HIV, TB, and Abuse in Zambian Prisons*, avril 2010.

² Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus, adoptées par le Premier congrès des Nations Unies sur la prévention du crime et le traitement des détenus, Genève, 1955, par. 9–19.

³ Pacte international sur les droits civils et politiques, G.A. rés. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No 16) à 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), art. 9, 14.

⁴ *Criminal Procedure Code Act*, Laws of Zambia 7, 1996, c. 88, par. 33(1).

⁵ O.O. Simooya et coll., « Behind walls: a study of HIV risk behaviors and seroprevalence in prisons in Zambia », *AIDS* 15 (2001) : p. 1741–1744.

⁶ Zambia Prisons Service, *Draft operational plan*, 2008.

Enjeux émergents des droits humains dans la riposte chinoise au VIH/sida

La présence de la Chine à SIDA 2010 était visible et incluait une délégation d'organismes non gouvernementaux (ONG). Des fonctionnaires ont aussi fait état du travail du gouvernement chinois en matière de VIH/sida, ce qui a soulevé des réactions critiques de la part d'activistes. Dans le présent article, les congressistes Sara L. M. Davis et Li Dan décrivent les principaux enjeux de droits humains dans le cadre de la riposte de la Chine au VIH/sida.

Le 5 juillet 2010, moins de deux semaines avant SIDA 2010, la Chine tenait le Red Ribbon Forum, une réunion de responsables du gouvernement, d'ONG et d'experts, pour discuter du VIH/sida et des droits humains. Il s'agissait d'un premier rassemblement dans ce pays impliquant des ONG et des employés du gouvernement pour discuter de droits humains.¹ Les principaux enjeux abordés pendant la rencontre sont diversifiés; et ils constituent la base de toute discussion sur des défis de droits humains en lien avec le VIH/sida dans ce pays.

Le désastre du sang contenant le VIH

Au cours des années 1990, des centaines de milliers de fermiers dans des provinces centrales, comme le Hénan, ont été infectés par le VIH en raison d'un programme non sécuritaire de collecte de sang, et de transfusions subséquentes de sang contaminé, dans des hôpitaux.² Le désastre a reçu une attention internationale.³ Puisque les hôpitaux n'ont jamais communiqué avec les personnes qui avaient reçu du sang contaminé, pour les aviser du risque qu'elles aient contracté le VIH, certaines ont reçu des traitements inappropriés pour des infections opportunistes

et en sont décédées. La Chine n'a toujours pas établi de système pour donner compensation aux victimes ou pour tenir responsables les dirigeants de la santé publique. Les cours locales refusent les poursuites relatives au VIH; des activistes locaux ont été placés en détention.

En décembre 2009, la plus réputée des intervenantes qui a tiré la sonnette d'alarme en lien avec le sida en Chine, la D^{re} Gao Yaojie, est déménagée aux États-Unis en invoquant des craintes pour sa sécurité en Chine. Elle a été suivie en mai 2010 par l'activiste bien connu Wan Yanhai. En août 2010, quelques semaines après le Red Ribbon Forum, l'activiste Tian Xi a été placé en détention pour avoir poursuivi ses manifestations en son nom et au nom des autres personnes qui sont séropositives en raison de transfusions de sang contaminé.⁴

La discrimination

Dans un rapport paru en 2009, l'ONUSIDA a signalé que 42 % des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) en Chine rencontraient de la stigmatisation.⁵ Bien que des politiques chinoises découragent l'exercice de discrimination, aucune loi nationale ne l'interdit ni ne décrit clairement le terme. Des ONG chinois

ont signalé que des PVVIH/sida qui ont besoin de chirurgie peuvent se voir administrer le test sans leur consentement, et se voir refuser des soins.⁶ Des PVVIH/sida ont aussi rapporté que des écoles ont refusé dans leurs classes des enfants dont les parents vivent avec le VIH/sida.⁷ En août 2010, un homme de la province de l'Anhui a intenté une poursuite contre le Bureau de l'éducation, dans ce qui est qualifié de première affaire au pays en matière de discrimination dans le domaine de l'emploi.⁸

La criminalisation

D'importants progrès ont été accomplis par la Chine en ce qui a trait à la provision de méthadone et à l'échange de seringues pour les utilisateurs de drogue, dans plusieurs régions. Cependant, le travail sexuel et l'usage de drogue y sont tous deux criminalisés. Les utilisateurs de drogue peuvent être interceptés par la police, en tout temps, et forcés à subir un test d'urine; ils peuvent être emprisonnés jusqu'à six ans dans des centres de désintoxication forcée où ils se voient abusés.⁹ Aux dossiers accessibles en lien avec la carte d'identité, sont consignés les séjours en centre de désintoxication, ce qui nuit aux chances de la personne de trouver un emploi et un logis. Les travailleuses

sexuelles peuvent être incarcérées dans des établissements du même genre, lors de périodes de « ligne dure » contre le crime, et elles risquent que leur occupation soit divulguée au grand public par la voie des médias qui couvrent ces événements.

Le test de sérodiagnostic

Le gouvernement et les donateurs internationaux promeuvent activement le test du VIH parmi les communautés vulnérables. Mais, en dépit de la provision de traitements gratuits contre le VIH/sida, par le pays, plusieurs personnes sont réticentes à passer le test. Des activistes de la lutte au VIH/sida affirment que les centres de diagnostic ne protègent pas la confidentialité des patients. En conséquence, un résultat positif au test peut être très néfaste à la capacité d'une personne de vivre dans sa famille, de travailler, de louer un appartement ou d'élever ses enfants.¹⁰ Des PVVIH/sida signalent aussi que des hôpitaux administrent le test à des personnes qui n'y ont pas consenti. Les centres de désintoxication forcée administrent aussi le test du VIH aux détenus sans consentement et sans leur communiquer le résultat.¹¹ Ces lacunes au chapitre de la confidentialité, du consentement et de la discrimination doivent être réglées, afin que les gens recourent au test.

Le financement international

Des regroupements communautaires de PVVIH/sida et des communautés

affectées ont aussi signalé des obstacles au financement. Certains ONG affirment que les argents venus du Fonds mondial sont distribués par des agences des gouvernements locaux qui en prélèvent un grand pourcentage, ou qui inscrivent des ONG « bidons » afin de s'attirer des fonds.¹² De nouvelles restrictions sur les transferts d'argent d'autres pays rendent plus difficile aux ONG indépendants la collecte de fonds de l'étranger.¹³

Il s'agit de problèmes graves, mais l'évolution rapide des politiques chinoises sur le sida, depuis dix ans, permet d'avoir espoir. Dans son discours d'ouverture au Red Ribbon Forum, Mark Heywood, président du Groupe thématique de l'ONUSIDA sur le VIH/sida et les droits humains, a incité les autorités à travailler en étroit contact avec la société civile.¹⁴ En collaborant, le gouvernement et les ONG peuvent trouver des solutions applicables.

— Sara L.M. Davis et Li Dan

Sara L.M. Davis (mdavis@asiacatalyst.org) est directrice générale d'Asia Catalyst, à New York, et Li Dan (manchuriansun@hotmail.com) est directeur général du Dongien Centre for Human Rights Education and Action.

¹ J. Shan, « Red ribbon forum redoubles AIDS fighting bid », *China Daily*, 6 juillet 2010.

² Human Rights Watch, *Locked doors: The human rights of people living with HIV/AIDS in China*, septembre 2003, (www.hrw.org/reports/2003/china0803/); Asia Catalyst, *AIDS blood scandals: What China can learn from the world's mistakes*, septembre 2007 (www.asiacatalyst.org/news/AIDS_blood_scandals_rpt_0907.pdf).

³ E. Rosenthal, « AIDS scourge in rural China leaves villages of orphans », *The New York Times*, 25 août 2002 (www.nytimes.com/2002/08/25/international/asia/25ORPH.html); E. Rosenthal, « AIDS crusader's international award wins scowls in China », *The New York Times*, 31 mai 2001 (www.nytimes.com/2001/05/31/world/aids-crusader-s-international-award-wins-scowls-in-china.html).

⁴ « China AIDS campaigner detained », *Bangkok Post*, 21 août 2010 (www.bangkokpost.com/breakingnews/192279/china-aids-campaigner-detained-activists).

⁵ « UNAIDS: 42% of Chinese carriers experience stigma, discrimination », *People's Daily Online*, 27 novembre 2009 (<http://english.people.com.cn/90001/90782/90880/6826691.html>).

⁶ Human Rights Watch (supra).

⁷ Asia Catalyst, « *I will fight to my last breath*: Barriers to AIDS treatment for children in China », avril 2009 (www.asiacatalyst.org/pediatric_AIDS_report/).

⁸ Li Guangming, « Anhui college student sues education bureau for rejecting him after positive HIV test », *Legal Daily*, 26 août 2010.

⁹ Human Rights Watch, *Where darkness knows no limits: Incarceration, ill-treatment, and forced labor as drug rehabilitation in China*, janvier 2010 (www.hrw.org/en/reports/2010/01/07/where-darkness-knows-no-limits-0).

¹⁰ Asia Catalyst, « *I will fight to my last breath* » (supra).

¹¹ Human Rights Watch, *Where darkness knows no limits* (supra).

¹² A. Jacobs, « HIV tests turn blood into cash in China », *The New York Times*, 2 décembre 2009 (www.nytimes.com/2009/12/03/health/policy/03china.html).

¹³ S. L. M. Davis, « On impacts of China's SAFE regulation regarding overseas donations », Harvard Hauser Center for Nonprofit Organizations, 16 juin 2010 (www.hausercenter.org/chinanpo/2010/06/on-impacts-of-chinas-safe-regulation-regarding-overseas-donations/).

¹⁴ « China's first forum on AIDS and human rights », Asia Catalyst, 7 juillet 2010 (<http://asiacatalyst.org/blog/2010/07/chinas-first-forum-on-aids-and-human-rights.html>).

Europe — Obtenir des protections légales contre l'expulsion des migrants séropositifs

Le droit international des droits humains et sur la condition des réfugiés interdit la déportation vers un État où le déporté serait à risque de torture, de châtement ou d'autre traitement cruel, inhumain ou dégradant. Dans le cas de l'Europe, la jurisprudence n'est pas cohérente à cet égard, en ce qui concerne les migrants séropositifs au VIH. Dans cet article basé sur un exposé présenté au congrès SIDA 2010, Caroline Izambert aborde un récent arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH), relativement aux migrants affectés par le VIH et à la manière par laquelle on pourrait assurer la protection légale d'autres personnes contre la déportation.

Le 27 mai 2008, la CEDH a estimé que l'expulsion vers l'Ouganda par la Grande-Bretagne de Mme N., femme séropositive âgée de 34 ans, ne constituait pas une violation de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme qui prohibe les « traitements inhumains ou dégradants ». Cet arrêt fait jurisprudence sur la question des éloignements de personnes séropositives et plus largement des étrangers atteints de maladies graves dans les 42 pays qui ont adhéré à cette Convention.

Cette décision est en contradiction avec les revendications portées par les militants de la lutte contre le sida qui réclament que les migrants séropositifs ne puissent être éloignés vers des pays où l'accès au traitement n'est pas assuré, la mesure administrative d'expulsion signifiant alors une véritable condamnation à mort. Néanmoins, la portée de la décision de la CEDH doit être relativisée, celle-ci étant largement fondée sur une méconnaissance des motivations des migrants.

Sur quels fondements la Cour a-t-elle pris sa décision ? Certes la CEDH n'admet pas pour principe le droit d'un étranger à rester pour bénéficier de services médicaux.

Pourtant, elle reconnaît des « circonstances très exceptionnelles » dans lesquelles des mesures d'expulsions de malades doivent être suspendues au titre de l'article 3. En 1997, elle avait estimé que l'expulsion de la Grande-Bretagne vers Saint Kitts de M.D., séropositif à un stade avancé de la maladie, constituait « un traitement inhumain et dégradant ».

Pourquoi n'a-t-elle pas reconnu les mêmes « circonstances exceptionnelles » pour Mme N.? Considérerait-elle que contrairement à M. D, Mme N., aurait accès à un traitement une fois revenue dans son pays? Non, sur la base des données de l'ONUSIDA, la Cour a admis qu'il y avait une forte probabilité pour que Mme N. ne puisse avoir accès aux traitements en Ouganda et qu'en leur absence, elle mourrait rapidement. Si la Cour est revenue sur sa jurisprudence, elle est avant tout guidée par des préoccupations comptables. Les juges ont estimé qu'une décision favorable à Mme N. aurait fait « peser une charge trop lourde pour les États » : de trop nombreuses personnes séropositives seraient alors venues se faire soigner en Europe. Selon eux, ce coût aurait été de nature à déstabiliser les

systèmes de protection sociale des pays européens.

Cette affirmation repose sur l'idée que de nombreuses personnes migraient vers les pays du Nord pour recevoir des soins. De nombreuses données viennent démontrer que l'immigration thérapeutique est un phénomène marginal, au moins en ce qui concerne les personnes avec peu de ressources financières.

Selon une enquête menée par Médecins du monde auprès de plus d'un millier de personnes sans papiers en Europe en 2008, seuls six pour cent citent la santé parmi les raisons qui les ont poussées à partir.¹ D'après une étude menée en 2002 dans 22 hôpitaux,² seuls neuf pour cent des séropositifs interrogés avaient été dépistés dans leur pays d'origine. En 2007, le Comité médical pour les exilés, qui assure la prise en charge de près de 5 000 patients par an, estimait qu'entre six et neuf pour cent des patients séropositifs au VIH ou aux hépatites B et C reçus avaient été dépistés dans leur pays d'origine.³ Ignorant leur pathologie, il paraît difficile de considérer que les soins motivent leur migration.

Contrairement à ce qu'affirment les juges de la CEDH, protéger les

étrangers malades contre des mesures administratives d'expulsion et leur accorder un accès aux soins n'est pas de nature à déséquilibrer les systèmes sanitaires et les finances des pays d'accueil comme le montre l'exemple français. Depuis 1998, les personnes atteintes de pathologies graves et ne pouvant se soigner dans leur pays d'origine y sont protégées contre toute mesure d'expulsion et peuvent obtenir un titre de séjour.⁴

Cette législation a été obtenue grâce au travail de plaidoyer engagé conjointement par les associations de malades ainsi que de défense des droits des étrangers regroupés dans l'Observatoire du droit à la santé des étrangers.⁵ Selon les derniers chiffres communiqués par le Ministère de l'intérieur en 2005, 18 600 étrangers

bénéficiaient d'un droit au séjour en raison de leur état de santé, soit moins de 0,6 pour cent des 3,5 millions des étrangers qui vivaient alors en France.

La CEDH établit des normes minimales. Chaque État peut mettre en place des lois plus protectrices et l'expérience française est la preuve que la mise en place d'une législation respectueuse des droits humains n'est pas de nature à susciter une immigration massive de malades. La décision de la CEDH ne doit donc pas être un obstacle au combat pour obtenir, dans les pays où l'accès au traitement est assuré, des dispositifs de droit au séjour pour soins.

— Caroline Izambert

Caroline Izambert (carolineizambert@mac.com) est représentante d'Act Up-Paris à l'Observatoire du Droit à la Santé des Étrangers. Cet article a été rédigé avec les contributions d'Adeline Toullier (Aides), Nadège Drouot et Nathalie Simonnot (Médecins du monde).

¹ P. Chauvin et coll., *L'accès aux soins des personnes en situation irrégulière dans 11 pays d'Europe*, Médecins du Monde, 2009.

² F. Lot et coll., « Parcours socio-médical des personnes originaires d'Afrique sub-saharienne atteintes par le VIH, prises en charge dans les hôpitaux d'Île-de-France, 2002 », *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* N° 5 (2004) : 17-20.

³ Le Comité médical pour les exilés, *Rapport d'activité et d'observation 2007* (www.comede.org/IMG/pdf/Rapp-comede%2007.pdf).

⁴ Article L.313-11-11 du Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile. Sur l'historique de la législation et les difficultés de son application, voir : www.odse.eu.org/-Rapport-d-observation-nee-2008-.

⁵ Sur cette mobilisation, voir : http://odse.eu.org/IMG/pdf/ODSE_droits_PVVIH.pdf.

Une nouvelle norme de l'OIT sur le VIH rejette la discrimination à l'endroit des travailleurs séropositifs

L'année 2010 a donné lieu à un développement significatif dans le plaidoyer pour la protection accrue des droits des travailleurs séropositifs au VIH : l'adoption d'une recommandation de l'Organisation internationale du travail (OIT) sur le VIH/sida dans l'emploi. Dans cet article, basé sur un exposé qu'il a présenté à SIDA 2010, Ronald Brands décrit les éléments clés du document et comment il vise à protéger les employés et les chercheurs d'emploi contre la discrimination au motif de la séropositivité au VIH réelle ou perçue.

En juin 2010, des gouvernements, des employeurs et des travailleurs ont adopté la *Recommandation concernant le VIH et le sida et le monde*

du travail, lors de la 99^e Conférence générale de l'OIT, à Genève.¹ Premier instrument international de droits humains à aborder spécifiquement

la pandémie du VIH comme enjeu lié au travail, cette recommandation marque un nouveau jalon dans la réponse mondiale à l'épidémie. Elle

invite le monde du travail à jouer un rôle significatif dans la prévention de la transmission du VIH, la protection des droits humains et la réduction de l'impact de la maladie sur le milieu du travail, les communautés locales et les économies nationales.

Entre autres dispositions, le nouvel instrument de l'OIT signale que des mesures pour répondre au VIH et au sida dans le milieu du travail devraient faire partie des politiques et programmes nationaux sur le développement.² En adoptant la recommandation sur le VIH/sida par un vote largement majoritaire, tous les gouvernements et les regroupements d'employeurs et de travailleurs du monde entier se sont engagés à une collaboration accrue dans l'expansion et l'harmonisation de la réponse mondiale au VIH, et ont donné à la communauté internationale un précieux outil pour atteindre ce but.

La recommandation fournit des orientations sur les mesures à adopter aux paliers mondial, régional et national, et dans le secteur privé, et ouvre la porte à des synergies et partenariats novateurs, notamment entre représentants de réseaux de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida). Elle stipule que les travailleurs, les familles et leurs personnes à charge devraient bénéficier d'une protection de leur droit à la vie privée, y compris à la confidentialité en lien avec le VIH/sida, et qu'aucun travailleur ne devrait être tenu de passer le test du VIH ou de divulguer sa séropositivité au VIH. Le milieu du travail devrait faciliter l'accès des travailleurs, de leurs familles et de leurs personnes à charge aux mesures de prévention, de traitement, de soins et de soutien. De plus, elle rejette la discrimination à l'égard de tous les

travailleurs et accorde une priorité fondamentale à la prévention de toutes les voies de transmission du VIH.

La recommandation invite les États membres à développer des politiques et programmes nationaux sur le VIH en milieu de travail, par le biais d'un dialogue inclusif impliquant des gouvernements, des organisations d'employeurs et de travailleurs et des organismes de PVVIH/sida. Ces politiques peuvent être mises en œuvre dans des milieux de travail individuels, dans le cadre d'une stratégie ou d'un plan national en milieu de travail; elles revêtent une importance cruciale à l'implication de tous les acteurs du domaine du travail.

Outre le développement de politiques et programmes nationaux d'action sur le VIH en milieu de travail, les dispositions pourraient aussi être mises en œuvre par le biais de lois et de règlements nationaux, d'accords collectifs et d'ententes sectorielles, en particulier dans les domaines où des personnes sont considérées parmi les plus vulnérables, par exemple dans l'industrie du sexe.

En vertu de la Constitution de l'OIT, tous les États membres sont tenus de rendre compte dans la prochaine année des mesures adoptées pour appliquer la recommandation. L'instance de gouvernance de l'OIT pourrait ensuite décider de leur demander des rapports d'étape réguliers, à une date ultérieure.

Pour appuyer la nouvelle norme, la Conférence annuelle de l'OIT a adopté une résolution³ invitant l'instance de gouvernance de l'organisme à allouer plus de ressources à sa promotion. Elle a aussi demandé l'élaboration d'un plan mondial visant l'application à grande échelle de la norme, y compris des rapports régu-

liers des États membres de l'OIT sur leurs efforts.

La *Recommandation concernant le VIH et le sida et le monde du travail* améliorera grandement le statut des PVVIH/sida dans les processus de recrutement et les contrats d'embauche. Ces nouvelles conditions représentent un point tournant dans le monde du travail et du VIH. Il est à espérer que les réseaux de PVVIH/sida du monde entier seront actifs, dans leurs pays respectifs, en tenant les gouvernements et les organismes d'employeurs et de travailleurs responsables de leurs actions dans le domaine du travail et du VIH/sida.

— Ronald Brands

Ronald Brands (RBrands@soaaid.nl) travaille à la Dutch HIV Association, Social and Legal Advocacy, à Amsterdam.

¹ Accessible à www.ilo.org/aid/lang--en/docName--WCMS_142706/index.htm.

² Contrairement à une convention, une recommandation de l'OIT ne requiert pas de ratification, mais elle doit être communiquée aux parlements nationaux pour discussion sur sa possible mise en œuvre par le biais de lois et politiques domestiques.

³ *Résolution concernant la promotion et l'application de la recommandation sur le VIH et le sida et le monde du travail, 2010.* Accessible à www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/normativeinstrument/wcms_141920.pdf.

Un tribunal de la Zambie rend une décision déterminante à propos du test du VIH sans consentement éclairé

Le test de sérodiagnostic du VIH est un élément crucial de la réponse au VIH. Le droit des droits humains requiert que la démarche repose sur un consentement éclairé, s'accompagne de counselling pré-test et post-test, et que la confidentialité du résultat soit assurée. Dans le présent article, basé sur l'exposé qu'elle a présenté à SIDA 2010, Priti Patel discute d'une affaire qui a fait jurisprudence, en Zambie, après que deux anciens membres de l'armée de l'air eurent été soumis au test du VIH sans y avoir consenti.

