

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 16, MAI 2012

Le traitement comme outil de prévention : évaluer les implications pour les droits de la personne et l'éthique

Lorsqu'ont été connus, en 2011, les résultats de l'étude phare HIV Prevention Trials Network 052 (HPTN 052) — démontrant qu'une thérapie antirétrovirale administrée de manière précoce aux partenaires séropositifs, parmi des couples sérodiscordants et en santé, entraînait une diminution de 96 % de la transmission sexuelle du VIH —, plusieurs personnes du domaine de la réponse mondiale au VIH ont été promptes à hisser le « traitement comme outil de prévention » au rang d'élément essentiel à réduire la propagation du VIH. D'autres, en parallèle, ont signalé la nécessité de prendre en considération les droits des personnes séropositives (PVVIH) à la vie privée et à la confidentialité, l'autonomie du patient ainsi que le consentement à passer le test, avant que le traitement comme outil de prévention, dont l'ONUSIDA a affirmé qu'il « change considérablement la donne », ne puisse être adopté dans le cadre de stratégies mondiales en prévention.

Nous présentons ci-après trois articles qui discutent de diverses implications de droits humains et d'éthique, en lien avec le traitement comme outil de prévention. Michaela Clayton, Lynette Mabote et Felicita Hikuam donnent un aperçu du contexte mondial, à l'aide d'exemples d'Afrique, pour la mise en œuvre d'une telle politique, et elles examinent comment

voir page 5

Dans ce numéro

Les compressions au Fonds mondial menacent des efforts de réduction des méfaits en Europe de l'Est et en Asie centrale	30
La Chine instaure le test nominatif du VIH	37
Canada — Victoire majeure d'un site d'injection supervisée en Cour suprême	47
Kenya — Un jugement assure l'accès aux médicaments génériques contre le VIH	66

Section spéciale

Le VIH et les droits humains aux États-Unis

L'American Bar Association présente un aperçu du fossé actuel entre les données probantes et les lois de ce pays, et analyse quelles seraient les meilleures façons de le résoudre. Voir la p. 71.



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

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

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

Mise en page : Liane Keightley

La liste des membres du comité éditorial de la *Revue VIH/sida, droit et politiques* est accessible à www.aidslaw.ca/revue.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 2012. 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 en partie par l'Agence de la santé publique 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.

Des commentaires?

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

TABLE DES MATIÈRES

DOSSIERS

- Les droits de la personne à l'époque du traitement comme outil de prévention 1
Les implications éthiques du « traitement comme outil de prévention »
aux États-Unis 12
La stratégie « chercher et traiter » de la Colombie-Britannique : un exemple
qui incite à la prudence, concernant les droits à la vie privée et le
consentement éclairé en lien avec le test du VIH 16

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

- La loi omnibus du gouvernement fédéral est adoptée 21
L'Alberta ordonne la fin de la distribution de pipes à crack à Calgary 24
Une nouvelle recherche sur la criminalisation de la non-divulgence de la séro-
positivité au VIH fait état de répercussions néfastes pour la santé publique 25
Mesures pour restreindre l'accès à l'analgésique OxyContin 27
En bref 28
 Un rapport recommande des sites d'injection supervisée à Toronto et Ottawa
 Le Nouveau-Brunswick réduit son programme de méthadone
 Alberta — Diminution du nombre de cas d'infections transmissibles sexuellement

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

- Les compressions au Fonds mondial menacent des efforts de réduction
des méfaits en Europe de l'Est et en Asie centrale 30
Rapport de l'ONU sur les pratiques discriminatoires fondées sur
l'orientation sexuelle et l'identité de genre 33
États-Unis — Dépôt d'un projet de loi pour abolir la criminalisation du VIH 34
Une déclaration commune de l'ONU appelle à la fermeture des centres de
détention et de réhabilitation obligatoires pour toxicomanes 36
Chine — Des provinces instaurent le test nominatif du VIH 37
La Russie ordonne la fermeture d'un site Internet d'ONG informatif sur
la réduction des méfaits 38
Fardeau disproportionné de VIH parmi les travailleuses sexuelles de pays
à revenu faible et moyen 40
Lien possible entre des contraceptifs et la transmission du VIH :
consultation internationale 41
Un rapport exhorte le gouvernement chinois à verser une compensation
aux victimes du désastre du sang 42
En bref 44
 Criminalisation du VIH : la société civile internationale publie la Déclaration d'Oslo
 R.-U. — Fin des frais pour le traitement du VIH aux migrants sans papiers
 Malawi — Une nouvelle loi sur l'héritage inclut des protections des droits
 R.-U. — Abolition de l'exclusion des dons de sang d'hommes qui ont des
 rapports sexuels avec des hommes

.../4

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — CANADA

La Cour suprême du Canada ordonne à la ministre de la Santé d'exempter un centre d'injection supervisée de l'application de l'interdiction criminelle de possession de drogue	47
La Cour d'appel de l'Ontario donne partiellement gain de cause aux travailleuses sexuelles	50
La Cour fédérale rejette la demande de contrôle judiciaire présentée par un Mexicain séropositif	52
La Cour fédérale rejette la demande d'une Camerounaise en redressement fondé sur des motifs d'ordre humanitaire	54
La Cour fédérale accueille les demandes de contrôle judiciaire présentées par un Nigérian séropositif	55
La Cour d'appel de l'Ontario reconnaît un nouveau délit civil d'atteinte à la vie privée	56
La Cour fédérale rejette un recours portant sur la liberté de religion de produire et de posséder de la marijuana	57
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition	59

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX — INTERNATIONAL

Ukraine — Un médecin qui administrait le traitement de substitution aux opiacés est acquitté de trafic de drogue	64
Kenya — Un jugement assure l'accès aux médicaments génériques contre le VIH	66
Chili — Un tribunal confirme la décision contre un fournisseur de soins de santé qui a révélé la séropositivité d'un patient	67
La Cour suprême des États-Unis rejette une poursuite pour violation de la vie privée intentée par un pilote séropositif contre des organismes gouvernementaux	67
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition	68

SECTION SPÉCIALE : LE VIH ET LES DROITS HUMAINS AUX ÉTATS-UNIS

Introduction	71
Là où la raison craint de s'aventurer — Persistance de l'ignorance et de la discrimination associées au VIH, dans les domaines criminel et civil aux États-Unis	72

Le traitement comme outil de prévention : évaluer les implications pour les droits de la personne et l'éthique

de la page 1

la discrimination et les violations de droits de la personne peuvent nuire à l'accès au traitement dans des populations vulnérables. James B. Krellenstein et Sean Strub présentent une situation états-unienne : les départements de santé des villes de New York et de San Francisco ont recommandé l'amorce immédiate du traitement pour toute personne diagnostiquée séropositive au VIH, sans égard à l'état de son infection. En outre, Micheal Vonn examine un cas en Colombie-Britannique, où le gouvernement de la province finance un vaste projet pilote dont l'approche consiste à « chercher et traiter », et qui s'adresse aux patients et aux fournisseurs de soins de santé.

Les droits de la personne à l'époque du traitement comme outil de prévention¹

Le respect et la protection des droits de la personne sont depuis longtemps reconnus comme essentiels à l'efficacité de la riposte au VIH. Depuis les débuts de l'épidémie, la peur, l'ignorance et les préjugés alimentent la stigmatisation et la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH ou qui sont soupçonnées d'avoir le VIH ou qui y sont vulnérables. La crainte de subir de la discrimination, en lien avec le VIH/sida, est un élément de forte dissuasion à recourir au test et au traitement. D'où l'importance cruciale des protections des droits humains des personnes vivant avec le VIH (PVIH) et des personnes à risque — non seulement pour la protection de leurs droits, mais aussi pour l'atteinte de l'accès universel au test, au traitement et aux soins.

L'engagement international à réaliser l'accès universel est démontré par l'adoption, en 2001, de la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, par les États membres des Nations Unies — qui met de l'avant notamment le but de fournir des soins et traitements ainsi que des services de prévention

à toutes les personnes qui en ont besoin.² L'Initiative 3 x 5 de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)³ était une incarnation de ce but, qui a été réaffirmé dans les *Déclarations politiques sur le VIH* de 2006⁴ et de 2011,⁵ approuvées à l'unanimité par les États membres. De plus, il est

reconnu dans ces deux déclarations que la lutte contre le VIH/sida est une condition préalable à l'atteinte de plusieurs des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).⁶

Pour compléter ces engagements politiques, des mécanismes de financement comme le Fonds mondial de

lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) et le President's Emergency Plan for AIDS Relief états-unien (PEPFAR) ont été créés. Les accomplissements ont été nombreux : depuis cette première entente intervenue en 2011, plus de cinq millions de personnes ont pu recevoir un traitement antirétroviral (TAR), les taux d'hospitalisation et de décès liés au sida ont diminué, et dans plusieurs pays le taux de nouvelles infections a reculé.⁷

En dépit de ces réalisations, il existe encore un écart inacceptable entre le nombre de personnes en traitement et le nombre de personnes qui en ont besoin. D'après les lignes directrices révisées de l'OMS concernant l'amorce du TAR, neuf millions de personnes devraient être en traitement, mais ne le sont pas.⁸ Cependant, dans la situation actuelle de concurrence dans les priorités mondiales, et de crise économique globale, la probabilité de réduire ce nombre est gravement réduite par des indices troublants d'un recul, chez les donateurs, de l'engagement qui est nécessaire à maintenir et à accroître l'élan actuel de la riposte au VIH.⁹

Cette situation est exacerbée par la récente annulation de la ronde 11 de financement, par le Fonds mondial, en raison d'un manque de fonds, et notamment de contributions moins élevées que prévu et de plusieurs promesses trahies par des pays donateurs. Le Fonds mondial met plutôt en place un « mécanisme de financement intérimaire », qui offrira aux pays où des programmes risquent d'être interrompus avant 2013 une possibilité de demander du financement pour les besoins les plus essentiels concernant les trois maladies.

Pour ce qui concerne le VIH, ce financement peut couvrir les médi-

caments pour des personnes qui sont déjà en traitement, mais il ne peut servir à l'initiation d'un traitement chez de nouveaux patients. Cela aura des conséquences particulièrement dévastatrices dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne qui comptent en grande partie sur les fonds reçus de pays donateurs, pour la fourniture de traitements.¹⁰

Alors que les bienfaits du traitement comme outil de prévention sont confirmés, le financement pour la riposte mondiale au VIH est réduit.

Toutefois, le manque de ressources n'est pas le seul obstacle à l'atteinte des buts de l'accès universel. Des taux inacceptables de stigmatisation, de discrimination et de violations de droits de la personne, à l'égard des PVVIH et de populations clés, de même que la criminalisation répandue des populations clés et de la transmission du VIH, constituent souvent des obstacles insurmontables à l'accès aux services de prévention et de traitement. Bien qu'il soit reconnu depuis longtemps que les violations de droits humains ont un impact néfaste sur la santé publique, en particulier dans le contexte du VIH, le financement d'interventions qui travaillent à la promotion d'une riposte au VIH fondée sur les droits, et à la riposte au stigmate et à la discrimina-

tion ainsi qu'aux violations de droits humains de PVVIH et de populations clés, demeure limité.

Il est paradoxal et triste que la réalité en soit une de décroissance du soutien financier à la riposte au VIH, en général, et plus particulièrement pour des programmes fondés sur les droits de la personne, au moment même où les bienfaits du traitement comme outil de prévention ont été confirmés par l'étude HIV Prevention Trials Network 052 (HPTN 052), dont les résultats ont été publiés en mai 2011. HPTN 052 a comparé les résultats cliniques et les taux de transmission du VIH, principalement dans des couples hétérosexuels où un partenaire est séropositif et l'autre est séronégatif (c.-à-d. des couples sérodiscordants). Les individus séropositifs au compte de cellules CD4 situé entre 350 et 550 ont été répartis au hasard entre deux groupes : amorce immédiate d'un TAR vs attente jusqu'à ce que les critères cliniques ou des lignes directrices concernant des analyses de laboratoires (habituellement un compte de CD4 inférieur à 250) soient satisfaits.

Cette comparaison randomisée entre l'amorce immédiate ou retardée d'un TAR, a été arrêtée quatre années avant la fin prévue, vu la démonstration des bienfaits en proportion écrasante. Plus précisément, HPTN 052 a conduit à observer qu'une amorce immédiate du TAR chez les personnes séropositives ayant un compte de CD4 de 350 à 550 réduisait de 96 % le risque de transmission du VIH au partenaire séronégatif.¹¹

L'importance de ces résultats est illustrée par une modélisation de l'impact d'un nouveau cadre d'investissement stratégique pour la riposte mondiale au VIH, qui est basé sur les preuves actuelles de ce qui fonc-

tionne, en matière de prévention, de traitement, de soins et de soutien pour le VIH — démontrant que l'atteinte des cibles d'accès au traitement conformément aux lignes directrices actuelles permettrait d'éviter 12,2 millions de nouveaux cas d'infection par le VIH et 7,4 millions de décès liés au sida, entre 2011 et 2020.¹²

Préoccupations liées aux droits humains

Le débat initial sur cet enjeu, avant la publication des résultats de HPTN 052, avait été déclenché par la publication dans *The Lancet* d'un modèle mathématique pour le test universel et volontaire du VIH, suivi immédiatement d'un TAR, comme stratégie pour éradiquer la transmission du VIH;¹³ ce débat avait été ponctué d'expressions d'inquiétude de militants quant aux considérations de droits humains qu'impliquerait la mise en application de ce modèle.

Outre des questions soulevées à propos de plusieurs hypothèses qui servent de base au modèle, des inquiétudes ont été exprimées quant à l'omission de prendre en considération, dans la stratégie, les aspects des droits humains et les implications de sa mise en œuvre, compte tenu notamment du fait que tout modèle de test et traitement universels donne lieu à des craintes de coercition et d'autres violations de droits humains individuels. En particulier, on a déploré de la stratégie l'omission de s'occuper des obstacles juridiques, sociaux et économiques au recours au test et au traitement, en particulier pour les femmes et d'autres groupes vulnérables, de même que les diverses violations de droits humains qui alimentent la vulnérabilité au VIH et qui à la base entravent l'accès au test et au traitement.¹⁴

Toute stratégie de traitement comme outil de prévention doit être soumise aux mêmes inquiétudes. Certains militants contestent d'ailleurs la valeur de toute discussion concernant la mise en œuvre de stratégies de traitement comme outil de prévention alors que les gouvernements, en particulier dans le sud global, sont encore incapables d'atteindre les cibles actuelles d'accès universel, et dans un contexte où les coupes financières menacent leur capacité d'amorce du traitement de nouveaux patients qui en ont besoin.¹⁵

L'omission d'articuler les éléments de droits humains en cause dans des interventions de traitement réduirait les bienfaits potentiels du traitement comme outil de prévention.

Par conséquent, pour que la prévention du VIH et le recours au TAR en tant qu'outil de prévention ou de traitement puissent fonctionner, il est crucial que nous réfléchissions aux violations de droits de la personne qui font obstacle à l'accès aux services de test et de traitement, de même qu'aux violations qui rendent des gens plus vulnérables au VIH, à la base; et il nous faut articuler les éléments de droits humains qui sont en cause dans des interventions de traitement et de prévention. L'omission

de voir à ces considérations réduirait les bienfaits potentiels du traitement comme outil de prévention, et ferait en sorte que les cibles de l'accès universel ne seront pas atteintes.

Depuis le début de l'épidémie, la stigmatisation et la discrimination au motif de la séropositivité au VIH, avérée ou soupçonnée, souvent catalysées par la peur, l'ignorance et les préjugés, sont répandues et envahissantes. Elles prennent diverses formes et se manifestent dans divers secteurs de la société. Elles incluent la violence physique et verbale à l'endroit des personnes qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont affectées par lui; le refus d'embaucher des PVVIH et de leur fournir des soins de santé et des services sociaux.¹⁶

Dans une étude réalisée en 2009, en Namibie et au Swaziland, des répondants des deux pays ont identifié les établissements de soins de santé comme étant les lieux où ils rencontraient le plus souvent la stigmatisation et la discrimination.¹⁷ Le phénomène touche fréquemment des personnes qui sont déjà aux prises avec l'inégalité, les préjugés et la marginalisation, le manque de pouvoir, la pauvreté et des comportements criminalisés.¹⁸ La stigmatisation, la discrimination et d'autres violations de droits de la personne sont encore fréquentes dans le quotidien des PVVIH. Cela n'a pas seulement des répercussions sur les droits humains fondamentaux et la dignité des personnes touchées, mais crée aussi des obstacles à l'accès à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien en lien avec le VIH.

Les personnes dont la capacité de faire valoir leurs droits humains fondamentaux est faible ont un risque plus élevé d'exposition au VIH.¹⁹ En Afrique australe, où les femmes sont

encore en situation d'inégalité perpétuée par les lois et les pratiques, et où les taux de violence et d'agressions sexuelles à leur égard sont élevés, des données démontrent que les femmes, en particulier celles qui sont jeunes, ont plus de risque que les hommes de contracter le VIH.²⁰

La capacité des PVVIH et des populations clés de revendiquer leurs droits humains — plus particulièrement leur droit à la santé et à des services de prévention et de traitement — est compromise par la stigmatisation et la discrimination leur venant de la famille, de la communauté, de l'employeur, d'agents d'exécution de la loi, de professionnels de la santé, de même que des cadres juridiques et des politiques qui échouent à protéger leurs droits humains, voire qui y portent atteinte activement, et qui criminalisent certains de leurs comportements.

Répercussions des lois spécifiques au VIH

En Afrique, la réaction au VIH et au sida a inclus une prolifération de lois spécifiques au VIH dont les effets sont à double tranchant. Afin de répondre à la stigmatisation et à la discrimination fondées sur l'état sérologique réel ou perçu, ces lois incluent des dispositions anti-discrimination. Toutefois, elles prévoient souvent le test obligatoire du VIH pour les membres de populations clés (p. ex., les travailleuses et travailleurs sexuels), les femmes enceintes ou les personnes qui souhaitent se marier. De plus, certaines exigent le dévoilement de la séropositivité à d'autres personnes, comme les époux ou les partenaires sexuels.

Le test obligatoire du VIH et le dévoilement forcé portent non seulement atteinte à des droits humains

fondamentaux, comme ceux à la vie privée, à la liberté et à la sécurité de la personne, mais ils ont aussi des implications plus vastes en termes de santé publique, dans la riposte au VIH. Ils ciblent des populations clés à risque accru d'exposition au VIH, accroissent leur stigmatisation et découragent le recours aux services de prévention, de traitement, de soins et de soutien en matière de VIH.

Plusieurs lois criminalisent aussi l'exposition au VIH et sa transmission — et dans certains cas leurs dispositions sont suffisamment générales pour criminaliser la transmission *in utero* du VIH de la mère au bébé, même lorsque la mère n'a pas accès à des services de prévention de la transmission périnatale. Les données sur l'efficacité de la criminalisation pour réduire la propagation du VIH sont limitées; des données suggèrent plutôt qu'elle renforce la perception que les PVVIH sont de potentiels « criminels » contre lesquels la société doit être protégée, qu'elle accroît la stigmatisation et la peur, et qu'elle décourage le recours aux soins pour le VIH.²¹

Outre les lois spécifiques au VIH qui découragent l'accès au test et au traitement, la majorité des pays de l'Afrique subsaharienne ont des lois qui criminalisent des populations clés comme les travailleuses et travailleurs sexuels, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) et les utilisateurs de drogue par injection (UDI). Ces lois rendent plus difficile de joindre ces groupes pour leur fournir des services liés au VIH. La législation reflète et exacerbe la stigmatisation sociétale de ces individus et les expose à la discrimination, à la violence, au harcèlement et aux abus, notamment de la part des forces policières.

Les populations clés sont réticentes à recourir aux services existants en matière de VIH, par crainte de victimisation et de discrimination. Cela accroît leur vulnérabilité au VIH. Des lois pénales interdisant les rapports sexuels entre hommes créent des obstacles additionnels à la distribution de condoms dans les prisons, ce qui expose les détenus à un risque accru de VIH. Par conséquent, des cadres juridiques habilitants devraient être créés afin de protéger les droits de toutes les populations et d'appuyer leur accès à des services de santé liés au VIH.²²

Le test obligatoire du VIH accroît la stigmatisation et décourage le recours aux services de prévention et de traitement.

Les travailleuses et travailleurs sexuels sont souvent marginalisés et confrontés à de multiples obstacles à l'accès aux services sociaux et de santé dont ils ont besoin, que ce soit le dépistage et le traitement des infections transmissibles sexuellement (ITS), le test du VIH et le counselling sur mesure, la prophylaxie post-exposition en cas de viol, l'accès à des condoms masculins et féminins, le TAR, le soutien en santé mentale, ou le traitement de la toxicomanie. L'attitude négative et les préjugés de travailleurs de la santé à l'égard de ces personnes

limitent encore plus leur accès aux services, et les éloignent des services de traitement et de soutien. Au Malawi, des organismes non gouvernementaux (ONG) de défense des droits humains ont entamé des recours contre les forces policières, après que 14 travailleuses sexuelles aient été arrêtées et forcées de subir un test du VIH, et que les résultats de leurs tests aient été dévoilés dans les médias.²³

Dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, les politiques sur les drogues demeurent axées sur la réduction de l'approvisionnement et la criminalisation des utilisateurs, même si les UDI ont un risque élevé d'infection par le VIH. Depuis 2008, peu de pays ont intégré des interventions de réduction des méfaits dans leur riposte au VIH. La République de Maurice est le seul pays où existent des programmes d'échange de seringues (PÉS). La thérapie de substitution aux opiacés (TSO) est également disponible dans ce pays et, dans une moindre mesure, en Afrique du Sud, au Sénégal et au Kenya.²⁴

La République de Maurice est certes un modèle dans la région, en termes de PÉS et de TSO, mais elle n'a pas encore amendé ses lois sur les drogues qui criminalisent la possession d'instruments pour l'injection de drogue — ce qui entrave le fonctionnement adéquat des PÉS, vu la présence de policiers à proximité des sites d'échange de seringues, limitant le recours à ces services de prévention cruciaux.²⁵

Le problème va au-delà des lois dont l'effet dissuade de passer le test du VIH et, par le fait même empêche d'amorcer un traitement. Des campagnes de test de masse, précurseurs possibles des stratégies de traitement comme outil de prévention, peuvent

aussi être problématiques. Au Lesotho, la campagne « Connaissez votre état sérologique » offrait le test du VIH à toutes les personnes de plus de 12 ans. Volontaire et confidentiel, le test était effectué à domicile par des conseillers communautaires formés. Une étude du modèle a révélé des lacunes dans la formation des conseillers et, par conséquent, dans leur capacité de fournir un counselling pré-test adéquat et de respecter le consentement éclairé et la confidentialité.²⁶

La valeur ajoutée du TAR accroît la nécessité de trouver des approches efficaces pour renforcer la protection des droits humains.