En 2007, Stanley Kingaïpe et Charles Chookole, deux anciens employés de l'armée de l'air de la Zambie, ont intenté des poursuites devant la High Court, à Livingstone, pour avoir été soumis au test de sérodiagnostic du VIH sans leur consentement, placés sous traitement antirétroviral sans en être informés, puis congédiés pour le seul motif qu'ils étaient séropositifs au VIH. Kingaïpe et Chookole ont affirmé que leurs droits à la liberté et à la sécurité de la personne, garantis en vertu de la Constitution zambienne, avaient été violés, de même que leurs droits de ne pas subir de traitement inhumain ou dégradant, de jouir de la protection égale de la loi, et de ne pas subir de discrimination. Ils ont été représentés par la Legal Resources Foundation — Zambia.

Les plaignants ont affirmé qu'à leur examen médical annuel de 2001, on leur demanda pour la première fois de donner un échantillon sanguin. Ils n'ont pas été informés du but de cette prise de sang. À la suite de l'examen, ils ont été convoqués au cabinet médical, où on leur donna une série de médicaments sans leur expliquer de quoi il s'agissait. Ils ont été renvoyés en octobre 2002, apparemment pour des raisons

médicales, bien qu'ils n'avaient pris aucun congé de maladie pendant l'année précédente, et, dans le cas de Chookole, après qu'il eut reçu une promotion. Les deux étaient dans des postes de non-combattants au moment du renvoi. En cour, un expert médical indépendant a témoigné que l'examen médical qu'il a administré aux deux plaignants avait révélé qu'ils sont en bonne santé.

Dans leur témoignage, les forces aériennes de la Zambie ont nié avoir administré des test du VIH à Kingaïpe et Chookole, et nié avoir connu la séropositivité des hommes au moment de leur renvoi. Cependant, au procès, le médecin de l'armée de l'air a reconnu qu'il administrait en effet un test obligatoire du VIH à tous les « employés malades »; et il a affirmé que tous les patients recevaient du counselling pré-test et post-test ainsi que du counselling au sujet du traitement antirétroviral.

Il s'agit de la première contestation en Zambie de la constitutionnalité du test obligatoire du VIH ainsi que de cas de congédiement au motif de la séropositivité au VIH. La High Court de Livingstone a rendu sa décision en mai 2010, à l'effet que l'on avait testé Kingaïpe et Chookole sans

leur consentement, et en violation de leurs droits à la vie privée et à ne pas subir de traitement cruel, inhumain ou dégradant, droits garantis par la Constitution.¹

Pour arriver à sa conclusion, la High Court a consulté la jurisprudence dans des affaires semblables, notamment d'Afrique du Sud et de Nouvelle-Zélande, de même que les obligations de la Zambie issues de traités régionaux et internationaux. La High Court a par ailleurs conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de preuves que le renvoi des deux hommes était dû uniquement au fait de leur séropositivité au VIH, donc elle n'a pas abordé la question légale de savoir si le congédiement d'un employé pour l'unique raison de sa séropositivité au VIH contreviendrait à la Constitution. Aucune des parties n'a fait appel.

Vu l'importance de l'affaire, plusieurs organismes de la société civile — dont les organismes *Zambian People Living with HIV (NZP+)*, le *Zambia AIDS Law Research and Advocacy Network (ZARAN)* et le *Southern Africa Litigation Centre (SALC)* — ont démontré leur appui aux démarches de Kingaïpe et Chookole, par des rallies, du plai-

doyer médiatique et des blogues présentant des mises à jour sur le procès, et en assurant la présence de sympathisants en cour (notamment des représentants de la Law Association of Zambia), et de manière générale en sensibilisant le grand public aux enjeux de l'affaire. Ces stratégies de plaidoyer, à l'intention de la Cour et du public, ont contribué à mettre en relief le caractère sans précédent de l'affaire et à attirer l'attention sur la discrimination liée au VIH et sur le test obligatoire du VIH.

Toutefois, les manifestations organisées et la vaste campagne médiatique n'ont pas été appréciées par la High Court, qui est allée jusqu'à faire stopper les marches et à demander aux activistes de porter des vêtements sans slogan, en cour. En dépit de

cette désapprobation, les manifestations ont fait connaître l'affaire et ont rehaussé la solidarité chez les activistes.

La décision de la High Court aura probablement de vastes répercussions. La plus récente politique de l'armée, relativement au VIH, qui date de 2008, interdit le congédiement de tout employé au motif de la séropositivité au VIH. Cependant, elle prévoit l'imposition du test à tout employé potentiel et le refus d'embauche à tout candidat trouvé séropositif.²

Malgré les efforts d'une coalition de partenaires, dont le ZARAN, le SALC et la Treatment Action Literacy Campaign, la politique de test obligatoire préalable à l'embauche demeure. À la lumière de l'arrêt

dans l'affaire *Kingaipe v Attorney General* relativement au test obligatoire du VIH dans l'armée, il pourrait être possible de contester la constitutionnalité de cette politique.

— Priti Patel

Priti Patel (prtip@salc.org.za) est directrice du Programme sur le VIH, au Southern Africa Litigation Centre.

¹ *Kingaipe et al v Attorney General* (27 mai 2010), Livingstone 2009/HL/86 (Livingstone High Court). Accessible à www.southernafricalitigationcentre.org/library/item/kingaipe_et_al_v_attorney_general.

² Section 6.1(d) of the Zambia Defence Force, HIV and AIDS Policy (janvier 2008) (en filière auprès de l'auteure).

Vulnérabilités et droits des travailleuses sexuelles migrantes en Europe

Depuis quelques années, on observe une hausse du nombre de travailleuses sexuelles migrantes en Europe, notamment en raison de la mobilité accrue des citoyens des États membres de l'Union européenne. Or ces travailleuses sont en situation de forte vulnérabilité, en ce qui a trait au respect de leurs droits et à l'accès aux services de prévention du VIH. Dans cet article, basé sur un exposé présenté au Congrès SIDA 2010, Licia Brussa et Veronica Munk font état de la situation actuelle des travailleuses sexuelles en Europe et des mesures à adopter pour que leurs droits soient respectés.

Les lois, politiques et pratiques européennes relativement au travail sexuel sont de plus en plus répressives et punitives. Au lieu de

lois qui habilitent les travailleuses sexuelles, qui appuient leur indépendance et leur autonomie et qui améliorent leurs conditions de vie

et de travail, les mesures appliquées nuisent à leur dignité et à leur autodétermination et portent atteinte à leurs droits humains.

La situation est encore pire pour les travailleuses sexuelles migrantes. Le discours dominant, appariant le travail sexuel et le trafic de personnes, sert à justifier des règlements restrictifs sur la migration et la prostitution. Dans un contexte où les travailleuses sexuelles migrantes sont perçues comme des victimes sans contrôle, leurs droits sont constamment violés.

Des statistiques révèlent une hausse du travail sexuel migrant, en Europe. Selon le European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers (TAMPEP), environ 70 % des travailleuses sexuelles de l'Europe occidentale sont des migrantes venant de 65 pays, et environ 65 % ne sont pas citoyennes européennes.¹ Les clients sont aussi plus mobiles; on note un nombre accru de lieux de travail sexuel dans des régions frontalières de nouveaux pays de l'Union européenne.

Dans ce contexte, les travailleuses sexuelles migrantes sont très vulnérables. Elles sont confrontées à un degré disproportionné de violence et d'abus, résultant de pressions institutionnelles (p. ex., la police) et de conditions de travail abusives et non sécuritaires (p. ex., proxénètes et clients). Une situation de dépendance dans l'emploi exacerbe ce problème; en revanche, celles qui travaillent à leur compte sont plus susceptibles d'insister sur le port du condom ou de refuser des clients abusifs. Pour plusieurs, l'incapacité de bien communiquer dans la langue locale exacerbe l'isolement et l'exposition aux abus.

Le statut juridique fragile des travailleuses sexuelles migrantes accroît leur vulnérabilité. Des politiques, des lois et des pratiques d'application répressives perpétuent l'incertitude.

Par conséquent, les travailleuses sexuelles migrantes sont de plus en plus craintives et en proie à l'exploitation de gérants ainsi qu'au vol, à l'extorsion et à la violence, car les auteurs de ces crimes présument qu'elles ne les dénonceront pas aux autorités. Plusieurs travailleuses sexuelles migrantes sont méfiantes et croient qu'elles ne seraient pas traitées de manière juste par les autorités.

Ces réalités font en sorte que les efforts de fourniture de services de prévention du VIH aux travailleuses sexuelles migrantes rencontrent d'importants obstacles. De fait, la tendance à la criminalisation des clients du commerce sexuel, en Europe, a affecté la sécurité des travailleuses sexuelles en les poussant vers la clandestinité. Des fonds sont détournés de la promotion de la santé et de la réduction des méfaits vers des programmes d'éradication de l'industrie du sexe, réduisant l'accès des travailleuses sexuelles à l'information, à la prévention et aux soins.

Une autre conséquence, principalement pour les travailleuses sexuelles de la rue, est une transition notable des formes de prostitution à l'extérieur vers celles à l'intérieur. À l'heure actuelle, environ les deux tiers des activités du travail sexuel se tiennent à l'intérieur. Cela rend beaucoup plus difficile pour les fournisseurs de services de joindre les travailleuses sexuelles. Le TAMPEP estime qu'environ 30 % seulement des travailleuses sexuelles sont jointes par des efforts de prévention.

D'importants obstacles, depuis quelques années, sont le manque d'engagement politique et de réponses gouvernementales pour réduire la vulnérabilité des travailleuses sexuelles au VIH, et l'absence d'approches

de santé publique appropriées à cette population fortement marginalisée.

Pour être efficace, la prévention du VIH destinée aux travailleuses sexuelles nécessite des services complets qui :

- répondent aux divers besoins sociaux et de santé des travailleuses sexuelles;
- sont accessibles (psychologiquement et physiquement) aux travailleuses sexuelles d'établissement et de rue;
- incluent des services de réduction des méfaits à faible seuil, en matière de travail sexuel et d'usage de drogue; et
- appliquent des protocoles et des pratiques exemplaires reconnus.

De plus, une prévention du VIH efficace doit joindre la majorité des travailleuses sexuelles dans chaque pays. Il est donc essentiel d'assurer la couverture géographique et temporelle de tous les milieux du travail sexuel à l'échelle nationale. L'accès aux services sociaux et de santé et le renforcement de la capacité des services multisectoriels sont des impératifs pour réduire les vulnérabilités des travailleuses sexuelles.

Depuis plusieurs années, des projets sur le travail sexuel adoptent une approche de mise en œuvre fondée sur les droits humains. Les politiques et interventions nationales et régionales destinées aux travailleuses sexuelles doivent adopter une approche de droits humains, pour réduire la vulnérabilité au VIH/sida et rehausser la santé et le bien-être de toutes les travailleuses sexuelles.²

— Licia Brussa et Veronica Munk

Licia Brussa est coordonnatrice européenne du TAMPEP à Amsterdam (tampep@xs4all.nl) et Veronica Munk est coordonnatrice allemande du TAMPEP à Hambourg (veronica.munk@t-online.de).

¹ TAMPEP, *Sex Work in Europe: a mapping of the prostitution scene in 25 European countries, 2009*. Accessible à : <http://tampep.eu/documents/TAMPEP%202009%20European%20Mapping%20Report.pdf>.

² Le TAMPEP a développé une série de recommandations pour rehausser les droits des travailleuses sexuelles

migrantes en Europe, signalant notamment le besoin de politiques non répressives sur le travail sexuel et la migration, afin de soutenir la capacité des travailleuses sexuelles de mettre en œuvre des stratégies d'autoprotection et d'autodétermination; et la nécessité de les appuyer et de les habiliter en reconnaissant leur droit de migrer et de faire des choix personnels.

Implications de la politique anti-prostitution du PEPFAR pour les efforts de prévention du VIH des organismes œuvrant auprès de travailleuses et travailleurs sexuels

Le President's Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR) des États-Unis a facilité l'accès aux traitements pour des personnes vivant avec le VIH/sida, dans le monde, mais pas pour les travailleuses et travailleurs sexuels. Dans cet article, basé sur l'exposé oral d'un abrégé à SIDA 2010, Melissa Dittmore et Dan Allman présentent une analyse de cas sur l'application de la politique anti-prostitution du PEPFAR.

Depuis sa création en 2003, le PEPFAR a élargi l'accès aux traitements à des centaines de milliers de personnes vivant avec le VIH/sida, dans des régions où elles n'auraient pas pu en bénéficier autrement.

Toutefois, depuis 2004, cette initiative de financement du Gouvernement des États-Unis inclut une disposition anti-prostitution qui interdit la « promotion de la prostitution » par ses bénéficiaires de bourses, et dont les conséquences sont sérieuses, vastes et préjudiciables.

Le présent article utilise une approche d'étude de cas pour développer un narratif composite des principaux traits des organismes qui reçoivent des fonds du PEPFAR.

Pour ce faire, plusieurs cas ont été intégrés dans un seul récit. Les données de l'étude de cas ont été recueillies depuis 2003 auprès de 25 organismes et projets dans 14 pays d'Afrique, d'Asie-Pacifique, d'Amérique et d'Europe. Elles sont issues de récits publiés et de témoignages directs de travailleuses et travailleurs sexuels, d'employés d'ONG et de représentants de la United States Agency for International Development (USAID).

L'étude de cas

L'État fictif du Lannadesh occidental est un pays pauvre ayant une capacité de fabrication limitée [de produits

pharmaceutiques] et une population croissante. Le travail sexuel est exercé dans des lieux très diversifiés, comme des rues, des bars, des hôtels et des maisons de prostitution. La prévalence du VIH est d'environ 1 %, avec une épidémie concentrée (taux de prévalence d'environ 15 %) parmi les travailleuses et travailleurs sexuels et les personnes qui font usage de drogue.

Avant le PEPFAR, seules les personnes qui pouvaient payer recevaient un traitement anti-VIH. Le PEPFAR a permis de fournir des antirétroviraux à environ un quart des personnes qui en ont besoin.

HQ, une agence fictive, fournit des services directs dans ce pays. Elle est

affiliée à un important ONG international des États-Unis et travaille en partenariat avec des organismes plus petits. Bien que la HQ n'approuve pas la prostitution, elle ne rejette pas les personnes qui l'exercent.

Avisé par l'USAID que les centres sans rendez-vous pour travailleuses et travailleurs sexuels sont interdits en vertu de la restriction du PEPFAR, le directeur de la HQ consulte son conseil d'administration et son personnel. Plutôt que de filtrer la clientèle des centres sans rendez-vous, on décide simplement de les fermer et d'aviser les usagers de la clinique qui sont connus comme étant impliqués dans la prostitution, ou soupçonnés de l'être, qu'ils ne recevront plus de services.

En réponse à la politique anti-prostitution du PEPFAR, des travailleuses et travailleurs sexuels du pays rencontrent le personnel d'un organisme international de droits humains pour faire pression sur la HQ. En réponse aux pressions croissantes de cette population, des communautés locales et d'organismes de droits humains, le conseil d'administration de la HQ décide de ne plus demander des fonds en lien avec le VIH et de se concentrer plutôt sur l'éducation sexuelle dans les écoles.

Lors du Congrès international sur le sida, d'autres intervenants partagent le même point de vue :

« Je comprends la décision de cesser la provision de ces services. Mon organisme a adopté une politique semblable. J'aimerais que nous puissions faire plus. »

Comme l'illustre cette étude de cas, les orientations sur l'application de la politique anti-prostitution ne sont pas claires et les pratiques d'application sont imprévisibles. L'effet dissuasif

du PEPFAR sur la prévention du VIH parmi les travailleuses et travailleurs sexuels a des ramifications à la fois sociales et structurelles. On observe une abolition ou une réduction des services; des centres sans rendez-vous ferment leurs portes; et des travailleuses et travailleurs sexuels ont un accès réduit à des lieux où se laver et utiliser une toilette, à des condoms et à d'autres mesures nécessaires au sécurisexe, et se voient refuser des soins dans des cliniques. Dans certains organismes, l'éducation par les pairs en matière de sécurisexe pour les travailleuses et travailleurs sexuels a été abolie. Dans d'autres cas, des campagnes sur la violence à l'égard des travailleuses et travailleurs sexuels (qui présentent l'un des taux d'abus les plus élevés de toutes populations) ont été abandonnées.

Devant ces faits, plusieurs organismes ont interprété la restriction à leur façon, avec des résultats variables. Certains ont choisi de ne pas intervenir auprès des travailleuses et travailleurs sexuels, par crainte de perdre d'importants contrats de l'USAID; d'autres considèrent que d'agir ainsi serait discriminatoire et priverait cette population de services cruciaux de santé et de prévention du VIH. Le consensus trouvé par un certain nombre d'organismes est de modifier la terminologie employée pour décrire leurs programmes, de manière à pouvoir fournir des services aux travailleuses et travailleurs sexuels sans compromettre leur financement états-unien.

Fait important, la politique anti-prostitution du PEPFAR est désormais appliquée à plusieurs programmes autres que l'USAID, ce qui fait que la restriction ratisse à présent beaucoup plus large que les projets

financés directement par le PEPFAR. Une conséquence de la portée élargie de la restriction est une inhibition dans le partage d'information sous la forme de rapports, documents, exposés et autres moyens. Conséquence directe de l'effet dissuasif de la restriction, ce manque de partage d'information empêche le développement, la mise en œuvre et la réplique de programmes efficaces pour les travailleuses et travailleurs sexuels.

En 2010, le Secrétaire général des Nations Unies, Ban Ki-moon, a signalé que des pratiques exemplaires de prévention du VIH doivent aborder le stigmatisation et la discrimination et l'implication des populations cibles, dans la conception des programmes, afin d'en assurer l'efficacité. Les témoignages de travailleuses et travailleurs sexuels sur les effets néfastes de cette restriction ont été ignorés par de nombreuses agences états-uniennes; cela est contraire aux pratiques exemplaires de prévention du VIH, et l'on doit y remédier.

— *Melissa Ditmore et Dan Allman*

Melissa Ditmore (melissa@nomadcode.com) est consultante indépendante spécialisée dans les enjeux liés à la sexospécificité, au développement, à la santé et aux droits humains; Dan Allman (dan.allman@utoronto.ca) est chercheur principal à l'Unité d'études sociales, comportementales et épidémiologiques sur le VIH de l'École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto. Mme Ditmore a reçu une subvention postdoctorale du National Institute on Drug Abuse (5T32 DA07233). Les points de vue, opinions et conclusions présentés dans cet article ne représentent pas nécessairement les positions officielles du Gouvernement des États-Unis, de Public Health Solutions ou des National Development and Research Institutes.



DES DONNÉES ET PRINCIPES AUX POLITIQUES ET PRATIQUES :

COMPTE-RENDU DU 2^E SYMPOSIUM ANNUEL SUR LE VIH, LE DROIT ET LES DROITS DE LA PERSONNE

Introduction

Du 10 au 12 juin 2010, le 2^e Symposium sur le VIH/sida, le droit et les droits de la personne a réuni à Toronto près de 200 participants canadiens et des invités internationaux. On y comptait des chercheurs, des représentants et membres d'organismes communautaires, des avocats, des responsables de politiques, des étudiants de diverses disciplines et d'autres personnes intéressées par la quête de politiques publiques qui soient fondées sur des données et sur les droits humains, en ce qui a trait à la prévention et au traitement du VIH.

Le but premier du Symposium et des activités connexes était d'informer et d'éduquer les participants sur une gamme d'enjeux juridiques liés au VIH.

Le 10 juin, le Réseau juridique canadien VIH/sida présentait un atelier de perfectionnement, d'une journée complète, à l'intention de représentants d'organismes de lutte

contre le VIH/sida (OLS) et d'autres organismes communautaires de partout au pays, portant sur la criminalisation de l'exposition au VIH et/ou de sa transmission. Plus de 50

personnes y ont assisté. On y a partagé de l'information sur les réponses communautaires à des affaires et accusations, on a discuté d'efforts récemment amorcés pour favoriser l'adoption de lignes directrices à l'intention des procureurs en vue d'éviter un recours malavisé au droit pénal, et on a fait un jeu de rôles sur la réponse à des demandes de médias au sujet d'affaires concernant l'exposition au VIH ou sa transmission.

À la fin de l'atelier, les participants ont par ailleurs appuyé avec enthousiasme la formation d'un réseau national d'organismes qui s'engageraient à agir pour défendre et promouvoir les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables au VIH. Ils ont demandé

au Réseau juridique de prendre les devants pour créer et soutenir ce réseau, au cours des prochains mois; et plusieurs participants se sont déjà portés volontaires pour siéger à un comité coordonnateur provisoire et à quelques groupes de travail pour en jeter les bases.

Le lendemain, les participants au Symposium ont assisté à trois discussions de panel sur des aspects cruciaux du VIH et des droits de la personne :

- Criminalisation de la non-divul-gation de la séropositivité au VIH : nouveaux développements et réponses communautaires;
- Enjeux juridiques d'actualité de la recherche, sur les politiques

canadiennes en matière d'immi-gration de personnes vivant avec le VIH; et

- Compréhension plus inclusive de la santé maternelle et du VIH.

Cette section spéciale de la *Revue* offre un sommaire des exposés présentés lors de ces trois panels.

Le 11 juin en soirée, le Dr Michel Kazatchkine, directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a prononcé une conférence publique sur le rôle du plaidoyer pour les droits humains, dans la riposte à la crise mondiale du sida. Une version légèrement remaniée de son commentaire est à la une du présent numéro.

Redoubler d'efforts contre le sida et pour les droits humains

de la page 1

par l'honorable Edwin Cameron — juge à la Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud et ardent défenseur d'une riposte au sida fondée sur les droits — lors du Congrès international sur le sida de Durban, Afrique du Sud, en 2000.¹ Juste après une manifestation qui a réuni des milliers de gens dans les rues de Durban, le discours de Cameron a attiré l'attention du monde entier sur l'atrocité morale du fait de ne pas fournir les traitements antirétroviraux salvateurs à la majeure partie du monde en développement, où ils étaient désespérément nécessaires. Dans la suite et au soutien des efforts concertés de plaidoyer d'autres activistes sud-africains, le discours a jeté les bases d'une des plus grandes victoires des droits humains dans la lutte contre le sida : l'expansion mondiale des traitements antirétroviraux.

Edwin a fait appel à la conscience d'un monde qui laissait mourir les pauvres; il a affirmé que l'on ne pouvait laisser les gouvernements, y compris le sien, se dérober à leur responsabilité d'agir. Le discours a cristallisé le sentiment en faveur de la provision de traitements antirétroviraux aux personnes qui en avaient besoin dans les pays en développement, plutôt que seulement dans les pays à revenu élevé où ils étaient déjà disponibles depuis plusieurs années. Le mouvement mondial plus large de la santé et des droits humains, dont fait partie le discours d'Edwin, a provoqué diverses actions, des réductions des prix des médicaments à la création du Fonds mondial de

lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, en passant par l'appel à l'action contre le sida qu'a lancé le secrétaire général des Nations Unies, Kofi Annan.

Au moment de son discours, il y a dix ans, plusieurs étaient sceptiques à l'idée que l'on puisse ou que l'on doive fournir ces traitements aux personnes du monde en développement, et ils avaient développé une longue liste d'arguments contre cette perspective. Ils disaient que cela coûterait trop cher; que les patients ne seraient pas capables d'être fidèles aux régimes thérapeutiques et que cela donnerait lieu au développement d'une résistance virale; que l'infrastructure nécessaire n'était pas présente et ne pouvait être mise en œuvre; et que le fait de fournir ces traitements ne serait pas rentable au regard de son coût. Autrement dit, ce n'était pas faisable et ça ne vaudrait pas la peine.

À terme, toutes ces hypothèses se sont révélées fausses. Dix ans plus tard, cinq millions de personnes, dans des pays à revenu faible et moyen, sont sous traitement antirétroviral. Au moins cinq autres millions de personnes en ont urgemment besoin, mais nous avons marqué d'énormes progrès en comparaison avec la situation d'il y a dix, ou même cinq, ans.

Établir des cibles pour le traitement contre le VIH

Le monde est passé aux actes, en établissant des cibles ambitieuses, comme celle de fournir des traitements à trois millions de personnes dans le monde en développement

avant 2005, et subséquemment le but de réaliser l'« accès universel » à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien en matière de VIH d'ici la fin de cette année, 2010 — d'abord établi par les pays du G8, puis adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies.

Le Fonds mondial a été créé pour répondre à la crise et pour rendre possible d'agir. Un aspect d'importance est que nous avons pris certains risques, plutôt que de nous limiter à appliquer des idées reçues. De fait, j'irais jusqu'à affirmer que, pour vaincre des pandémies comme celles du sida, de la tuberculose et du paludisme, nous devons être braves et prendre des risques stratégiques — tout en étant vigilants, en surveillant les résultats et en ajustant notre approche et notre action si nécessaire.

Voici quelques exemples. Lorsque les premiers programmes d'échange de seringues ont vu le jour, dans les années 1980, souvent dans l'illégalité ou dans une zone grise de la loi, dans plusieurs pays, nous savions que les taux d'infection par le VIH étaient en train d'exploser, parmi les personnes qui s'injectaient des drogues. Nous savions aussi que ces personnes étaient souvent la cible d'abus de la part d'agents des forces de l'ordre, et même de professionnels de la santé. À l'époque, nous n'avions pas le vaste corpus de preuves scientifiques que nous connaissons aujourd'hui quant à la possibilité, par la fourniture de matériel d'injection stérile, de ralentir considérablement la propagation du VIH sans entraîner

d'augmentation de la consommation de drogue.

Il était pourtant logique de croire que de donner un accès facile à du matériel stérile, et de fournir une éducation efficace sur l'importance d'éviter de partager un instrument utilisé par une autre personne, constituait une stratégie susceptible d'aider des gens à éviter un comportement à risque élevé de transmission du VIH et d'autres virus hématogènes, entre autres préjudices. Nous sommes passés aux actes, en reconnaissant que les personnes qui font usage de drogue peuvent être des agents de changements et qu'elles devraient être traitées avec dignité. Nous avons surveillé les résultats et évalué les programmes minutieusement, et de nos jours nul ne peut contester que des mesures de réduction des méfaits, comme les programmes d'échange de seringues, constituent des services de santé essentiels et sont vitaux à la réalisation du droit humain de tous et toutes à la norme de santé la plus élevée qu'il est possible d'atteindre.

Au Canada, comme dans d'autres pays, il en va de même des sites d'injection supervisée : la science a maintes fois démontré qu'il s'agit d'importants services qui protègent et promeuvent la santé de certaines des personnes les plus marginalisées, et les plus exposées au risque de contracter le VIH et de subir d'autres préjudices.²

De la même façon, et en dépit des nombreuses réserves exprimées, nous avons introduit les traitements antirétroviraux dans les pays en développement, puis nous en avons largement accru l'accès, tout en mesurant les résultats. Si bien qu'aujourd'hui, même dans les pays les plus fragiles et les circonstances les plus difficiles, de nombreux malades sont traités.

L'observance au traitement est élevée et il n'y a pas de signe alarmant de développement de résistance virale, aux traitements. Un grand nombre de données confirme maintenant l'efficacité des traitements, peu importe le contexte. Des vies sont sauvées chaque jour, à une échelle sans précédent — et non seulement à Toronto, mais également à Durban, Dushanbe, Port-au-Prince, à Dar-es-Salaam, ou Vientiane.

Les militants doivent accroître le plaidoyer pour les droits de la personne et l'accès universel aux traitements et à la prévention.

Les progrès que nous réalisons ne représentent pas seulement un formidable succès de la santé publique, mais aussi une victoire majeure des droits de la personne. Entre-temps, les militants doivent persévérer, et accroître le plaidoyer pour les droits de la personne et l'accès universel aux traitements et à la prévention. Malheureusement, aujourd'hui, plutôt qu'un plaidoyer enthousiaste à l'idée de bâtir sur nos succès pour aller plus loin, trop souvent j'entends l'incrédulité et du scepticisme (comme en l'an 2000 lorsque tant de voix nous disaient qu'il était impossible ou déraisonnable que les malades des pays en développement accèdent aux traitements).

Un inquiétant ressac à l'encontre des traitements

Nous l'avons démontré : nous sommes maintenant en mesure de faire accéder au traitement toute personne qui en a besoin. Mais certains prétendent que cela n'est pas viable, que « nous devrions faire moins, pour faire mieux », que le sida est l'objet d'une attention disproportionnée, et que les traitements sont là aujourd'hui simplement parce que les militants de la lutte au VIH/sida ont fait plus de bruit que ceux qui soutiennent d'autres maladies.

Certaines personnes parlent d'une « hypothèque à long terme pour les traitements », que les donateurs devront payer plus tard... une expression péjorative et déplacée! Car ce que nous faisons en fait, c'est sauver des vies, c'est redonner l'espoir à des millions de gens. Cette vague à contre-sens, ce *backlash* contre les traitements, ainsi pour moi, est une attaque directe contre les droits de la personne à laquelle il nous faut résister. Plutôt que nous trouver à nouveau contraints de ne plus accepter des personnes qui se présentent dans les centres de traitement, ou de les inscrire sur une liste d'attente.³ Comme cela survient dorénavant. Il nous faut, sans relâche, continuer à accroître l'accès aux traitements.

Je suis bien conscient, de ce que les pays donateurs traversent une période de difficultés économiques. Ce que l'on ignore peut-être trop souvent, c'est que les pays pauvres sont encore plus durement frappés, et que ainsi, en temps de crise, leurs besoins sont plus grands et plus urgents. Ne laissons pas cette crise économique élargir de nouveau le fossé entre les riches et les pauvres. Il nous faut agir

maintenant, sinon le risque est que nous reculions et perdions sur les progrès que nous avons accomplis depuis le discours du juge Cameron à Durban, et depuis que le Fonds mondial a été créé il y a 8 ans et qu'il est devenu le plus puissant véhicule, à l'échelle mondiale, pour réduire les iniquités de santé — donc une importante voie pour la réalisation des droits humains.

Un récent rapport de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international a examiné l'impact de la récession économique mondiale sur la pauvreté et le développement humain dans des pays en développement.⁴ Il a conclu que les progrès réalisés avant la crise économique, en matière de réduction de la pauvreté, ralentiront probablement — en particulier dans les pays africains à faible revenu.

Aucun ménage n'est à l'abri des répercussions de la crise, dans les pays en développement. D'ici la fin de 2010, la crise aura poussé 64 millions de personnes dans l'extrême pauvreté. Même les familles au-dessus du seuil de pauvreté vivent des contraintes difficiles comme en témoignent l'achat d'aliments au moindre coût et la moindre fréquence de visites aux médecins.

Les institutions financières et la communauté internationale ont rapidement répondu à la crise, en versant des sommes considérables sans précédent au secteur financier. Il est urgent maintenant de prendre les efforts vers tous les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), partout dans le monde. L'un de ces objectifs est d'enrayer la propagation du VIH d'ici 2015 et d'avoir commencé à inverser à cette date la croissance l'épidémie. L'année 2010 est décisive. Cette année, le monde

fera des choix qui détermineront l'avenir de la lutte contre le sida — et plus généralement la réussite ou l'échec, des OMD en santé.

Les résultats de diverses rencontres importantes en 2010 — comme celles du G8 et du G20 à Toronto, le congrès international sur le sida, à Vienne, la Conférence des chefs d'État et de gouvernement de l'Union africaine, à Kampala, le Sommet sur les objectifs du Millénaire pour le développement, au siège de Nations Unies, et la conférence de reconstitution des ressources du Fonds mondial, détermineront si nous serons en mesure de poursuivre l'expansion des programmes et, fin de compte, de gagner la bataille — ou si notre engagement risquera de vaciller, laissant s'effriter les progrès et permettant au sida, à la tuberculose et au paludisme de regagner du terrain.

Agir pour la santé des mères et des enfants

Il y a quatre principaux éléments prioritaires et défis pour les mois et les années à venir.

Une première priorité : agir pour la santé des mères et des enfants. Le Canada a fait pression sur le Groupe des 8 pour en faire un point de mire général. Plusieurs autres rencontres se sont concentrées sur la santé des mères et enfants, notamment le congrès *Women Deliver*, tenu à Washington en juin 2010.

On vient d'ailleurs de d'annoncer des constats réjouissants. Des études publiées dans *The Lancet* ont conclu à des progrès considérables en matière de santé maternelle⁵ et de santé infantile,⁶ accomplis au cours des récentes décennies. Le Fonds mondial y a contribué de manières déterminantes, entre autres en protégeant

des millions d'enfants et de mamans contre le paludisme, en prévenant la transmission périnatale du VIH, et en procurant aux femmes des traitements pour le VIH et pour la tuberculose.⁷

Le Fonds mondial s'est par ailleurs doté d'une stratégie progressiste pour l'égalité des sexes. Celle-ci nous mène à soutenir une gamme d'interventions structurelles pour l'amélioration du statut de la femme, la participation accrue des femmes aux décisions, et la protection des femmes contre la violence sexiste.

Les initiatives pour la santé maternelle et infantile doivent inclure des efforts pour promouvoir les droits des femmes.

Nul ne conteste qu'il faille faire plus encore et que cela soit possible. Toutefois, on ne sait pas si toutes les affirmations seront suivies d'actions vigoureuses. Il faudrait pour cela des *ajouts* considérables, en ressources pour la santé des mères et enfants — et non une redistribution de ressources prélevées d'autres domaines de la santé et du développement qui sont déjà sous-financés. Il faudrait de plus une approche globale, incluant le financement du planning familial et des services sécuritaires d'avortement, plutôt qu'une approche qui néglige ou qui exclut ces

éléments majeurs de la santé et des droits génésiques et sexuels.

La lutte contre le VIH a révélé au monde entier comment la subordination des femmes et le refus politisé de leur fournir une information complète et toute la gamme de services de santé génésique ont des effets qui nuisent directement à leur santé et à leurs droits. Les initiatives pour la santé maternelle et infantile doivent s'assortir de réels efforts pour promouvoir les droits des femmes, y compris les droits sexuels et génésiques.

Le Fonds mondial est prêt et engagé à poursuivre son rôle de premier plan pour la santé des mères et des enfants. Il pourrait, en présence de ressources additionnelles, accepter d'autres responsabilités — par exemple celle d'un nouveau mécanisme, spécialisé en santé maternelle et infantile.

Une deuxième priorité, qui est aussi un défi : mettre fin à la fausse dichotomie entre traitement et prévention du VIH. La mise à l'échelle doit se poursuivre pour l'un et l'autre. Dans mon allocution prononcée au Congrès international sur le sida de Mexico, en 2008, je soulignais le progrès de l'accès aux traitements, qui depuis s'est d'ailleurs poursuivi et j'en suis heureux. À l'époque, trois millions de personnes vivant avec le VIH dans le monde en développement étaient sous traitement. Deux ans plus tard, nous avons atteint les cinq millions. Si les ressources adéquates sont mobilisées, nous pourrions continuer d'élargir l'accès aux traitements et arriver à les fournir à tous ceux et celles qui en ont besoin.

J'ai aussi déclaré à Mexico qu'en dépit de la prédilection accordée lors de ce Congrès à la nécessité d'élargir

considérablement les efforts de prévention, nous avons enfin « surmonté le débat stérile et néfaste entre prévention et traitement » [trad.].

Une approche intégrée à la prévention et aux traitements en matière de VIH

Malheureusement, il semble que mon appréciation était prématurée. C'est un domaine où nous avons carrément régressé. De fait, d'aucuns ont affirmé récemment que le Fonds mondial et d'autres bailleurs de fonds investissent trop lourdement dans le traitement du VIH, au détriment de sa prévention. Ils ont tort. Au Fonds mondial, nous appuyons des programmes, développés dans les pays, qui suivent une approche équilibrée et intégrée, alliant prévention et traitement du VIH ainsi que les éléments plus généraux d'une prise en charge complète.

Des personnes vivant avec le VIH/sida et des communautés affectées sont encore trop souvent confrontées à des violations de leurs droits.

En outre, de solides arguments de santé publique militent en faveur des investissements dans l'accès aux traitements. Nous ne parviendrons pas à endiguer la propagation du VIH

sans élargir à la fois la portée de la prévention et l'accès aux traitements. Nous savons qu'en l'absence de possibilité de traitement, les gens sont moins susceptibles d'aller passer le test du VIH. Nous avons en mains des preuves du rôle majeur du traitement antirétroviral dans la réduction de la transmission du VIH.⁸ Nous devons nous extirper de cet inutile et faux débat, et voir à l'expansion de l'accès des deux volets, prévention et traitement. La soi-disant dichotomie entre les deux est fautive, et sert trop souvent à justifier un plafonnement ou une réduction des engagements financiers dans la riposte mondiale au sida.

La troisième priorité est d'agir de manière résolue, contre le VIH et pour les droits humains. Aux quatre coins du monde, des personnes vivant avec le VIH/sida et des communautés affectées par le sida sont encore trop souvent confrontées à des violations de leurs droits — en dépit de ce que nous savons : la protection des droits humains est centrale à une réponse efficace contre le VIH/sida. Aux premières années, des individus comme Jonathan Mann ont expliqué avec aplomb que les interventions de santé publique ne peuvent être efficaces que si les personnes affectées sont habilitées et informées, et qu'elles participent aux décisions qui touchent leur santé.⁹ Mann a travaillé sans relâche pour attirer l'attention du monde sur la notion élémentaire qu'une meilleure santé n'est pas possible sans les droits humains fondamentaux, et que ces droits ne signifient rien sans une santé adéquate.

Des violations de droits humains sont encore perpétrées même si les gouvernements — tous les États membres des Nations Unies — se

sont engagés, notamment dans la *Déclaration politique sur le VIH/sida* adoptée en 2006 par l'Assemblée générale des Nations Unies, à « intensifier les efforts visant à ... ce que [les personnes vivant avec le VIH/sida et les membres des groupes vulnérables] jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux ».¹⁰

Des progrès se sont manifestés dans certains domaines, ces récentes années. Notamment, les États-Unis et plus récemment la Chine ont aboli ou sont en voie d'abolir les restrictions sur l'entrée en leur territoire de personnes vivant avec le VIH/sida; ces restrictions étaient d'ailleurs injustifiées. Nous devrions célébrer ces développements.

Dans d'autres sphères des droits humains, cependant, nous n'avons fait que peu de progrès voire aucun. Cela doit changer. Plusieurs exemples me viennent à l'esprit; permettez-moi d'en aborder quelques-uns. En mai 2010, j'étais au Malawi ainsi que le directeur exécutif de l'ONUSIDA, Michel Sidibé, quelques jours après la condamnation de 14 ans de prison avec travaux forcés, de deux hommes déclarés coupables de « pratiques indécentes entre hommes » et de « crimes contre la nature ». Nous avons discuté de l'affaire avec le président Bingu wa Mutharika, qui a déclaré que cela déclenchait un débat au Malawi en ce qui a trait aux ramifications sanitaires, sociales, culturelles et de droits humains, des lois qui criminalisent l'homosexualité. Le président a accordé le pardon présidentiel au couple emprisonné. C'est une très bonne nouvelle, évidemment, et nous nous en réjouissons.

Dans plusieurs autres pays africains, toutefois, les hommes gais et

les autres hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont de plus en plus souvent ciblés par des campagnes de haine et sont arrêtés, détenus et condamnés, simplement pour des rapports sexuels avec un autre homme — voire seulement sur la base de soupçons à leur égard. Cela est non seulement inacceptable en vertu du droit international des droits de la personne, c'est contre-productif du point de vue de la santé publique. Cela pousse ces hommes dans la clandestinité et les écarte des services dont ils ont besoin. Les tendances que nous observons sont fort inquiétantes et j'exhorte les législateurs à modifier les codes criminels désuets qui contiennent encore aujourd'hui des interdictions de l'activité sexuelle entre personnes de même sexe.

Violations des droits humains de personnes qui font usage de drogues illégales

Les personnes qui font usage de drogues illégales sont encore aux prises elles aussi avec des violations répandues de leurs droits humains. Elles se voient refuser des services de réduction des méfaits; elles ont un accès piètre et inéquitable aux thérapies antirétrovirales; elles subissent des abus et parfois de la torture de la part d'agents de l'application de la loi; et elles sont souvent incarcérées pour de longues périodes, simplement pour avoir utilisé ou possédé des drogues.¹¹

Ces mesures abusives sont observées dans toutes les régions du monde. Elles sont répugnantes, en soi, et nous devons les combattre pour cette seule raison déjà. Mais encore, elles aggravent la vulnérabilité de person-

nes devant le VIH et elles ont des effets néfastes sur la réalisation de programmes de lutte contre le VIH.

Il nous reste encore beaucoup à faire pour contrer ces abus. Une des priorités est de cesser de gaspiller des ressources en investissant dans la soi-disant « guerre à la drogue » qui a fini par s'avérer une guerre contre des gens et des communautés, comme le démontrent tant de rapports et d'études. Au lieu de ce gaspillage, on devrait investir les ressources de manière à fournir à toute personne qui en a besoin les interventions fondées sur des preuves et sur les droits de la personne, qui préviennent l'usage problématique de drogue, traitent la toxicomanie et assurent des services de réduction des méfaits aux personnes qui font usage de drogue.

En deux années écoulées depuis le plus récent Congrès international sur le sida, plusieurs rapports ont attiré l'attention sur le fait que, dans plusieurs pays, des personnes qui font usage de drogue sont mises en détention, sans procédure juste, dans des centres de détention obligatoire pour toxicomanes. Dans ces centres, ils sont soumis à ce que certains appellent un « traitement » et une « réhabilitation ». Dans les faits il s'agit de coercition, de travaux forcés et de violations des droits humains, y compris des cas de torture.¹² Dans plusieurs de ces centres, les services fournis sont de piètre qualité et ne respectent ni les droits humains ni les données. Les taux de rechute sont bien sûr très élevés.¹³

Des octrois du Fonds mondial servent à financer certains services dans quelques centres de ce genre. Nous avons procédé à une analyse de notre portfolio de subventions, qui a démontré que nos octrois soutiennent

une gamme de services de prévention et de traitement du VIH ainsi que des programmes de formation pour la prestation de tels services, dans certains centres. Même la prestation de tels services dans ces centres, où de graves violations de droits humains ont cours, comporte des dilemmes sur le plan éthique.

Tous les centres de détention obligatoire pour la toxicomanie devraient être fermés, et remplacés par des établissements de traitement de la toxicomanie qui sont efficaces et qui respectent les normes de l'éthique et des droits humains. Néanmoins, tant et aussi longtemps qu'il existe de tels centres coercitifs, je considère que les détenus qui s'y trouvent devraient au moins avoir accès à des mesures efficaces pour la prévention et le traitement du VIH, fournis d'une manière qui respecte l'éthique, leurs droits et leur dignité.

Les droits humains des femmes et des filles

Un autre domaine où les progrès se font attendre, et où des conséquences désastreuses s'observent, notamment en termes d'aggravation de l'épidémie du VIH, est le domaine des droits des femmes et des filles. Dans de trop nombreux pays, les femmes et les filles sont encore l'objet de violence, on leur refuse encore des services de santé sexuelle et génésique, on refuse de reconnaître ou d'appliquer leurs droits à la propriété et à l'héritage, et elles n'ont pas accès à des moyens élémentaires qui leur serviraient à se protéger de l'infection par le VIH.