Des préoccupations similaires ont été exprimées à l'égard d'une campagne de test de masse en Afrique du Sud, en 2011. La Treatment Action Campaign (TAC), organisme national de plaidoyer en matière de VIH, a reçu des rapports anecdotiques de test forcé dans les provinces du KwaZulu-Natal et d'Eastern Cape.²⁷

Pour atteindre les cibles de l'accès universel et réaliser la promesse du traitement comme outil de prévention, il faudra une plus grande attention et des investissements supplémentaires dans des programmes qui placent les droits humains au cœur de la riposte au VIH et qui favorisent l'établissement et le ren-

forcement d'un cadre juridique, social et de politiques habilitant, où tous ont accès à des services de prévention et de traitement, sans discrimination. Ce n'est pas une question de droits humains ou de santé publique. Bien que certaines considérations de droits humains (comme le risque que le consentement et la confidentialité soient compromis, dans le cadre de campagnes de test de masse) soient particulièrement pertinentes aux stratégies de traitement comme outil de prévention, les enjeux demeurent essentiellement les mêmes.

L'ordre du jour commun à tous est le recours précoce et efficace au counselling et au test du VIH, et l'accès précoce, opportun et efficace au traitement du VIH dans le cadre d'efforts élargis pour réaliser l'accès universel à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien en matière de VIH. Cela ne sera possible que si les préoccupations de droits humains sont prises en compte sérieusement dans les ripostes nationales et internationales au VIH, ce qui nécessite notamment un financement et un ensemble de programmes pour réduire la discrimination et d'autres violations de droits humains et accroître l'accès à la justice, dans les ripostes nationales au VIH.

Les craintes des personnes désabilitées et encore réticentes à passer un test du VIH ou à amorcer un traitement doivent être abordées, en investissant dans des systèmes de santé respectueux et dans la protection contre les effets sociaux et juridiques néfastes du dévoilement de la séropositivité. De fait, la valeur ajoutée du TAR accroît la nécessité de trouver des approches efficaces pour renforcer la fourniture de services liés au VIH et la protection des droits humains.

Des interventions programmatiques pour créer et renforcer un cadre juridique, social et de politiques habilitant, où les droits humains des PVVIH et des populations clés sont protégés et où l'accès et le recours aux services de prévention et de traitement du VIH sont améliorés, doivent être financés et mises en œuvre. Ces interventions ont une approche à la fois « descendante » et « ascendante » : d'une part, elles travaillent aux échelons supérieurs en répondant aux lois qui font obstacle à la prévention et aux traitements, et impliquent une collaboration des forces policières; et d'autre part, elles agissent à la base, dans les communautés, en renforçant la capacité d'accès à la justice et d'affirmation des droits, en cas de violation.

Habilitation communautaire

L'habilitation et la mobilisation communautaires, pour aider les individus à connaître et à affirmer leurs droits, sont cruciales à cet effort. Des campagnes « Connaissez vos droits et les lois » sont essentielles à habilitier les personnes affectées par le VIH, sur les plans de l'égalité des sexes, de la non-discrimination au motif de la séropositivité au VIH et du statut social, de l'élimination de la violence à l'endroit des femmes, de la protection des droits de l'enfant, et de l'accès à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien en matière de VIH. Les PVVIH et les membres de groupes vulnérables et marginalisés ont besoin de services d'aide juridique, de techniciens juridiques communautaires, de résolution de conflits (y compris avec des leaders traditionnels) et de recours stratégique aux tribunaux pour faire valoir leurs droits en cas de déni ou de violation.

Des interventions visant l'habilitation communautaire sont particulièrement importantes. Des percées cruciales ont été réalisées, dans des pays où les PVVIH et des organismes juridiques et de défense des droits humains liés au VIH se sont mobilisés autour de campagnes « Connaissez vos droits et les lois » et ont entrepris un plaidoyer juridique, y compris un recours stratégique aux tribunaux. Sur le plan individuel, une telle mobilisation engendre une habilitation qui aide à mieux négocier le sécurisexe, à éviter la violence, à passer un test du VIH, à recevoir du counselling et à dévoiler sa séropositivité, et à comprendre et respecter son régime de traitement. C'est particulièrement le cas si la mobilisation et l'accroissement de la capacité incluent une formation des fournisseurs de services clés (p. ex., professionnels de la santé) sur les droits et les lois concernant la non-discrimination, le consentement éclairé et la confidentialité, et une sensibilisation des policiers aux droits des PVVIH et des membres de populations clés.

Les stratégies de traitement comme outil de prévention soulèvent des considérations spécifiques aux droits humains, notamment l'érosion possible des droits à l'autonomie et à la vie privée, vu l'expansion du test et l'administration du traitement comme moyen de prévention dans l'« intérêt public ». En réponse à ces préoccupations, il est recommandé que la mise en œuvre de ces stratégies soit guidée par les principes suivants :

- Les lignes directrices concernant le moment optimal d'amorce du TAR doivent être basées sur le meilleur intérêt du patient. Des PVVIH ne devraient pas être tenues d'amorcer un traitement

dans le but principal de prévenir la transmission du VIH. Le but principal du traitement est de traiter. Un patient ne devrait pas être contraint de risquer le développement hâtif d'une résistance à des antirétroviraux ou à subir des effets secondaires de médicaments, sauf si des preuves claires démontrent qu'un traitement antirétroviral précoce peut lui être bénéfique en prolongeant sa vie et en améliorant sa qualité de vie.

- En contexte de ressources limitées, les décisions concernant l'administration du TAR devraient être basées sur la nécessité de traiter d'abord les patients les plus malades, et non sur des occasions perçues de prévenir de nouvelles infections. La meilleure approche est que tous les patients dont l'état correspond aux critères thérapeutiques en vigueur aient un accès adéquat au TAR et à d'autres services de santé.
- Le recours à un TAR est un choix personnel. Chaque patient a le droit de décider de ne pas se faire traiter.
- La disponibilité de combinaisons de traitements de deuxième et de troisième ligne est essentielle à l'utilisation à long terme du TAR. Cela est particulièrement important, dans la mesure où l'on considère que le traitement précoce optimise à la fois les bienfaits thérapeutiques et préventifs du TAR.²⁸

Conclusion

Un cadre juridique, social et de politiques habilitant, où les droits des PVVIH et des populations clés sont protégés et respectés, est toujours crucial à la réalisation de l'accès universel aux traitements et aux mesures

de prévention du VIH. Le potentiel du traitement comme outil de prévention ne change pas (et ne devrait pas changer) le fait que chaque personne, quels que soient son état sérologique au VIH, son orientation sexuelle et ses autres caractéristiques, a le droit au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint. Pour que cela devienne réalité, ses droits à la dignité, à l'autonomie, à la vie privée, à l'information et à la non-discrimination doivent être respectés, protégés et réalisés.

La perspective qu'une couverture étendue du TAR puisse réduire la transmission du VIH dans une population donnée met en relief la nécessité d'une vaste expansion du test du VIH, en tant qu'étape vers le traitement. Néanmoins, si les protections des droits humains ne sont pas un élément central et adéquatement financé des stratégies de test, l'expansion rapide du test du VIH risque d'occasionner d'importantes violations des droits à la vie privée, à l'autonomie et à l'information, sans diagnostic ou aiguillage adéquat à des soins pour les personnes séropositives. Cela ne fera qu'éloigner les gens des services de dépistage et de prévention que la stratégie cherche à rendre accessibles.

Fait paradoxal, le financement est en stagnation, voire en recul, au moment même où la science, la médecine et les programmes offrent les moyens susceptibles de vaincre le VIH.²⁹ Cette situation menace à la fois la riposte au VIH et ses impératifs de droits humains, et pourrait imposer à des pays un choix entre des programmes biomédicaux et des programmes pour créer des cadres juridiques et sociaux qui contribuent à protéger les droits humains des personnes vivant avec le VIH et des

personnes vulnérables, alors que ces deux types de programmes sont cruciaux. Par conséquent, il est essentiel que des programmes visant à développer de tels cadres habilitants, pour protéger les droits humains des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables au VIH, soient financés et mis en œuvre.

— *Michaela Clayton, Lynette Mabote et Felicita Hikuam*

Michaela Clayton (michaela@arasa.org.na), Lynette Mabote (lynette@arasa.info) et Felicita Hikuam (felicitahikuam@arasa.org.na) sont de l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa, de Windhoek, Namibie.

¹ Les auteures remercient David Barr pour ses conseils au cours de la rédaction de cet article.

² *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Assemblée générale des Nations Unies, S-26/2, 27 juin 2001.

³ Organisation mondiale de la santé, *3 millions de personnes sous traitement d'ici 2005 – Comment y parvenir*, 2003.

⁴ *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, Assemblée générale des Nations Unies, A/60/736, mars 2006.

⁵ *Déclaration politique sur le VIH/sida*, Assemblée générale des Nations Unies, 65/277, juin 2011.

⁶ Nations Unies, *Déclaration du Millénaire*, Assemblée générale des Nations Unies, A/RES/55/2, septembre 2000.

⁷ ONUSIDA, *Outlook*, 2010 (www.unaids.org/outlook).

⁸ Médecins Sans Frontières, *No Time to Quit: HIV/AIDS Treatment Gap Widening in Africa*, mai 2010.

⁹ Ibid.

¹⁰ Médecins Sans Frontières, *Reversing HIV/AIDS? How Advances Are Being Held Back by Funding Shortages*, décembre 2011.

¹¹ HIV Prevention Trials Network, « Initiation of Antiretroviral Treatment Protects Uninfected Sexual Partners from HIV Infection (HPTN Study 052) » (communiqué), Washington, 12 mai 2011.

¹² B. Schwartlander et coll., « Towards an Improved Investment Approach for an Effective Response to HIV/AIDS », *The Lancet* 377 (2011) : 2031–2041.

¹³ R. Granich et coll., « Universal Voluntary Testing with Immediate Antiretroviral Therapy as a Strategy for Elimination of HIV Transmission: A Mathematical Model », *The Lancet* 373 (2009) : 48–57. À l'aide de données d'Afrique du Sud, ce modèle a exploré l'impact de l'hypothèse d'administrer le test du VIH à toutes les personnes de 15 ans et plus et d'amorcer immédiatement un TAR pour toutes les personnes trouvées séropositives (le concept « chercher et traiter »); on a conclu que cette stratégie pourrait réduire l'incidence du VIH et le taux de mortalité à moins d'un cas par 1 000 personnes d'ici 2016, ou 10 ans après la mise en œuvre complète de la stratégie, et réduire la prévalence du VIH à moins de 1 % en 50 années.

¹⁴ Open Society Foundations, Global Civil Society Forum on Antiretroviral Therapy for Prevention meeting report, octobre 2009 (www.soros.org/initiatives/health/focus/law/news/hiv-prevention-20091015).

¹⁵ D. Barr et coll., « Articulating a Rights-Based Approach to HIV Treatment and Prevention Interventions », *Current HIV Research* 9 (2011) : 396–404.

¹⁶ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2010*; AIDS & Rights Alliance for Southern Africa, *HIV/AIDS and Human Rights in Southern Africa*, 2009.

¹⁷ Human Rights Count!, *Documentation of HIV-Related Human Rights Violations in Swaziland and Namibia*, 2010.

¹⁸ ONUSIDA, *supra*, note 16.

¹⁹ ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida, 2006 et 2010*.

²⁰ ONUSIDA, *supra*, note 16.

²¹ S. Burris et coll., « The criminalisation of HIV: time for an unambiguous rejection of the use of criminal law to regulate the sexual behaviour of those with and at risk of HIV », Social Science Research Network, 2008.

²² Une étude sur le VIH parmi les HRSH d'Afrique australe, au Botswana, au Malawi et en Namibie, a révélé que 17,6 % des participants au Malawi, 18,3 % en Namibie et 20,5 % au Botswana craignaient de demander des services de santé en raison de leur orientation sexuelle. Voir S. Baral et coll., « HIV Prevalence, Risks for HIV Infection, and Human Rights among Men Who Have Sex with Men (MSM) in Malawi, Namibia and Botswana », *PLoS ONE* 4(3) (2009).

²³ M. Richter et coll., « Sex work and the 2010 FIFA World Cup: time for public health imperatives to prevail », *Globalization and Health* 6 (2010).

²⁴ International Harm Reduction Association, *The Global State of Harm Reduction*, 2010.

²⁵ Communication personnelle avec Nicolas Ritter, directeur, Prévention information lutte contre le sida (PILS), République de Maurice.

²⁶ Human Rights Watch, *A Testing Challenge: The Experience of Lesotho's Universal HIV Counselling and Testing Campaign*, 2008.

²⁷ « South Africa: National HIV testing campaign disappoints », *IRIN PlusNews*, 7 septembre 2010.

²⁸ D. Barr et coll., *supra*, note 15.

²⁹ Groupe de référence de l'ONUSIDA sur le VIH et les droits de l'homme, « Le Fonds mondial et la crise financière de la lutte au VIH : un grave recul en matière de VIH et de droits de la personne : Déclaration et recommandations ». Janvier 2012. Accessible via <http://unaidspcbngo.org/>.

Les implications éthiques du « traitement comme outil de prévention » aux États-Unis¹

Depuis l'avènement, en 1981, des premiers cas de ce qui allait devenir le VIH/sida, diverses stratégies de santé publique ont été proposées et développées pour lutter contre l'épidémie. Un développement relativement nouveau dans ce domaine est le « traitement comme outil de prévention » (TOP), une politique visant à réduire la transmission du VIH par une vaste expansion du test du VIH et l'amorce immédiate d'un traitement antirétroviral (TAR) pour tous les patients trouvés séropositifs.

Il est important de distinguer le TOP (où le TAR est initié sans égard au stade d'infection) de l'amorce du TAR au moment cliniquement indiqué. Des données de qualité appuient les bienfaits pour l'individu — et pour la santé publique — d'amorcer le TAR au stade avancé de l'infection à VIH.² Dans le présent article, nous abordons uniquement l'application du TOP qui prône l'initiation du TAR alors qu'il *n'est pas indiqué par les lignes directrices fédérales³ et internationales⁴ actuelles en la matière.*

En 2009, le Dr Reuben Granich de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et ses collègues ont développé un modèle épidémiologique mathématique stochastique compartimenté, basé sur l'épidémie du VIH en Afrique du Sud, afin d'évaluer l'efficacité potentielle du TOP. Les résultats ont été frappants, prédisant qu'une mise en œuvre universelle du TOP ferait chuter le nombre annuel de nouveaux cas d'infection par le VIH à moins d'un cas par 1 000 personnes, en dix ans.⁵

En avril 2010, le Département de la santé publique (DSP) de la ville de San Francisco a endossé une nouvelle politique recommandant fortement l'amorce immédiate du TAR pour toute personne trouvée

séropositive au VIH, peu importe son stade d'infection. Il est à noter que les bienfaits potentiels de l'amorce immédiate du TAR pour la santé de l'individu — et non ses possibles bienfaits pour la santé publique, en tant que moyen de prévention — ont été cités comme étant le principal facteur à l'appui de la nouvelle politique.⁶

En décembre 2011, le Département de la santé et de l'hygiène mentale (DSHM) de la ville de New York a adopté une politique similaire, recommandant l'amorce immédiate du TAR pour toute personne trouvée séropositive au VIH. Dans une lettre aux professionnels de la santé de la ville, le Dr Thomas Farley, commissaire du DSHM, a invoqué deux raisons pour l'adoption de cette nouvelle politique : les bienfaits pour la santé individuelle, et ceux pour la santé publique (c.-à-d., une réduction du taux de transmission du VIH).⁷

Nous appuyons l'accès rehaussé au test et aux soins cliniques de même que l'amorce du TAR lorsque cliniquement indiqué. Toutefois, les données scientifiques sur les bienfaits et les risques relatifs de l'amorce du TAR avant le stade avancé de l'infection à VIH sont loin d'être concluantes. Compte tenu de ce man-

que de preuves, l'adoption enthousiaste du TAR précoce par deux des plus grands départements de santé des États-Unis est préoccupante. De fait, des panels consultatifs de l'OMS et du Département états-unien de la Santé et des Services humains refusent de recommander l'amorce du TAR avant l'infection à VIH avancée, citant un manque de preuves de qualité acceptable pour en démontrer les bienfaits.⁸

La mise en œuvre de cette politique relevant de lignes directrices de santé publique sans données fiables à l'appui des bienfaits pour le patient représente un important détournement des procédures établies de la médecine fondée sur des données. Ériger en norme de soins une thérapie potentiellement dangereuse et non prouvée, pour un bienfait de santé publique hypothétique, constitue une grave violation de trois principes fondamentaux⁹ de l'éthique médicale : la bienfaisance, la non-malfaisance et l'autonomie du patient.

L'impact du traitement comme outil de prévention sur la santé publique

La corrélation entre la charge virale d'un patient et son infectiosité est

bien documentée dans la littérature. Adéquatement administré et suivi, le TAR réduit la charge virale, souvent à un niveau indétectable. Les travaux de Granich et coll. suggèrent que le TAR aurait le potentiel de ralentir et d'enrayer une épidémie. Toutefois, les limites implicites de ce modèle doivent être prises en compte, dans son application à une situation réelle. Or des éléments clés de celui-ci ne correspondent à aucune réalité connue de l'épidémie du VIH, notamment quatre postulats : celui que toute transmission du VIH est hétérosexuelle;¹⁰ celui que les patients ont toujours une observance complète au TAR; celui que 100 % des patients séropositifs consentiraient volontairement au TAR, peu importe leur stade d'infection; et celui que le dépistage de l'ensemble de la population ne rencontrerait pas de défis majeurs.

Bien que le modèle stipule que l'intervention précoce serait « volontaire », on peut se demander comment il serait possible d'arriver à ce que 100 % d'une vaste communauté consente au test et au traitement sans une certaine coercition. De plus, le modèle de Granich suppose que chaque personne vivant avec le VIH prendra ses médicaments tels que prescrits, sans effets secondaires limitatifs, même si on lui a prescrit ces médicaments alors qu'elle n'avait pas nécessairement de symptômes.

Les défenseurs du TOP citent souvent l'essai randomisé HPTN 052 de 2011 comme preuve empirique de l'efficacité épidémiologique du TOP.¹¹ Cette étude a démontré que l'amorce du TAR est efficace à réduire le taux de transmission du VIH chez des couples sérodiscordants, mais elle n'a pas analysé les effets du TAR précoce à l'extérieur de ce sous-

groupe. Fait important, les patients ayant un compte de CD4+ supérieur à 550 cellules/ μ L étaient exclus de l'étude, contrairement au TOP mis en œuvre à San Francisco et à New York (où tous les patients séropositifs au VIH, peu importe leur stade d'infection, sont incités à amorcer un TAR). L'épidémie du VIH est un système complexe; des données empiriques qui démontrent une réduction dans une catégorie de transmission (c.-à-d. les couples sérodiscordants) n'impliquent pas nécessairement un effet statistiquement significatif sur les dynamiques de transmission à grande échelle.¹²

Il est évident que les données théoriques et empiriques ne sont pas encore concluantes et qu'elles continuent d'évoluer, concernant l'efficacité du TOP en tant qu'intervention de santé publique chez des patients pour lesquels il n'est pas cliniquement indiqué. Pourtant, les villes de New York et San Francisco ont déjà adopté le TOP comme politique de santé publique.

L'impact du traitement comme outil de prévention sur la santé individuelle

Qu'un clinicien recommande un TAR précoce à certains patients, en se basant sur des données scientifiques et sur son expérience clinique, est une chose. Mais c'est une toute autre chose lorsqu'une agence de santé publique fait la promotion d'une norme de soins pour des motifs de santé publique, et en invoquant des bienfaits pour la santé des patients, en l'absence de données de qualité à l'appui. Le TAR est loin d'être une intervention thérapeutique bénigne; les patients qui prennent des anti-

rétroviraux ont souvent de sérieux effets secondaires et toxicités à long terme. Par ailleurs, puisque le TAR est devenu un traitement à long terme, des recherches supplémentaires sont requises pour évaluer les effets de son utilisation prolongée.

Les données scientifiques sur les bienfaits et les risques relatifs de l'amorce du TAR avant le stade avancé de l'infection à VIH sont loin d'être concluantes.

Pour les patients atteints de maladie à VIH avancée — c.-à-d., qui présentent un compte de CD4+ de 350 cellules/ μ L ou moins et/ou des symptômes cliniques sévères — des données de qualité appuient les bienfaits relatifs du traitement. Autrement dit, l'avantage net du traitement dépasse ses effets secondaires connus.¹³ L'OMS maintient qu'un compte de CD4+ inférieur ou égal à 350 cellules/ μ L ou des symptômes sévères d'infection indiquent le besoin d'une thérapie antirétrovirale.¹⁴

Toutefois, on ne sait pas clairement si l'amorce d'un TAR avant l'infection avancée (c.-à-d., alors que le patient a un compte de CD4+ supérieur à 500) est bénéfique ou néfaste. Les résultats d'un essai clinique contrôlé randomisé appelé

« START » (« Strategic Timing of Antiretroviral Treatment ») ne seront pas connus avant au moins 2015.¹⁵ Diverses cohortes d'observation ont été réalisées. Certaines ont conclu à des bienfaits de l'amorce immédiate du TAR,¹⁶ mais l'une des plus importantes études n'en a relevé aucun.¹⁷

Le manque de données de qualité et l'absence de consensus parmi les données de qualité inférieure indiquent que d'importantes questions demeurent, quant aux possibles bienfaits du TAR précoce pour les patients. En outre, vu la nature sérieuse du traitement et de ses effets secondaires, il est inapproprié que des agences de santé établissent ou prônent des normes de soins incitant au TAR immédiat, en l'absence de données de qualité suffisantes pour le justifier.

Implications éthiques

Des interventions de santé publique ont contribué à une nette réduction de la mortalité et de la morbidité, dans le monde. La vaccination en est probablement le meilleur exemple. Son usage répandu et, dans certains cas, l'immunisation obligatoire, ont mené à une importante diminution de l'incidence, voire à l'éradication, de maladies infectieuses sérieuses.