En Namibie, plusieurs développements positifs ont eu lieu, ces dernières années, dans la riposte au VIH/sida. Néanmoins, récemment, des groupes de plaidoyer ont documenté des douzaines de cas de

femmes séropositives qui ont été soumises à des interventions de stérilisation forcée, dans des maternités publiques. Un octroi du Fonds mondial incluait du soutien pour l'expansion du counselling et du test pour le VIH ainsi qu'en matière de transmission périnatale, dans toutes les maternités publiques de la Namibie. J'accorde un grand sérieux à cette affaire; nous examinons actuellement ses ramifications.

Des cas comme ceux-ci sont pertinents à ce que Joanne Csete, professeure à l'École de santé publique Mailman de l'Université Columbia, à New York, a décrit comme « le cœur du dilemme du Fonds mondial en matière de droits humains : épouser les principes des droits humains tout en demeurant engagé à ce que les réponses au VIH soient dirigées par les pays ».

L'insuffisance du soutien pour des programmes de protection des droits de la personne est un des points lacunaires dans la réponse au VIH/sida.

De fait, le Fonds mondial est fortement engagé à ces deux éléments : des programmes fondés sur les droits de la personne, d'une part, et le principe, d'autre part, que les réponses doivent être dirigées par les pays, leur appartenir plutôt que d'être imposées par les bailleurs de fonds. Des

experts techniques indépendants examinent donc toutes les propositions et prennent des décisions de manière autonome du Fonds mondial.

Sans conteste, ce double engagement de notre part, aux droits humains et à l'autonomie des pays dans leurs initiatives, pose parfois des défis; en particulier lorsque des pays échouent à mettre en œuvre des politiques et programmes fondés sur les droits humains, ou lorsqu'ils ont des politiques qui y portent atteinte. Une chose est sûre : nous ne soutenons pas d'interventions qui ne sont pas fondées sur des données probantes ou qui portent atteinte aux droits humains.

L'insuffisance du soutien pour des programmes de protection et de promotion des droits de la personne est un des points lacunaires dans la réponse au VIH/sida. Les programmes fondés sur les droits placent en plein centre les besoins des femmes, et des populations les plus marginalisées, et non seulement répondent à leurs besoins les plus immédiats en matière de santé mais aussi reconnaissent, par exemple, que la provision d'assistance juridique à une personne qui s'injecte des drogues peut être aussi importante que la provision d'une seringue ou d'un condom.

Le Fonds mondial encourage activement des programmes fondés sur les droits, notamment par sa stratégie sur l'égalité des sexes et celle sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Pareillement, nous avons adopté récemment une initiative pour accroître l'accès à la prévention et aux traitements, pour les personnes qui s'injectent des drogues, y compris en prison ou en centre de détention avant le procès, et nous espérons qu'elle contribuera à accroître consi-

dérablement l'accès à des services pour ces personnes.

L'analyse récente des demandes soumises au Fonds mondial démontre que les pays sont encore relativement peu nombreux à intégrer dans leurs propositions des programmes sur les droits de la personne — qu'il s'agisse de campagnes à long terme contre la stigmatisation et la discrimination, de programmes pour contrer la violence à l'égard des femmes, ou de services juridiques et programmes pour la réforme du droit. Cela change lentement, et nous avons hâte de travailler avec nos partenaires pour stimuler d'autres progrès sur ce front.

Il faut lancer un nouvel appel, fort et unifié, pour les droits humains et pour des programmes continus et ambitieux en matière de traitement et de prévention — aujourd'hui plus que jamais!

Nécessité d'une ambitieuse reconstitution du Fonds mondial

Une quatrième priorité, un quatrième défi, est la nécessité d'une solide et ambitieuse reconstitution des ressources du Fonds mondial. Sans cela, nous ne serons pas capables d'aller de l'avant de manière résolue, au rythme voulu et nécessaire, dans aucun des trois domaines prioritaires que je viens de vous décrire. Depuis sa création, le Fonds mondial est devenu le principal contributeur multilatéral au progrès vers la réalisation des OMD qui touchent à la santé.

Aujourd'hui, le Fonds mondial représente environ deux tiers des fonds internationaux disponibles pour la lutte contre le paludisme et contre la tuberculose, et environ un cinquième des fonds disponibles dans la lutte contre le sida. Il a approuvé des programmes à hauteur de 19 milliards \$

US dans plus de 140 pays du monde en développement. Nous finançons le traitement antirétroviral de plus de 50 % des personnes qui ont accès au traitement en Afrique; et en Asie, cette proportion atteint les 75 %. Nous sommes en outre la principale source multilatérale de financement de la réduction des risques, et d'autres mesures préventives, en particulier la prévention de sa transmission de mère à enfant.

Le Canada pourrait faire une différence considérable dans la santé maternelle et infantile.

Les résultats générés par le Fonds mondial et ses partenaires sont extraordinaires. Les programmes que nous soutenons ont déjà permis de sauver plus de 5 millions de vies, depuis six ans. Chaque jour, nous estimons que 3 600 vies supplémentaires sont sauvées et des milliers de nouveaux cas d'infection sont évités.

En mars 2010, lors de la première conférence de notre cycle de reconstitution des fonds pour 2011-2013, nous avons présenté trois scénarios de financement, avec respectivement 13, 17 et 20 milliards \$ US, pour les trois prochaines années.

Avec 13 milliards \$ US, nous serions capables de continuer de financer les programmes fructueux que les pays ont mis en œuvre, mais nous ne pourrions pas poursuivre

l'expansion de programmes au même rythme que depuis quelques années. Les efforts pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme connaîtraient un ralentissement.

En revanche, si nous avions les ressources suffisantes pour permettre aux pays de continuer l'expansion rapide de programmes, nous nous rapprocherions des OMD liés à la santé, nous les atteindrions peut-être et nous pourrions même en dépasser. D'ici à 2015, nous pourrions :

- éradiquer le paludisme en tant que problème de santé publique, dans la plupart des pays où il est endémique;
- prévenir des millions de nouveaux cas d'infection par le VIH;
- réduire radicalement le nombre de décès dus au sida;
- pratiquement éliminer la transmission périnatale du VIH;
- réduire considérablement la mortalité infantile et rehausser la santé maternelle;
- réduire considérablement la prévalence et la mortalité liées à la tuberculose; et
- poursuivre le renforcement des systèmes de santé.

Les décisions finales sur les sommes qu'investira chaque pays, y compris le Canada, en ressources pour le Fonds mondial pour la période 2011-2013, seront annoncées lors de notre réunion de reconstitution, à New York, en octobre 2010.

Le Canada a un très grand rôle à jouer, dans chacune des priorités que j'ai décrites. Voici un exemple.

J'accueille très favorablement l'initiative pour la santé maternelle et infantile que propose le Canada. En tant qu'hôte des sommets du G8 et du G20 de 2010, le Canada pour-

rait faire une différence considérable dans la santé maternelle et infantile, si son initiative donne lieu à une action courageuse, exhaustive, coordonnée et bien financée, en incluant nécessairement les aspects sexuels et génésiques de la santé et des droits des femmes.

En ce qui a trait à l'accès aux traitements, le Canada peut faire une contribution majeure, en plus de sa contribution financière au Fonds mondial, en faisant en sorte que le Régime canadien d'accès aux médicaments (RCAM) — supposé permettre l'émission de licences obligatoires pour des produits pharmaceutiques brevetés au Canada, dans le but limité d'en exporter des versions génériques à moindre prix, à des pays importateurs admissibles — puisse porter fruit. Ceci faciliterait l'accès de pays en développement, à des médicaments comme les combinaisons à dose fixe et les formulations pédiatriques d'antirétroviraux. L'Organisation mondiale de la santé et le Fonds mondial l'ont reconnu, les antirétroviraux en combinaison à dose fixe — c'est-à-dire plusieurs médicaments en un seul comprimé — sont indispensables à la réalisation de l'accès universel aux traitements pour le VIH, tout autant qu'il est crucial d'utiliser les ressources de la manière la plus efficace possible en fournissant les médicaments nécessaires au plus bas prix possible.

En 2004, le Canada a fait preuve de leadership sur la scène internationale en adoptant le RCAM. Or ce régime n'est arrivé qu'à livrer un médicament, en vertu d'une seule licence, à un seul pays, le Rwanda — certainement pas ce à quoi le Canada voulait se limiter en mettant en avant cette initiative pour laquelle il a été chaudement félicité. En réponse au

besoin continu d'avoir des sources durables de médicaments à prix abordables, le RCAM peut et devrait être réformé afin de tenir promesse.

Comme nous l'a enseigné Jonathan Mann, la lutte contre le sida est une lutte pour les droits humains; et la lutte pour les droits humains est un élément essentiel de la lutte contre le VIH/sida. Les efforts des militants pour la santé et les droits humains change le cours de l'histoire et apporte l'espoir à des gens aux quatre coins du monde.

Ensemble, nous devons continuer, et poursuivre ce combat.

— Michel Kazatchkine

Le Dr Michel Kazatchkine est directeur exécutif du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.

¹ E. Cameron. « L'assourdissant silence du sida », *Revue VIH/sida et droit*, 5(4) (2000) : 86-93 (accessible via www.aidslaw.ca/publications/publicationsdocFR.php?ref=239).

² Voir, par exemple, E. Wood et coll., « Summary of findings from the evaluation of a pilot medically supervised safer injecting facility », *Journal de l'Association médicale canadienne* 175(11), 2006 : 1399-1404; A. M. Bayoumi et G. S. Zaric, « The cost-effectiveness of Vancouver's supervised injection facility », *Journal de l'Association médicale canadienne* 179(11), 2008 : 1143-1151.

³ Médecins sans Frontières, « No time to quit: HIV/AIDS treatment gap widening in Africa », mai 2010, accessible à www.msf.org/source/countries/afrique/southafrica/2010/no_time_to_quit/HIV_Report_No_Time_To_Quit.pdf; communiqué en français sur le sujet : www.msf.ca/fr/actualites-media/nouvelles/2010/05/hiv-aids-donor-retreat-widens-treatment-gap-in-africa/.

⁴ The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, *Global Monitoring Report 2010: The MDGs after the Crisis*, 2010. Accessible à <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTGLOBALMONITOR/EXTGLOMONREP2010/0,,contentMDK:22519784~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:6911226,00.html>.

⁵ M. Hogan et coll., « Maternal mortality for 181 countries, 1980-2008: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5 », *The Lancet* 355(9726) : 1609-1623. Accessible à [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60518-1/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60518-1/abstract).

⁶ J. Knoll Rajaratnam, « Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4 », *The Lancet*, prépublication Internet, 24 mai 2010. Accessible à [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60703-9/fulltext#](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60703-9/fulltext#).

⁷ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, « Investments in the health of women and children: Global Fund support of millennium development goals 4 and 5 », 2010. Accessible à www.theglobalfund.org/documents/replenishment/2010/Investment%20in%20Health%20of%20Women%20and%20Children_GF%20Support%20to%20MDG%204%20and%205.pdf.

⁸ D. Donnell et coll., « Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis », *The Lancet*, prépublication Internet, 27 mai 2010. Accessible à [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(10\)60705-2/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60705-2/abstract).

⁹ Voir, par exemple, J. Mann et coll. (éds.), *Health and human rights: a reader*, Londres, Routledge, 1999.

¹⁰ Assemblée générale des Nations Unies, *Déclaration politique sur le VIH/sida*, 60^e session, 2 juin 2006.

¹¹ R. Jürgens et coll., « People who use drugs, HIV, and human rights », *The Lancet*, sous presse.

¹² Voir, par exemple, R. Pearshouse, « Des patients, pas des criminels? Examen du système thaïlandais de traitement forcé de la toxicomanie », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 14(1), 2009 : 12-19; Organisation mondiale de la santé, région du Pacifique occidental, *Assessment of compulsory treatment of people who use drugs in Cambodia, China, Malaysia and Viet Nam: An application of selected human rights principles*, Manille, 2009; Open Society Institute, *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences of the Global "War on Drugs"*, 2009; D. Wolfe, « Paradoxes in antiretroviral treatment for injecting drug users: Access, adherence and structural barriers in Asia and the former Soviet Union », *International Journal of Drug Policy* 18(4), 2007 : 246-254; Su J., « Analysis of 272 cases swallowing foreign body in compulsory detoxification », *Chinese Journal of Drug Dependence* 13(3), 2004 : 221-223; Human Rights Watch, « Skin on the Cable: The Illegal Arrest, Arbitrary Detention and Torture of People Who Use Drugs in Cambodia, New York, 2010; Human Rights Watch, *An Unbreakable Cycle: Drug Dependency Treatment, Mandatory Confinement, and HIV/AIDS in China's Guangxi Province*, 2008; Human Rights Watch, *Where Darkness Knows No Limits: Incarceration, Ill-Treatment and Forced Labor as Drug Rehabilitation in China*, 2010.

¹³ Ibid.

Panel — La criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH : nouveaux développements et réponses de la communauté

Le présent article résume les six exposés présentés lors du panel. Stéphanie Claviaz-Loranger offre un aperçu des récents développements en droit canadien depuis *R. c. Cuerrier*. Barry Adam parle des points de vue de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) concernant la criminalisation de l'exposition au VIH et de sa transmission. Shannon Thomas Ryan traite de l'aspect racial de la criminalisation. Eric Mykhalovskiy explique des options de politiques possibles en Ontario, pour répondre au phénomène de la criminalisation, et il invite le Ministère du Procureur général de l'Ontario à établir un processus consultatif pour éclairer le développement de politiques et d'avis de pratiques. Glenn Betteridge présente le développement et le travail de la Campagne pour des lignes directrices ontariennes sur les poursuites. Puis Lisa Power présente l'expérience de l'Angleterre et du Pays de Galles, en ce qui touche la criminalisation du VIH.

Les poursuites pénales pour non-divulgence de la séropositivité au VIH, au Canada : développements juridiques

Stéphanie Claviaz-Loranger, avocate, Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le sida (COCQ-SIDA)

Au Canada, les PVVIH/sida peuvent être poursuivies si elles n'ont pas divulgué leur séropositivité à leur partenaire avant une activité qui comportait un « risque important » de transmission du VIH. La plupart des poursuites concernent l'activité sexuelle; l'exposition au VIH est considérée comme un facteur suffisant pour justifier des poursuites. En termes de nombre, plus de 100 affaires pénales pour transmission du VIH ou exposition à l'infection ont été répertoriées, entre 1989 et le 31 décembre 2009. Le nombre de pour-

suites a connu une hausse marquée, depuis 2003, avec en moyenne dix par année; 45 % de ces accusations ont été déposées en Ontario. Quarante-huit p. cent des individus connus comme ayant été déclaré coupables ont été incarcérés.

En 1998, la Cour suprême du Canada a rendu son premier verdict sur la criminalisation de l'exposition au VIH, *R. v. Cuerrier*.¹ Dans cet arrêt, la cour a conclu qu'une PVVIH/sida a l'obligation légale de divulguer sa séropositivité au VIH à son partenaire avant d'avoir une activité qui implique un « risque important » de transmission du VIH. Une PVVIH/sida qui ne respecte pas cette norme s'expose à de possibles accusations, y compris de voies de fait graves, puisqu'il est considéré en droit que le fait de ne pas dévoiler sa séropositivité a pour effet de vicier le consentement du partenaire aux rapports sexuels. Les tribunaux ont déterminé que la pénétration vaginale

et la pénétration anale non protégées impliquent un « risque important » de transmission du VIH. Cependant, on ne sait toujours pas avec clarté quelles autres activités sexuelles comportent un « risque important » de transmission du VIH.

Développements depuis l'affaire *Cuerrier*

Le droit se développe encore, en ce qui a trait à l'usage du condom. Les tribunaux inférieurs concluent généralement qu'il n'y a pas d'obligation de divulgation lorsqu'il y a usage d'un condom, mais il y a des exceptions. Des cours d'appel ont jugé que le port d'un condom est un facteur à prendre en considération pour évaluer s'il y a eu exposition à un « risque important » de transmission du VIH.² Dans une autre affaire, un procureur de la Couronne a convenu qu'il n'y avait pas d'obligation de divulgation de la séropositivité lorsqu'un condom était utilisé.³

La charge virale est un nouveau facteur que les cours sont appelées à considérer, et le droit est encore en développement. Jusqu'ici, aucune cour canadienne n'a reconnu le fait d'une charge virale indétectable comme étant un moyen de défense contre des accusations fondées sur la non-divulgence de la séropositivité au VIH et des rapports sexuels non protégés. Dans une décision de cour de première instance qui est contestée en appel, le juge a tranché que l'obligation de divulguer la séropositivité n'est levée que si la charge virale est indétectable et qu'un condom est utilisé.⁴ Dans une autre décision, également contestée en appel, le niveau indétectable de la charge virale de l'accusé n'a pas même été pris en considération.⁵

La charge virale est un nouveau facteur que les cours sont appelées à considérer; le droit est encore en développement.

La décision d'une cour d'appel de Colombie-Britannique dans *R. v. Wright*, en 2009, donne pourtant à penser que la charge virale de l'accusé est « très pertinente »⁶ dans la détermination de la responsabilité criminelle. Des affaires prochaines détermineront comment, et dans quelle mesure, les cours considéreront

la charge virale comme moyen pour estimer le degré de risque.

Depuis l'arrêt *Cuerrier*, en ce qui concerne les rapports sexuels oraux et la responsabilité criminelle, une PVVIH/sida a été déclarée non coupable d'accusations fondées sur des rapports oraux car la preuve n'a pas été faite que des rapports oraux non protégés comportaient un « risque important » de transmission du VIH.⁷ Dans une autre affaire, un juge a convenu, avec le procureur de la Couronne, que les rapports oraux étaient une activité à « faible risque » et ne pouvaient donc constituer des voies de fait graves.⁸ Cette norme n'a toutefois pas été confirmée par une cour d'appel.

De récents développements en première instance se contredisent, à savoir si des rapports sexuels oraux peuvent donner lieu à une responsabilité criminelle. Par exemple, une PVVIH a été déclarée coupable de voies de fait graves pour des rapports oraux.⁹ Dans une autre affaire, le procureur de la Couronne a abandonné les accusations criminelles de voies de fait graves qui avaient été portées contre un homme pour des allégations de rapports oraux non protégés.¹⁰

Récemment, à Vancouver, un homme de Colombie-Britannique a été acquitté alors qu'il avait eu des rapports anaux non protégés.¹¹ Les principaux éléments étaient les suivants :

- L'accusé n'a pas divulgué sa séropositivité.
- Le couple a eu à trois reprises des rapports anaux sans condom.
- L'accusé était le partenaire receveur [pénétré].
- Et, d'après la preuve d'expert présentée par la Couronne, il n'y

avait pas de risque important de transmission du VIH dans les circonstances en l'espèce.

Dans cette affaire, le juge Lauri Ann Fenlon a affirmé: « Les actes contraires à l'éthique ou répréhensibles ne requièrent pas tous l'intervention musclée du système judiciaire » [trad.].

Il est important de souligner que l'implication de la communauté joue un rôle important. Toutes les évolutions positives en cour résultent d'efforts de la communauté.

Tirer la ligne : points de vue de personnes séropositives sur la criminalisation de la transmission du VIH au Canada

Barry D. Adam, professeur de sociologie, Université de Windsor

Mes commentaires sont basés sur une étude à laquelle nous travaillons depuis deux ans, qui s'intitule *Impacts of Criminal Prosecutions for HIV exposure and transmission on people living with HIV* [Impacts des poursuites pénales pour l'exposition au VIH ou sa transmission, pour des personnes qui vivent avec le VIH]. Les données viennent de deux sources. L'une vient de questions posées à la cohorte *Positive Spaces Healthy Places*, qui a compté 438 répondants, et il s'agit d'une étude portant principalement sur le logement, dans laquelle des questions juridiques ont été insérées. La seconde source vient d'entrevues auprès de 122 PVVIH/sida recrutées dans trois sites de Toronto et Ottawa, qui ont

eu lieu en anglais et en français. Des données sont également en voie d'être collectées auprès d'une étude de cohorte de l'Ontario HIV Treatment Network (OHTN), comptant 500 répondants.

Les réponses des deux échantillons diffèrent légèrement, en raison de variations démographiques. Les caractéristiques démographiques de la cohorte *Positive Spaces* sont : 74 % d'hommes et 26 % de femmes; 59 % de gais, lesbiennes ou personnes bisexuelles; 13 % d'Autochtones; 12 % d'Africains/Caraïbes; 22 % sans emploi; 74 % ayant un revenu inférieur à 1 500 \$/mois; 39 % ayant déjà été sans abri; et 56 % vivant dans la région du Grand Toronto.

Nous avons demandé aux individus de ce groupe s'ils étaient au courant que le droit canadien les tenait responsables de révéler leur séropositivité au VIH à leurs partenaires sexuels dans certaines circonstances. Presque tous en étaient conscients : 96 % du groupe a répondu oui à cette question; 3 % ont répondu non et 1 % a répondu ne pas savoir. La principale source de cette information était les médias : 244 répondants (soit 56 % du groupe) ont dit en avoir été mis au courant ainsi. Les médias semblent exercer une influence sur les points de vue des PVVIH/sida, du moins dans cet échantillon.

La deuxième source d'influence importante était les organismes de lutte contre le VIH/sida, avec un taux de réponse de 54 %. Trente-et-un p. cent (31 %) des répondants l'avaient entendu d'une autre PVVIH/sida; 21 % d'une clinique pour le VIH; 18 % de la part d'amis ou de membres de leur famille; 17 % d'un médecin qui leur a donné des soins; 12 % d'un infirmier ou d'un fournis-

seur de soins de santé; et 12 % d'une agence de services sociaux.