Toutefois, l'application actuelle du TOP est différente. Avant que des cliniciens administrent systématiquement un vaccin, des données de qualité doivent démontrer que les bienfaits individuels du vaccin — soit l'immunité contre une maladie — dépassent ses possibles effets indésirables. Malheureusement, il n'existe pas encore de données de qualité qui démontrent que l'amorce immédiate d'un TAR, peu importe le stade d'infection, est bénéfique au patient.

Les préoccupations éthiques relatives à l'application d'une politique de test élargi du VIH et d'initiation immédiate du TAR, sans égard au stade d'infection, ont trouvé leur écho dans la littérature.¹⁸ D'autres auteurs, notamment Ron Bayer,¹⁹ ont analysé les aspects éthiques de la mise en œuvre du TOP dans le cadre d'une politique qui déplace les bienfaits de l'individu vers l'intérêt public. Nous n'avons toutefois connaissance d'aucun article scientifique abordant les préoccupations éthiques soulevées par la mise en œuvre de ces politiques d'importants départements de santé des États-Unis.

Tel que mis en œuvre à San Francisco et à New York, le TOP recommande aux médecins d'inciter leurs patients séropositifs à amorcer un TAR, peu importe leur stade d'infection. Cette approche pourrait donc être considérée comme une entorse aux normes et codes établis de l'éthique médicale clinique.

Les principes fondamentaux *prima facie* de l'éthique médicale incluent la bienfaisance, *primum non nocere* (« d'abord, ne pas nuire ») et l'autonomie du patient.²⁰ Un médecin doit s'assurer que ses actes sont avant tout dans le meilleur intérêt du patient. La responsabilité du médecin à l'égard de son patient est primordiale (sauf dans des circonstances extrêmes).²¹ Le médecin doit aussi s'assurer, au meilleur de sa capacité, que le traitement ne porte pas préjudice au patient et que les avantages de tout traitement prescrit dépassent ses risques potentiels. Chaque patient a le droit fondamental à l'autonomie et à la prise de décisions éclairées sur son traitement, sans coercition.

Inhérent à l'autonomie du patient est son droit, ou celui de son man-

dataire autorisé, d'être informé de manière exacte et franche sur les risques et bienfaits d'un traitement, et d'accepter ou de refuser ce traitement à sa discrétion, sans coercition ni pénalité.

Chaque patient a le droit fondamental à l'autonomie et à la prise de décisions éclairées sur son traitement, sans coercition.

Le DSHM de New York et le DSP de San Francisco recommandent aux médecins d'initier le TAR immédiatement, peu importe le stade d'infection, en affirmant que le traitement comporte un avantage net pour ces patients. Or les données scientifiques sont loin d'être concluantes à ce sujet. Les cliniciens qui suivent ces recommandations de santé publique font la promotion d'une approche thérapeutique dont l'avantage net n'a pas été démontré, pour leurs patients séropositifs dont l'infection n'est pas au stade avancé. Par conséquent, ces patients sont privés du droit de prendre une décision éclairée quant à leurs soins. Cette privation est une violation *ipso facto* des principes d'autonomie du patient.

L'élaboration de normes de soins officielles à des fins de santé publique doit être assujettie à des critères de preuve plus exigeants que ce qui est

requis d'un clinicien, qui se fie aux meilleures données externes disponibles ainsi qu'à son expérience et à son jugement cliniques.

En l'absence de données de qualité démontrant des bienfaits pour la santé individuelle, il est contraire à l'éthique que, dans la poursuite de leurs propres objectifs, des autorités de la santé publique recommandent aux cliniciens le TOP comme norme de soins adéquate. Des recommandations venant d'autorités de la santé publique, qui contrôlent ou influencent souvent le financement et d'autres ressources, peuvent avoir un effet inhibiteur sur la capacité d'un clinicien de déterminer si un traitement est conforme aux principes de la bienfaisance et de la non-malfaisance.

L'objectif de réduire la transmission du VIH est admirable. Toutefois, nous ne pouvons être en accord avec une politique qui est contraire à des principes fondamentaux de l'éthique médicale. Si des données concluantes et de qualité viennent à démontrer que l'amorce immédiate du TAR, sans égard au stade d'infection, est dans le meilleur intérêt du patient, nous n'y verrons aucune objection. Cela n'a cependant pas été prouvé, et pourrait bien ne jamais l'être.

— James B. Krellenstein
et Sean Strub

James B. Krellenstein (jkrellenstein@gmail.com) est étudiant à la Division de biophysique du Département de physique du City College of New York. Sean Strub (sean.strub@gmail.com) est directeur du SERO Project, fondé par le magazine *POZ*, et il siège au conseil d'administration du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida.

¹ Les auteurs remercient sincèrement L. Sprague, J.A. Sonnabend, M.D. et D.J. Krellenstein, M.D. Ph.D., pour leurs commentaires critiques judicieux pendant la rédaction de cet article.

² Organisation mondiale de la santé, *Traitement antirétroviral de l'infection à VIH chez l'adulte et l'adolescent : Recommandations pour une approche de santé publique. Mise à jour 2010*, 2010.

³ Department of Health and Human Services, « Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents », 10 janvier 2011.

⁴ Organisation mondiale de la santé, *supra*, note 2.

⁵ R. M. Granich et coll., « Universal voluntary HIV testing with immediate antiretroviral therapy as a strategy for elimination of HIV transmission: a mathematical model », *The Lancet* 373, 9657 (2009) : 48–57.

⁶ S. Russell, « City Endorses New Policy for Treatment of H.I.V. », *The New York Times*, 3 avril 2010.

⁷ T. Farley, « Health Department Releases New HIV Treatment Recommendations », 1^{er} décembre 2011.

⁸ Organisation mondiale de la santé et Department of Health and Human Services, *supra*, notes 2 et 3.

⁹ R. Gillon, « Medical ethics: four principles plus attention to scope », *BMJ* 309, 6948 (1994) : 184.

¹⁰ Aux États-Unis, plus de 50 % des cas de transmission sont attribués au contact hétérosexuel. Voir H. I. Hall et

coll., « Estimation of HIV Incidence in the United States », *Journal of the American Medical Association* 300, 5 (2008) : 520–529.

¹¹ M. S. Cohen et coll., « Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy », *New England Journal of Medicine* 365, 6 (2011) : 493–505.

¹² Fait important, les patients séropositifs au VIH ayant un compte de CD4+ supérieur à 550 cellules/μL étaient exclus de l'étude HPTN 052. En revanche, dans le cadre de la politique de TOP de San Francisco et de New York, tous les patients (peu importe leur compte de CD4+ ou d'autres indicateurs cliniques) sont incités à amorcer un TAR.

¹³ Voir P.G. Yeni et coll., « Antiretroviral Treatment for Adult HIV Infection in 2002 », *Journal of the American Medical Association* 288, 2 (2002) : 222–235; P.G. Yeni et coll., « Treatment for Adult HIV Infection », *Journal of the American Medical Association* 292, 2 (2004) : 251–265; et S.M. Hammer et coll., « Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection », *Journal of the American Medical Association* 300, 5 (2008) : 555–570.

¹⁴ Organisation mondiale de la santé, *supra*, note 2.

¹⁵ « Strategic Timing of Antiretroviral Treatment » (<http://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT00867048>).

¹⁶ M. M. Kitahata et coll., « Effect of Early versus Deferred Antiretroviral Therapy for HIV on Survival », *New England Journal of Medicine* 360, 18 (2009) : 1815–1826; C. M. Hogan et coll., « The Setpoint Study (ACTG A5217): Effect of Immediate Versus Deferred Antiretroviral Therapy on Virologic Set Point in Recently HIV-1-Infected Individuals », *Journal of Infectious Diseases* 205(1) (2011).

¹⁷ Writing Committee for the CASCADE Collaboration, « Timing of HAART Initiation and Clinical Outcomes in Human Immunodeficiency Virus Type 1 Seroconverters », *Archives of Internal Medicine* 171(17) (2011) : 1560–1569.

¹⁸ De fait, dans le numéro du 3 janvier 2009 de *The Lancet*, deux lettres traitaient de possibles implications éthiques de la mise en œuvre d'une politique similaire au modèle de Granich et coll. Voir K. M. De Cock et coll., « Can antiretroviral therapy eliminate HIV transmission? » et G. P. Garnett et R. F. Baggaley, « Treating our way out of the HIV pandemic: could we, would we, should we? », *The Lancet* 373, 9657 : 7–11.

¹⁹ R. Bayer, « Mass Testing and Mass Treatment for Epidemic HIV: The Ethics of Medical Research is No Guide », *Public Health Ethics* 3, 3 (2010) : 301–302.

²⁰ R. Gillon, *supra*, note 9.

²¹ American Medical Association, *Principles of Medical Ethics*, juin 1957.

La stratégie « chercher et traiter » de la Colombie-Britannique : un exemple qui incite à la prudence, concernant les droits à la vie privée et le consentement éclairé en lien avec le test du VIH

Le Centre d'excellence sur le VIH/sida de la Colombie-Britannique (BC-CfE) est considéré comme un pionnier de la stratégie du « traitement comme outil de prévention ». Alors que le gouvernement canadien a été critiqué pour son « manque d'appui au programme »,¹ par le directeur du centre, le Dr Julio Montaner, il est clair que le gouvernement de la Colombie-Britannique (C.-B.) appuie solidement l'approche « chercher et traiter » [*seek and treat*]. À l'heure actuelle, un vaste projet pilote chercher-traiter est en cours, en C.-B. : le projet STOP HIV/AIDS.

Le gouvernement provincial a accepté de verser 48 millions \$ CAN à cette initiative de quatre ans qui est qualifiée de première mondiale en son genre.² La société pharmaceutique Merck a apparemment réservé 1,5 million \$ CAN pour aider à l'évaluation de l'initiative.³ Les projets pilotes sont réalisés dans les villes de Vancouver et de Prince George; un volet a pour point de mire les populations autochtones. Le projet implique de nombreux partenariats avec des instances régionales de la santé, des établissements de soins ainsi que des organismes non gouvernementaux.⁴

Le projet STOP inclut des campagnes d'éducation à l'intention des patients et des professionnels des soins de santé; ces campagnes placent expressément en juxtaposition une vieille approche au VIH, prétendument désuète, et une approche nouvelle et supposément optimale. D'où le principal slogan du marketing social, « C'est maintenant différent ». ⁵ Toutefois, ce scénario

nouveau, tel qu'introduit en C.-B., est décidément en contre-point : alors que les traitements connaissent une avancée, les approches aux droits des patients et l'éthique professionnelle régressent. En particulier, des préoccupations juridiques et éthiques se manifestent en ce qui concerne le consentement éclairé à passer le test ainsi que les droits de la protection des renseignements personnels.

Pression pour pratiquer le test de routine à option de refus

La réussite du projet STOP dépend fortement d'une hausse marquée du taux de test du VIH. Alors que les documents du BC-CfE parlent de « test volontaire et confidentiel pour le VIH » dans le cadre d'un programme pour « banaliser le test du VIH »⁶ afin d'identifier les personnes qui ont besoin d'un traitement, les documents de la Vancouver Coastal Health (VCH), qui collabore au projet, décrivent ce qu'une « banalisation » signifie dans ce contexte. Les méde-

cins hygiénistes de cette région régionale de la santé incitent les médecins à mettre en œuvre une approche de « test de routine » annuel, pour le VIH, avec option de refus, pour tous les patients qui sont sexuellement actifs.⁷ Du point de vue de la VCH, ce test de routine ne requiert pas un counselling détaillé avant l'administration du test, mais simplement la remise d'un dépliant, au besoin, et la réponse aux questions du patient, le cas échéant.⁸

Les partenaires et tenants du projet STOP expriment souvent le point de vue que le counselling pré-test est un obstacle au test, et qu'une approche simplifiée est considérée comme bénéfique pour les patients.⁹ Ce point de vue conduit à de nouvelles pratiques post-test qui s'écartent de la norme voulant que le résultat du test du VIH soit toujours annoncé en personne; en effet, on considère pour ce projet qu'un résultat négatif au test du VIH peut être annoncé par téléphone.¹⁰ Le fait que ceci corresponde ni plus ni moins qu'à annoncer tous

les résultats par téléphone — car, si un patient ne peut recevoir son résultat au téléphone, il saura par élimination que son résultat est positif — n'a pas été pris en considération ou est considéré comme acceptable.

Fait important, aucun des feuillets à remettre au patient plutôt que de donner une séance de counselling pré-test ne semble contenir de mention des risques en matière de justice criminelle, pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) qui sont accusées de ne pas avoir divulgué leur séropositivité à des partenaires sexuels.

La VCH a décidé, de plus, de décourager activement le test non nominatif.¹¹ Elle affirme que le test nominatif est « la norme » et, tout en notant que les patients devraient être informés de la possibilité de passer le test de manière non nominative, elle suggère que les fournisseurs de soins de santé déconseillent cette option et disent aux patients que le test non nominatif « offre peu de protection additionnelle des renseignements personnels et peut rendre plus compliqués les soins de suivi dont vous pourriez avoir besoin ».¹² Le test anonyme du VIH n'est pas pratiqué, en C.-B., alors la meilleure protection des renseignements personnels réside dans l'avenue d'un test non nominatif. L'accès à cette option deviendra toutefois plus difficile, dans une telle situation où les fournisseurs de soins la déconseillent activement.

De plus, le test de routine n'est pas limité à la pratique familiale : la VCH est engagée à la mise en œuvre du test de routine également dans le cadre des soins primaires et des soins aigus. Le projet STOP procède à des projets pilotes de test de routine dans trois hôpitaux de Vancouver.¹³ Des

affiches ont été imprimées, à l'intention de ces hôpitaux. Le texte de ces affiches dit : « On vous demandera de passer un test du VIH ». Le contexte hospitalier accentue par ailleurs la préoccupation concernant le consentement éclairé, dans le cadre d'un virage vers le test de routine. Il est probable qu'une proportion importante des patients ne comprendra ou ne verra simplement pas le fait qu'ils peuvent refuser un test sanguin alors qu'il semble faire partie de la batterie de tests qui est nécessaire à leurs soins, à l'hôpital.

Peu après l'amorce du projet pilote de test de routine en milieu hospitalier, des rapports anecdotiques ont été signalés, de patients qui ont affirmé qu'on leur a administré le test sans qu'ils en soient au courant. Le projet STOP est partenaire également d'au moins une clinique pour femmes qui fournit des services d'avortement. Les services d'avortement constituent sans contredit un contexte où le virage vers un counselling pré-test réduit et vers le test de routine pour le VIH devrait être évité, dans l'intérêt de sauvegarder le consentement éclairé.

Omission de fournir une information adéquate sur la confidentialité médicale

Les PVVIH de la C.-B. comptent parmi les militants les plus actifs et les plus efficaces au Canada, pour les droits des patients à la protection de leurs renseignements personnels, dans le contexte des dossiers électroniques de santé; leurs efforts ont contribué à l'inclusion, dans la loi provinciale en la matière, d'une disposition qui accorde aux patients une capacité limitée de masquage de leur dossier dans le système provincial. Depuis l'amorce du projet STOP, le seul volet du système provincial de

dossiers électroniques de santé qui est en fonction est le Système de renseignements de laboratoire sur les patients (SRLP), qui est le registre des données issues des analyses de laboratoire.¹⁴ Par conséquent, presque tous les tests du VIH administrés depuis le début du projet sont consignés et distribués dans ce nouveau système.

Alors que les traitements connaissent une avancée, les approches aux droits des patients et l'éthique professionnelle régressent.

Bien que les résultats de tests (rapides) aux points de service ne transitent pas par des laboratoires, les analyses sanguines de confirmation sont effectuées par les laboratoires du British Columbia Centre of Disease Control, qui utilisent à présent le SRLP. De fait, un amendement aux dispositions sur la confidentialité figurant dans la réglementation sur les maladies transmissibles afférente à la Loi sur la santé a été adopté en douce, pour assurer que les maladies à déclaration obligatoire comme l'infection à VIH puissent être consignées dans les registres provinciaux sans le consentement du patient.¹⁵

Signalons aussi que, comme pour les patients soumis au test de routine dans les hôpitaux où est réalisé le

projet pilote, le système de données utilisé dans ces établissements a récemment été l'objet de lourdes critiques de la part du Bureau du commissaire provincial à l'information et à la vie privée, parce qu'il donne un accès beaucoup trop élargi aux renseignements personnels sur la santé des patients, et parce qu'il n'offre pas aux patients un mécanisme pour en limiter la divulgation.¹⁶ Ceci a donné lieu à une situation orageuse, concernant les préoccupations de confidentialité en lien avec le test du VIH : un plus grand nombre de personnes testées dans le cadre de pratiques de test de routine et d'initiatives spéciales de test, mais une moindre protection de la confidentialité de ces résultats, en raison de systèmes de partage de données nouvellement instaurés et qui donnent un large accès aux renseignements personnels sur la santé, le tout couplé à des réformes législatives qui autorisent ce vaste accès.

En vertu de la loi provinciale sur le dossier électronique de santé, les patients peuvent recourir à une « directive sur la divulgation » qui bloque l'accès de la plupart des usagers du système à leur dossier de santé, tout en autorisant l'accès des fournisseurs auxquels le patient communique son numéro d'identification personnel. Cela est le seul contrôle qu'un patient peut exercer, en ce qui concerne ses renseignements personnels de santé qui figurent dans le système électronique de la C.-B. — et il ne s'agit aucunement d'une protection si les patients n'en sont pas informés.

Les organismes communautaires de riposte au sida ont été d'importants militants, dans la campagne pour accorder aux patients certains contrôles sur l'accès à leurs renseignements personnels de santé, dans

le système électronique. Cependant, une campagne ultérieure, afin de convaincre le ministère de la Santé d'informer les patients de leur option de protéger leurs renseignements de santé, n'a pas encore livré de progrès. Certes, le projet STOP n'est pas le responsable des problèmes de confidentialité médicale qui minent le système des dossiers électroniques, mais cette toile de fond du dossier électronique pose un défi éthique pointu.

La politique récemment révisée de l'Association médicale canadienne, en matière de confidentialité, affirme que les médecins ont une obligation d'expliquer aux patients que, lorsque les renseignements de santé d'un patient sont versés dans un dossier électronique de santé, le médecin ne peut plus y contrôler l'accès ni en garantir la confidentialité.¹⁷ Bien que l'aveu de l'AMC du caractère néfaste des dossiers électroniques sur la confidentialité des renseignements médicaux soit très important, ce n'est que la reconnaissance d'une évidence : sans capacité de contrôle de l'accès, il ne peut y avoir de garantie de la confidentialité.

Dans la communauté du VIH en C.-B., de nombreuses personnes ont l'impression que le projet STOP induit par conséquent les patients dans l'erreur, en parlant de « test confidentiel » et de « systèmes informatiques confidentiels », et que le projet et ses partenaires devraient plutôt expliquer de manière proactive à tous les patients que des changements ont eu lieu dans le domaine de la confidentialité médicale, en C.-B., et devraient fournir une assistance dans la démarche du recours aux directives sur la divulgation, aux patients qui désirent limiter l'accès à leur dossier médical. Les militants ont réussi, dans certains sites, à

obtenir une mention des directives sur la divulgation dans certains des documents écrits sur le test du VIH. Cependant, dans le meilleur des cas les messages sont mitigés et il semble y avoir une réticence générale, de la part des tenants du projet STOP, à fournir une information explicite, de peur de susciter des craintes qui conduiraient des gens à ne pas vouloir passer le test du VIH.

Le fait d'inciter au test du VIH

Un autre aspect troublant de l'approche du projet STOP est son incitation à passer le test. Le Downtown Eastside (DTES) de Vancouver est un point de mire particulier du projet STOP. Or c'est un quartier où les taux de VIH sont extrêmement élevés; on le qualifie souvent de « secteur le plus pauvre au Canada »;¹⁸ et c'est là que se trouve le site d'injection supervisé de Vancouver, l'Insite. Le projet STOP, en collaboration avec des partenaires du DTES, a organisé des foires de dépistage du VIH, qui sont essentiellement de grandes fêtes de rue, lors desquelles la rue est fermée au trafic motorisé, et qui sont agrémentées de musique et de divertissement pendant toute la journée, et assorties de services de test du VIH sur incitation.

L'affiche¹⁹ annonçant les foires de dépistage du 9 et du 10 juillet 2010, au Victory Square dans le DTES, indiquait que les personnes qui se feraient tester pour le VIH lors de cette foire recevraient « une carte cadeau de 5 \$ valide chez Army & Navy, plus un repas gratuit ». Les foires de dépistage ont connu une participation et une popularité telles que l'on a affiché des avis pour dire que la campagne limite le test du VIH à une fois par trois mois, mais que les

personnes déjà testées au cours des trois mois précédents étaient quand même les bienvenues à l'événement.

Les partenaires communautaires du DTES qui aident à parrainer les foires de dépistage disent le faire en raison de l'urgente nécessité d'accroître l'« accès » à ce test. Cependant, nous ne voyons pas du tout pourquoi le test du VIH doit être assorti de mesures d'incitation, dans le cas de personnes qui ont prétendument un urgent besoin d'y avoir accès. L'impression que l'accès au test du VIH est limité, dans le DTES, est très étonnante puisqu'il y a dans ce quartier même des établissements de soins de santé qui sont respectés et populaires, et qui donnent un accès facile au test du VIH (p. ex., la Vancouver Native Health Clinic et le Downtown Community Health Centre). Plutôt qu'un urgent besoin d'accès au test du VIH, une explication plus probable de la popularité des foires de dépistage du VIH est que les gens ont un urgent besoin de chèques cadeaux et de nourriture gratuite.

Les mesures d'incitation sont un domaine difficile, dans l'éthique de la recherche médicale, mais il semble que les foires de dépistage ne sont pas considérées comme faisant partie de la recherche, et n'ont pas été assujetties à un examen éthique. C'est une autre facette trouble du projet STOP, car il s'agit clairement d'une recherche (que Merck aide à évaluer), mais le projet est entrelacé avec les autorités locales de la santé et avec leurs nouvelles « politiques », de telle manière qu'il devient très difficile de démêler les éléments de la recherche et les éléments du programme, et de voir dans quelles situations le patient est simplement un patient et dans quelles situations le patient est (aussi) un sujet de recherche.