Le dévoilement

Nous avons aussi posé, aux répondants de cette cohorte, des questions sur le dévoilement de la séropositivité au VIH. En particulier, nous les avons interrogés en ce qui a trait à leurs partenaires séronégatifs et ceux dont l'état sérologique n'est pas connu, et avec lesquels ils avaient eu des rapports anaux ou vaginaux, au cours des six mois précédents. Quarante-cinq p. cent des répondants n'avaient pas dévoilé leur séropositivité; 32 % n'avaient pas eu de partenaire séronégatif ou d'état sérologique inconnu; et 9 % ne trouvaient pas nécessaire de faire de dévoilement à leur(s) partenaire(s) puisqu'ils pratiquaient le sécurisexe. Neuf p. cent de ce groupe avaient dévoilé leur séropositivité à certains partenaires mais pas à d'autres; 6 % avaient trop peur pour la dévoiler; et 5 % ne l'avaient jamais dévoilée. Un autre 5 % ont dit semer des indices de la possibilité qu'ils soient séropositifs, et 5 % ont dit ne pas trouver nécessaire de dévoiler leur séropositivité parce que leurs partenaires devraient présumer que tout le monde est séropositif. Quatre p. cent ont dit ne pas considérer nécessaire de dévoiler leur séropositivité à leurs partenaires puisque chacun est responsable d'utiliser un condom s'il le veut; et un autre 3 % ont dit ne pas considérer nécessaire de dévoiler leur séropositivité à leur partenaires parce que ceux-ci étaient consentants à avoir des rapports sexuels non protégés.

Il est important, par ailleurs, de noter que ces statistiques ne s'excluent pas mutuellement, et que les répondants pouvaient répondre à un ou à plusieurs des questions.

D'autres analyses des données seront réalisées afin de voir comment les attitudes des PVVIH/sida pourraient varier selon des caractéristiques démographiques.

Certaines PVVIH sont d'avis que la divulgation n'est pas nécessaire lorsque l'on pratique le sécurisexe.

La série de questions qui suivait concernait les réponses de PVVIH/sida à certaines des questions juridiques sur des zones grises, comme l'équilibre entre l'exigence de divulgation et la détermination de ce qui constitue un risque important. Les répondants étaient invités à dire s'ils considéraient qu'ils devraient être tenus de divulguer leur séropositivité à leurs partenaires sexuels si leur charge virale était indétectable. Il y a un fort accord, dans ce groupe, en faveur de la divulgation sans égard à la charge virale.

Quant à la question de savoir s'ils considèrent qu'une personne vivant avec le VIH qui a eu des rapports sexuels vaginaux ou anaux sans protection, sans divulguer d'abord sa séropositivité à son partenaire, devrait être accusée d'un crime et possiblement incarcérée, l'appui à la divulgation se révèle encore plutôt fort. Toutefois, une minorité est en désaccord.

Nous avons aussi demandé aux répondants s'ils considéraient qu'en présence de l'usage d'un condom pour des rapports vaginaux ou anaux, une personne qui n'a pas divulgué sa séropositivité devrait être accusée de crime et possiblement incarcérée. Dans ce cas, la majorité des opinions était que, si les personnes pratiquaient le sécurisexe, il n'était pas nécessaire que la personne séropositive fasse de divulgation. Ce constat met en relief l'élément de « risque important », et la plupart des PVVIH/sida considère que la divulgation ne devrait pas être nécessaire en présence des précautions adéquates.

Nous avons aussi invité les répondants à indiquer s'ils considéraient que pour avoir reçu une relation orale sans condom et sans divulguer sa séropositivité à son partenaire, une personne devrait être accusée d'un crime et possiblement incarcérée. Encore ici, la plupart des répondants étaient d'avis que la divulgation n'était pas nécessaire; seule une minorité était d'avis contraire. Les répondants considéraient qu'une activité à faible risque avait peu de chances de donner lieu à une transmission du VIH à un partenaire; ceci indique leurs perceptions en ce qui concerne la notion de risque important.

Dans la cohorte interviewée, les réponses étaient semblables, à quelques légères différences près, de celles du groupe ayant répondu au sondage. Les caractéristiques démographiques du groupe interviewé sont : majorité de répondants blancs, près de 20 % d'ascendance afrocaribbe, certains Autochtones, et 8 % d'autres catégories ethniques. Les niveaux de revenu dans ce groupe sont faibles, mais en moyenne légèrement plus élevé que le groupe qui a répondu au sondage sur le logement.

Il s'agit par ailleurs d'un groupe bien éduqué.

La responsabilité de divulgation

Les questions d'entrevue commentaient par la reconnaissance d'un débat considérable à propos de la responsabilité de divulgation, en particulier à savoir si les répondants étaient d'avis que des circonstances existent où des PVVIH/sida devraient être accusés. Les questions demandaient s'ils considéraient que des individus ayant eu des rapports sexuels non protégés mais dont la charge virale était indétectable devraient être accusés et possiblement incarcérés, et de même pour des individus ayant eu des rapports vaginaux ou anaux non protégés et sans avoir d'abord divulgué leur séropositivité. Pour les deux questions, il a semblé y avoir un appui à une responsabilité de divulgation, mais il y a division claire dans les réponses.

Une autre question portait sur la divulgation de la séropositivité lorsqu'un condom est utilisé pendant un rapport sexuel vaginal, anal ou oral. Les répondants qui considèrent qu'un châtiment légal est approprié dans ce contexte sont peu nombreux.

Certains membres de la cohorte interviewée ne se sentent pas largement affectés par les implications légales de l'obligation de divulgation de la séropositivité, car ils font constamment cette divulgation à leurs partenaires sexuels, ils font ouvertement un sérotriage, il se sentent moralement obligés de divulguer leur séropositivité sans égard à la loi, ils sont dans une relation monogame ou encore ils n'ont pas d'activités sexuelles. Un des répondants a affirmé un sentiment répandu de s'être donné un code d'éthique et que cela n'a pas changé.

Pour d'autres, l'approche est plus situationnelle ou conditionnelle, car ils sont d'avis que la divulgation n'est pas requise s'ils pratiquent le sécurisexe et ils évaluent dans quelle mesure ils se sentiraient en sécurité s'ils faisaient la divulgation ou si la relation a un potentiel de devenir plus qu'un lien occasionnel. Le plus grand nombre de répondants considère cependant que la criminalisation rejette injustement le fardeau de la preuve : que les PVVIH/sida sont considérées coupables jusqu'à ce que leur innocence soit prouvée. Il y a à cet égard un malaise parmi les répondants car ils croient que cela donne à des partenaires frustrés une arme juridique à brandir contre eux, ou que le fardeau retombe sur les femmes en dépit du pouvoir de l'homme de faire fi des enjeux.

Plusieurs répondants ressentent de la peur et de la vulnérabilité, mais d'autres considèrent que le climat est plus empreint d'acceptation qu'aux débuts de l'épidémie, en dépit de la criminalisation. De plus, certains considèrent que les procès à grande visibilité donnent mauvaise réputation à l'ensemble des PVVIH/sida.

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

Shannon Thomas Ryan, directeur général, Black Coalition for AIDS Prevention

Cet exposé se concentre principalement sur l'aspect de la racialisation et sur les manières dont les communautés ontariennes noires, africaines ou caraïbes répondent à la crimina-

lisation. La racialisation de la criminalisation traduit une application disproportionnée du système de justice criminelle à l'égard de membres de ces communautés fortement vulnérables; il s'agit d'une tendance particulièrement troublante, sur laquelle se pencher de plus près.

Des universitaires et des avocats ayant jusqu'ici mené la discussion avec brio, nous sommes à un point où nous devons assurer que les membres des communautés et les PVVIH/sida de communautés ethniques soient une considération centrale, dans la question de la criminalisation et de ses impacts; leur participation est essentielle. Il est nécessaire d'initier et de mener une réponse coordonnée, équilibrée et éclairée, qui inclut toutes les réalités, y compris les PVVIH/sida de communautés ethniques.

L'enjeu est d'une très grande importance. Plus il y a de criminalisation, et moins les organismes de lutte au VIH/sida (OLS) auront d'impact. Les communautés africaines et caraïbes sont particulièrement vulnérables à la criminalisation et sont fortement surreprésentées. Il en résulte que des membres de communautés qui sont déjà fortement stigmatisés et ont déjà une forte prévalence du VIH et des risques élevés, sont exposés à un risque accru.

En tant qu'organismes, la Black Coalition for AIDS Prevention (Black CAP) et le Conseil africain et caraïbe sur le VIH/sida en Ontario (CACVO) considèrent que la criminalisation n'est pas une réponse efficace, et que le recours répandu au système de justice criminelle est néfaste aux OLS, à l'efficacité des programmes ainsi que des politiques et pratiques de santé publique. De plus, le recours au système de justice criminelle dans

ce contexte n'est pas appuyé par un corpus adéquat de données.

Les effets du stigmatisme

Il y a des parallèles dans la stigmatisation des PVVIH/sida et celle de groupes aux prises avec une discrimination systémique en raison de racisme systémique. Il existe une forme de stigmatisation systématisée et institutionnalisée, à l'égard des personnes touchées par le VIH; celle-ci ressemble grandement au racisme systémique qui se rencontre ailleurs. La réponse du système de justice criminelle est un indicateur du degré de fidélité avec laquelle les systèmes et institutions reproduisent certaines des iniquités de classe, genre et race auxquelles ils sont en fait supposés remédier.

Les communautés africaines et caraïbes sont particulièrement vulnérables à la criminalisation et sont fortement surreprésentées.

De fait, il y a un degré très élevé de peur parmi les membres de la communauté. En 2009, afin d'éduquer le public, Black CAP a organisé un forum pour traiter de l'aspect racialisé de la criminalisation [liée au VIH]. Alors que les organisateurs pensaient avoir fait un bon travail d'éducation de la communauté, la session s'est terminée par cette affirmation d'une PVVIH/sida : « Vous

me foutez la trouille. Réfléchissez à votre manière de communiquer ce message. À chaque fois que vous relancez le message, vous ne m'encouragez pas à dévoiler ma séro-positivité : vous me poussez à me cacher. » [trad.]

Cela nous confronte à plusieurs enjeux, en tant que communauté, et expose d'importantes réalités. Premièrement, les hommes noirs hétérosexuels sont représentés de manière disproportionnée, dans les affaires pénales concernant le VIH. Les chiffres suggèrent qu'entre 2004 et 2009, 50 % des hommes hétérosexuels qui ont été accusés étaient des hommes noirs. Cette statistique est troublante et requiert que l'on y porte attention. Deuxièmement, l'enjeu plus général de la race et de la criminalisation doit être étudié. La surreprésentation des hommes noirs dans ces accusations représente une autre forme de criminalisation d'une communauté qui est aux prises avec la criminalisation de son corps, de ses familles, etc.

Par exemple, le fait que les systèmes d'assistance sociale et de bien-être social soient considérés comme des systèmes dont abusent des membres de communautés ethniques, de même que les taux particulièrement élevés d'incarcération de jeunes Noirs, par le système de justice pénale, sont révélateurs des liens de nos communautés avec ces systèmes, en raison de racisme à des niveaux structurels. Une importante question à se poser est de voir si les procureurs de la Couronne sont plus vigoureux dans les poursuites visant des membres de communautés ethniques, en comparaison avec d'autres cas.

L'image dans les médias

Une troisième réalité concerne les manières dont les PVVIH/sida de

race noire sont représentées dans les médias. Le cadre du dialogue dans les médias est également un enjeu saillant. J'ai fait récemment une recherche dans Google Actualités, concernant l'affaire *Aziga*¹² et j'ai constaté que les articles du *Toronto Star*, de la Canadian Broadcasting Corporation, de CTV, de *Maclean's* et de Wikipedia présentaient tous un aperçu des principaux éléments de l'affaire. Et à l'exception d'un des articles, tous décrivaient M. Aziga comme un Noir, nouvel arrivant de l'Ouganda, des descriptions qui semblent pourtant peu pertinentes aux accusations portées.

Nous devons nous demander pourquoi des gens sont décrits de la sorte et pourquoi les médias renforcent ainsi les stéréotypes et suppositions concernant les hommes noirs. Par ailleurs, nous devons remettre en question le positionnement de cette conversation publique, et la manière dont elle modifie les perceptions personnelles et les perceptions publiques à l'égard des hommes noirs vivant avec le VIH.

Quatrièmement, se soulève la question du stigmatisme associé au VIH. Y a-t-il un lien entre le stigmatisme et les défis de la divulgation? Simplement dit, je viens d'une communauté où le stigmatisme associé au VIH est très fort et où la probabilité de divulgation est très faible.

De multiples enjeux doivent être examinés et, fait important, pour plusieurs d'entre eux nous n'avons pas assez de connaissances. Une chose est claire : l'abondance de questions. Par exemple, pourquoi la race est-elle un facteur important et le stigmatisme unique parmi les PVVIH/sida? Comment le fait d'être noir et de vivre avec le VIH se

recoupent-ils? Quel est le résultat de cette intersection?

Nous devons nous pencher sur la question de proportionnalité et nous demander pourquoi les hommes noirs représentent la moitié des personnes en cause dans des accusations pénales concernant le VIH; et nous demander ce que sont les impacts du système de justice criminelle sur ces communautés.

La non-divulgation du VIH et le droit pénal : établir des options de politiques pour l'Ontario

Eric Mykhalovskiy, professeur agrégé de sociologie, York University, et nouveau chercheur, IRSC

Une équipe de recherche, composée de chercheurs universitaires et communautaires, et financée principalement par l'OHTN, avait pour but central de développer des options de politiques pour l'Ontario et d'impliquer le ministère du Procureur général dans un dialogue sur ce plan.

Au Canada, le droit pénal est utilisé pour essayer de réduire le risque de transmission sexuelle du VIH en exigeant que les PVVIH/sida divulguent leur séropositivité à d'autres personnes avant d'avoir avec elles une activité qui comporte un « risque important » de transmission du VIH. Ceci soulève plusieurs préoccupations parmi les PVVIH/sida, organismes de lutte contre le VIH/sida (OLS), avocats, universitaires et autres observateurs. La préoccupation centrale est liée au fait que la Cour suprême du Canada et les tribunaux inférieurs n'aient pas défini ce qui constitue un risque important, car ce flou entraîne

que les PVVIH/sida ne peuvent connaître avec certitude les contours de leur obligation de divulgation en vertu du droit pénal.

D'importance, certains services de police et avocats de la Couronne interprètent le critère du risque important en termes indument larges, et des accusations sont déposées et vont de l'avant dans des circonstances où il n'y avait qu'un faible de risque de transmission. Dans l'ensemble, le système de justice pénale n'a pas abordé les accusations pénales pour non-divulgation de la séropositivité au VIH de manières suffisamment éclairées par la recherche scientifique actuelle. De plus, la criminalisation de la non-divulgation est néfaste aux approches éprouvées du secteur communautaire et de celui de la santé publique, en matière de prévention de la transmission du VIH et de soutien aux PVVIH/sida.

En dépit de la complexité de ces préoccupations, et d'autres, le recours au droit pénal en réponse à la non-divulgation de la séropositivité au VIH, au Canada, n'a pas été éclairé par une discussion soutenue et fondée sur les faits et données, au chapitre des politiques.

La réponse de l'équipe a été de créer une analyse de politiques¹³ qui fournit de nouvelles données issues de la recherche, qui passe en revue les connaissances scientifiques existantes et qui définit des options de politiques pour répondre aux problèmes que pose la criminalisation de la non-divulgation de la séropositivité au VIH.

L'apport de nouvelles données issues de recherches a procédé de trois manières. Premièrement, les membres de l'équipe ont créé ce qui, d'après leur connaissance, est la première base de données complète

sur les accusations criminelles pour non-divulgence de la séropositivité au VIH au Canada, et ont produit une analyse des tendances temporelles et démographiques (notamment en ce qui a trait au genre sexuel, à la race et à l'orientation sexuelle des accusés) ainsi que de l'issue des affaires. À ce sujet, il a été observé que :

- 47 % des affaires pénales au Canada ont été intentées en Ontario, et 89 % des personnes accusées en Ontario ont été des hommes.
- En Ontario, 84 % des affaires pénales pour laquelle l'année de l'accusation est connue ont été intentées depuis 2004.
- En Ontario, 50 % des hommes hétérosexuels accusés depuis 2004 étaient de race noire.
- 68 % des affaires pénales en Ontario se terminent par une déclaration de culpabilité.
- Dans 34 % des affaires s'étant terminées par une déclaration de culpabilité, en Ontario, il n'y avait pas eu de transmission du VIH.
- 68 % des affaires pénales en Ontario qui se terminent par une déclaration de culpabilité entraînent une peine d'incarcération.

Bien que les données indiquent que les accusations pénales pour non-divulgence de la séropositivité au VIH concernaient surtout des relations hétérosexuelles, elles donnent aussi à penser qu'il y a une augmentation de cette tendance parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH). Par exemple, en Ontario, 10 des 42 hommes accusés de non-divulgence de leur séropositivité l'ont été en rapport avec des relations sexuelles entre

hommes, et neuf de ces dix accusations ont été déposées au cours des quatre dernières années. Ce nombre représente 41 % des hommes accusés en Ontario entre 2006 et 2009.

Deuxièmement, l'équipe a analysé l'application du critère légal de risque important, en examinant comment les cours criminelles ontariennes et canadiennes ont interprété et appliqué le test, dans leurs décisions. L'analyse a révélé trois types d'éléments inconsistants, en droit : des variations dans les informations utilisées pour établir si la relation sexuelle impliquait un risque important de transmission du VIH; des variations dans l'interprétation par les cours du critère de risque important; et des disparités entre des décisions dans des affaires où les faits se ressemblaient.

L'incertitude quant à la notion de risque important a entraîné des messages confus à propos de la prévention du VIH.

Troisièmement, l'équipe a réalisé une recherche par entrevue qui, pour la première fois au Canada, examine les répercussions que la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité comporte, pour des PVVIH/sida ainsi que pour des personnes qui travaillent avec elles,

notamment des médecins, infirmiers de santé publique et employés d'OLS de première ligne. La recherche a consisté en des entrevues individuelles et des discussions en groupe, avec 28 PVVIH/sida, dont 11 étaient des femmes, 17 de race blanche, six de race noire, deux de race autochtone, une biraciale, une Asiatique et une Sud-asiatique. Des entrevues individuelles ont aussi été réalisées avec des médecins, des fournisseurs de soins de santé et de services sociaux, des employés d'OLS, des infirmiers et responsables de la santé publique, pour un total de 25 personnes.

Le manque de clarté de l'expression « risque important »

Les points saillants de la recherche de science sociale étaient que le flou de la notion de « risque important » engendre la crainte et l'anxiété parmi les PVVIH/sida ainsi que la confusion parmi les fournisseurs de services et de soins de santé. Par exemple :

Que veut dire risque important? C'est ce que je n'ai jamais su. Genre, un risque important, mais qu'est-ce qui est forcément un risque important? ... Tout le flou du droit, en lien avec le VIH, je trouve ça un peu choquant, surtout en tant que personne qui vit avec le VIH. (H séropositif, interview 25)

Je travaille aux premières lignes, et il y a un manque de clarté. Or on a beau écrire trois millions de politiques [d'OLS], elles ne seront jamais claires puisque le droit ne l'est pas. Cela fait en sorte qu'il y a un manque de clarté dans mon travail parfois, et à propos des choses que je peux dire ou pas. (Gestionnaire de cas pour un OLS, interview 21)

L'incertitude qui entoure la notion de risque important a donné lieu à des messages contradictoires, en matière de prévention du VIH, et conduit des conseillers à dire aux PVVIH qu'elles devraient dévoiler leur séropositivité sans égard au degré de risque dans leurs activités sexuelles :

Je dirais que nous sommes une unité de santé plutôt conservatrice; notre information est celle-ci : vous savez en tant que personne infectée par le VIH que vous êtes obligée de divulguer votre séropositivité avant tout contact sexuel ou partage de seringue où il y aurait un risque de transmission. Et nous parlons du fait qu'il y a une zone grise, en droit, à propos du risque important; alors vous savez qu'à certains endroits on dira que les rapports sexuels oraux ne sont pas un risque important et que vous n'avez pas à utiliser un condom — mais je pense que notre approche est plus conservatrice : nous disons que la meilleure approche serait de dévoiler la séropositivité et d'utiliser un condom, dans tous les cas, et qu'ainsi au regard du droit vous seriez considéré avoir suivi l'approche la plus proactive pour gérer cela. (Infirmier de santé publique — interview 17)

La criminalisation du non-dévoilement fait en sorte que des PVVIH qui sont vulnérables n'ont pas recours aux services de soutien dont elles ont besoin, concernant les questions pertinentes à cet enjeu. Plusieurs PVVIH craignent que la divulgation de leur séropositivité à leurs partenaires sexuels ne les mettent pas pour autant à l'abri de poursuites criminelles. Des PVVIH et des intervenants sont préoccupés par la mesure dans laquelle les décisions de tribunaux sont éclairées adéquatement par les connaissances issues de la recherche scientifique, dans des affaires pénales

pour non-divulgaration de la séropositivité.

Des PVVIH et des intervenants ont plusieurs suggestions pour répondre aux problèmes que pose la criminalisation de la non-divulgaration de la séropositivité, notamment : clarifier le critère juridique du risque important; examiner des possibilités de coordination entre le système de santé publique et celui de la justice criminelle; et mettre en œuvre des lignes directrices relatives aux poursuites.

Politiques possibles

Afin de stimuler la prise en compte de possibles solutions concrètes pour résoudre l'incertitude et des problèmes connexes du recours au droit pénal pour traiter la non-divulgaration de la séropositivité, l'équipe a identifié et examiné trois options dans le domaine des politiques : (1) approche cas par cas, pour l'interprétation et l'application de la loi; (2) amendement du Code criminel; et (3) élaboration d'une politique de la Couronne et d'un mémorandum pour la pratique.