Fait ironique en ce qui concerne l'accès au test : au moment même où le projet STOP est en cours, la C.-B. procède à la fermeture de cinq cliniques de santé sexuelle et laisse d'immenses régions de la province sans aucun service de santé sexuelle.²⁰ Il reste à voir si cela est bel et bien un avant-goût de la manière dont on considèrera une approche au traitement comme outil de prévention, comme elle évolue dans le projet STOP, avec test de routine intégré dans les soins primaires et aigus — c'est-à-dire non pas une amélioration, mais une avenue de rechange à l'offre de services spécialisés et complets en matière de santé sexuelle.

Le projet STOP induit par conséquent les patients dans l'erreur, en parlant de « test confidentiel ».

Certainement, la question de l'allocation des ressources, en particulier l'impression d'une canalisation de ressources qui étaient octroyées à des services communautaires, est un point litigieux du projet STOP. Celui-ci fournit du financement à plusieurs partenaires du secteur communautaire et, bien que cela soit évidemment bien accueilli comme source de fonds pour les groupes communautaires, cela signifie du même coup qu'il existe une certaine réticence de la

part de partenaires communautaires et de leurs membres à signaler des préoccupations concernant le projet.

Ces campagnes publicitaires et les descriptions du projet dans les médias présentent l'image apparemment incontestable d'un scénario où tout le monde gagne : la santé des gens s'améliore et les taux de transmission déclinent. Il s'agit pourtant d'une perspective très partielle. Tout le monde est évidemment en faveur d'une hausse de l'accès au test et au traitement. Les questions que soulève cette expérience de traitement comme outil de prévention, en C.-B., vont bien plus loin que cela — et ces questions concernent la place qu'auront les droits de la personne dans le cadre des soins de santé.

La question des droits

Diverses inquiétudes se posent, pour les droits des patients, en lien avec le projet STOP. Elles concernent notamment l'élément du consentement éclairé et des changements de normes qui ont pour effet d'affaiblir l'autonomie du patient en réduisant la somme d'information fournie aux personnes qui réfléchissent à passer ou non un test du VIH (counselling pré-test absent ou minimal; perçu comme un obstacle au test); les descriptions inexactes et les risques liés à la non-divulgaration (« test confidentiel »; l'omission de mentionner le droit criminel concernant la non-divulgaration); l'utilisation de la vulnérabilité inhérente de certains patients (test de routine; option de refus); et les incitations au test.

Aucun de ces changements d'approche n'est nécessaire à l'amélioration de l'accès au test et au traitement du VIH, mais ils donnent l'impression que c'est le seul but du programme, augmenter le nombre

de personnes testées et traitées, et que des droits des patients (comme le counselling pré-test) sont considérés comme des obstacles. D'un point de vue général, la crainte est que le motif d'un soi-disant « bien commun », conféré au nouveau paradigme, n'érode très rapidement l'approche aux soins de santé fondée sur les droits de la personne qui s'applique au test du VIH et à son traitement.

— *Micheal Vonn*

Micheal Vonn (micheal@bccla.org) est directrice des politiques à la British Columbia Civil Liberties Association, Vancouver.

¹ K. Wong, « Locally made HIV strategy brings new hope », *Metro News*, 12 janvier 2012.

² British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, « Forecast: Journal of the BC Centre for Excellence in HIV/AIDS », février 2010 (www.cfenet.ubc.ca/news/forecast).

³ Ibid.

⁴ Ibid.

⁵ Voir www.itsdifferentnow.org/.

⁶ British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, « Forecast: Journal of the BC Centre for Excellence in HIV/AIDS », décembre 2011.

⁷ R. Gustafson, « Memorandum to Vancouver Coastal Health Affiliated Physicians, Nurse Practitioners and Registered Nurses », 30 juin 2011.

⁸ Ibid.

⁹ Vancouver Coastal Health, « Routine HIV Testing in Primary Care Frequently Asked Questions » (document interne mis à la disposition de l'auteure; en filière auprès de l'auteure).

¹⁰ Vancouver Coastal Health, Vancouver HIV Screening Standards of Care, 8 juillet 2011 (document interne mis à la disposition de l'auteure; en filière auprès de l'auteure).

¹¹ Vancouver Coastal Health, *supra*, note 9.

¹² R. Gustafson, *supra*, note 7.

¹³ Vancouver Coastal Health, « BC hospitals begin routine testing for HIV to help curb global epidemic » (communiqué), Vancouver, 23 septembre 2011.

¹⁴ Province of British Columbia, Order of the Minister of Health Services, Ministerial Order No. M011, 11 janvier 2011.

¹⁵ Province of British Columbia, Order of the Lieutenant Governor in Council, Order No. 726, 18 novembre 2010.

¹⁶ Office of the Information and Privacy Commissioner for British Columbia, *Review of the Electronic Health Information System at Vancouver Coastal Health Authority Known as The Primary Access Regional Information System ("Paris")* (www.oipbc.ca/orders/investigation_reports/InvestigationReportF10-02.pdf).

¹⁷ Association médicale canadienne, « Principes de protection des renseignements personnels sur la santé des patients », politique de l'AMC, 2011.

¹⁸ R. Matas et I. Peritz, « Canada's poorest postal code in for an Olympic clean-up? » *The Globe and Mail*, 15 août 2008.

¹⁹ En ligne à <http://ahamedia.ca/2011/07/09/hiv-status-testing-event-at-victory-square-in-vancouver-downtown-eastside-on-sat-july-9-sun-july-10-2011/>.

²⁰ C. Takeuchi, « Closure of B.C. Interior sexual health clinics concerns nurses », *The Georgia Straight*, 19 décembre 2011.

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.

La loi omnibus du gouvernement fédéral est adoptée

En mars 2012, la Loi sur la sécurité des rues et des communautés¹ (la loi) a reçu la sanction royale et est devenue loi officielle. Le Projet de loi C-10 introduisait des amendements à trois lois existantes et en créait une nouvelle : la Loi sur la justice pour les victimes d'actes de terrorisme. La loi instaure plusieurs peines minimales obligatoires d'emprisonnement; elle modifie la manière d'accorder une suspension du casier judiciaire et la manière de gérer les casiers judiciaires; elle apporte des changements aux lois sur l'immigration; et elle donne priorité au châtimeur et à la dénonciation en tant qu'objectif du droit criminel, plutôt qu'à la réhabilitation.

Dans le cas de personnes marginalisées, la loi altère le pouvoir discrétionnaire des juges, dans la

détermination de la peine, de tenir compte de circonstances particulières du délit et de la personne qui l'a

commis (p. ex. qu'un délit ait été commis en raison d'une dépendance; ou que la personne soit sans abri ou

autrement pauvre, ou soit autochtone). Cela est dû à l'imposition de nouvelles peines minimales obligatoires, pour divers délits, dont plusieurs qui ont trait à la Loi contrôlant certaines drogues et autres substances.

Pour les Autochtones déclarés coupables, en particulier, les peines minimales obligatoires font fi des principes affirmés dans le Code criminel, à l'effet que la surreprésentation des personnes autochtones dans le système judiciaire requiert que les juges considèrent des avenues de rechange à l'incarcération, comme les peines avec sursis qui permettent qu'une partie de la peine soit purgée dans la communauté, sous supervision.²

Des peines minimales d'incarcération d'une année seront obligatoires pour les délits de trafic et de possession aux fins d'un trafic, en présence d'un ou de plusieurs de ces « circonstances aggravantes » : le comportement était relié au crime organisé, il y a eu menace de violence, une arme a été utilisée, ou la personne a déjà été déclarée coupable au cours des dix dernières années d'un délit mettant en cause une substance désignée. Une peine obligatoire de deux années sera prononcée lorsqu'est présente une circonstance aggravante parmi une autre série, notamment si le délit a été commis à proximité d'une école ou d'un lieu fréquenté par des mineurs.

La loi impose aussi des peines minimales obligatoires d'incarcération pour la production de drogue aux fins d'un trafic, y compris une peine obligatoire de six mois en prison pour la production d'aussi peu que six plants de marijuana. En présence de toute autre circonstance aggravante, la durée de la peine obligatoire d'emprisonnement sera augmentée de 50 %. Ces facteurs aggravants

incluent le fait que la propriété utilisée soit celle d'un tiers. Les peines minimales obligatoires d'emprisonnement en vertu de cet article augmentent de jusqu'à trois ans si la production dépasse le nombre de 500 plants et qu'une des circonstances aggravantes était présente.

La nouvelle loi conserve une « soupape de sécurité » qui permet qu'un juge puisse ordonner à une personne un programme de tribunal de la toxicomanie, plutôt que de lui imposer une peine minimale obligatoire.³

Commentaire

La Loi sur la sécurité des rues et des communautés sonne le début d'une orientation nouvelle et troublante, pour les politiques canadiennes en matière de justice criminelle. À l'heure même où, à l'échelle internationale, on se rend compte de plus en plus des lourdes conséquences indésirables de la criminalisation de la drogue et des personnes qui en consomment,⁴ le gouvernement fédéral choisit une avenue qui impliquera des coûts considérables, sur le plan humain et économique, lorsque la loi sera appliquée.

Plusieurs parties de la loi déclenchent des signaux d'alerte pour ceux qui se préoccupent du bien-être et du traitement juste des personnes marginalisées, y compris les personnes séropositives ou vulnérables au VIH et qui font usage de drogue. On craint que la disposition prévoyant des peines obligatoires d'emprisonnement d'un an pour des délits de trafic ou de possession aux fins de trafic criminalise un comportement répandu parmi les personnes dépendantes d'une drogue et qui en font le trafic en petites quantités afin de payer leur propre acquisition de drogue. On croit par ailleurs que ces dispositions puissent

être contestées pour des incompatibilités avec des motifs contenus dans la Charte canadienne des droits et libertés (la Charte), notamment des éléments qui font entrave au droit à la liberté, et des facteurs discriminatoires ainsi que de caractère trop général — notamment du fait que l'expression « lieu public normalement fréquenté par des personnes de moins de dix-huit ans » signifie pratiquement partout. Des contestations en vertu de la Charte pourraient aussi être intentées au motif que les peines sont cruelles et inusitées en raison de l'impact disproportionné d'une peine d'emprisonnement, en comparaison avec un délit relativement mineur.

En ce qui a trait aux articles de la loi qui concernent les politiques en matière de drogue, si l'on se fie à l'expérience des peines minimales obligatoires observée aux États-Unis, la nouvelle loi canadienne n'aura pas de grands effets sur les marchés de la drogue illégale, sur la consommation de drogue ou sur le petit commerce de drogue.⁵ Son effet sera plutôt d'exposer un nombre accru de contrevenants de bas niveau, aux lois sur la drogue, à des circonstances risquées au sein du système carcéral.⁶

Il est bien documenté, en effet, que les taux d'infection à VIH dans les prisons sont de 10 à 15 fois plus élevés que dans la communauté. Pour l'hépatite C, la différence est effrayante : la prévalence est 30 fois plus élevée en prison qu'à l'extérieur.⁷ Une augmentation du contact avec le milieu carcéral entraînera inévitablement des risques accrus pour les auteurs de petits délits qui viendront à être en contact avec le VIH et d'autres infections transmissibles.

Une autre inquiétude concerne l'amorce de l'injection de drogue, en prison, par des personnes qui

consommaient de la drogue par d'autres moyens. Les auteurs de petits délits qui n'ont peut-être pas pris de drogues « dures » dans la communauté se retrouveront en situation où des drogues plus faciles à cacher, comme l'héroïne, la cocaïne et la méthamphétamine, sont accessibles alors que les instruments de réduction des méfaits (seringues stériles, chauffoirs et filtres de rechange) sont rares.⁸

L'aspect le plus troublant de cette loi réside possiblement dans le fait que le gouvernement cherche à répondre à des enjeux sociaux complexes par l'approche peu raffinée qu'est le droit criminel. Il pourra en résulter une incarcération excessive de segments de la population, et des effets à long terme sur l'intégration sociale et les parcours d'emploi des personnes condamnées à des peines minimales obligatoires.

La Loi sur la sécurité des rues et des communautés est fort complexe et présente des aspects troublants qui seront analysés en détail au cours des prochaines années. Si cette loi conduit à une surpopulation plus marquée des prisons, des préoccupations de droits humains et de santé relatives à la norme de soins dans le système correctionnel canadien deviendront, à n'en pas douter, un élément d'avant-plan dans les discussions sur ses répercussions.

L'exécution de cette loi exacerbera la sévérité de la situation qui concerne le VIH, l'hépatite C et d'autres troubles de santé dans les prisons canadiennes. Elle touchera les populations plus vulnérables qui sont aux prises avec la toxicomanie et au sein desquelles des individus sont impliqués en bas échelon dans le commerce de drogue, mais elle n'aura pas d'effet perceptible sur le marché de la drogue, à proprement parler, ni d'effet dissuasif pour les consommateurs de drogue. Cette loi enfonce le Canada plus profondément dans une approche punitive de « guerre à la drogue » qui est discréditée et qui cadre de moins en moins avec les tendances d'autres États qui optent pour des politiques éclairées, fondées sur les principes de la santé publique, des droits de la personne et du développement social.

— *Scott Bernstein et Donald MacPherson*

Scott Bernstein (scott@pivotlegal.org) est avocat à la PIVOT Legal Society pour la campagne sur la santé et les politiques en

matière de drogue; Donald MacPherson (donald_macpherson@sfu.ca) est directeur général de la Canadian Drug Policy Coalition.

¹ Loi sur la sécurité des rues et des communautés, L.C. 2012, c. 1, 2012. (http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/LoisAnnuelles/2012_1/page-1.html)

² Dans sa décision dans l'affaire *R. v. Gladue* (1999), la Cour suprême du Canada a souligné l'importance de cette disposition pour contrer le déséquilibre dans l'appareil judiciaire; or les nouveaux minimums obligatoires entraîneront que les juges n'ont pas de marge de manœuvre, et qu'un nombre accru de contrevenants autochtones seront incarcérés. Ces peines pourraient toutefois être contestées pour des motifs fondés sur la Charte, à savoir qu'elles sont discriminatoires et injustifiées.

³ Il n'existe cependant de tels programmes que dans quelques villes du Canada; ils n'ont pas beaucoup de financement et leur utilité est mitigée.

⁴ Voir Commission mondiale pour la politique des drogues, *La guerre aux drogues – Rapport de la Commission mondiale pour la politique des drogues*, 2011. (www.globalcommissionondrugs.org)

⁵ T. Gabor et N. Crutcher, *Les effets des peines minimales obligatoires sur la criminalité, la disparité des peines et les dépenses du système judiciaire*, Justice Canada, 2002. (www.justice.gc.ca/fra/pi/rs/rap-rep/2002/rr02_1/index.html)

⁶ Ibid.

⁷ Service correctionnel du Canada, *Résumé des premiers résultats du Sondage national de 2007 auprès des détenu(e)s sur les maladies infectieuses et les comportements à risque*, 2010.

⁸ Voir E. Wood et coll., « Initiation of opiate addiction in a Canadian prison: a case report », *Harm Reduction Journal*, doi : 10.1186/1477-7517-3-11 (2006); et A. Boys et coll., « Drug use and initiation in prison: results from a national prison survey in England and Wales », *Addiction*, 97 (12) (2002) : 1551–1560.

L'Alberta ordonne la fin de la distribution de pipes à crack à Calgary

L'été dernier, Alberta Health Services (AHS) a mis fin à la distribution gratuite de matériel pour l'inhalation plus sécuritaire de crack à Calgary, soulevant la crainte d'une augmentation possible de la transmission de maladies infectieuses, notamment le VIH. La décision est survenue au moment même où des programmes similaires étaient déployés dans d'autres ressorts du Canada.

En août 2011, AHS a annoncé que son programme de camionnette de réduction des méfaits, Safeworks, ne distribuerait plus de pipes à crack neuves aux personnes qui fument cette drogue. Les employés de Safeworks ont reçu un mémo interne de l'agence, les informant de « la consigne du sous-ministre de la Santé d'interrompre jusqu'à nouvel ordre la distribution de pipes à crack, pour des raisons juridiques. Les pipes à crack doivent être immédiatement retirées de la camionnette. » [trad.]¹

Depuis 2008, le programme d'intervention fournissait discrètement des trousse d'inhalation — comprenant une pipe, un embout buccal, des filtres et une baguette de nettoyage — accompagnées de services de soins de santé et d'éducation. Lorsque les autorités de la santé de Vancouver ont annoncé un projet pilote similaire, au début de l'été dernier, la couverture qui en a résulté dans les médias de Calgary a attiré l'attention sur Safeworks et suscité des critiques.² Il semble qu'AHS ait décidé de céder aux protestations en interrompant le programme.³

Des préoccupations de la police de Calgary — qui a consulté les autorités fédérales à savoir si le programme devrait être soumis à l'application d'une loi fédérale, pour sa distribution d'accessoires facilitant la consom-

mation de drogue — pourraient aussi avoir influencé la décision d'AHS.

Même si AHS a déclaré en janvier 2012 n'avoir aucune intention de revenir sur sa décision, un organisme indépendant continue de distribuer du matériel pour l'inhalation plus sécuritaire du crack, dans la province. La Central Alberta AIDS Network Society (CAANS) signale que les 20 000 \$CAN qu'elle reçoit annuellement d'AHS sont consacrés à la distribution de seringues neuves et non de matériel pour l'inhalation, ce qui empêche l'agence de régir cette pratique.⁴

« C'est une question de prévention du VIH et de l'hépatite C chez les personnes qui fument du crack. Nous protégeons les utilisateurs de drogue de notre communauté », a affirmé Jennifer Vanderschaeghe, directrice générale de la CAANS.⁵

À Winnipeg, on s'inquiète qu'un programme de distribution de trousse pour l'inhalation plus sécuritaire de crack, qui dure depuis sept ans, soit aboli si le parti conservateur venait à remporter les élections provinciales à l'automne 2012. Le candidat Ian Rabb a déclaré que son parti aurait besoin de données plus probantes sur le succès du programme de la Winnipeg Regional Health Authority (WRHA), avant d'accepter de « subventionner la dépendance ».⁶

Le médecin hygiéniste de la WRHA, Pierre Plourde, se dit pour sa part très satisfait des résultats du programme, qui distribue quelque 2 000 trousse d'inhalation par mois.

« Il est difficile de déterminer les causes et effets, mais nous ne voyons certainement aucun méfait majeur, et il y a probablement même des bienfaits significatifs. »⁷

En décembre 2011, la Ville de Vancouver a amorcé un projet pilote de huit mois pour la distribution gratuite de matériel d'inhalation de crack, y compris des pipes en verre résistant aux chocs. L'intention est de réduire les risques de blessures aux lèvres et à la bouche, qui rendent les fumeurs plus vulnérables aux maladies infectieuses.⁸

L'initiative est si populaire que deux agences partenaires ont indiqué que la demande surpasse l'offre.⁹

Commentaire

Au Canada, les taux d'infection à VIH et à VHC (virus de l'hépatite C) parmi les personnes qui utilisent des drogues sont nettement supérieurs à ceux de l'ensemble de la population. Le partage de matériel d'injection de drogue constitue une importante préoccupation pour la santé publique, et d'autres méthodes de consommation de drogue comportent aussi des risques pour la santé — notamment

l'inhalation de crack, un possible facteur de risque pour la transmission du VIH et du VHC. Les programmes de réduction des méfaits sont une réponse pragmatique de santé publique pour les personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas cesser immédiatement la consommation de drogue.

L'appui du gouvernement à la distribution de trousse pour l'usage plus sécuritaire du crack est conforme aux obligations du Canada en vertu du droit international des droits de la personne. Le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* reconnaît « le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Cette norme requiert du Canada qu'il prenne

toutes les mesures nécessaires pour « [l]a prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques... ainsi que la lutte contre ces maladies ». Cette obligation inclut « la mise en place de programmes de prévention et d'éducation pour lutter contre les problèmes de santé liés au comportement, notamment les maladies sexuellement transmissibles, en particulier le VIH/sida » et d'« assurer l'accès aux techniques nécessaires ... et d'autres stratégies de lutte contre les maladies infectieuses ».¹⁰

— David Cozac

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

¹ J. Wilt, « Safeworks banned from handing out crack pipes », *Fast Forward Weekly*, 15 août 2011.

² « Calgary addicts no longer given crack pipes », CBC News, 19 août 2011.

³ J. Wilt (supra).

⁴ J. Wilt, « Central Alberta charity stands alone with clean crack pipe program », *Open File*, 16 janvier 2012.

⁵ D. Singleton, « Red Deer group continues to distribute free crack pipes », *The Calgary Herald*, 25 août 2011.

⁶ P. Turene, « Tories not keen on 'subsidizing addiction', » *The Winnipeg Sun*, 2 août 2011.

⁷ Ibid.

⁸ M. Hager, « Thousands of free crack pipes to be handed out to Vancouver drug addicts », *The Vancouver Sun*, 30 décembre 2011.

⁹ M. Mui, « Crackpipe distribution falls short », *24 Hours*, 2 janvier 2012.

¹⁰ Pour plus d'information sur les trousse pour l'usage plus sécuritaire de crack, voir *La distribution de trousse pour un usage plus sécuritaire de crack, au Canada : Questions et réponses* (Réseau juridique canadien VIH/sida, 2008), accessible via www.aidslaw.ca/drogues.

Une nouvelle recherche sur la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH fait état de répercussions néfastes pour la santé publique

Deux études canadiennes présentent un examen éclairé par l'expérience empirique, des lois criminelles sur la non-divulgence de la séropositivité au VIH, du point de vue de la santé publique. Jusqu'à récemment, la recherche sur le sujet se concentrait sur les enjeux juridiques et éthiques.

Dans *The problem of significant risk: exploring the public health impact of criminalizing non-disclosure*,¹ le professeur de sociologie Eric Mykhalovskiy démontre que la cri-

minalisation de la non-divulgence de VIH a des résultats défavorables à la fois pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et sur le counselling en matière de prévention du VIH. En

particulier, l'ambiguïté du concept juridique de « risque important » est la source d'un ensemble d'incertitudes et elle a souvent pour effet de limiter ou de paralyser les soins aux patients.

D'après cette étude qualitative, l'incertitude quant aux répercussions légales nuit à la communication entre des PVVIH et des intervenants en counselling, entourant les comportements à risque, et génère « de l'anxiété, de la confusion et des contradictions dans le counselling ».² De manière générale, la crainte issue de la criminalisation est néfaste à la franchise des échanges, dans la relation de counselling. D'une part les obligations juridiques sont imprécises, d'autre part les dossiers de counselling et de santé peuvent être utilisés en preuve dans des poursuites criminelles pour des allégations de non-divulgence. En conséquence, des informateurs clés du domaine de la santé publique ont déclaré qu'ils donnent le counselling en ayant dans bien des cas un « œil sur la loi ».³

Dans la même veine, des intervenants d'organismes de première ligne dans la riposte au VIH ainsi que des médecins de famille ont déclaré que le droit criminel a « créé un froid » dans leurs relations de counselling.⁴ Mykhalovskiy signale, de plus, l'inquiétude que certains conseillers disent aux PVVIH qu'elles devraient s'assurer de dévoiler leur séropositivité à tous leurs partenaires sexuels, sans égard au degré de risque en cause — une approche qui pourrait influencer des décisions judiciaires de façon qui exacerbe la responsabilité criminelle.⁵

En conclusion, Mikhalovskiy indique que le manque de clarté du critère juridique du risque important porte préjudice à la prévention du VIH :

De manière perverse, au lieu de favoriser l'ouverture, la criminalisation rend plus difficile de fournir un counselling significatif pour la prévention du VIH ainsi que du soutien en lien

avec la non-divulgence. Le recours au droit criminel peut être justifié dans certaines circonstances, certes, mais l'utilisation expansive d'un vague concept juridique de risque important n'est pas très utile à la prévention de la transmission du VIH, ou à la crédibilité du système de justice criminelle.⁶

À la critique de la criminalisation articulée par Mykhalovskiy, s'ajoute l'étude statistique du professeur en sciences infirmières Patrick O'Byrne, « Criminal law and public health practice: Are the Canadian HIV disclosure laws an effective HIV prevention strategy? ».⁷

O'Byrne examine comment le droit criminel actuel relatif à la non-divulgence de la séropositivité au VIH se répercute sur les efforts de la santé publique en matière de prévention du VIH. Alors que l'obligation légale permet possiblement d'éviter quelques cas de transmission, à plus grande échelle elle a peu de chances d'avoir un effet sur le taux de transmission du VIH au niveau populationnel. L'analyse présentée par O'Byrne semble indiquer que les effets les plus marqués sur le plan de la prévention seraient obtenus si des interventions à haute efficacité étaient mises en œuvre et parvenaient à joindre une forte proportion des individus en cause dans la transmission. Or l'auteur démontre que la divulgation de la séropositivité au VIH n'est pas une stratégie efficace pour la prévention du VIH.⁸

Deux lacunes majeures sont identifiées dans son analyse : a) le droit actuel cible des PVVIH qui ne sont impliquées probablement que dans une minorité de cas de transmission, au Canada; et b) les effets préventifs potentiels sont probablement limités, puisque les jugements ne conduisent

pas à des comportements propices à réduire la transmission du VIH.⁹

À l'instar de Mykhalovskiy, O'Byrne conclut que la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH n'apporte rien d'utile pour l'atteinte des objectifs de santé publique.

— Samya Kullab

Samya Kullab (samya.kullab@gmail.com) est bénévole aux communications, pour le Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ E. Mykhalovskiy, « The Problem of 'Significant Risk': Exploring the Public Health Impact of Criminalizing HIV Non-Disclosure », 73 *Social Science & Medicine* (2011) : 670–677.

² Ibid., à 676.

³ Ibid., à 674.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid., à 676.

⁶ Ibid.

⁷ P. O'Byrne, « Criminal Law and Public Health Practice: Are the Canadian HIV Disclosure Laws an Effective HIV Prevention Strategy? », *Sexuality Research and Social Policy* (2012) : 70–79.

⁸ Ibid., à 74–5.

⁹ Ibid., à 76.

Mesures pour restreindre l'accès à l'analgésique OxyContin

Afin de freiner l'abus répandu du médicament analgésique OxyContin, plusieurs provinces canadiennes ont décidé d'en limiter la disponibilité par leurs régimes d'assurance santé.¹

L'Île du Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique ont soit retiré complètement de leur liste, soit limité l'accès à l'OxyContin. Le gouvernement fédéral a pour sa part annoncé en février 2012 qu'il ne paierait plus l'OxyContin aux patients dans le cadre du programme de Services de santé non assurés (SSNA).²

Le fabricant d'OxyContin, Purdue Pharma Canada, remplacera le produit par une nouvelle version appelée OxyNEO, qu'il dit avoir conçue pour « décourager le mauvais usage et les abus ».³

Certains membres de la communauté médicale canadienne et d'organismes d'application de la loi ont accueilli favorablement la mesure. Toutefois, selon Santé Canada, rien ne démontre qu'OxyNEO est moins « propice aux abus ».⁴ Plusieurs provinces ont aussi annoncé qu'OxyNEO ne sera pas couvert par leurs régimes publics et que son accessibilité sera limitée.

L'abus d'OxyContin est répandu, au Canada. Au cours des cinq années ayant suivi sa mise en marché en 2000, les décès liés aux médica-

ments antidouleur ont bondi de 41 % — plus de 300 décès par année y seraient attribuables en Ontario seulement, selon une étude réalisée en 2009 par des médecins de l'Hôpital St. Michael's, à Toronto.⁵

Le problème est particulièrement marqué dans les communautés des Premières Nations. Selon Benedikt Fischer, de l'Université Simon Fraser, plus de 50 % des adultes habitant dans des réserves autochtones du Canada auraient une dépendance à l'OxyContin, et plusieurs pourraient se tourner vers des drogues plus dures, une fois le médicament disparu.⁶

Des experts en matière de gestion de la douleur sont d'avis que le retrait d'OxyContin pourrait avoir des effets inattendus au delà des communautés autochtones, comme une ruée de personnes en sevrage vers les services d'urgence⁷ ou la prescription élargie d'opioïdes moins contrôlés et potentiellement plus néfastes.⁸

En l'absence d'un filet de sûreté adéquat pour le sevrage, des personnes ayant une dépendance à l'OxyContin pourraient opter pour d'autres stupéfiants aussi puissants, comme l'héroïne, dont l'injection intravei-

neuse accroît le risque de transmission du VIH et de l'hépatite C s'il y a partage de seringue.

— David Cozac

¹ « Placing new restriction on OxyContin is not enough », *The Globe and Mail*, 1^{er} mars 2012.

² « Health Canada takes oxy off drug coverage plans », *Wawatay News Online*, 17 février 2012.

³ K. Kirkup, « OxyContin removed from Canadian market », *The Toronto Sun*, 29 février 2012.

⁴ Ibid.

⁵ B. Poynter, « Canada uneasy about OxyContin phase-out », *MinnPost.com*, 6 mars 2012.

⁶ Kirkup (supra).

⁷ Des responsables de la santé publique en Ontario ont déjà signalé que leurs programmes de traitement sont surchargés. Voir « Ontario must boost addiction services and treatment programs to help OxyContin addicts », *The Toronto Star*, 2 avril 2012.

⁸ S. Kirkey, « OxyContin's removal could cause whole new set of problems », *The Gazette (Montréal)*, 1^{er} mars 2012.

En bref

Un rapport recommande des sites d'injection supervisée à Toronto et Ottawa

Un rapport publié conjointement par l'Hôpital St. Michael's et l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto recommande l'implantation, à Toronto et à Ottawa, d'établissements pour l'injection de drogue sous supervision, d'après le modèle d'Insite, qui est en fonction à Vancouver. On recommande d'ouvrir trois sites à Toronto et deux à Ottawa.¹

La *Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study* [Étude évaluative pour la consommation supervisée à Toronto et Ottawa] (la TOSCA), initiée il y a quatre ans, estime que l'ouverture de sites d'injection supervisée (SIS) dans ces deux villes réduirait le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH et par le VHC (virus de l'hépatite C). Des modèles mathématiques indiquent que chaque site qui serait ouvert à Toronto contribuerait annuellement à prévenir de 2 à 3 cas d'infection par le VIH et entre 15 et 20 nouveaux cas de VHC. À Ottawa, où le taux de nouvelles infections par le VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection est le plus élevé en Ontario, le rapport prévoit des effets plus marqués : on estime que 6 nouvelles infections par le VIH et entre 20 et 35 nouvelles infections par le VHC seraient évitées, chaque année.²

Tout en reconnaissant que ces chiffres ne sont pas très élevés, les auteurs signalent que l'initiative conduirait à des économies de soins

de santé. On estime en effet que le coût à vie d'un seul cas d'infection à VIH est de 500 000 \$ CAN, pour le système de soins.³

Le Dr Ahmed Bayoumi, cochercheur principal, a fait part d'une incertitude, à savoir de quelle façon les recommandations formulées dans le rapport pourraient se traduire en politiques. Il a expliqué que l'ouverture d'un SIS nécessite de faire au gouvernement fédéral une demande d'exemption en vertu de l'art. 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances.⁴

Or le gouvernement fédéral actuel a maintes fois affirmé son objection à l'existence de SIS pour les personnes qui s'injectent des drogues et il a livré une bataille judiciaire afin de fermer l'Insite — jusqu'à ce que la Cour suprême du Canada tranche, en 2011, que ce site avait le droit de fonctionner.⁵ Dans son jugement, la Cour a conclu que le gouvernement ne pouvait refuser une exemption en présence d'un besoin démontré de ce service.

— Samya Kullab

Le Nouveau-Brunswick réduit son programme de méthadone

En décembre 2011, le ministère du Développement social du Nouveau-Brunswick a lancé un nouveau programme de prestations pour l'entretien à la méthadone qui limitera à 18 mois la durée des subventions

au transport (habituellement pour des passes d'autobus, essence ou taxi), pour aller à la pharmacie.⁶ Les prestations ont aussi été limitées à 200 \$CAN par mois. Cette nouvelle politique a été développée en réponse à l'appel du gouvernement à tous ses ministères, d'examiner leurs activités et d'identifier des économies de coûts internes.⁷

Selon le porte-parole du Ministère, Mark Barbour, des coupes financières s'imposaient puisque le programme n'était pas viable. En 2011, 1 328 personnes ont demandé la subvention, comparativement à 181 en 2004.⁸ On a jugé que la période raisonnable à allouer pour le rétablissement d'un patient était de 18 mois. M. Barbour a ajouté que le programme n'était pas conçu pour aider les patients à aller chercher leurs ordonnances quotidiennes. Il a aussi indiqué que chaque cas serait évalué individuellement après 18 mois, afin de déterminer si les subventions au transport devraient être maintenues.

Julie Dingwell, directrice générale d'AIDS Saint John, signale que, selon des études, la durée optimale du rétablissement serait d'au moins deux ans.⁹

Les personnes qui utilisent des drogues et qui ont besoin d'assistance pour fréquenter une clinique de méthadone représentent le tiers du budget de transport médical du gouvernement provincial.¹⁰

Puisque l'injection de drogue est un comportement à risque pour l'infection par le VIH, le traitement à la méthadone pour la toxicomanie est considéré comme un important outil de prévention. Des critiques de la

réforme craignent que l'omission de doses quotidiennes fasse en sorte que des patients recommencent à avoir des comportements à risque, en particulier s'ils reçoivent déjà une aide au revenu.

— Samya Kullab

Alberta — Diminution du nombre de cas d'infections transmissibles sexuellement

En 2010, selon l'Annual Report on Notifiable Sexually Transmitted Infections [Rapport annuel sur les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire], le nombre de nouveaux cas d'infections transmissibles sexuellement (ITS) a diminué en Alberta.¹¹ Les taux sont les plus bas depuis six ans, et seraient le fruit d'une vigoureuse campagne de sensibilisation du public initiée par le gouvernement provincial.

On a recensé 16 298 nouveaux cas d'ITS, en 2010, soit une baisse de 5 % par rapport au sommet de l'année précédente (17 217 cas). Il y a eu 192 nouveaux cas diagnostiqués de VIH en 2010, comparativement à 219

en 2009. Le nombre de nouveaux cas de sida (30) est le plus faible depuis 1987.

L'Alberta a fait l'objet de critiques, par le passé, pour ses taux d'ITS et de VIH les plus élevés au Canada. En réponse aux mises en garde de médecins en santé publique concernant une crise de syphilis en 2007, le gouvernement provincial a initié en mai 2011 un plan quinquennal allouant quatre millions \$ par année pendant trois ans à des efforts de réduction des taux d'infection.

Selon le ministre de la Santé, Fred Horne, la campagne « plus énergique » visait à éduquer le public et à rehausser sa sensibilisation. Des publicités Internet et télévisées et des plateformes de médias sociaux ont été utilisées pour rehausser la sensibilisation parmi le groupe le plus à risque : les 15 à 24 ans.¹² M. Horne a indiqué que l'objectif ultime aurait été qu'il n'y ait aucun nouveau cas d'ITS.

Le Dr André Corriveau, médecin d'Alberta Health and Wellness, considère toutefois que des efforts supplémentaires sont requis pour joindre des groupes à risque élevé comme les jeunes de 15 à 24 ans, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes et les populations

autochtones. Dans ce dernier groupe, le taux de VIH était de 22,2 cas par 100 000, comparativement à 4,5 cas par 100 000 parmi les populations non autochtones.¹³

— Samya Kullab

¹ A.M. Bayoumi et coll., *Report of the Toronto and Ottawa Supervised Consumption Assessment Study, 2012*, St. Michael's Hospital et Dalla Lana School of Public Health, 2012. (www.toscacastudy.ca/TOSCA_Report.html)

² Ibid.

³ « Safe injection sites report: Toronto, Ottawa would benefit from facilities », *The Huffington Post*, 11 avril 2012.

⁴ Ibid.

⁵ Voir S. Chu, « Supreme Court of Canada orders Minister of Health to exempt supervised injection site from criminal prohibition on drug possession », à la page 47 du présent numéro.

⁶ K. Donkin, « Methadone benefits to be cut », *Saint John Telegraph-Journal*, 22 décembre 2011.

⁷ « Budget cuts target bus passes for methadone patients », *CBC News*, 21 décembre 2011.

⁸ K. Donkin (supra).

⁹ Ibid.

¹⁰ « Methadone program cuts defended », *CBC News*, 22 décembre 2011.

¹¹ « Alberta's sexually transmitted infection rate falls: report », *The Edmonton Journal*, 31 janvier 2012.

¹² « Alberta's sexually transmitted infection rate falls in 2010: report », *The Huffington Post*, 19 mars 2012.

¹³ Ibid.

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. Sauf indication contraire, les articles de la section dans le présent numéro ont été rédigés par Mme Kazatchkine.

Les compressions au Fonds mondial menacent des efforts de réduction des méfaits en Europe de l'Est et en Asie centrale¹

Au début de 2012, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (le Fonds mondial) a eu dix ans, en pleine crise économique mondiale et en période de difficultés internes.² Peu avant (en novembre 2011), le conseil d'administration du Fonds mondial a pris des décisions qui auront des conséquences pour les pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale — notamment, il a annulé la Ronde 11 de subventions (tout en instaurant des mesures de transition afin que des services élémentaires continuent d'être financés) et il a décrété que 55 % de subventions distribuées par le Fonds mondial par ses divers mécanismes iront à des pays à faible revenu (et les 45 % restants, à des pays à revenu moyen).³

Pour la plupart des pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale, le Fonds mondial est non seulement le principal bailleur de fonds pour des activités concernant le VIH, mais aussi dans bien des cas le seul à financer des services qui soulèvent des sensibilités politiques et qui s'adressent aux populations les plus à risque de la région — en particulier, les personnes qui font usage de drogue par injec-

tion. Le Fonds mondial est parvenu à favoriser des progrès dans la « légalisation » de certains services clés, comme la thérapie de substitution aux opioïdes (TSO) en Ukraine et au Kazakhstan, de même que l'expansion de services de réduction des méfaits à bas seuil, dans la région.

Grâce à l'appui du Fonds mondial, les investissements nationaux dans les ripostes au VIH ont connu une importante augmentation, dans la région, et des pays à revenu moyen fournissent à présent du soutien en matière de traitement du VIH, à même leurs budgets nationaux. Les investissements nationaux pour la réduction des méfaits sont toutefois extrêmement limités : il s'agit en majorité de soutien en nature, à des services médicaux de TSO administrés par les gouvernements, mais les services à seuil bas qui sont fournis par des organismes non gouvernementaux (ONG) ne sont pas soutenus.

Des signes sont déjà visibles, de la crise au Fonds mondial. En Albanie, le financement des services d'échange de seringues et d'assistance a pris fin le 31 mars, sans qu'aucun autre bailleur de fonds n'ait été trouvé.⁴ En Arménie, des sous-récepteurs de projets soutenus par le Fonds mondial ont été informés soudainement, par les récepteurs, de coupes financières pour plusieurs programmes, principalement : près de 500 000 euros (657 000 \$ CAD) quant aux programmes pour les personnes qui s'injectent des drogues; près de 100 000 euros (131 000 \$ CAD) pour les soins et traitements; et une autre somme de 500 000 euros (649 000 \$ CAD) pour le développement de capacité au sein de la société civile, prévu pour les trois prochaines années. En Biélorussie, on prévoit

réduire les ripostes et abolir les programmes destinés à la population générale et aux jeunes en région rurale, alors que l'épidémie se déplace vers des populations clés.

La ronde 11 était censée soutenir la prévention du VIH parmi des populations clés en Lituanie, pays qui est en pleine crise économique et où, jusqu'en 2011, des donateurs de l'extérieur avaient contribué à développer des services et des politiques pour la réduction des méfaits, dans le secteur non gouvernemental. À présent, le pays doit réduire les initiatives. La somme demandée par l'Ukraine a été réduite au cours de la préparation de sa demande de financement au Fonds mondial; puisque le pays n'a pas reçu suffisamment de financement, il prévoit réduire les programmes de réduction des méfaits et les initiatives de renforcement de capacité et de développement communautaire pour les personnes qui font usage de drogue et qui pourraient soutenir la réduction des méfaits.

Au Kirghizistan, les programmes de réduction des méfaits sont officiellement arrêtés, mais continuent de fonctionner de manière irrégulière depuis septembre 2011, après que les vérificateurs administratifs du Fonds mondial aient identifié de « potentielles irrégularités » en 2010.

Afin d'éviter l'interruption de programmes qu'il soutenait antérieurement, le Fonds mondial a établi un Mécanisme de transition. Toutefois, seule la Russie utilisera cette avenue pour les ripostes au VIH. La plupart des autres pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale n'y sont pas admissibles ou ont renoncé à y adresser des demandes jusqu'au moment où ils auraient obtenu confirmation d'autres subventions continues pour leurs programmes en matière de VIH. À

défait de recevoir ces confirmations, ils limiteraient leurs ripostes à un niveau très élémentaire et ils établiraient une distinction entre eux et le plaidoyer, le travail relatif aux droits de la personne et au renforcement de capacité, ce qui ne s'est jamais vu dans le cadre de subventions antérieures. Seulement deux ONG russes ont fait une demande à ce mécanisme de transition pour des services de réduction des méfaits, afin de combler un manque majeur de financement, dans leur pays où les autorités politiques sont farouchement opposées à la réduction des méfaits.

D'autres développements sont prévus cette année et en 2013, alors qu'une série de subventions arriveront au stade d'éventuel renouvellement pour des phases futures. Pour la plupart d'entre eux, dans l'Europe de l'Est et l'Asie centrale, des réductions d'au moins 25 % sont envisagées.⁵ Cette coupe majeure est établie pour les pays à revenu plus élevé, ce qui inclut la majeure partie des pays de la région, en conséquence de la nouvelle règle des 55 %.⁶

La crise du Fonds mondial a entraîné un plaidoyer mondial pour mobiliser de nouvelles ressources. Cependant, au moment où nous rédigeons le présent article, peu de nouveaux bailleurs de fonds se sont avancés. Plus tôt cette année, le Japon a annoncé sa contribution la plus élevée, à 340 millions \$US (341 millions \$CAD) et de nouvelles contributions ont été versées par l'Arabie saoudite et la Fondation Bill & Melinda Gates. Le gouvernement états-unien a proposé une augmentation de 26,9 % de sa contribution annuelle, à compter de 2013, afin de respecter sa promesse initiale de 4 milliards \$US (4,01 milliards \$CAD) sur trois ans.⁷

La Fédération de Russie a l'ambition d'être leader de la riposte au VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale, et elle a les ressources pour le faire. Sa préparation et son leadership ont maintes fois été en montre, le plus récemment lors d'un forum de haut niveau consacré aux Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD 6) dans la région.⁸

Commentaire

Dans un effort pour soutenir la réponse au VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale, le Fonds mondial devrait abolir urgemment sa « règle des 55 % », qui passe outre au fait que les pays à revenu moyen sont ceux où vit le plus grand nombre de personnes qui vivent avec le VIH et la tuberculose. (Deux tiers des personnes qui vivent avec le VIH et qui ont besoin de traitement, et la majorité des personnes atteintes de tuberculose, vivent dans des pays à revenu moyen.)⁹ Alors, des ressources accrues pourraient être à la disposition des pays à revenu moyen, y compris en Europe de l'Est et en Asie centrale, où l'accès aux traitements pour le VIH est parmi les plus faibles au monde, et qui sont encore aux prises avec une augmentation de l'épidémie (contrairement à d'autres régions à revenu moyen).

Le Fonds mondial et d'autres joueurs devraient aussi investir dans un dialogue sur les politiques et sur des stratégies spécifiques à des pays, afin d'aider les gouvernements à investir, à terme, dans la réduction

des méfaits et à établir des mécanismes et des pratiques exemplaires.

Toutefois, un soutien financier de la Russie risque d'entraîner des conséquences néfastes pour la prévention du VIH et les soins dans des populations clés comme celle des personnes qui s'injectent des drogues. Les politiques antidrogue répressives de la Russie, fondées sur une « tolérance zéro » de l'usage de drogue ainsi que sur son rejet de la réduction des méfaits, entravent la prévention du VIH puisque le partage de matériel d'injection contaminé, parmi les personnes qui s'injectent des drogues, est le principal facteur qui alimente l'épidémie du VIH dans la région, y compris en Russie d'ailleurs.

L'expérience internationale démontre que l'épidémie du VIH parmi les personnes qui font usage de drogue par injection peut être stoppée et inversée seulement si des programmes axés sur la santé et sur les droits de la personne sont instaurés, y compris des programmes de réduction des méfaits, comme l'échange de seringues et les TSO. En ce sens, il existe des inquiétudes raisonnables que, hormis son approche au traitement du VIH, la Russie aille un pas plus loin et promeuve ses propres politiques en matière de prévention du VIH.