Les options 1 et 2 sont sujettes à d'importants obstacles en termes d'incertitude des résultats et de possibilité de long délai avant l'avènement de changements à l'état du droit. Par conséquent, l'équipe recommande l'option 3. Le ministère du Procureur général de l'Ontario devrait établir un processus de consultation en vue d'éclairer le développement d'une politique et d'un mémorandum de pratique, relativement aux affaires impliquant des allégations de non-divulgaration d'infections transmissibles sexuellement, y compris le VIH.

Les recommandations de l'équipe abordent la diversité des dépositaires d'enjeux qui devraient être impliqués

dans les consultations ainsi que les thèmes qui devraient être abordés.

Un aperçu de la Campagne pour des lignes directrices ontariennes sur les poursuites

Glenn Betteridge, consultant en droit et politiques, Toronto

Le Groupe de travail ontarien sur le droit pénal et l'exposition au VIH (DPEV) a été formé en 2007 et regroupe des PVVIH/sida ainsi que des représentants de plus de 20 organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida (OCLS) des quatre coins de l'Ontario. Le DPEV s'oppose au recours expansif au droit pénal pour répondre à la non-divulgaration de la séropositivité et il fait valoir la nécessité de politiques rationnelles pour la réponse au VIH — tenant compte des meilleures données disponibles, des programmes efficaces de prévention, de soins, de traitements et de soutien, et dans le respect des droits humains des personnes vivant avec le VIH ou autrement affectées par lui. Le DPEV demande au procureur général de l'Ontario d'amorcer immédiatement un processus de développement de lignes directrices sur les poursuites, pour les affaires impliquant des allégations de non-dévoilement de la séropositivité au VIH.

L'initiative est nécessaire en raison du manque de clarté du critère du droit criminel pour déterminer dans quels cas une PVVIH/sida a l'obligation de divulguer sa séropositivité à un partenaire sexuel : le critère est basé sur le « risque important » de transmission du VIH.

Cette incertitude a conduit à un recours expansif au droit criminel. La criminalisation du non-dévoilement de la séropositivité au VIH a été fermement inscrite dans le droit canadien par la Cour suprême du Canada, dans son arrêt *Cuerrier*,¹⁴ où elle a établi le critère déclencheur de l'obligation de divulgation, basé sur l'infraction de voies de fait graves du Code criminel. Les tribunaux peinent encore à déterminer le sens précis de cette formulation, *risque important*, et ce manque de clarté entraîne un recours expansif au droit pénal. Par exemple, il y a eu plus de 100 poursuites, au Canada, incluant des déclarations de culpabilité pour meurtre, des accusations de tentative de meurtre, des déclarations de culpabilité et accusations pour des rapports orogénitaux.

Le DPEV a envisagé plusieurs options pour limiter l'interprétation et l'application expansives du droit criminel. L'avenue d'un amendement législatif du Code criminel a été écartée, car le processus législatif exige plusieurs années et constitue une approche risquée au plan politique et stratégique. Le DPEV a aussi considéré le potentiel que des arrêts de tribunaux puissent limiter l'application actuelle du droit, mais force est de reconnaître que, même si des avocats et le Réseau juridique canadien VIH/sida travaillent dans cette optique, le travail pour faire évoluer le droit sur une base de cas par cas peut prendre longtemps et que son issue est incertaine.

Des lignes directrices comme outil de plaidoyer

Des lignes directrices sur les poursuites offrent un moyen viable et réaliste pour le plaidoyer et l'activisme, et susceptible d'entraîner des chan-

gements positifs à court terme. La Campagne du DPEV pour des lignes directrices sur les poursuites est une initiative d'action par la base, qui nécessite des connaissances considérables dans la communauté et un développement de capacité.

Nous avons fondé le but de la campagne — et notre demande de lignes directrices sur les poursuites — sur une compréhension du système de justice pénale en Ontario et sur le rôle central qu'y jouent les avocats de la Couronne. La police est employée par les municipalités (ou la Police provinciale ontarienne, OPP), et elle reçoit des plaintes pour des allégations de non-divulgation et procède à des enquêtes. Elle peut alors interroger des gens, recueillir des déclarations, obtenir des mandats de perquisition, procéder à des perquisitions, saisir des dossiers médicaux et d'autre nature, et diffuser des communiqués. La police est souvent l'unique détenteur d'un pouvoir discrétionnaire exclusif d'intenter des procédures en vertu du Code criminel et de choisir les chefs d'accusation. Les accusations peuvent inclure la nuisance publique, les voies de fait graves, l'agression sexuelle grave et la tentative de meurtre.

Les avocats de la Couronne sont à l'emploi du ministère du Procureur général. Ils sont indépendants de la police, mais dépendent d'elle pour faire enquête sur une plainte et recueillir des preuves. Ils ont l'obligation de veiller à ce que le système de justice criminelle soit juste pour tous, y compris l'accusé, la victime et le public. Après le dépôt d'accusations criminelles par la police, les avocats de la Couronne examinent les accusations (i.e. vérification des chefs d'accusation) afin de décider d'intenter ou non une poursuite judiciaire.

La vérification des chefs d'accusation procède d'un test en deux parties; la Couronne n'intentera de poursuites que s'il y a une probabilité raisonnable de déclaration de culpabilité et si la poursuite est dans l'intérêt public. La Couronne est responsable uniquement de la décision de poursuivre ou non, et de la manière de procéder.¹⁵

Des lignes directrices sur les poursuites offrent une avenue viable et réaliste, pour le plaidoyer.

Bien que la police, les avocats de la Couronne et les tribunaux soient tous indépendants les uns des autres et aient tous leurs propres pouvoirs de décision, le DPEV est d'avis que des lignes directrices sur les poursuites pourraient influencer des décisions de la police ainsi que des affaires judiciaires. Les décisions des avocats de la Couronne peuvent avoir des effets sur les décisions de la police de déposer ou non des accusations, et dans quelles circonstances, et sur la manière dont une affaire est présentée en cour.

Le Manuel des politiques de la Couronne

Bien que le rôle de l'avocat de la Couronne tient en grande partie du pouvoir discrétionnaire, ce pouvoir n'est pas complètement exempt d'en-

trave. L'avocat de la Couronne doit respecter la loi et a des comptes à rendre à la cour. Il doit aussi prendre en considération les orientations générales du Procureur général de l'Ontario, publiées dans le Manuel des politiques de la Couronne. Ce manuel vise à aider les avocats de la Couronne dans la prise de décisions (i.e. à structurer la discrétion), et à promouvoir des normes élevées et la cohérence dans leur travail et la manière dont les poursuites criminelles se font.

Le manuel comprend deux types de documents : des énoncés de politiques à caractère très général et des avis de pratique qui fournissent des directives spécifiques. Il aborde une gamme d'éléments « fondamentaux », de gestion de cas, d'enjeux touchant les victimes, l'équité et les procédures; il fournit des directives pour des types spécifiques de poursuites. Voici certains exemples de types de poursuites abordés dans les directives ontariennes : crimes haineux et discrimination; conduite avec facultés affaiblies / infractions à la sécurité routière, crimes sexuels / infractions à l'endroit de partenaires. Il ne renferme pas de directives pour les poursuites concernant le non-dévoilement du VIH, ou d'autres ITS.

La Colombie-Britannique est la seule province dotée d'une politique qui traite de poursuites concernant des allégations de transmission du VIH ou d'exposition à l'infection. La *BC Sexually Transmitted Diseases guideline* [Directive sur les maladies transmises sexuellement en C.-B.] est entrée en vigueur en 2007.¹⁶ Elle s'applique au VIH et à d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS) et fournit des orientations sur deux thèmes élémentaires : la déclaration du VIH et autres ITS par les

avocats de la Couronne au médecin hygiéniste en chef; et l'examen par, et la reddition de compte aux, supérieurs, à propos des décisions des avocats de la Couronne d'intenter des poursuites pour une allégation impliquant la possibilité de transmission d'une ITS.

Des directives ontariennes sur les poursuites pourraient aider concrètement et de manière mesurable les PVVIH et les OLS. Elles aideraient à clarifier les politiques publiques qui devraient guider les poursuites. La politique pourrait mettre l'accent davantage sur la prévention du VIH, la dissuasion, le rôle de la santé publique, plutôt que l'emphase actuelle sur le droit criminel, et des poursuites ne seraient intentées que dans des cas où cela est dans l'intérêt public. Des directives contribueraient aussi à ce que les décisions d'enquêter et de poursuivre soient éclairées par une compréhension complète et exacte des recherches scientifiques et médicales actuelles sur le VIH, et tiennent compte des circonstances sociales de la vie avec le VIH. Cela contribuerait à éviter d'intenter des poursuites contre des PVVIH s'il n'y a pas eu de risque important de transmission du VIH pendant les actes sexuels.

Des lignes directrices contribueraient à faire en sorte que la police et les avocats de la Couronne traitent de manière juste et non discriminatoire les plaintes concernant le VIH. Elles donneraient à l'avocat en chef de la Couronne et à d'autres responsables du ministère du Procureur général un rôle important dans la supervision, l'approbation et le suivi des poursuites, et donneraient l'occasion de fournir un développement professionnel continu aux avocats de la Couronne, aux avocats de la défense et aux

juges. En outre, elles clarifieraient que la loi s'applique à toutes les ITS, de manière à ce que les PVVIH/sida ne continuent pas d'être ciblées spécifiquement et stigmatisées.

Les poursuites pour transmission du VIH : l'expérience pratique en Angleterre et au Pays de Galles

Lisa Power, Terrence Higgins Trust, Royaume-Uni

En Angleterre et au Pays de Galles, on applique une loi victorienne sur les voies de fait, pour criminaliser la transmission du VIH. Cette loi n'est donc pas spécifique au VIH. À l'opposé de la situation au Canada, seule la transmission est matière à poursuite. Bien que les gens puissent déposer des accusations pour tentative de transmission intentionnelle, ces accusations ont été abandonnées relativement tôt. La première affaire concernant la transmission du VIH remonte à 2003, et moins de 20 ont été en cour mais on compte beaucoup d'autres allégations et investigations.

Ces affaires ont des répercussions néfastes et importantes pour les PVVIH/sida, les cliniciens, les intervenants de soutien et les chercheurs. Par exemple, ces derniers sont plus réticents à travailler sur des questions sexuelles en raison de complications pouvant découler de ces enquêtes.

Le Terrence Higgins Trust et le National AIDS Trust ont notamment documenté minutieusement les cas; travaillé à du plaidoyer sur une base individuelle; fourni du soutien informationnel et des occasions de développement sectoriel; collaboré

avec des avocats (académiciens et du domaine criminel); répondu à des éléments de couverture médiatique; créé des liens avec la police; participé à du travail conjoint; créé des liens avec le Service du procureur de la Couronne (SPC); et collaboré à des projets de recherche.

Les résultats de ces travaux sont notamment la clarification des circonstances des poursuites, des lignes directrices du SPC et de l'Association des chefs de police (ACP) ainsi que des relations plus étroites avec ces groupes, conduisant à un meilleur plaidoyer, de même qu'une amélioration de la compréhension dans le secteur, et par les PVVIH/sida, et une diminution du nombre d'affaires qui se rendent en cour.

Lignes directrices du Service du procureur de la Couronne

Le processus du SPC a impliqué de reconnaître le degré élevé de confusion qui régnait. Les lignes directrices du SPC concernent des domaines délicats au plan social, invoquant des enjeux d'égalité et de droits humains. Le groupe de travail qui a été impliqué dans leur élaboration incluait des cliniciens et des membres de la communauté, et comportait une consultation publique. De plus, les lignes directrices publiées ont été révisées périodiquement, avec la participation de la société civile.

Le contenu des lignes directrices du SPC concerne toutes les ITS sérieuses. Puisque les lignes directrices ne sont pas spécifiques au VIH,

il est nécessaire de consulter des groupes qui s'occupent d'hépatites et d'herpès, pour s'assurer qu'ils sont conscients de leur inclusion. Le SPC examine toutes les affaires, à son bureau central, avant que quiconque soit mis en accusation.

Bien que le contenu des lignes directrices demeure encore un peu vague, il y a un certain degré de clarté sur le degré de nécessité de preuve scientifique ainsi que sur les limites de celle-ci. Par exemple, on ne peut porter des accusations d'insouciance s'il n'y a pas eu transmission de l'infection. Dans d'autres cas, la preuve de compréhension de l'infectiosité et du risque de transmission peut poser des difficultés puisque, dans le système britannique, le test n'est pas requis et la personne peut n'avoir qu'un doute d'être séropositive au VIH. De plus, les précautions raisonnables et le consentement sont des moyens de défense, dans le système britannique. Le processus a impliqué des procédures simultanées avec la police, et la création de contacts avec des alliés au sein du corps policier, dans des engagements communs et identifiés, à la justice et à l'égalité.

Les principaux enjeux qui ont émergé de l'expérience britannique sont notamment la combinaison entre l'expérience pratique, la théorie des droits humains et une approche pragmatique à la collaboration avec les autorités. Le développement sectoriel a été d'une importance énorme afin de forger et de maintenir des alliances et de trouver des avocats de la défen-

se qui connaissaient et comprenaient les enjeux. L'expérience britannique a en outre permis de constater l'importance de porte-flambeaux au sein des organismes.

¹ *R. c. Cuerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371.

² *R. v. Wright*, 2009 BCCA 514 (British Columbia Court of Appeal); *R. v. J.T.*, 2008 BCCA. 463.

³ *R. c. D.C.*, Cour du Québec, District de Longueuil, Chambre criminelle, 505-01-058007-051, 14 février 2008. La Couronne a convenu de ce point dans son mémorandum à la Cour d'appel. L'audience est prévue à la fin de 2010.

⁴ *R. v. Mabior*, 2008 MBQB 201 (Manitoba Queen's Bench).

⁵ *R. c. D.C.* (supra).

⁶ *R. v. Wright* (supra).

⁷ *R. c. Charron*, Cour du Québec, District de Longueuil, Chambre criminelle, 706-01-010423-024, 1^{er} mai 2008.

⁸ *R. v. Edwards*, 2001 NSSC 80 (Nova Scotia Supreme Court).

⁹ *R. v. Aziga*, (4 avril 2009), Hamilton CR-08-1735.

¹⁰ Voir Réseau juridique canadien VIH/sida, « Un organisme de lutte au sida accueille favorablement la décision de la Couronne d'arrêter les procédures pénales dans l'affaire d'Hamilton » (communiqué), Toronto, 22 avril 2010 (<http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadDocumentFile.php?ref=1039>).

¹¹ *R. v. J.A.T.*, 2010 BCSC 766.

¹² *R. v. Aziga* (supra).

¹³ E. Mykhalovskiy, G. Betteridge et D. McLay, *HIV Non-disclosure and the criminal law: Establishing policy options for Ontario*, 2010. (Financé par l'Ontario HIV Treatment Network.)

¹⁴ *R. c. Cuerrier* (supra).

¹⁵ Voir Réseau juridique canadien VIH/sida (supra).

¹⁶ Accessible à www.ag.gov.bc.ca/prosecution-service/policy-man.

Panel — Vaincre l'exclusion : recherche actuelle et enjeux juridiques des politiques canadiennes d'immigration pour les personnes vivant avec le VIH

Cet article résume les exposés présentés dans le cadre du panel. **Laura Bisailon** a présenté des conclusions sur les activités, actions et pratiques de nouveaux arrivants en conséquence d'un résultat positif au test du VIH à l'issue du dépistage qui fait partie du processus d'examen médical pour l'immigration au Canada. **Michael Battista** examine comment contester l'obstacle du « fardeau excessif » visant les nouveaux arrivants séropositifs, par la jurisprudence et le plaidoyer.

Examen des politiques relatives au test du VIH

Laura M. Bisailon, doctorante, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa

Cette étude — amorcée sur le terrain à l'automne 2009 — vise à expliquer comment la politique canadienne de test obligatoire du VIH pour les candidats à l'immigration conditionne le déroulement des choses pour les nouveaux arrivants séropositifs au VIH; c'est-à-dire quelles activités, actions et pratiques, de leur part, résultent du fait qu'ils ont reçu un diagnostic de séropositivité au VIH dans le cadre de la procédure d'examen médical pour l'immigration au Canada.¹ Il s'agit des premiers travaux de ce type, puisque la politique de test obligatoire n'a été soumise à aucun examen depuis son entrée en vigueur en janvier 2002.

La motivation pour cette enquête sociologique est née du constat de différences entre les rapports officiels sur le fonctionnement et le but de la politique,² d'une part, et des témoignages à propos de l'expérience

du test du VIH tels que racontés à l'auteur par des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) dans le cadre de son travail. Des nouveaux arrivants ont relaté des tensions et des contradictions qui n'étaient pas mentionnées dans les rapports officiels. Les constats préliminaires présentés ici sont dans la perspective des personnes qui ont passé un test du VIH dans le cadre de la procédure d'examen médical pour l'immigration.³

Au début de 2002, le dépistage systématique est entré en vigueur pour trois affections (VIH, tuberculose et syphilis), pour tous les requérants à l'immigration au Canada. D'après les rapports officiels, les immigrants donnent leur consentement à passer le test, ils reçoivent du counselling pré-test et post-test et ils sont référés à des services s'ils reçoivent un résultat de séropositivité au VIH. La politique canadienne de test dans ce contexte est « particulière », en ce sens que son but concerne la promotion de la santé et la prévention, plutôt que l'exclusion des demandeurs trouvés séropositifs.⁴ Ces éléments demeurent cependant non confirmés dans les

textes qui régissent la politique en matière de test.⁵

Citoyenneté et Immigration Canada (CIC) a recours à des médecins désignés, de manière contractuelle, pour administrer le test du VIH pour le compte du gouvernement fédéral. La procédure a lieu dans des cabinets médicaux, au Canada et à l'étranger.⁶

Énigme entourant la détermination de l'admissibilité

Jusqu'ici, quatre constats ont émané de l'étude. Le premier est le fait que le processus de la détermination de l'admissibilité au Canada est une énigme pour tous les informateurs ayant participé à notre étude. Cela s'applique sans égard à la manière dont la personne est arrivée au Canada, à sa motivation pour demander à rester au Canada, et à d'autres facteurs comme son niveau d'éducation, son sexe ou sa citoyenneté.

Peu après leur arrivée, les nouveaux arrivants séropositifs au VIH sont exposés au cadre socio-juridique canadien et du ressort où ils s'établissent. Ils deviennent bientôt familiers avec des expressions comme « far-

deau excessif » et « inadmissibilité pour des motifs sanitaires », des termes légaux utilisés dans la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR)* et son règlement.

Bien qu'ils deviennent informés par divers moyens du cadre théorique et du contexte des lois et politiques qui les affectent, les immigrants séropositifs ne sont pas en bonne position pour connaître comment leur demande d'immigration progresse dans les diverses voies gouvernementales au cours des années que peut durer l'attente du statut de résident permanent.

De fait, le processus de traitement de la demande d'immigration fait en sorte, de par sa structure, que l'on ne peut savoir où elle en est. De nombreux intermédiaires recueillent de l'information, discutent, déterminent des dates et présentent leur cas. Le contact avec CIC est minime, tout comme l'accès à des détails particuliers de leur dossier. Un informateur a affirmé : « Il était très, très difficile d'arriver à parler à quelqu'un, au téléphone, car nos appels arrivent à des répondeurs plutôt qu'à des gens. » Par conséquent, le demandeur de résidence au Canada consulte le dossier sur le site Internet de CIC ou en appelant à un numéro sans frais, avec divers degrés de compréhension de l'information qui lui est donnée.

L'importance réelle accordée au fait de la séropositivité au VIH, chez un demandeur, dans la décision du ministère, demeure inconnue; c'est un mystère et une source de tension, et ce bien après l'immigration au Canada. De plus, les informateurs savent peu de choses de la circulation de leurs renseignements de santé, et ils s'interrogent plus généralement sur la nature des renseignements en circulation. L'un d'entre eux a raconté : « J'ai dû donner cinq photos au

médecin désigné, alors il y a un lien entre mon visage et ma séropositivité. Tout le monde à CIC, à Ottawa, sait que j'ai le VIH. »

Counselling pré-test et post-test : discutable

Un deuxième constat issu de cette étude est la différence marquée entre les points de vue des médecins désignés et des requérants, en ce qui a trait à la signification, à la qualité et au contenu du counselling pré-test et post-test. Les médecins désignés qui ont été interviewés dans le cadre de notre étude ont déclaré fournir de l'information sur le condom, le don de sang et la diligence envers autrui, en vertu de préoccupations populationnelles et de santé.

L'importance accordée à la séropositivité au VIH d'un candidat à l'immigration, dans la décision gouvernementale à son sujet, est inconnue.

En contrepartie, la majorité des informateurs montréalais qui avaient été convoqués par un médecin désigné pour l'annonce d'un résultat de séropositivité ont déclaré que la rencontre post-test avec le médecin désigné avait consisté en la remise d'un billet de référence où étaient inscrites les coordonnées d'un hôpital doté

d'expertise pour le VIH et l'information pour s'y rendre.

Outre la qualité et le degré d'exhaustivité du counselling qui leur a été fourni, des informateurs de Toronto et de Montréal ont signalé s'être retrouvés en position de défensive : des médecins désignés leur ont demandé s'ils étaient au courant de leur séropositivité avant de passer le test du VIH.