— *Raminta Stiuikyte et
Ivan Varentsov*

Raminta Stiuikyte
(raminta.stiuikyte@gmail.com) est coprésidente des politiques à l'European

AIDS Treatment Group (EATG); Ivan Varentsov (ivar1981@gmail.com) est coordonnateur régional de l'équipe d'action de la société civile pour l'Eurasian Harm Reduction Network (EHRN).

¹ Adapté d'un rapport de l'Eurasian Harm Reduction Network portant sur l'impact de la crise du Fonds mondial en ce qui a trait aux services de réduction des méfaits en Europe de l'Est et en Asie centrale. Le rapport est disponible sur le site Internet de l'EHRN : www.harm-reduction.org/news/2287-quitting-while-not-ahead-the-global-funds-retrenchment-and-the-looming-crisis-for-harm-reduction-in-eastern-europe-and-central-asia.html.

² Voir, p. ex., A. Kelly, « What does the second decade hold for the Global Fund? », *The Guardian* (U.K.), 2 février 2012.

³ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Transitional Funding Mechanism Decision Point GF/B25/DPI 6*, 2011. (www.theglobalfund.org/documents/board/25/BM25_DecisionPoints_Report_en/)

⁴ Toutefois, deux organismes de terrain se sont portés volontaires pour poursuivre les programmes d'échange de seringues.

⁵ Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, *Forecast of Uncommitted Assets Available for Grants Approvals GF/B25/9*, 2011. (www.theglobalfund.org/documents/board/25/BM25_09ForecastOfAssets_Annexes_en/)

⁶ En juillet 2011, la Banque mondiale n'a classé que deux pays d'Europe de l'Est et d'Asie centrale dans la catégorie des pays à faible revenu : le Kirghizstan et le Tadjikistan. Les autres sont classés comme ayant un revenu moyen, à l'exception de la Croatie et de l'Estonie, qui étaient antérieurement admissibles à du financement. La liste des pays à revenu moyen inclut : Albanie, Arménie, Azerbaïdjan, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Géorgie, Kazakhstan, Kosovo, Macédoine, Moldavie, Monténégro, Lettonie, Lituanie, Roumanie, Fédération de Russie, Serbie, Turquie, Turkménistan, Ukraine et Ouzbékistan.

⁷ C. Lubinski, « PEPFAR raided to meet Global Fund pledge in President Obama's fiscal year 2012 budget », *Sciencespeaksblog.org*, 13 février 2012.

⁸ L'OMD 6 a pour but de contrer et d'inverser les épidémies du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme d'ici 2012. Voir www.who.int/topics/millennium_development_goals/diseases/fr/index.html.

⁹ A. Glassman et coll., *Global Health and the New Bottom Billion: What Do Shifts in Global Poverty and the Global Disease Burden Mean for GAVI and the Global Fund?*, Center for Global Development, Working Paper 270, octobre 2011.

Rapport de l'ONU sur les pratiques discriminatoires fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre

Comme suite à une récente résolution du Conseil des droits de l'homme,¹ la Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme a publié un rapport historique mettant en relief « les principales préoccupations relatives aux droits de l'homme auxquelles les États ont l'obligation de répondre », en lien avec des lois discriminatoires et des actes de violence ciblant des individus en raison de leur orientation sexuelle.² Le rapport décrit aussi comment le droit international des droits de la personne peut être utilisé pour mettre fin à la violence et aux violations de droits humains connexes, en identifiant les normes et obligations internationales applicables.³

Le rapport révèle que « [d]ans toutes les régions du monde, des personnes subissent violences et discrimination en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Dans de nombreux cas, le seul fait qu'une personne soit perçue comme homosexuelle ou transgenre suffit à la mettre en danger. Les violations commises sont, entre autres, des meurtres, des viols et des agressions physiques, des actes de torture, des détentions arbitraires, la négation de la liberté de réunion, de la liberté d'expression et du droit à l'information et la discrimination dans les domaines de l'emploi, de la santé et de l'éducation. »⁴

Selon le même document, 76 pays ont des lois criminalisant les rapports homosexuels ou d'autres lois qui sont utilisées pour criminaliser des individus en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Dans au moins cinq pays — l'Iran, la Mauritanie, l'Arabie saoudite, le Soudan et le Yémen — ils sont passibles de peine de mort. De telles lois, y compris des « lois sur la sodomie », remontent souvent à l'ère coloniale. Le rapport affirme que ces lois contreviennent au droit international

des droits de la personne et qu'elles contribuent à des crimes haineux et homophobes, à des abus policiers, à des actes de torture et à la violence familiale et communautaire à l'endroit de personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenre (GLBT), de même qu'à la légitimation de l'homophobie dans l'ensemble de la société.⁵

Des pratiques discriminatoires fondées sur l'orientation sexuelle et l'identité de genre (notamment la discrimination dans l'emploi, l'éducation et les soins de santé) sont observées dans toutes les régions du monde et sont renforcées dans certains pays par des lois discriminatoires qui criminalisent les rapports sexuels entre personnes de même sexe. Comme l'a noté la Haut Commissaire, « [l]'incrimination de l'homosexualité peut dissuader des personnes de se faire soigner par peur de révéler un comportement réprimé par la loi, ce qui fait que les services de santé et les plans et politiques relatifs à la santé ne tiennent pas compte des besoins spécifiques des personnes homosexuelles, bisexuelles ou transgenres ».⁶

Même dans les pays où l'homosexualité n'est pas criminali-

sée, « les pratiques et les attitudes homophobes, sexistes et transphobes des institutions de santé et de leur personnel peuvent dissuader les personnes homosexuelles, bisexuelles ou transgenres de consulter, ce qui a des répercussions négatives sur les efforts visant à lutter contre le VIH/sida et d'autres problèmes de santé ».⁷

Par ailleurs, le rapport documente comment des personnes GLBT sont souvent l'objet d'oppression dans leurs familles et communautés. Cela se manifeste de différentes façons : des personnes sont expulsées de leur foyer familial, déshéritées, privées d'école, internées dans des institutions psychiatriques, forcées de se marier ou de renoncer à la garde de leurs enfants, châtiées pour leur activisme ou sujettes à des atteintes à leur réputation personnelle. Des personnes GLBT sont aussi « victimes de ce que l'on appelle les « crimes d'honneur », perpétrés contre ceux qui sont considérés par des membres de leur famille ou de leur communauté comme ayant jeté la honte ou le déshonneur sur une famille, souvent pour avoir transgressé les normes relatives au genre ou pour leur com-

portement sexuel, notamment des relations homosexuelles présumées ou réelles ».⁸

Le rapport fournit des exemples d'initiatives développées par des États et d'autres instances pour répondre à ces actes de violence et violations des droits humains. Par exemple, certains États ont rendu plus facile pour les personnes transgenre et intersexe d'obtenir la reconnaissance légale d'un changement de genre sexuel, ou d'indiquer un genre sexuel autre que « homme ou femme ».

La Haut Commissaire a adressé diverses recommandations aux États membres et au Conseil des droits de l'homme. Notamment :

- Enquêter sans délai sur tous les meurtres et autres actes de violence graves commis contre des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre réelle ou présumée qui sont signalés, qu'ils soient commis en public ou en privé, par des acteurs étatiques ou

non étatiques; faire en sorte que les auteurs de tels actes aient à rendre compte de leurs actes; et établir des systèmes permettant d'enregistrer et de signaler de tels actes.

- Veiller à ce que nul individu fuyant des persécutions motivées par son orientation sexuelle ou son identité de genre ne soit renvoyé vers un territoire où sa vie ou sa liberté serait menacée et à ce que les lois et les politiques relatives à l'asile reconnaissent que la persécution d'une personne en raison de son orientation sexuelle ou de son identité de genre peut être une raison valable d'accorder l'asile.
- Abroger les lois qui permettent d'engager des poursuites pénales contre des personnes soupçonnées d'avoir eu des relations sexuelles avec des personnes consentantes du même sexe; harmoniser l'âge du consentement pour les relations hétérosexuelles et homosexuelles; veiller à ce que

d'autres lois pénales ne soient pas utilisées pour harceler ou détenir des personnes en raison de leur sexualité ou de leur identité ou expression de genre; et abolir la peine de mort pour les infractions liées à des relations sexuelles consentantes.

¹ E. Arkin, « L'ONU adopte une résolution historique pour protéger les droits des GLBT », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 15(3), octobre 2011 : 45.

² « UN issues first report on human rights of gay and lesbian people », UN News Centre, 15 décembre 2011.

³ Conseil des droits de l'homme de l'ONU, *Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre : Rapport de la Haut Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, A/HRC/19/4*, 17 novembre 2011.

⁴ « UN issues first report on human rights of gay and lesbian people » (supra).

⁵ Depuis 2000, quelques pays ont abrogé leurs lois criminalisant les rapports homosexuels entre adultes consentants, notamment les États-Unis, l'Inde et l'Azerbaïdjan.

⁶ Conseil des droits de l'homme de l'ONU (supra).

⁷ Ibid.

⁸ Ibid.

États-Unis — Dépôt d'un projet de loi pour abolir la criminalisation du VIH

En septembre 2011, la députée démocratique au Congrès étatsunien Barbara Lee a déposé un projet de loi visant à mettre fin à la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH, qui exigerait un examen des lois et politiques impliquant des poursuites criminelles contre des personnes vivant avec le VIH (PVIH), aux paliers fédéral et des États.¹

La Repeal Existing Policies that Encourage and Allow Legal HIV Discrimination Act [Loi visant à

abroger les politiques existantes qui encouragent et autorisent la discrimination légale contre le VIH] (la

« loi REPEAL ») est la première initiative législative fédérale états-unienne à aborder la discrimination

dans le recours à des lois criminelles et civiles à l'encontre de personnes séropositives au VIH. Elle reflète un consensus actuel quant à l'échec des lois criminelles spécifiques au VIH à influencer positivement les comportements à risque des personnes vivant avec le VIH ou vulnérables à l'infection.

La loi REPEAL prévoit un examen des lois, des politiques, des règlements et des poursuites au criminel et au civil contre des PVVIH, aux paliers fédéral et des États, afin de vérifier s'ils démontrent une compréhension de l'épidémie qui soit centrée sur la santé publique, fondée sur des données probantes et médicalement exacte. L'examen viserait aussi à déterminer si les lois et politiques imposent un fardeau particulier ou additionnel aux PVVIH, au seul motif de leur séropositivité au VIH. La loi propose une assistance technique et d'autres incitatifs pour encourager les États à réformer leurs lois et politiques discriminatoires et ciblant injustement la communauté du VIH/sida.

Au moment du dépôt du projet de loi, 34 États et deux territoires avaient des lois criminelles fondées sur l'exposition présumée au VIH, et des poursuites pour allégations d'exposition au VIH avaient été recensées dans au moins 39 États. De nombreuses poursuites découlent de l'omission alléguée du défendeur de divulguer sa séropositivité au VIH à son/sa partenaire avant une activité sexuelle. D'autres résultent d'un

comportement — morsure, crachat, égratignure, partage de seringues pour l'injection de drogue, activité sexuelle protégée ou non protégée, etc. —, et le risque relatif de transmission du VIH associé à ce comportement est généralement peu, ou pas du tout, pris en compte.

La loi REPEAL se fonde sur un ensemble d'énoncés nationaux et internationaux soulignant la nécessité de réévaluer la criminalisation du VIH. De récents énoncés du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), de la National Alliance of States and Territorial AIDS Directors (NASTAD) et de la Stratégie nationale sur le VIH/sida (NHAS) du président Barack Obama ont remis en question l'efficacité de ces lois.

Commentaire

Le projet de loi REPEAL reconnaît la nécessité de consulter des intervenants du droit et des organismes de lutte contre le VIH/sida et, de façon encore plus importante, des PVVIH affectées par les lois et politiques spécifiques au VIH. Les lois qui imposent un fardeau additionnel aux personnes séropositives au VIH au seul motif de leur séropositivité, qui traitent un résultat positif au test du VIH comme une preuve criminelle, ou qui ciblent des PVVIH par des châtements sévères en l'absence d'un acte répréhensible, contreviennent aux valeurs du traitement équitable au regard du droit, y pour le VIH et d'autres handicaps.

Comme l'a signalé Catherine Hanssens, directrice générale du Center for HIV Law and Policy, les É.-U. ont enfin une proposition relative à la criminalisation qui « se fonde sur la science et la santé publique, plutôt que sur le châtement, comme principale réponse aux incidents d'exposition au VIH et de sa transmission. Elle reflète le courage et le leadership nécessaires à remplacer des réponses punitives coûteuses et futiles, au défi complexe du VIH, par des approches qui peuvent réellement réduire la transmission et la stigmatisation » [trad.]²

— *Adrián Guzmán*

Adrián Guzmán
(aguzman@hivlawandpolicy.org)
coordonne l'initiative Teen SENSE, au
Center for HIV Law & Policy, à New York.

¹ Bureau de la députée au Congrès Barbara Lee, « Congresswoman Call for Repeal of Unfair Criminal and Civil Laws », communiqué, Washington, 23 septembre 2011. La REPEAL HIV Discrimination Act est accessible à www.hivlawandpolicy.org/resources/view/650.

² « Rep. Lee introduces groundbreaking anti-HIV criminalization bill », Housingworks.org, 26 septembre 2011.

Une déclaration commune de l'ONU appelle à la fermeture des centres de détention et de réhabilitation obligatoires pour toxicomanes

En mars 2012, douze agences des Nations Unies ont publié une déclaration conjointe appelant à la fermeture des centres de détention et de réhabilitation obligatoire pour la toxicomanie.¹ Elles enjoignent aux États membres de mettre en œuvre, dans la collectivité, des services sociaux et de santé volontaires et fondés sur des données et sur les droits.

Selon la déclaration, l'existence de tels centres « soulève des questions de droits de l'homme et menace la vie des détenus, y compris en raison de la vulnérabilité accrue au VIH et à la tuberculose (TB) »; et la détention est souvent imposée sans procès équitable, protection juridique ou examen judiciaire.²

Les agences signalent l'absence de preuves à l'effet que les centres de détention et de réhabilitation pour la toxicomanie « représentent un environnement propice ou efficace pour le traitement de la dépendance à la drogue », pour la « réhabilitation » des personnes impliquées dans le travail sexuel, ou pour les enfants victimes d'exploitation sexuelle, d'abus ou d'un manque de protection et de soins adéquats.³

La déclaration exhorte les États qui gèrent de tels centres à les fermer immédiatement et à libérer les personnes détenues. À la mise en liberté, « des services de soins de santé appropriés devraient être fournis à ceux qui en ont besoin, sur une base volontaire, dans la collectivité ».⁴ Cela devrait inclure un traitement de la dépendance à la drogue qui soit fondé sur des données, de même que des services de prévention, de traitement et de soins pour le VIH et la TB.

Commentaire

Cette déclaration conjointe est un progrès bienvenu au chapitre des politiques internationales sur les drogues, mais elle brosse un portrait incomplet de l'incarcération des personnes qui font usage de drogue. Elle n'aborde pas la situation des personnes qui sont emprisonnées pour possession de drogue à des fins d'usage personnel — mais qui n'ont pas nécessairement une dépendance à la drogue — ni la détention pour des délits mineurs, comme le menu larcin (p. ex., vol à l'étalage), perpétrés pour financer une dépendance.

À l'échelle mondiale, des dispositions des conventions des Nations Unies sur les drogues,⁵ qui sont transposées dans les lois nationales, rendent criminel de posséder une quantité de drogue illicite souvent inférieure à une seule dose. Plusieurs États vont au delà des exigences des conventions, en faisant de l'usage de drogue une infraction criminelle souvent passible d'incarcération.⁶ Il convient alors de se demander en quoi diffèrent le fait de garder des individus dans des centres de détention pour le « traitement » ou la « réhabilitation » pour toxicomanes, et celui d'incarcérer des personnes pour la possession d'infimes quantités de drogue.

La déclaration conjointe soutient que les centres échouent à l'objectif du traitement de la dépendance. Par conséquent, l'incarcération ou le châtime de personnes qui font usage de drogue, pour la possession de drogue ou pour des délits non violents servant à financer leur dépendance, constitue un moyen discutable d'atteindre l'objectif de contrôle de la drogue énoncé dans les conventions onusiennes — plus précisément, la santé et le bien-être, la prévention de la dépendance à la drogue, la protection des économies légitimes, la stabilité, la sécurité et la souveraineté des États.⁷

Le nombre croissant de cas d'arrestation et d'incarcération de personnes qui utilisent des drogues n'a pas d'effet notable sur la consommation de drogue dans la population,⁸ ni sur l'accès aux drogues illicites. Par ailleurs, la disponibilité et l'accessibilité des stupéfiants ne sont pas affectées par le recours massif au châtime.⁹ La peur des arrestations et des sanctions n'est pas un facteur déterminant dans la décision d'un individu de consommer des drogues ou d'en faire le trafic.

Au delà du simple fait de dénoncer les centres de détention pour la toxicomanie, l'ONU devrait aborder le problème plus vaste de l'incarcéra-

tion des personnes qui font usage de drogue pour des délits liés à la drogue sans victime ou pour des délits non violents dont la cause sous-jacente est la dépendance à la drogue. Avec le même raisonnement et les mêmes fondements de droits humains, les agences qui ont appuyé la déclaration conjointe auraient pu aller plus loin en abordant le châtiement disproportionné et irrationnel des personnes qui font usage de drogue, pour des actes auxquels il serait beaucoup plus efficace de répondre par des interventions de santé publique plutôt que par des sanctions criminelles.

— Mikhail Golichenko et David Cozac

¹ Les entités incluent : Organisation internationale du travail; Bureau du Haut Commissariat aux droits de l'homme; Programme des Nations Unies pour le développement; Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture; Fonds des Nations Unies pour la population; Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés; Fonds des Nations Unies pour l'enfance; Office des Nations Unies contre la drogue et le crime; Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme; Programme alimentaire mondial; Organisation mondiale de la santé; et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida. La déclaration conjointe est accessible à www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/JC2310_Joint%20Statement6March12FINAL_en.pdf.

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

⁵ Convention unique sur les stupéfiants de 1961, tel qu'amendée par le Protocole de 1972; Convention de 1971 sur les substances psychotropes, 1971; Convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes 1988.

⁶ Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, *L'usage illicite de stupéfiants dans l'UE : approches juridiques*, 2005, p. 13.

⁷ Tel qu'énoncé dans les préambules des conventions de l'ONU sur les drogues.

⁸ S. Friedman et coll., « Drug Arrests and Injecting Drug Deterrence », *American Journal of Public Health* (2011) 101 : 344–349; D. Werb et coll., « Effect of drug law enforcement on drug-related violence: evidence from scientific review », *Journal of Epidemiology and Community Health* (2010); L. Degenhardt et coll., « Toward a global view of alcohol, tobacco, cannabis, and cocaine use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys », *PLoS Medicine* 5 (2008) : 1053–67; UK Drug Policy Commission, « Consultation paper on sentencing for drug offences », juillet 2009.

⁹ Office of the National Drug Control Policy of The Executive Office of the President of the USA, *The Price and Purity of Illicit Drugs: 1981 through the Second Quarter of 2003*, novembre 2004; P. Reuter, « Ten years after the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS): assessing drug problems, policies and reform proposals », *Addiction* 104 (2009) : 510–7; Commission européenne, *A report on Global Illicit Drugs Markets 1998–2007*, 2009.

Chine — Des provinces instaurent le test nominatif du VIH

En février 2012, les provinces du Guangxi et du Hunan ont dévoilé leurs plans d'exiger le vrai nom des patients pour tous les tests de sérodiagnostic du VIH, dans des propositions de règlements sur le VIH/sida.¹ L'annonce a déclenché des discussions publiques à grande échelle, quant à l'utilisation des vrais noms et à la protection de la confidentialité.

Le ministère de la Santé du Guangxi a affirmé par la suite que la consignation du vrai nom ne serait faite qu'au moment du second test, confirmatoire,² et non à l'étape du dépistage initial.

Le ministère chinois de la Santé a exprimé son appui aux règlements proposés. Wang Yu, directeur du Centre national de contrôle des maladies (CDC), a déclaré aux médias

qu'il considère le test nominatif comme un élément propice à la prévention et au traitement du VIH parce qu'il permet au gouvernement d'effectuer un suivi, relativement aux personnes vivant avec le VIH (PVVIH), et de s'assurer qu'elles sont traitées.³

D'après la réglementation nationale, le médecin est censé informer d'abord le patient pour

lequel un test de sérodiagnostic est positif. Dans la pratique, toutefois, il est fréquent que des succursales régionales du CDC informent d'abord les membres de sa famille, les autorités sanitaires locales, et même l'employeur, avant d'informer le patient.⁴ Des pratiques inappropriées dans les procédures de suivi, comme la venue au domicile du patient d'une automobile identifiée du sigle

du CDC, peuvent conduire à des violations de la confidentialité.

Le ministère de la Santé n'a pas encore annoncé de mesures axées sur l'amélioration des garanties de confidentialité pour l'instauration du test nominatif.

Commentaire

On estime que 780 000 personnes vivent avec le VIH/sida, en Chine, mais plus de la moitié ne sont pas retrouvables : plusieurs personnes se cachent, après avoir passé un test initial, et ne retournent pas pour obtenir le résultat.⁵ Puisque la discrimination à l'égard des PVVIH est répandue, dans le pays, la protection de la confidentialité est une préoccupation. Des PVVIH peuvent être renvoyées d'écoles, avoir du mal à trouver un emploi ou à avoir une promotion, et même se voir refuser des soins par des fournisseurs de soins de santé.

Le pays améliore graduellement son système pour le test du VIH, mais plusieurs lacunes demeurent. De nombreux centres de test ne donnent

pas de counselling pré-test et post-test. Certains médecins ont affirmé ne pas pouvoir donner du counselling à toutes les personnes qui passent le test, parce que les hôpitaux sont surchargés et manquent d'argent, et parce que les docteurs ne suffisent pas à la tâche. Lorsqu'un counselling est donné, la rareté de travailleurs sociaux et l'implication minime d'organismes communautaires peuvent entraîner qu'il ne soit pas fourni par des professionnels formés en la matière, mais plutôt par des travailleurs de la santé susceptibles de discrimination à l'égard des PVVIH.

Une importante facette du counselling post-test est le soutien psychologique visant à atténuer le choc émotif pour le patient séropositif; mais en Chine c'est une lacune frappante du counselling, lorsqu'il est offert.