La plupart des informateurs ont dit avoir été étonnés et désemparés par l'absence de counselling post-test. L'un d'eux a raconté : « J'ai tenu plusieurs fois la perche [à l'employé médical], alors il avait l'occasion de me donner un counselling pré-test. C'était mon but : obtenir des détails sur le sujet. Ça n'a pas eu lieu. Mais, à tout le moins, ils sont supposés expliquer quelque chose du test du VIH. »

Bon nombre des informateurs ont rationalisé l'absence de counselling pré- et post-test, par des raisons comme celles-ci :

- les médecins sont présumés être très occupés, car ils regardent leur montre ou l'horloge pendant la consultation; ceci donne à l'informateur l'impression qu'il prend trop du temps du médecin;
- les rencontres médicales sont brèves car les médecins sont rémunérés à l'heure et à l'acte;
- l'informateur était au courant de sa séropositivité et, en conséquence, a pu court-circuiter l'intention du médecin de lui donner un counselling;
- les médecins désignés ne sont pas spécialisés dans le VIH, donc ils n'ont pas autant de formation pour donner ce service, ce qui explique pourquoi ils donnent des références à des établissements

spécialisés, plutôt que du counselling; et

- le Gouvernement du Canada ne peut pas influencer ce qui se passe dans le cabinet d'un médecin désigné qui n'est pas au Canada.

Un informateur a dit : « Peut-être qu'un counselling était en vue mais que j'ai coupé court. Il s'apprêtait probablement à me parler de ces choses. J'ai lu son document, j'étais d'accord avec tout ce qui y était écrit. Je l'ai signé. »

Un rapport de 2001 commandé par le Réseau juridique canadien VIH/sida contenait la recommandation que le counselling lié au test du VIH aux fins d'immigration respecte les lignes directrices canadiennes et internationales, et signalait que « Dans certaines circonstances, le fait de tester les individus sans offrir en même temps la possibilité d'un traitement ou d'un counselling constituerait un traitement cruel ou inhumain ou dégradant ». ⁷ De fait, CIC accorde de l'importance au counselling pré- et post-test en vertu des critères d'application des médecins désignés. Des formulaires et des consignes précises sont énumérées dans le manuel de référence que les médecins désignés sont supposés d'utiliser pour leur travail. ⁸ Cependant, les constats de cette étude sont que des médecins désignés recourent à leur savoir d'omnipraticien, lorsqu'ils donnent des messages clés sur le VIH à des requérants séropositifs, plutôt que de consulter le manuel.

Lacune de procédure dans le processus du test du VIH

Un troisième constat est celui d'une lacune procédurale, ou de manque de constance, entre ce qui est établi

dans le manuel du médecin désigné et ce que décrivent des informateurs, en ce qui concerne la rencontre médicale pour l'immigration, du point de vue de la personne qui passe le test et est trouvée séropositive au VIH. Après avoir donné le counselling, le médecin est supposé demander à la PVVIH de signer un formulaire certifiant qu'elle a reçu le counselling. Cependant, un seul participant à l'étude avait signé ce formulaire. Deux autres se souviennent d'avoir apposé leur signature sur ce qu'ils ont qualifié de « consentement éclairé » à passer le test (tout en soulignant qu'il n'y avait pas d'autre choix que de passer le test).

Il y a souvent absence de counselling post-test du VIH, pour des immigrants PVVIH.

Un informateur a raconté : « Le médecin désigné m'a tendu une feuille que je devais signer, déclarant que j'avais reçu un résultat positif au test du VIH, que j'avais été informé de ma séropositivité et éduqué sur les modes de transmission. Je n'avais pas été éduqué par lui. » Un conseiller gouvernemental a dit que ce formulaire faisait partie du manuel des médecins désignés, « afin d'avoir au moins une feuille témoignant que les

personnes séropositives reçoivent bel et bien un counselling post-test ».

Le témoignage ci-dessous met en relief des disparités entre le protocole établi pour le counselling, dans le manuel, et ce qui a eu lieu lors de son examen médical pour l'immigration :

Mon examen a duré dix minutes, en tout. Le rythme était bon. La médecin faisait environ dix examens à l'heure. Le travail à la chaîne. Voilà, mes 260 \$ partis en fumée. Aucun counselling ou signature. Seulement : « Voici votre formulaire de réquisition. Allez passer ces tests. » À moins d'être employé de santé publique ou de faire partie du système, vous ne sauriez pas qu'ils vous font passer un test du VIH. »

En vertu du Programme fédéral de santé intérimaire, qui fournit une couverture d'assurance maladie aux demandeurs du statut de réfugié, le médecin désigné peut facturer 120 \$ pour la fourniture d'un counselling post-test, ce qui est supérieur au coût listé pour l'examen proprement dit.

Travail d'avocat

Quatrième constat de l'étude : l'avocat est un acteur central et influent, dans l'immigration de la plupart des informateurs que nous avons interviewés. La somme de temps passé avec le représentant légal, pour l'immigration, dans le cas des requérants qui ont recours à des services juridiques payés par le régime public, pour la préparation à l'entrevue d'immigration ou à une autre audience, est limitée. De plus, plusieurs informateurs ont signalé l'impression que leur avocat faisait en réalité peu de choses en leur nom; le travail qui est fait leur est invisible, intuitif ou négocié hors de leur connaissance.

En conséquence, les demandeurs vivant avec le VIH ont une somme considérable de « travail d'avocat » à faire, pour demander et obtenir la résidence permanente. Notamment, ils s'occupent de :

- chercher un avocat et retenir ses services;
- remplir leur Formulaire de renseignements personnels (i.e. leur récit de réfugié);
- prendre arrangement pour des certificats d'aide juridique;
- convenir d'un rendez-vous avec un avocat;
- être informé des délais à prévoir après le dépôt des documents; et
- faire des recherches sur Internet, à la demande de l'avocat.

Un informateur a expliqué : « L'avocat attend jusqu'à ce que vous lui donniez la documentation à votre sujet. S'il avait cherché mon nom dans Google, il aurait trouvé beaucoup de renseignements. Il a été étonné, à l'audience, que le juge ait un dossier épais à mon sujet. »

Des informateurs à Toronto et à Montréal ont signalé qu'ils « magasinent », changent, évaluent les avocats, pour l'expertise et l'expérience en matière d'immigration et de VIH. Dans certains cas, cela se mesure par le nombre de victoires de l'avocat devant la Commission de l'immigration et du statut de réfugié, par exemple.

Ce dernier constat invite à se renseigner sur les positions relationnelles, l'ordre, l'alignement social et les différentes « ressources de pouvoir »⁹ des professionnels juridiques, décideurs gouvernementaux et nouveaux arrivants séropositifs, dans le contexte des systèmes d'immigration et de santé du Canada.

Remettre en question le « fardeau excessif » attribué aux requérants séropositifs au VIH

Michael Battista, associé, Jordan Battista LLP, Toronto

Le plus grand obstacle que rencontrent des immigrants potentiels qui ont un handicap physique est possiblement la clause du « fardeau excessif » dans la LIPR. Cette disposition indique que l'immigration sera refusée aux personnes qui, selon le gouvernement, imposeraient un fardeau excessif aux services sociaux ou de santé du Canada, en raison de leur état de santé.

Des agents de l'immigration étudient le cas de tout requérant qui a une affection. Ils comptent les coûts, déterminent les médicaments nécessaires à ses traitements et arrivent à un estimé du prix total. Si cet estimé dépasse la limite établie à ce chapitre — à l'heure actuelle, 5 143 \$¹⁰ —, ne serait-ce que d'un dollar en sus, la demande est rejetée. Aucune considération n'est accordée à la capacité de payer du requérant.

Ce critère d'exclusion, on le comprend, est une épreuve pour bien des gens. Leur demande d'admission au Canada peut être en attente de réponse pendant plusieurs années, ce qui les place dans l'incertitude quant à leur avenir, et sans soutien pour leur maladie. Dans plusieurs cas, la décision sera un refus de la demande d'immigration ou de réfugié, fondée sur un coût attendu trop élevé de soins de santé.

La situation a cependant changé et les nouveaux arrivants séropositifs au VIH ont à présent une possibilité d'espoir dans la contestation de l'obstacle du fardeau excessif. Pour

ce faire, deux options s'offrent à eux. La première possibilité réside dans la jurisprudence et le contentieux. Certains cas qui ont servi à la cause des requérants séropositifs au VIH font en sorte que la limite des coûts n'est pas appliquée de manière trop rude ou généralisée.

L'arrêt *Hilewitz*

Une bonne part de cette jurisprudence mise sur l'arrêt *Hilewitz*¹¹ de la Cour suprême du Canada (CSC) de 2005. Il s'agit de l'instrument le plus utile à défendre un cas; et c'était la première fois que la Cour se penchait sur l'obstacle du fardeau excessif. Le jugement a été rendu à l'époque de la loi canadienne précédente, la *Loi sur l'immigration*, qui contenait une disposition sur le fardeau excessif tout comme la LIPR de nos jours. La CSC a clarifié le fait que les principes établis dans *Hilewitz* s'appliquent également à la loi actuelle.

L'affaire concernait deux familles, les *Hilewitz* et les *De Jong*, venues au Canada et désireuses d'y immigrer en vertu de la catégorie investisseurs et entrepreneurs. Il s'agissait de gens riches et solidement établis; par ailleurs, chaque famille avait un enfant aux prises avec un handicap développemental. Dans leur demande d'immigration, elles avaient déclaré le besoin de services sociaux pour le cas de leur enfant. Tout en déclarant cet élément, les familles avaient aussi indiqué qu'elles étaient disposées à payer ces services, vu leur aisance financière. De fait, elles payaient elles-mêmes ces services dans leur pays d'origine.

La question était donc la suivante : leur capacité et leur disposition à payer les services sociaux pouvait-elle être prise en considération par l'agent d'immigration ou celui-ci

devait-il considérer exclusivement l'état de santé des enfants? L'agent a rejeté les demandes des deux familles, en concluant que les coûts seraient trop élevés. La capacité de payer des requérants n'a pas été prise en considération. Les affaires ont été portées devant la CSC, pour déterminer si cela avait été la bonne approche.

L'obstacle du « fardeau excessif » est une épreuve dans la vie d'immigrants séropositifs au VIH.

L'arrêt *Hilewitz* est un arrêt phare. La CSC est arrivée à plusieurs conclusions importantes. Premièrement, elle a statué que la limite du fardeau excessif nécessitait une évaluation individualisée; c'est-à-dire qu'on ne peut pas préétablir une formule et l'appliquer à tous les cas d'une même condition de santé. Par exemple, CIC avait formulé une politique relative aux PVVIH/sida, qui disait que les requérants séropositifs ayant un compte de CD4 de moins de 500 et une charge virale de plus de 55 000 étaient admissibles à un traitement antirétroviral (ARV) et que leur demande d'immigration était donc refusée parce que le coût du traitement dépasserait la limite. Il s'agissait d'une formule, qui était établie en fonction de la maladie ou du handicap, et non individualisée.

La CSC a déterminé que ce procédé n'était pas la bonne approche. Elle a affirmé qu'il était nécessaire de faire une analyse individualisée et de prendre en considération tous les renseignements fournis par le requérant. Il faut se pencher sur les demandes probables, et non les demandes possibles, en services sociaux et de santé, a-t-elle conclu.

Un autre élément important qui a été établi dans l'arrêt *Hilewitz* est l'obligation de prendre en considération non seulement les facteurs médicaux mais aussi des facteurs non médicaux comme la capacité et la disposition de la personne à payer les coûts des soins et services requis par sa condition. En conséquence, a été invalidé un vaste pan de jurisprudence à l'effet du contraire.

L'affaire *Hilewitz* concernait les services sociaux en Ontario, où se destinaient les familles en cause. La loi de la province, en matière de services sociaux, prend en considération la possibilité que des gens puissent contribuer aux services sociaux dont ils ont besoin. La CSC s'est fondée sur ce point pour affirmer, dans ce cas particulier, qu'il fallait prendre en considération la capacité et la disposition à payer.

Cependant, la décision n'a pas résolu toutes les questions, car les requérants concernés avaient fait leur demande d'admission au Canada dans la catégorie des affaires. Les mêmes conclusions étaient-elles applicables dans le cas de requérants pour des motifs humanitaires ou compassionnels, par exemple? Autre question (d'ailleurs importante pour les requérants séropositifs au VIH) : la décision s'applique-t-elle aussi aux services de *santé*? Le gouvernement fédéral avait adopté la position que

l'arrêt *Hilewitz* n'était applicable qu'aux services sociaux.

Après *Hilewitz*, le gouvernement est devenu proactif et a adopté un ensemble de politiques appelé *Bulletin opérationnel 63*. Il s'agissait de sa réponse à l'arrêt de 2005 de la CSC. Il y a été établi que le requérant pouvait désormais faire des déclarations de capacité et d'intention s'il existe un risque qu'il soit déclaré inadmissible pour des raisons de santé. Cela lui donnerait une occasion d'expliquer à un agent d'immigration qu'il dispose de ressources pour compenser les coûts potentiels de son affection de santé. Un exemple de déclaration était annexé à la politique. Par contre, la politique n'était applicable qu'aux services sociaux.

En ce qui a trait à la première question découlant de l'arrêt *Hilewitz* — le registre de catégories de requérants en cause —, la Cour fédérale du Canada a tranché que l'arrêt s'applique à tous les requérants.¹² Quant à la question des services de santé, la position du gouvernement était que les soins de santé au Canada sont universels, donc qu'il n'y a pas de mécanisme pour que des gens fassent des paiements, ou pour que le gouvernement récupère des sommes.

L'arrêt *Companioni*

Le développement légal suivant, *Companioni*,¹³ concernait un couple d'États-Uniens de même sexe, séropositifs et sous traitement ARV, qui avait fait une demande d'immigration au Canada en tant que travailleurs qualifiés. En l'espèce, le couple avait une assurance privée couvrant les coûts de leurs médicaments : l'un était assuré en vertu d'un régime collectif payé par l'employeur et l'autre avait une assurance privée.

Au moment de leur demande, ils ont déclaré leur besoin d'ARV mais ont fait deux promesses. Le couple a fait une déclaration de capacité et de disposition à payer, où il s'engageait à obtenir une assurance privée par le biais d'un employeur et à payer d'eux-mêmes les coûts si, à tout moment, ils n'avaient pas d'emploi ni de telles assurances. Ils disposaient d'une bonne somme de ressources financières et pouvaient payer eux-mêmes ces coûts.

Toutefois, l'agent d'immigration a refusé la demande en disant qu'ils n'avaient pas déposé un plan crédible quant aux moyens par lesquels ils paieraient leurs médicaments. L'agent avait l'impression que leur séropositivité serait une condition préexistante qui les rendraient inadmissibles à des assurances au Canada, et il a affirmé qu'en fait le couple n'avait pas suffisamment d'argent pour payer ses médicaments au Canada.

L'affaire a été portée devant la Cour fédérale du Canada en première instance et les requérants ont eu gain de cause en 2009. La conclusion importante qui découle de cet arrêt est que, pour la première fois, la Cour fédérale a déterminé que les principes de l'arrêt *Hilewitz* s'appliquent aux services de santé — du moins dans certains cas (et, en l'espèce, au traitement antirétroviral). C'est une chose considérable car cela a ouvert la porte à ce que des requérants séropositifs au VIH fassent valoir leur capacité de payer leurs ARV.

Une deuxième conclusion issue de l'arrêt *Companiononi* concernait la crédibilité du plan du couple. La Cour fédérale a dit considérer que, vu la confusion de l'agent d'immigration quant à l'exclusion automatique pour de l'assurance privée en raison de trouble de santé préexistant, et vu les

faits et preuves présentés par l'avocat des requérants — notamment à l'effet que la plupart des régimes collectifs d'assurance souscrits par des employeurs ne comportent pas d'exclusion pour des conditions préexistantes —, l'agent aurait dû prendre contact avec le couple et leur demander de préparer un plan et d'expliquer avec plus de détails leurs moyens pour atténuer ces coûts.

L'arrêt *Companiononi* a ouvert la porte à ce que des requérants séropositifs au VIH fassent valoir leur capacité de payer leurs ARV.

La Cour fédérale a invalidé la décision de l'agent d'immigration et a renvoyé le dossier au consulat du Canada aux États-Unis. Cependant, elle a précisé que le simple fait que le couple s'engage à payer les frais de ses médicaments par ses propres moyens n'était pas suffisant : elle a signalé qu'une personne ne peut venir s'installer au Canada et affirmer posséder suffisamment d'argent pour payer ses médicaments, car le gouvernement n'a pas de moyen pour l'application d'un tel engagement.

Néanmoins, une fenêtre a été ouverte pour les requérants séropositifs. L'arrêt *Companiononi* a permis que des requérants séropositifs affirment avoir suffisamment d'argent pour couvrir les coûts de leurs soins de

santé. Ces personnes ne pourraient plus être confrontées à l'exclusion automatique.

Le gouvernement fédéral a déposé un avis d'appel; cependant, on ne sait pas clairement quels éléments de l'arrêt de la Cour fédérale sont concernés.

L'arrêt *Rashid*

Entre-temps, un autre arrêt de la Cour fédérale¹⁴ concernait une autre personne séropositive au VIH. M. Rashid, séropositif au VIH, venait au Canada et avait besoin d'ARV. Il avait déposé un plan où il s'engageait à payer les ARV uniquement par des moyens privés : ses frères ou sœurs y verraient. Il n'a pas parlé d'assurance privée ou de régime collectif par l'employeur.

La Cour fédérale a respecté les principes de l'arrêt *Companiononi*, en ce que des requérants séropositifs au VIH pouvaient faire valoir des plans et démontrer qu'ils n'entraîneraient pas de fardeau excessif. En revanche, elle a signalé que le simple engagement du requérant à payer de sa poche n'était pas suffisant à tous les égards. Le point réfère au fait que le gouvernement n'a pas la possibilité de faire respecter de tels engagements. Autrement dit, un plan déposé par un requérant ne doit pas être seulement une promesse de paiement.

Rashid a été débouté, mais sa cause est actuellement en appel. (Par ailleurs, le gouvernement fédéral a abandonné sa décision de porter en appel l'arrêt *Companiononi*, qui fait par conséquent jurisprudence.)

En vertu de la situation actuelle du droit, les PVVIH sont admissibles au Canada. Elles peuvent surmonter le critère du fardeau excessif à condition de présenter un plan crédible pour le paiement de leurs ARV. La

question est à présent de déterminer ce qui constitue un plan crédible. La réponse est inconnue pour l'instant. Elle se développera au fil de la jurisprudence. Cependant, la communauté juridique a l'impression qu'un emploi préétabli et assorti d'une assurance constituera un plan crédible.

Outre cette jurisprudence, d'autres options sont possibles pour remettre en question le seuil du fardeau excessif. Un requérant pourrait demander une exemption de l'inadmissibilité médicale en invoquant des motifs humanitaires ou compassionnels. Une contestation en vertu de la Charte est une autre possibilité; on pourrait tenter de faire invalider toute la disposition sur le fardeau excessif en affirmant qu'elle n'est pas conforme à la Charte des droits et libertés. Cependant, mieux les choses évolueront pour les requérants séropositifs au VIH, dans le sillage de l'arrêt *Hilewitz*, et plus difficile il sera de contester la disposition légale car une telle action ne donne gain de cause habituellement que si la loi est très rigide et injuste. Plus le seuil d'un fardeau excessif sera flexible, plus il sera difficile de contester son bien-fondé.

Lobbying pour le changement

Une autre stratégie pour contester l'obstacle d'un fardeau excessif réside dans le lobbying. Ce peut être de rencontrer des députés, de comparaître devant des comités permanents des Communes, ou de réaliser des travaux de recherche de qualité.

Par exemple, l'Ontario HIV Treatment Network a financé une étude¹⁵ qui examinait la fiabilité de l'approche actuelle relative au fardeau excessif, à savoir le calcul par le gouvernement du coût total des soins de santé, divisé par le nombre

de Canadiens. Le montant, tel que nous l'avons mentionné, est actuellement de 5 143 \$.

Les auteurs de l'étude ont tenté d'élaborer une formule plus raisonnable et adaptée à la question du montant d'un fardeau excessif. Ils ont conçu un modèle statistique pour examiner d'une autre manière la distribution des coûts au Canada, per capita. En vertu de ce modèle, le nouveau montant-seuil serait d'approximativement 14 000 \$. Un deuxième volet de l'étude consistait à établir un moyen pour évaluer les contributions des gens au Canada, et à générer une grille de profils utile à évaluer leurs contributions anticipées.

Le rapport de l'étude a été envoyé au Comité permanent de la citoyenneté et de l'immigration, qui n'a cependant pas répondu. Mais il s'agit d'une étude qui peut être présentée pour démontrer l'urgence de l'enjeu et qui pourrait contribuer à faire aboler l'obstacle du fardeau excessif.

annuel de l'Association francophone pour le savoir, 2009, Ottawa.

² M. Zencovich et coll., « Immigration medical screening and HIV infection in Canada », *International Journal of STD and AIDS* 17 (2006) : 813-816.

³ Les constats préliminaires sont basés sur des données tirées d'entrevues et de groupes de discussion avec des personnes vivant avec le VIH/sida à Toronto et Montréal. Les informateurs étaient citoyens de 21 pays et arrivés au Canada à compter de 2002 ou plus tard. Les informateurs étaient entrés au Canada par diverses catégories : travailleur qualifié, conjoint, réfugié, demandeur du statut de réfugié, et motifs humanitaires. La plupart étaient séropositifs au VIH; quelques-uns étaient nés avec le VIH. En dépit d'efforts pour repérer des PVVIH/sida hors du Canada et dont les demandes d'immigration avaient été refusées, cette population n'a malheureusement pas été représentée dans le bassin d'informateurs de l'étude. Des données de deuxième niveau ont été collectées en examinant des documents officiels, documents des informateurs, formulaires et autres documents publics, de même que par le biais d'entrevues réalisées (en français ou en anglais) à Toronto et à Montréal, avec des avocats, médecins désignés, travailleurs sociaux, infirmiers, intervenants de cas à l'emploi d'organismes de lutte contre le sida, employés de l'Agence des services frontaliers du Canada, conseillers gouvernementaux et fonctionnaires ainsi que médecins spécialisés en soins pour le VIH.