Le test du VIH devrait être conforme aux « trois C » — les principes du consentement éclairé, du counselling et de la confidentialité. Une politique qui ne tiendrait pas compte des préoccupations formulées par les

organismes non gouvernementaux en matière de VIH/sida, dans le pays, et qui ne répondrait pas aux craintes des personnes à risque pousserait des gens à éviter de passer le test, ce qui augmentera le risque d'infection par le VIH.

— Shen Tingting

Shen Tingting (tshen@asiacatalyst.org) est directrice du plaidoyer au Korekata AIDS Law Center, à Beijing.

¹ Cao Baoyin, « HIV Real Name Testing: Confidentiality is Important », *Xinjing News*, 20 mars 2012.

² Chen Xianling, « Guangxi HIV Real Name Testing, Authority Stated It is Conducted in Confirmatory Testing », *Southern City News*, 5 avril 2012.

³ Wu Jie, « Officials of Ministry of Health: HIV Real Name Testing benefits HIV Prevention and Control », *Southern Weekly*, 20 mars 2012.

⁴ Feng Lifei, « People Living with HIV/AIDS: Real Name Testing Drives Us to a Corner », *Wangyi News*, 20 mars 2012.

⁵ Lv Nuo, « Minister of Health Talked About Response to HIV/AIDS in China », *Xinhua News*, 2 avril 2012.

La Russie ordonne la fermeture d'un site Internet d'ONG informatif sur la réduction des méfaits

Le 3 février 2012, le site Internet de l'Andrey Rylkov Foundation for Health and Social Justice (ARF), un organisme non gouvernemental (ONG), a été fermé sous les ordres du Service fédéral de lutte antidrogue (SFLA), pour cause de propagande relative à des stupéfiants — une infraction administrative, en Russie.¹

Un représentant du SFLA a ensuite déclaré à des journalistes que le site Internet avait été bloqué parce qu'il contenait « de la propagande sur le traitement de substitution, interdit

dans la Fédération de Russie », et que cela contrevient à la *Loi sur les moyens narcotiques et les substances psychotropes* ainsi qu'à la Politique nationale antidrogue. Il a affirmé que, pour ces raisons, la fermeture du site Internet ne constituait pas une violation du droit à la liberté d'expression.²

Appuyée par des avocats russes, l'ARF s'est opposée à la décision et a intenté une action en justice contre le SFLA. Sur la scène internationale, l'ARF et ses sympathisants ont approché plusieurs Rapporteurs spéciaux des Nations Unies ainsi que l'UNESCO, alléguant que la fermeture du site Internet constitue une violation des droits interconnectés à la liberté d'expression, au meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint et au bénéfice des progrès scientifiques et de leurs applications.³

En Russie et dans les pays russophones, les sites Internet du domaine « .ru » sont la principale source d'information sur les services de réduction des méfaits, y compris le traitement de substitution aux opioïdes (TSO). Le site Internet de l'ARF était le seul à réunir des informations objectives d'ordre scientifique et de droits humains, relativement au TSO, notamment une bibliothèque consolidée de publications d'agences onusiennes et d'instances de droit international des droits humains, de rapports scientifiques, d'expériences nationales et d'entrevues auprès de personnes qui font usage de drogue.

Commentaire

À l'exception de la Russie, du Turkménistan et de l'Ouzbékistan, des programmes de TSO ont été mis en œuvre aux quatre coins de l'Europe de l'Est et de l'Asie centrale,

souvent dans le cadre de projets pilotes financés par des bailleurs de fonds internationaux.⁴ En dépit des nombreuses preuves de l'efficacité du TSO pour le traitement de la dépendance aux opioïdes et pour la prévention du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues,⁵ la question a soulevé des débats, dans ces pays, voire des appels à l'interruption immédiate des programmes en raison d'allégations d'inefficacité et de perpétuation de l'usage de drogue par le remplacement d'une drogue par une autre.⁶

Les détracteurs du TSO s'appuient sur la position de la Fédération de Russie, citant des médecins russes de traitement de la toxicomanie, des responsables du ministère de la Santé et le SFLA. La désinformation sur le TSO est devenue pratique courante chez les hauts dirigeants de la santé publique et de la lutte antidrogue, au pays.

Il est important de noter qu'en Russie, la loi fédérale interdit la liberté d'information si elle concerne l'usage médical de stupéfiants.⁷ Depuis 2009, des organismes russes d'application de la loi sont mandatés par le Conseil de sécurité,⁸ le président et le Comité étatique antidrogue⁹ de limiter les activités des organismes de la société civile qui font la promotion de moyens de rechange pour le traitement de la toxicomanie, comme le TSO.¹⁰

Par conséquent, des hauts dirigeants de l'État font régulièrement de fausses déclarations à propos du TSO, qui sont publiées sur les sites Internet officiels des agences nationales. Parallèlement, l'État interdit la dissémination publique d'informations correctes sur le TSO.

La fermeture du site Internet de l'ARF fait en sorte que les informa-

tions inexactes et erronées fournies par des agences russes à propos du TSO demeurent incontestées, ce qui pourrait reporter l'introduction du TSO en Russie et empêcher son développement dans des pays russophones. Sans programme complet de TSO appuyé par les autorités russes, il y a peu de chances que l'on réussisse d'ici à 2015 à freiner et à renverser l'épidémie du VIH en Europe de l'Est et en Asie centrale — un but énoncé dans la Déclaration du Millénaire de l'ONU.¹¹

— Mikhail Golichenko

¹ « Order of the Moscow Department of the Federal Drug Control Service », No. 1/15-344, 25 janvier 2012.

² I. Chevtaeva, « Experts on the Russian Drug Policy and the Ban on its Discussion », Svobodanews.ru, 10 février 2012. (titre traduit du russe à l'anglais par l'auteur)

³ Voir Andrey Rylkov Foundation, *Information note regarding retaliation of the Government of the Russian Federation against the Andrey Rylkov Foundation for Health and Social Justice*, février 2012; et Réseau juridique canadien VIH/sida et Andrey Rylkov Foundation, *When Science is Just a Decoration: Russian Drug Policy & the Right to Scientific Progress*, mars 2012.

⁴ A. Latypov et coll., *Opioid Substitution Therapy in Eurasia: How to increase the access and improve the quality*, International Drug Policy Consortium, 2012.

⁵ Voir Organisation mondiale de la santé, *Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence*, 2009.

⁶ Voir E. Kozmets, « Are we hooked up on narcotics? », Caravan.kz, 4 mars 2011; et A. Makenov, « Ernest Abdysaparov: Methadone in Kyrgyzstan is illegal », Knews.kg, 7 décembre 2011. (titres traduits du russe à l'anglais par l'auteur)

⁷ Voir l'article 40.2 de la Loi fédérale # 3-FZ du 8 janvier 1998 sur les moyens narcotiques et les substances psychotropes.

⁸ Le Conseil de sécurité facilite les décisions du président en matière de sécurité d'État.

⁹ Le Comité étatique antidrogue a été créé en 2007 pour coordonner les activités des agences étatiques afin de contrer le trafic de drogue. Il est dirigé par le directeur du SFLA et composé de dirigeants des ministères et services fédéraux comme le ministère de la Santé, le ministère de l'Intérieur et le Service fédéral de sécurité.

¹⁰ Un tel mandat est stipulé par le Décret n°690 du président de la Fédération de Russie, daté du 9 juin 2010 et intitulé « On the approval of the State Anti-Drug Policy Strategy of the Russian Federation until 2020 », le Plan pour la mise en œuvre de la Stratégie de politique étatique antidrogue de la Fédération de Russie jusqu'en 2020

et le Protocole de la rencontre du Conseil de sécurité du 8 septembre 2009.

¹¹ Assemblée générale des Nations Unies, *Déclaration du Millénaire des Nations Unies A/RES/55/2*, 18 septembre 2000.

Fardeau disproportionné de VIH parmi les travailleuses sexuelles de pays à revenu faible et moyen

Un examen systématique et une méta-analyse de la Johns Hopkins School of Public Health révèlent que les travailleuses sexuelles ont un risque élevé de VIH, à travers le monde.¹ L'analyse a inclus 102 articles et rapports de surveillance sélectionnés, représentant 99 878 travailleuses sexuelles de 50 pays.

Dans les pays à revenu faible et moyen, le risque de contracter le VIH était pratiquement 14 fois plus élevé pour les travailleuses sexuelles que pour les femmes de la population générale. L'Asie était la pire région, en ce qui concerne le risque d'infection chez les travailleuses sexuelles. Par exemple, en Inde, des données des cinq dernières années ont révélé que les travailleuses sexuelles ont cinquante fois plus de chances de contracter le VIH, malgré l'existence de programmes progressistes de prévention du VIH.

Ailleurs, la prévalence du VIH était plus limitée parmi les travailleuses sexuelles de l'Amérique latine et de la Caraïbe, où le risque élevé de VIH dans cette population a été reconnu et abordé de manière précoce. L'étude cite l'exemple du Brésil, qui a refusé des fonds de l'Agence de développement international des

États-Unis qui auraient limité sa capacité de surveillance complète et de fourniture de services aux travailleuses sexuelles. Le gouvernement brésilien a plutôt décidé de continuer d'investir dans la prévention du VIH parmi les travailleuses sexuelles à travers le pays.

Les données sur les travailleuses sexuelles en Europe de l'Est, au Moyen-Orient et en Afrique du Nord sont rares, mais les études disponibles indiquent que la prévalence du VIH se concentre parmi ce groupe.

De façon générale, les travailleuses sexuelles de pays où la prévalence du VIH est faible ou très faible ont plus de chances de contracter l'infection que celles de pays où sa prévalence est de modérée à élevée parmi toutes les femmes; quoique, dans le contexte d'une épidémie généralisée comme en Afrique subsaharienne, les travailleuses sexuelles étaient 12 fois

plus susceptibles que les autres femmes d'avoir contracté le VIH.

Environ les deux tiers des pays à revenu faible et moyen n'ont pas de données sur le VIH parmi les travailleuses sexuelles. Selon l'étude, « les explications possibles à ce manque incluent la stigmatisation sociale, la criminalisation du travail sexuel et le « serment anti-prostitution » qui a assimilé l'enjeu du travail sexuel à celui du trafic de personnes, et réduit significativement le financement de la recherche et l'intérêt des chercheurs dans ce domaine. »[trad.]²

De tels facteurs contribuent aussi à accroître le risque d'infection par le VIH en limitant l'accès à la prévention et en poussant les travailleuses sexuelles vers la clandestinité. C'est pourquoi « il sera nécessaire de tenir compte du cadre juridique et de politiques pertinent aux travailleuses sexuelles, et du rôle important de la

stigmatisation, de la discrimination et de la violence à leur égard, à l'échelle mondiale, pour réduire le fardeau disproportionné de la maladie chez ces femmes. »[trad.]³

Le risque disproportionné d'infection par le VIH parmi les travailleuses sexuelles, documenté dans cette étude, incite à la mise à l'échelle urgente

d'« initiatives complètes visant à la fois la prévention du VIH, l'accès au traitement antirétroviral et les soins pour les travailleuses sexuelles, en particulier dans la perspective du rôle établi du traitement comme méthode de prévention », ont signalé Julio Montaner et Kate Shannon dans un commentaire sur l'étude.⁴

¹ S. Baral et coll., « Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis », *The Lancet Infectious Disease*, DOI: 10.1016/S1473-3099(12)70066-X, 15 mars 2012.

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ K. Shannon et J. Montaner, « The politics and policies of HIV prevention in sex work », *The Lancet Infectious Disease*, DOI: 10.1016/S1473-3099(12)70066-X, 15 mars 2012.

Lien possible entre des contraceptifs et la transmission du VIH : consultation internationale

Une étude publiée en octobre 2011 dans *Lancet Infectious Diseases* indiquait que l'utilisation de contraceptifs hormonaux était associée à des taux deux fois supérieurs d'acquisition du VIH-1 chez la femme et de transmission du VIH-1 de la femme à l'homme.¹ Les auteurs ont conclu que les femmes devraient recevoir du counselling sur le risque accru de VIH-1 associé à l'utilisation d'un contraceptif hormonal et sur l'importance d'une double protection (avec condom) pour réduire ce risque.²

Cette étude n'est pas la première à démontrer un lien entre les contraceptifs hormonaux et le risque accru de transmission du VIH, mais ses résultats notables ont incité l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à organiser une consultation technique sur le sujet. Le 16 février 2012, une note aux médias a indiqué que « [s]uivant l'avis de son Comité d'évaluation des directives, l'OMS a conclu que les femmes qui vivent avec le VIH ou qui courent [sic] un grand risque de

contracter le virus peuvent continuer, sans danger, à recourir à la contraception hormonale ». ³

La déclaration technique accompagnant la note expliquait que les femmes vivant avec le VIH ou à risque élevé d'infection par le VIH peuvent utiliser toutes les méthodes de contraception, sans restriction, mais que celles qui ont un risque élevé de contracter le VIH et qui utilisent un contraceptif injectable à base de progestérone devraient se

voir recommander de toujours utiliser un condom. Pour les femmes vivant avec le VIH, il est noté que l'usage constant et approprié du condom est crucial à la prévention du VIH. La déclaration technique recommande aussi des recherches supplémentaires sur le sujet.⁴

Des critiques à l'égard de la déclaration de l'OMS ont porté sur la nécessité de communiquer ces résultats cruciaux aux femmes. Lillian Mwareko, seule représentante de la

société civile africaine invitée à participer à la consultation, a déclaré : « Nous sommes à un point où nous devons agir très rapidement... En tant que femme siégeant à cette rencontre, j'ai l'impression que nous avançons très lentement [dans la communication de ces informations], et cela est inacceptable. »⁵

Commentaire

Les femmes ont le droit de prendre des décisions pleinement éclairées, en ce qui concerne leur santé sexuelle et génésique. Elles doivent savoir que l'utilisation de contraceptifs hormonaux peut comporter des risques, et comment s'en protéger ainsi que leurs partenaires. Afin qu'elles puissent faire des choix éclairés quant à

leur santé et donner leur consentement éclairé à la contraception hormonale, les fournisseurs de soins de santé et les conseillers doivent leur expliquer ces importants résultats de recherche — à la fois ce que l'on sait et ce que l'on ne sait pas encore de l'effet des divers types de contraceptifs hormonaux.

Conformément à l'engagement de l'ONU aux droits des femmes, l'OMS et l'ONUSIDA devraient jouer un rôle de leader dans la provision aux femmes d'informations exactes et veiller à ce qu'une gamme complète de méthodes contraceptives et de technologies de prévention du VIH leur soit accessible.

— Alison Symington

Alison Symington (asymington@aidslaw.ca) est analyste principale des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

¹ R. Heffron et coll., « Use of hormonal contraception and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort study », *The Lancet Infectious Diseases* 12 (2012) : 19–26. Il est à noter que la forme de contraception hormonale la plus utilisée parmi le groupe à l'étude était les contraceptifs injectables. Les résultats sont insuffisants pour tirer des conclusions définitives à propos du lien entre l'utilisation de contraceptifs oraux et le VIH.

² Ibid., à p. 25.

³ Organisation mondiale de la santé, « L'OMS confirme ses recommandations sur la contraception hormonale et le VIH », note aux médias, Genève, 17 février 2012.

⁴ Organisation mondiale de la santé, « Hormonal contraception and HIV: Technical Statement », 16 février 2012, p. 4.

⁵ « Hormonal contraception advice not reaching women », *SafAIDS*, 6 mars 2012.

Un rapport exhorte le gouvernement chinois à verser une compensation aux victimes du désastre du sang

Un nouveau rapport déplore que les milliers de personnes qui ont contracté le VIH en raison du désastre dans le système de dons de sang, en Chine, n'aient pas réussi à obtenir une juste compensation par le système légal; un fonds national de compensation est demandé.

Le rapport, *China's Blood Disaster: The Way Forward*,¹ a été publié conjointement par l'organisme Asia Catalyst, établi aux États-Unis, et le Korekata AIDS Law Center à Beijing. Pour la collecte d'information, des chercheurs du centre Korekata sont allés dans des villages

isolés, interviewer plus d'une trentaine de victimes du sang contaminé; ils ont aussi consulté les dossiers d'aide juridique concernant 30 autres victimes, avant de formuler des recommandations de politiques.

Au cours des années 1990, des centres de collecte de sang parrainés

par l'État, mais à but lucratif, ont employé des pratiques non sécuritaires pour prélever du sang auprès de fermiers pauvres; le VIH s'est ainsi propagé à des milliers de personnes, dans le Hénan et d'autres provinces du centre du pays. Une fois dans les réserves de sang des hôpitaux, le

VIH a été propagé par transfusion sanguine, et ultérieurement par voie sexuelle et périnatale.

Lorsque des organismes non gouvernementaux et les médias ont révélé le scandale, le gouvernement chinois a tenté de contrôler la situation en interdisant la vente de sang. Cependant, la plupart des victimes n'ont pas reçu de compensation pour les préjudices subis. Le gouvernement estime leur nombre à 65 100, mais des militants du domaine du VIH/sida croient qu'il est plus grand.

Le récent rapport documente les efforts légaux des personnes touchées pour recevoir une compensation ainsi que l'échec du système judiciaire à y répondre — plusieurs tribunaux ayant refusé les poursuites concernant la transmission du VIH par le sang contaminé. Même dans les rares poursuites acceptées, les obstacles de procédure ont été nombreux :

- les cours peuvent mettre plusieurs années avant de rendre un verdict, pour peu que l'affaire n'ait pas été suspendue en raison de pressions politiques;
- les avocats ont peiné à fournir la preuve du lien de causalité entre la transfusion de sang et l'infection par le VIH, en particulier dans les cas où des dossiers d'hôpital ont été égarés ou détruits; et
- dans les rares cas où les plaignants ont eu gain de cause, certains ont trouvé difficile, voire

impossible, de faire appliquer le jugement.

Des protestations actives ont permis à certains plaignants de faire pression sur un hôpital ou sur un gouvernement local, hors cours, pour toucher une mince compensation. Or, vu l'absence d'une politique en la matière, les montants accordés ont été très variables, soit de 40 000 à 440 000 yuans (6 274 à 62 740 \$ CAN).

Le rapport mise sur les normes juridiques internationales et sur la réponse d'autres pays à des désastres semblables du système d'approvisionnement en sang, pour formuler des recommandations détaillées relativement à une politique nationale de compensation; les mesures proposées incluent :

- une enquête complète et indépendante, pour estimer de manière fiable le nombre de personnes touchées (personnes qui ont vendu du sang à des centres financés par le gouvernement; personnes qui ont reçu des transfusions de sang contaminé; partenaires et enfants qui ont contracté l'infection par transmission secondaire);
- des recommandations détaillées pour la création et le fonctionnement du fonds de compensation, y compris sur l'admissibilité des plaignants, les montants des compensations, et l'implication de la société civile; et

- des excuses officielles aux victimes, de la part du gouvernement.

Les propositions en vue d'un fonds de compensation pour les personnes qui ont contracté le VIH en raison de sang contaminé ont été présentées au Comité national de la Conférence consultative politique du peuple chinois, où les législateurs procèdent à leur examen.

— Sara L.M. Davis et
Shen Tingting

Sara L.M. Davis (mdavis@asiacatalyst.org) est directrice générale d'Asia Catalyst, à New York, et Shen Tingting (tshen@asiacatalyst.org) est directrice du plaidoyer au Korekata AIDS Law Center, à Beijing.

¹ Asia Catalyst et Korekata AIDS Law Center, *China's Blood Disaster: The Way Forward*, mars 2012. (<http://asiacatalyst.org/blog/2012/03/china-compensate-hiv-blood-disaster-victims.html>)

En bref

Criminalisation du VIH : la société civile internationale publie la Déclaration d'Oslo

En février 2012, vingt individus et organismes de la société civile internationale — notamment des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) et des alliés des domaines médical, social, éthique, politique, humanitaire et judiciaire, qui ont une expertise d'enjeux liés au recours au droit criminel en réponse au VIH — ont rendu publique la Déclaration d'Oslo sur la criminalisation du VIH. Le document dénonce le recours trop large au droit criminel, contre des PVVIH. On y rappelle qu'« [u]n nombre croissant d'études scientifiques démontre que criminaliser la non-divulgence du statut sérologique, l'exposition au risque de transmission ainsi que la transmission non intentionnelle du VIH font plus de mal que de bien en termes d'impact sur la santé publique et les droits humains ».¹

Les auteurs de la déclaration demandent que, conformément aux recommandations de l'ONUSIDA, les États qui ont adopté des lois spécifiques au VIH les abrogent. Si, « après un réexamen au niveau national fondé sur des données probantes », un État déterminait que ses lois criminelles spécifiques au VIH sont encore nécessaires, les poursuites en vertu de ces lois « devraient respecter les principes de proportionnalité, de prévisibilité, d'intentionnalité, de causalité et de non-discrimination ... [et] elles devraient toujours reposer sur

les connaissances scientifiques et médicales les plus récentes dans le domaine du VIH/sida, être fondées sur un préjudice effectif et non sur un simple risque de préjudice et, enfin, être en adéquation avec les objectifs de santé publique et les obligations internationales en matière de droits humains. »²

Dans les ressorts où des lois générales sont utilisées ou susceptibles d'être utilisées pour des poursuites concernant le VIH, des lignes directrices à l'intention des procureurs et de la police devraient être développées, en consultation avec les principaux dépositaires d'enjeux, de manière à assurer que le droit est clair et que les enquêtes policières sont appropriées.

Dans plusieurs pays, la transmission du VIH, l'exposition au VIH et/ou la non-divulgence de la séropositivité sont criminalisées. Dans certains pays, des dispositions des lois criminelles générales sont adaptées et appliquées à des affaires impliquant le VIH, mais plusieurs pays ont adopté des lois pénales spécifiques au VIH. Alors que depuis quelques années les poursuites et l'adoption de nouvelles lois spécifiques en la matière sont l'objet d'une tendance croissante, le bien-fondé de la criminalisation du VIH est à présent remis en question par plusieurs pays, à la lumière des progrès de la science du VIH et du traitement de l'infection.³

La Déclaration d'Oslo a été rendue publique en Norvège, lors d'une Consultation globale de haut niveau sur la criminalisation du VIH (la *Global High Level Policy Consultation on the Science and*

Law of the Criminalisation of HIV Non-disclosure, Exposure and Transmission) organisée par le gouvernement norvégien et l'ONUSIDA. L'objectif de cette initiative était de réunir les décideurs politiques et les acteurs concernés en un forum global afin de réexaminer les législations et politiques existantes sur la criminalisation de la non-divulgence de la séropositivité au VIH, de l'exposition au VIH ainsi que de sa transmission à la lumière des plus récentes et pertinentes connaissances scientifiques, médicales, juridiques et de santé publique.⁴

Entre son lancement et la rédaction du présent article, plus de 1 300 individus et organismes des quatre coins du monde avaient signifié leur appui à la Déclaration.