⁴ M. Zencovich (supra).

⁵ *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, ch. 27; *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés* (DORS/2002-227); Citoyenneté et Immigration Canada, *Operational processing instruction 2002-004, Medical assessment of HIV positive applicants* (2002).

⁶ Pour un résumé historique et critique des pratiques canadiennes en matière d'examen médical pour l'immigration, voir S. Wiebe, « Producing bodies and borders: a review of immigrant medical examinations in Canada », *Surveillance & Society*, 6 (2009) : 128-141.

⁷ A. Klein, *Immigration et VIH/sida : rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001. Voir aussi B. Hoffmaster et T. Schrecker, *Analyse éthique de l'exclusion automatique des immigrants trouvés séropositifs au VIH*, The Names Project, 2000, un document d'accompagnement de recherche pour un plaidoyer, commandé par le Réseau juridique canadien VIH/sida, avant l'entrée en vigueur de la politique de dépistage en 2002.

⁸ Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, *Manuel du médecin désigné*, 2009.

⁹ R.V. Ericson et P.M. Baranek, *The ordering of justice: a study of accused persons as dependants in the criminal process* (Toronto, University of Toronto Press, 1982).

¹⁰ Ce chiffre est : le total des coûts des soins de santé au Canada, divisé par le nombre de citoyens du pays.

¹¹ *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.S.C. 706.

¹² *Colaco c. Canada* (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration) 2007 C.A.F. 282.

¹³ *Companioni c. Canada* (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration), [2009] F.C.J. No 1688 (Q.L.).

¹⁴ *Rashid c. Canada* (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration), [2010] F.C.J. No 183 (Q.L.).

¹⁵ P.C. Coyte et M. Battista, *The economic burden of immigrants with HIV/AIDS: When to say no?*, Ontario HIV/AIDS Treatment Network, 2009.

¹ L.M. Bisailon, « Implications of mandatory HIV screening as pre-condition for immigration to Canada », document présenté lors du congrès annuel de l'Ontario HIV Treatment Network, 2009, Toronto; L.M. Bisailon, « Cordon sanitaire ou politique saine? La politique de dépistage obligatoire pour le VIH/sida et les nouvelles arrivantes au Canada », document présenté lors du panel Femmes, corps et santé, dans le cadre du Congrès

Panel — Nos corps, notre santé : une compréhension plus complète de la santé maternelle en lien avec le VIH

Cet article présente des abrégés des exposés présentés dans ce panel. Shari Margolese décrit le travail du Canadian HIV Fertility Program, qui s'adresse aux femmes et hommes vivant avec le VIH et qui envisagent de concevoir un enfant. Khatundi Masinde présente une recherche sur l'impact que le genre sexuel, la race et le stigmate entraînent au chapitre des expériences en matière de logement pour des mères séropositives africaines et caraïbes qui vivent au Canada. Suzannah Phillips traite de violations de droits génésiques rencontrées par des femmes séropositives, notamment la stérilisation forcée ou à caractère coercitif.

Fertilité, désirs et intentions de femmes et d'hommes vivant avec le VIH

Shari Margolese, consultante communautaire, Women's College Research Institute

La majorité des femmes et des hommes qui vivent avec le VIH, au Canada, sont en âge de procréer.¹ Une enquête ontarienne de 2009 a constaté que 69 % des femmes séropositives désiraient donner naissance à un enfant et que 57 % en avaient l'intention.²

Cependant, des défis subsistent pour celles et ceux qui souhaitent devenir parents. Les traitements de fertilité, le lavage de sperme et l'analyse de fertilité ne sont pas faciles d'accès aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH) désireuses de procréer, au Canada. Certaines PVVIH qui veulent un traitement de fertilité afin de prévenir la transmission du VIH d'un partenaire à l'autre, ou de la mère à l'enfant, doivent parcourir de grandes distances, pendant plusieurs semaines et payer d'importantes som-

mes pour le faire. Dans certains cas, des cliniques de fertilité accepteront de recevoir des PVVIH désireuses de procréer, et de procéder aux tests pour vérifier si cela est possible, mais n'aideront pas les patients à l'étape concrète de la conception.

L'assistance en matière de fertilité est par conséquent un enjeu d'importance pour cette cohorte. Le Canadian HIV Fertility Program, au Women's College (Toronto), est un projet communautaire qui vise à développer un programme de collaboration, fondé sur la recherche, afin d'élaborer un ensemble de lignes directrices pour assister toutes les PVVIH au Canada en lien avec leur désir de fertilité et leur planification de grossesse, de manière holistique, éthique, aidante et médicalement fiable.

Lignes directrices pour planning de grossesse

Le programme tente de compiler une liste de fournisseurs de soins de fertilité, dans chacune des provinces, puis de prendre contact avec chacun en vue de sonder combien d'entre eux seraient disposés et aptes à fournir des services d'analyse de fertilité

et de traitements en la matière, à des PVVIH. Cette liste sera mise à la disposition des communautés de PVVIH. De cette liste, des experts seront choisis pour former une équipe dynamique mandatée d'élaborer des lignes directrices nationales sur le planning de grossesse et le VIH, afin d'aider les fournisseurs de soins de fertilité et les cliniciens, à l'échelle nationale, à comprendre les options importantes qui s'offrent aux PVVIH désireuses de procréer.

L'équipe de développement inclura des PVVIH, des organismes communautaires, des fournisseurs de soins de santé, des universitaires ainsi que d'autres chercheurs, les instances gouvernementales pertinentes et des responsables de politiques. Le but de recourir à un tel groupe est de veiller à ce que les lignes directrices reflètent une approche collaborative à l'égard des pratiques exemplaires, aux paliers communautaire, clinique et gouvernemental.

Programmes

Le Canadian HIV Fertility Program s'attend à ce que certains membres de l'équipe de développement des lignes

directrices diffusent d'eux-mêmes leur savoir et fassent connaître le cadre nouveau dans leurs communautés, dans l'espoir d'accroître la capacité provinciale et nationale d'améliorer l'accès à des options génésiques pour PVVIH. L'équipe y contribuerait en développant et disséminant des ressources et des programmes, incluant des brochures éducatives, des feuillets d'information, des ateliers et des sites Internet, discutant des lignes directrices nationales sur le planning de grossesse. Il y aura aussi des groupes de discussion, des séances de formation des formateurs ainsi que des ateliers de développement des capacités communautaires afin de disséminer l'information directement à des PVVIH. Tous les programmes et documents seront développés et réalisés en contact avec des PVVIH afin d'assurer leur pertinence.

Le Canadian HIV Fertility Program a le projet de développer des lignes directrices nationales sur la grossesse et le VIH.

L'objet central du Canadian HIV Fertility Program est de fournir du soutien aux PVVIH qui souhaitent avoir des enfants. Par ses programmes et documents, il espère aussi développer leur capacité de s'informer sur leurs options génésiques. De

plus, il vise à rehausser l'accès à des services de fertilité pour les communautés de PVVIH, par l'amélioration des politiques et l'avènement de lignes directrices.

Sous-jacente au programme, est une réaffirmation du droit humain fondamental à une grossesse saine, sans discrimination. Pour des PVVIH, cela signifie un accès facile à des services de fertilité adéquats. Des éléments comme les technologies de reproduction assistée devraient par conséquent être couverts par les régimes de soins de santé, et la confidentialité ainsi que la vie privée des PVVIH doivent être respectées.

Recherche continue

Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) ont récemment versé des fonds pour une recherche que réalisera le Canadian HIV Fertility Program. Il s'agira d'examiner le risque de transmission du VIH au sein d'un couple sérodiscordant lorsque le partenaire séropositif sous régime antirétroviral présente une suppression virale plasmatique complète, que ce partenaire soit une femme hétérosexuelle ou un homme hétérosexuel ou homosexuel. Misant sur cette recherche, le programme vise à éclairer les approches de counselling concernant le risque et la prévention de la transmission du VIH dans un couple sérodiscordant, tout en éclairant les politiques provinciales et nationales en la matière.

Les IRSC ont aussi financé une étude du Canadian HIV Fertility Program qui portera sur des individus et couples séropositifs vivant en Ontario et qui présentent une grossesse, afin de déterminer la proportion de grossesses réussies, l'expérience requise dans le système de santé afin d'y arriver, les moyens

utilisés pour prévenir la transmission horizontale, de même que les taux de transmission horizontale et verticale. L'étude évaluera aussi les instruments utilisés pour l'éducation des patients, et déterminera le degré de risque de transmission horizontale que des PVVIH et leurs partenaires, en Ontario, sont prêts à accepter afin d'obtenir une grossesse.

Impact du genre, de la race et du stigmatisme, sur l'expérience de mères africaines et caraïbes vivant au Canada avec le VIH

Khatundi Masinde, adjointe de recherche, Fife House

Une recherche communautaire sur l'impact que le genre, la race et le stigmatisme entraînent sur l'expérience de logement, pour des mères africaines et caraïbes vivant avec le VIH au Canada, a été réalisée par l'Université McMaster à Hamilton, la Fife House et d'autres organismes qui travaillent ou pourraient travailler avec des parents séropositifs. Cette recherche a procédé au suivi de leur expérience en matière de logement, de services sociaux et de santé, dans leurs communautés, afin d'identifier des pratiques positives et des domaines à améliorer. Les chercheuses ont tenu compte du genre sexuel, de la pauvreté, du racisme, de même que du statut au regard de l'immigration, afin de comprendre les inégalités sociales susceptibles d'affecter la santé d'une femme.

Des entrevues semi-structurées et détaillées ont été réalisées avec des parents PVVIH qui vivent avec

leur(s) enfant(s). Les entrevues portaient principalement sur les expériences des parents dans l'accès à un logement, à des fournisseurs de logements et à des systèmes de soutien. Leurs expériences de transitions à/de refuges et de milieux abusifs, ainsi que l'impact du dévoilement de leur séropositivité au VIH sur leur accès à des services de logement, ont été des thèmes fréquents dans les témoignages de plusieurs.

Les parents, principalement des femmes, ont relaté leurs expériences au sein du système de refuges et leurs raisons de vivre dans ces établissements. Les autres ont parlé de surpeuplement et d'une préoccupation constante pour le bien-être de leurs enfants, pendant les séjours dans des refuges. Une des répondantes a dit :

Nous sommes restés dans un refuge pendant deux mois, oui. Alors, nous étions en refuge... et même dans ce refuge nous n'étions pas bien logés. Nous étions dans une pièce; à quatre dans une pièce. Nous avons partagé la même pièce, pendant deux mois, avec les enfants... c'était vraiment une solution de transition. Aussitôt que nous avons obtenu l'assistance sociale, nous avons décidé de partir et de trouver par nos propres moyens.

La recherche a révélé que les demandeurs de services de logement étaient poussés à dévoiler leur séropositivité au VIH, par des entrevues humiliantes lors desquelles on leur demandait de raconter leur histoire de vie, y compris leur état sérologique, à de multiples personnes et organismes de service. Ce processus leur a donné un sentiment de vulnérabilité et de lourde épreuve émotionnelle. Cela a d'ailleurs poussé plusieurs demandeurs à rester dans des conditions de vie en logement partagé et parfois insalubre, au risque de leur propre

santé, plutôt que de continuer le processus d'entrevue.

Stigmate influencé par le logement

Certaines femmes ont choisi de vivre en logement partagé, plutôt que de faire la demande de services de logement, car elles craignaient que si les services de logement allaient placer leurs familles dans des maisons « marquées » pour des PVVIH, leurs enfants soient la risée de l'école et grandissent dans un milieu déprimant. D'autres femmes ont trouvé rassurant de vivre dans un tel logement, puisqu'elles savaient que leurs voisins n'allaient pas leur faire subir, ni à leurs enfants, de discrimination ou de stigmatisation. Un trait présent chez toutes les femmes interviewées était la préoccupation pour le bien-être de leurs enfants, avant leur propre santé.

Un autre thème commun aux parents interviewés : l'abus. Certaines femmes ont déclaré que leur partenaire leur criait des remarques péjoratives concernant leur séropositivité. D'autres craignaient d'être abusées par des étrangers vivant dans les abris avec eux, ou des voisins violents et ivres, dans la communauté de logements sociaux. Ces femmes avaient le sentiment que tant et aussi longtemps que leur situation de logement serait instable, elles ne se sentiraient pas en sécurité, ni en santé, ni en liberté de vivre leur vie.

D'autres femmes, qui n'étaient cependant pas dans des relations abusives, ont observé que les services de logement ne traitaient pas de manière urgente leurs besoins de logement, même si elles avaient des enfants et se trouvaient quelques fois à soutenir des membres de la famille élargie. Ces femmes ont mis en lumière le

fait que le gouvernement considérait uniquement les enfants, comme personnes à charge, dans la décision d'ordre de priorité des cas de besoin de logement, même s'il est fréquent dans la communauté afrocaribéenne de soutenir financièrement des membres de la famille élargie.

Les demandeurs de services de logement étaient poussés à dévoiler leur séropositivité au VIH.

Il est suggéré que le secteur des refuges et les services de logement d'organismes du domaine du sida suivent une formation/éducation ciblée à propos des enjeux particuliers que vivent des mères séropositives — en particulier celles qui ont des problèmes en lien avec l'immigration, le parrainage et le racisme —, de manière à mieux soutenir cette communauté. Des PVVIH seront impliquées de manière significative dans ce processus de formation, de la conception à la réalisation, afin d'assurer que cette communauté reçoive des services fournis de la manière qui correspond le mieux à leurs besoins. Ces séances de formation intégreront des membres des divers secteurs de services en lien avec l'immigration, la santé mentale, les services aux enfants et familles, l'éducation, le logement et le VIH, et espérons-le,

jetteront les bases d'une meilleure communication entre ces groupes, à l'avenir, afin de produire des services plus appropriés.

Violations de droits génésiques de femmes séropositives

Suzannah Phillips, International Legal Fellow, Center for Reproductive Rights

Les droits génésiques incluent le droit de tout couple et individu de décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants qu'il aura, quand et à quel intervalle, et d'obtenir l'information et les moyens pour le faire, sans discrimination, coercition ni violence. Ce droit fondamental est fondé sur plusieurs droits humains protégés dans des lois nationales et sur des traités internationaux et régionaux exécutoires, en matière de droits humains.

Nonobstant ces normes juridiques, la stigmatisation associée au VIH et à la maternité, dans certains pays, peut donner lieu à des traitements discriminatoires à l'égard des femmes qui vivent avec le VIH et qui sont enceintes ou souhaitent le devenir. Souvent, ces femmes ne sont pas en position de prendre des décisions libres et éclairées, de devenir enceintes; par exemple, il se peut qu'on les ait privées d'information sur les moyens de concevoir de manière sûre, ou de moyens contraceptifs en raison d'une hypothèse de base qu'elles ne devraient simplement pas avoir de relations sexuelles.

Il arrive même parfois que des femmes séropositives se voient refuser des soins prénatals, d'accouchement ou postnatals, par ailleurs

standard, et que cela donne lieu à des hémorragies, des fausses couches et des décès. Des femmes séropositives peuvent aussi se voir stérilisées de force ou sous la coercition, ce qui viole leur droit de prendre des décisions éclairées en matière de fertilité et de grossesse éventuelle.

Des systèmes légaux domestiques perpétuent de diverses manières des violations de droits. En criminalisant la transmission du VIH, y compris la transmission périnatale, certaines lois nationales codifient un traitement discriminatoire à l'égard des PVVIH. De plus, des règlements et lignes directrices sur le consentement éclairé, la confidentialité et d'autres normes de soins ne sont pas toujours adéquatement disséminés ou appliqués. Même lorsque les droits génésiques de la femme sont enchâssés en droit national, il est fréquent qu'ils ne soient pas appliqués.

Les lois qui établissent les droits génésiques des femmes sont appliquées de manière lacunaire.

Les violations de droits génésiques de femmes séropositives, répertoriées dans des études en Amérique latine et en Afrique, peuvent inclure la dissuasion de devenir enceinte ou la désinformation à propos du VIH et de la grossesse; le refus d'information sur les moyens de concevoir de manière

sécuritaire (p. ex. pour les couples sérodiscordants); le test obligatoire du VIH et/ou sans consentement éclairé; le manque de confidentialité aux chapitres du test de sérodiagnostic et des traitements; le counselling inadéquat sur la prévention de la transmission périnatale ou sur la planification familiale post-partum; et la stérilisation coercitive ou forcée.

Stérilisation coercitive ou forcée

La stérilisation est dite forcée lorsque la procédure est administrée sans que la patiente en soit informée ou y ait consenti. La stérilisation est dite coercitive lorsque la patiente n'a pas donné un consentement éclairé à l'intervention. La stérilisation d'une femme peut entraîner de graves répercussions physiques et psychologiques, pour son bien-être. Elle peut aussi être aux prises avec une discrimination sérieuse de la part de sa communauté, ou être abandonnée par son époux.

Afin qu'elle puisse donner un consentement éclairé, une femme devrait avoir reçu et compris l'information adéquate au sujet des risques et des bienfaits de la stérilisation, et un counselling de la part d'un professionnel formé à cet effet. Le consentement éclairé doit être donné sans qu'elle subisse de menace, d'influence, de fraude ou de coercition. Par exemple, il a été documenté que des médecins avaient menacé de ne pas donner de médicaments antirétroviraux à des femmes séropositives à moins qu'elles acceptent d'être stérilisées. Ces médecins pensent peut-être qu'ils agissent dans l'intérêt de leur patiente, mais un consentement dans de telles circonstances n'est pas éclairé, ni volontaire, et de telles pratiques sont en violation directe des droits génésiques de ces femmes.

Depuis quelques années, les cas signalés de stérilisations coercitives et forcées, à des femmes séropositives, est en hausse dans le monde. Dans une de ces affaires, *F.S. v. Chile*,³ une femme séropositive a été stérilisée sans en avoir été informée ni y avoir consenti, alors qu'elle était anesthésiée pour un accouchement par césarienne. Pendant ses dépistages prénatals, la travailleuse agricole de 20 ans d'une région rurale du Chili a appris qu'elle était séropositive au VIH. Pendant le reste de sa grossesse, elle a pris les précautions adéquates pour réduire le risque de transmission périnatale.

En novembre 2002, F.S. s'est rendue à son rendez-vous à l'hôpital pour accoucher par césarienne. Elle est entrée en phase de travail la veille de cette intervention prévue, et a été placée sous anesthésie peu après minuit. Elle a dormi pendant l'intervention, et ne s'est que brièvement réveillée pour être informée que son bébé était un garçon. Quelques heures plus tard, dans la salle de réveil, l'infirmière en devoir l'a informée que son fils était en santé et séronégatif, mais qu'il s'agirait de son seul enfant car le chirurgien, par la même occasion, l'avait stérilisée.

En droit chilien, la discrimination dans les soins de santé, à l'égard des personnes séropositives, est interdite. Le droit requiert aussi l'autorisation écrite, pour la stérilisation chirurgicale, et il criminalise tout préjudice qui rend une victime stérile. Bien que ces droits soient énoncés dans les politiques, le caractère systémique de la stérilisation coercitive de femmes séropositives, au Chili, démontre que l'on agit parfois différemment.

Au moment où elle a été stérilisée, F.S. n'était pas consciente que les actes du chirurgien étaient une

violation de ses droits en vertu du droit chilien. Elle a été ultérieurement informée de ses droits lorsqu'elle s'est associée à un organisme chilien de plaidoyer, appelé *Vivo Positivo*; en 2007, afin d'éviter que d'autres femmes subissent le même sort qu'elle, elle a accusé en vertu du droit pénal le chirurgien qui l'avait stérilisée.

Le nombre de cas de stérilisations coercitives et forcées, à des femmes séropositives, est en hausse dans le monde.

L'enquête sur les plaintes de F.S. relativement au chirurgien a été marquée par des irrégularités et des parti-pris. Le procureur a choisi de passer outre à l'absence de consentement écrit, contraire à la loi, et de ne pas tenir compte de contradictions entre des témoignages de membres de l'équipe médicale qui étaient présents; il a recommandé à la cour de rejeter l'affaire. La cour a suivi la recommandation du procureur et, en août 2008, la cour d'appel a maintenu le rejet.

En février 2009, le Center for Reproductive Rights et *Vivo Positivo* ont déposé conjointement une pétition devant la Commission interaméricaine des droits de l'homme, au nom de F.S. La pétition affirme que l'État chilien a violé ses droits à l'intégrité physique et mentale ainsi

qu'à être traitée avec humanité; à ne pas subir de violence sexiste; à la liberté personnelle et à la sécurité de la personne; à la vie privée; à la vie de famille; à la santé; à la non-discrimination et à l'égalité devant le droit; et à des recours et réparations juridiques. En plus de demander compensation pour le préjudice infligé à F.S., les organismes demandent des changements normatifs et aux politiques afin de répondre au caractère systémique de telles pratiques coercitives, dans l'espoir que l'affaire aura un effet d'amélioration plus large. En déposant cette plainte devant une instance régionale des droits de la personne, les organismes visent aussi à rehausser la sensibilisation au sujet de la stérilisation coercitive et forcée, aux femmes séropositives; influencer le discours public sur le sujet; et renforcer les normes internationales pour les droits génésiques des femmes séropositives au VIH.

¹ Agence de la santé publique du Canada, *Le VIH et le sida au Canada : rapport de surveillance en date du 31 décembre 2008, 2009.*

² M. R. Loutfy et coll., « Fertility Desires and Intentions of HIV-Positive Women of Reproductive Age in Ontario, Canada: A Cross-Sectional Study », *PLoS* 4(12) (2009) : e7925. doi:10.1371/journal.pone.0007925. On-line: e7925. doi:10.1371/journal.pone.0007925

³ Commission interaméricaine des droits de l'homme, pétition présentée le 3 février 2009, en attente de décision sur l'admissibilité.