R.-U. — Fin des frais pour le traitement du VIH aux migrants sans papiers

Plus tôt cette année, en réponse à un lobbying de plusieurs années mené par des organismes de riposte au VIH, auquel s'ajoutait la menace d'un amendement (rédigé par le National AIDS Trust et proposé par Lord Fowler⁵) de sa loi sur les soins sociaux et de santé [Health & Social Care Bill] par la Chambre des Lords, le gouvernement britannique a annoncé qu'il mettra fin aux frais imposés pour le traitement du VIH, pour toutes les personnes vivant en Angleterre, y compris les migrants sans papiers.⁶

L'amendement aurait accordé l'accès gratuit à ce traitement après six mois de résidence au pays (en situation légale ou non), mais le gouvernement est allé plus loin encore, en abolissant l'exigence temporelle. Le point de vue du gouvernement semble être que, puisque le traitement du VIH peut réduire l'infectiosité de la personne séropositive, mieux vaut y donner accès le plus tôt possible afin de réduire la transmission et les coûts associés aux soins de santé pour toute personne qui vit au Royaume-Uni, quel que soit son statut officiel. Des lignes directrices sont en préparation afin d'empêcher que des gens viennent abuser du nouveau système de traitement gratuit.

Il a été annoncé, de plus, que tous les autres règlements du National Health Service (NHS) relativement aux frais pour les migrants seraient bientôt soumis à un examen complet.

La perspective du traitement comme outil de prévention a été déterminante de cette modification de la position du gouvernement; toutefois, des données démontrant que des pratiques différentes chez les voisins (le Pays de Galles et l'Écosse) n'avaient pas entraîné d'augmentation du recours aux services ont exercé une influence, de même que le plaidoyer soutenu.

Depuis plusieurs années, le NHS, gratuit pour la plupart des utilisateurs aux points de services, avait une politique d'imposer des frais, pour des services de santé vitaux, à certaines catégories de personnes comme les migrants sans papiers et les personnes qui se sont vu refuser le droit d'asile au pays, mais qui n'ont pas été expulsées. Certains troubles de santé, y compris la tuberculose et toutes les infections transmissibles sexuellement à l'exception du VIH,

ont toujours été exclus de cette politique de frais, pour des raisons de santé publique. Jusqu'à présent, le VIH était expressément exclu de ces exemptions en vertu de règlements de santé publique adoptés en 1989 (date antérieure à l'avènement de traitements contre le VIH).

— Lisa Power

Lisa Power (lisa.power@tht.org.uk) est directrice des politiques au Terrence Higgins Trust, à Londres.

Malawi — Une nouvelle loi sur l'héritage inclut des protections des droits

La *Deceased Estates (Wills, Inheritance and Protection) Act* [Loi sur la succession des personnes décédées (testaments, héritage et protection)] de 2011⁷ (remplaçant la *Wills and Inheritance Act*) établit un nouveau cadre pour la gestion de la transmission des biens sous testament et des biens de personnes décédées sans testament valide, au Malawi. Les dispositions de la nouvelle loi sont sans distinction de sexe, ce qui met fin à la discrimination à l'endroit des femmes en ce qui concerne leur part des héritages et l'administration des successions.

La loi inclut des dispositions qui protègent les droits des femmes en matière d'héritage. Par exemple, en vertu de l'article 15, si un testateur a involontairement ou autrement omis dans son testament de verser une somme raisonnable à un membre de sa famille proche (p. ex., une épouse ou un enfant), une cour pourrait ordonner qu'« une partie de la

valeur de la succession du testataire, après paiement des dettes et des coûts funéraires et administratifs, soit appliquée au soutien du proche », contribuant à atténuer les perturbations causées par un décès dans la famille et à protéger les proches survivants contre la pauvreté.

Par ailleurs, l'article 17 protège la part successorale de l'épouse et des enfants. Diverses considérations sont énoncées relativement à la répartition des parts, mais en l'absence de circonstances particulières, l'épouse et les enfants ont droit à des parts égales. Enfin, les articles 74, 84 et 88 font de la privation de propriété une infraction passible d'amende ou d'emprisonnement. Ces dispositions procurent une importante protection contre la « saisie de propriété » des veuves et orphelins.

Commentaire

L'épidémie du VIH fait en sorte qu'un plus grand nombre de femmes, en particulier des veuves et des orphelines, sont menacées de dépossession de leurs droits à la terre et à la propriété. De plus en plus de femmes deviennent chefs de foyers, souvent dans un contexte où les ressources familiales ont été épuisées par la maladie. Des veuves sont blâmées pour l'infection par le VIH et le décès de leurs époux, et l'on pourrait présumer qu'elles sont elles-mêmes séropositives. Cela pourrait servir de justification pour les priver de soutien social, voire pour saisir leurs biens.

L'incapacité légale des femmes de posséder des biens, de s'en défaire ou d'en hériter entraîne une dépendance économique à l'égard des hommes, et des relations abusives où la femme est moins apte à se protéger contre le VIH et à demander un traitement. Les femmes pauvres ont aussi une

capacité réduite de composer avec la maladie.

La saisie de propriété est une violation flagrante des droits de la personne, qui exacerbe les conséquences déjà dévastatrices du VIH sur les familles. La nouvelle loi adoptée au Malawi reconnaît que les droits des femmes à la propriété et à l'héritage sont cruciaux à la lutte contre l'épidémie du VIH.

— Alison Symington

R.-U. — Abolition de l'exclusion des dons de sang d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes

En septembre 2011, les ministres de la Santé de l'Angleterre, de l'Écosse et du Pays de Galles ont annoncé que les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (HRSH) seraient autorisés à faire don de sang.⁸ À compter de novembre, seuls ceux qui ont eu des rapports homosexuels au cours des 12 mois précédents seraient encore exclus des collectes de sang.

La décision a suivi la publication d'un rapport du Comité consultatif du

gouvernement sur la sûreté du sang, des tissus et des organes, où est affirmé qu'une interdiction à vie n'est plus justifiable. Mme Deirdre Kelly, membre du comité, a affirmé que « les plus récentes preuves scientifiques ... n'appuient plus le maintien d'une exclusion permanente ».⁹ Elle a ajouté que l'épidémiologie du VIH avait changé et que la technologie pour la détection du sang contaminé était aujourd'hui d'une extrême précision.

Des experts du Royaume-Uni ont calculé qu'en présence de l'exclusion à vie, le risque théorique qu'une unité de sang contaminé échappe à la détection était de 1 sur 4,41 millions; et qu'en présence d'une période de report d'une année, le risque serait de 1 sur 4,38 millions.¹⁰

Les militants du R.-U. se sont réjouis de la levée de l'exclusion, mais se sont dits insatisfaits de la période de report d'une année. Peter Tatchell, militant pour les droits des gais, a affirmé que tous les HRSH devraient avoir l'autorisation de faire des dons de sang, sans report, « s'ils ont toujours des rapports sexuels protégés, avec condom, s'ils n'ont qu'un partenaire sexuel et si les résultats de leurs tests du VIH sont négatifs ». M. Tatchell et d'autres militants signalent que l'approche la plus juste et propice à réduire le risque qu'un don-

neur soit dans la période-fenêtre de l'infection à VIH consiste à évaluer les donneurs en tant qu'individus et non à titre de groupes.¹¹

— David Cozac

¹ Déclaration d'Oslo sur la criminalisation du VIH, 13 février 2012. (www.hivjustice.net/oslo)

² Ibid.

³ ONUSIDA, « Les pays remettent en question les lois qui criminalisent la transmission du VIH et l'exposition au risque d'infection », 26 avril 2011. (www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2011/april/20110426criminalization/)

⁴ Déclaration d'Oslo sur la criminalisation du VIH (supra).

⁵ Lord Fowler (Norman Fowler) est le ministre conservateur qui a orienté la réponse précoce du Royaume-Uni, devant le VIH, au cours des années 1980, et qui a fait en sorte qu'on prenne l'épidémie au sérieux en dépit d'opposition au sein du gouvernement de Margaret Thatcher.

⁶ Information fournie par l'auteure. Voir aussi, p. ex., « Free HIV treatment on NHS for foreign nationals », BBC News, 28 février 2012. (www.bbc.co.uk/news/health-17187179)

⁷ Accessible à www.malawilii.org/mw/legislation/act/2011/14.

⁸ A. Picard, « U.K. lifts lifetime ban on gay men donating blood », *The Globe and Mail*, 8 septembre 2011. On a rapporté que l'Irlande du Nord adopterait la même mesure prochainement.

⁹ Ibid.

¹⁰ Ibid.

¹¹ W. Saletin, « The cost of giving the gift of life », *The National Post*, 19 septembre 2011.

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. Sauf indication contraire, tous les articles de la présente section ont été rédigés par Mme Chu.

La Cour suprême du Canada ordonne à la ministre de la Santé d'exempter un centre d'injection supervisée de l'application de l'interdiction criminelle de possession de drogue

Dans un arrêt unanime, la Cour suprême du Canada a ordonné à la ministre fédérale de la Santé du Canada de reconduire l'exemption d'Insite de l'application de l'interdiction criminelle de possession de drogue prévue dans la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (la « Loi »), lui permettant ainsi de poursuivre ses activités. Dans cet arrêt rendu le 21 septembre 2011, la Cour a statué que, même si les dispositions de la Loi s'appliquaient à Insite à titre d'exercice valide de la compétence du gouvernement fédéral en matière criminelle, le refus de la ministre de reconduire l'exemption d'Insite de l'application de la Loi violait la *Charte des droits et libertés* du Canada (la « Charte »).¹

En septembre 2003, la Vancouver Coastal Health Authority, en partenariat avec PHS Community Services Society, a ouvert Insite en réponse aux niveaux épidémiques de maladies infectieuses et de surdoses de drogues chez les utilisateurs de drogues par injection dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver.

L'article 56 de la *Loi* permet au

ministre fédéral de la Santé d'accorder des exemptions ayant pour effet de soustraire toute personne à l'application de tout ou partie de la *Loi* « s'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient. »² Insite poursuivait ses activités en vertu d'une exemption la soustrayant de poursuite pour possession et trafic d'une substance désignée contrairement aux paragraphes 4(1) et 5(1) de la *Loi*. L'exemption avait été d'abord accordée par le ministre fédéral de la santé en 2003, puis reconduite jusqu'en juin 2008.

L'affaire a été entendue devant la Cour suprême du Canada en mai 2011. Parmi les nombreux intervenants devant la Cour, il y avait une coalition formée du Réseau juridique canadien VIH/sida, de Harm Reduction International et de Cactus Montréal qui ont plaidé que : (1) les interdictions générales de possession et de trafic de drogue avaient pour effet de rendre Insite illégal, privant ainsi les personnes qui se prévaudraient des services d'Insite de leur droits à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne garantis par la *Charte* en raison des risques accrus à la vie et à la santé auxquels font face celles à qui est refusé l'accès à ces services; (2) les atteintes étaient arbitraires lorsqu'elles étaient appliquées dans le contexte d'Insite parce que la Cour suprême de la Colombie-Britannique avait conclu que la *Loi* avait été inefficace dans la prévention du trafic, – et à plus forte raison de la consommation – de drogue dans le quartier d'Insite; et (3) le caractère arbitraire des interdictions de la *Loi* était confirmé par des renvois au droit et à la pratique internationaux, qui affirment l'efficacité des services de réduction des méfaits comme ceux qu'offre

Insite et qui reconnaissent l'accès à ces services comme une partie intégrante du droit à la santé.

Dans son arrêt, la Cour a reconnu que « Insite a sauvé des vies et a eu un effet bénéfique en matière de santé, et ce, sans provoquer une hausse des méfaits liés à la consommation de drogues et de la criminalité dans le quartier. »³ Fait important à signaler, la Cour a rejeté l'argument du gouvernement fédéral selon lequel les risques pour la santé que courraient les toxicomanes si Insite fermait ne découlaient pas de la *Loi*, mais plutôt de la décision personnelle des toxicomanes de consommer des drogues illégales, et a confirmé la conclusion de la Cour suprême de la Colombie-Britannique selon laquelle la dépendance était une maladie, caractérisée principalement par le manque de contrôle de la personne qui en souffre sur la consommation de la substance dont elle est dépendante.

La Cour a considéré la question de savoir si le partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral du Canada et ses provinces avait pour effet de soustraire Insite aux interdictions de la *Loi* contre la possession et le trafic de substances désignées. La Cour a statué que les interdictions criminelles de la *Loi* étaient des exercices constitutionnellement valides de la compétence fédérale en droit criminel et s'appliquaient à Insite. Le fait que ces dispositions avaient pour effet accessoire de réglementer des établissements de santé provinciaux n'en emportait pas l'inconstitutionnalité, et le seul fait qu'une province établit qu'une certaine activité sert l'intérêt public n'a pas pour effet de soustraire l'activité de l'application des lois criminelles fédérales. Qui plus

est, la doctrine de l'exclusivité des compétences — dont la portée était déjà limitée — ne permettait pas de résoudre le conflit entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial, puisque la prestation de soins de santé ne faisait pas partie du « contenu essentiel protégé » du pouvoir conféré aux provinces par la Constitution canadienne en matière de santé.

En ce qui a trait à la validité de la législation au regard de l'article 7 de la *Charte*, la Cour a reconnu que sans exemption qui les soustrait de l'application de l'interdiction de la *Loi* contre la possession de drogue, les professionnels de la santé qui travaillent à Insite (1) verraient leur droit à la liberté entrer en jeu, puisque leurs actes pourraient être interprétés comme l'infraction de possession, les exposant ainsi à la menace d'emprisonnement pour avoir exercé leurs fonctions; et (2) ils ne pourraient pas offrir les services de supervision médicale et de counseling aux clients, les privant ainsi de soins médicaux susceptibles de leur sauver la vie, mettant en jeu leurs droits à la vie et à la sécurité de leur personne.

La Cour a également reconnu que l'interdiction de la possession de drogue mettait directement en jeu les droits à la liberté, à la vie et à la sécurité des personnes des clients d'Insite. La Cour n'a pas conclu que l'interdiction de trafic établie par la *Loi* constituait une atteinte constitutionnelle, puisque le personnel et les clients d'Insite ne participent pas au trafic, et les clients en particulier ne se procuraient pas leurs drogues au centre et n'avaient pas le droit de se livrer, dans l'enceinte du centre, à des activités qui pourraient être interprétées comme du trafic.

La Cour a ensuite examiné la *Loi* et a conclu que les interdictions criminelles générales, assorties d'exemptions sélectives accordées par le ministre — reflétaient le « double objet » de la *Loi* : la protection de la sécurité et de la santé publiques.⁴ Même si elle a conclu que l'interdiction criminelle de la possession de drogue violait les droits des demandeurs garantis par l'article 7, la Cour a statué que, parce que la *Loi* conférait au ministre le pouvoir d'accorder des exemptions, elle le faisait conformément aux principes de justice fondamentale. Le pouvoir discrétionnaire du ministre d'accorder une exemption servait de « soupape » qui empêchait l'application de la *Loi* dans les cas où son application serait arbitraire, ses effets exagérément disproportionnés ou sa portée excessive.⁵

Toutefois, la discrétion laissée au ministre de la Santé n'était pas absolue et devait être exercée en conformité avec la *Charte*. La Cour a statué que la décision de la ministre actuelle de ne pas accorder d'exemption violait les droits constitutionnels des demandeurs parce qu'elle aurait eu pour effet d'empêcher les utilisateurs de drogues par injection d'avoir accès aux services de santé offerts par Insite, ce qui aurait mis en dan-

ger leur santé et leur vies. Puisque l'exemption soustrayant Insite de l'application de l'interdiction de possession de drogues permettait d'atteindre des objectifs de santé et de sécurité publiques, l'acte gouvernemental pouvait être qualifié d'arbitraire.

De plus, priver la population des services d'Insite a eu un effet exagérément disproportionné par rapport aux avantages que le Canada peut tirer d'une position uniforme sur la possession de stupéfiants, puisqu'il a été prouvé qu'Insite sauve des vies, alors qu'il n'y a eu aucune incidence négative observable sur les objectifs de sécurité et de santé publiques du Canada.

En conséquence, le refus de la ministre d'accorder une exemption à Insite n'était pas conforme à la justice fondamentale et était inconstitutionnelle. La Cour a ordonné à la ministre de la Santé d'accorder une exemption à Insite conformément à l'article 56 de la *Loi* et a statué que lors de futures demandes d'exemptions, la ministre doit exercer sa discrétion conformément aux limites imposées par la loi et par la *Charte*, c'est-à-dire tenter d'établir un juste équilibre entre les objectifs de santé et de sécurité publiques et se deman-

der si le refus d'une exemption porterait atteinte aux droits à la vie et à la sécurité des personnes autrement qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.

¹ *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44 (Cour suprême du Canada).

² *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (L.C. 1996, ch. 19).

³ *Canada (Procureur général)*, *supra*, par. 19.

⁴ *Ibid.*, par. 41.

⁵ *Ibid.*, par. 113.

La Cour d'appel de l'Ontario donne partiellement gain de cause aux travailleuses sexuelles

Le 26 mars 2012, les juges majoritaires de la Cour d'appel de l'Ontario ont confirmé l'interdiction du *Code criminel* de communiquer en public dans le but de se livrer à la prostitution, limité l'interdiction de « vivre des produits » de la prostitution aux « situations d'exploitation » et annulé l'interdiction de tenir des maisons de débauche.¹ La Cour d'appel a entendu l'affaire après que les ministères publics fédéral et provincial ont interjeté appel de la décision rendue en septembre 2010 par une juge de première instance de l'Ontario qui avait déclaré ces dispositions inconstitutionnelles parce qu'elles empêchaient les travailleuses du sexe de prendre des mesures susceptibles d'accroître leur sécurité.²

Les intimées, des travailleuses du sexe ou des personnes qui l'ont déjà été, ont contesté la validité constitutionnelle des dispositions suivantes : l'al. 212(1)j) du *Code criminel*, qui rend illégal pour quiconque, y compris le personnel de soutien et de sécurité, de vivre des produits de la prostitution, que le lien en soit un d'exploitation ou non; l'art. 210, qui interdit les maisons de débauche et empêche les travailleuses du sexe d'offrir leurs services de lieux intérieurs fixes, par exemple des bordels ou leurs propres maisons; l'al. 213(1)c), qui criminalise la communication dans le but de se livrer à la prostitution, qui empêche les travailleuses du sexe d'offrir leurs services en public et qui interdit toute tentative des travailleuses du sexe de la rue de filtrer les clients éventuels en parlant à leurs clients dans un endroit public dans le but de se livrer à la prostitution.

La Cour a statué que chacune des dispositions contestées avait pour effet de criminaliser un comportement qui atténuerait des risques encourus par celles qui s'adonnent à la prostitution – une activité par ailleurs légale – et que l'impossi-

bilité de quantifier le risque accru pour les travailleuses du sexe en raison de la législation n'empêchait pas de conclure que les dispositions, individuellement et collectivement, ajoutaient un risque suffisant pour compromettre la sécurité de la personne.

Faisant référence à l'arrêt de la Cour suprême du Canada *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*,³ la Cour a fait une analogie entre les toxicomanes qui « en raison d'une interdiction criminelle, n'ont pas accès à un endroit où ils peuvent s'injecter de la drogue de façon sécuritaire, si bien qu'ils doivent le faire dans des endroits dangereux, et les prostituées qui, en raison d'interdictions criminelles, ne peuvent travailler dans des endroits en employant des méthodes qui maximisent leur sécurité personnelle, mais doivent plutôt avoir recours à des endroits et à des méthodes où les risques physiques liés à la prostitution sont beaucoup plus grands. »⁴

De plus, la Cour a rejeté l'argument du ministère public selon lequel ceux qui choisissent de faire le tra-

vail du sexe ne sont pas dignes de la même protection constitutionnelle que celle accordée à ceux qui s'adonnent à d'autres activités dangereuses mais légales. Dans l'état actuel des choses, « le législateur a choisi de ne pas criminaliser la prostitution ... L'allégation voulant qu'une interdiction du droit criminel a pour effet d'accroître le risque du préjudice physique encouru par les personnes qui se livrent à la prostitution doit, aux fins de l'analyse de la sécurité de la personne, être examinées de la même manière que toute autre allégation voulant qu'une interdiction du droit criminel accroît le risque de préjudice physique encouru par les personnes qui se livrent à toute autre activité commerciale licite. »⁵

La Cour a procédé à l'analyse des allégations des intimées fondées sur la sécurité de la personne, garantie par l'article 7 de la *Charte des droits et libertés* (la *Charte*). En examinant l'interdiction de « vivre des produits de la prostitution », la Cour a statué qu'elle avait pour but d'empêcher l'exploitation des travailleuses du sexe par des proxénètes, mais qu'elle n'était pas arbitraire parce qu'elle

était conforme à son objectif législatif. Toutefois, la Cour a conclu que la disposition était d'une portée excessive, puisqu'elle englobait un comportement qui n'équivalait pas à de l'exploitation. En outre, ses effets étaient exagérément disproportionnés, puisqu'elle empêchait les travailleuses du sexe d'embaucher des gardes du corps, des chauffeurs et d'autres personnes qui pourraient assurer leur sécurité et qu'inversement, elle pouvait accroître la probabilité d'exploitation en forçant les travailleuses du sexe à obtenir de la protection de ceux qui sont prêts à risquer une accusation en vertu de cette disposition.

Pour rectifier cette situation, la Cour a considéré que la disposition renfermait implicitement une réserve pour que l'interdiction ne s'applique qu'à ceux qui vivent des produits de la prostitution dans des « situations d'exploitation », une décision qui a été suspendue pour une période de 30 jours pour permettre à toutes les parties de considérer leurs positions. De l'avis de la Cour, cette interprétation avait pour effet de corriger le vice constitutionnel et d'harmoniser le texte de la disposition avec l'objectif législatif essentiel sous-jacent.

En examinant l'interdiction relative aux maisons de débauche, la Cour a conclu que son objectif législatif était de lutter contre les perturbations ou le désordre dans un quartier et de protéger la santé et la sécurité publiques. Même si cette interdiction n'est pas arbitraire, la Cour a statué que l'interdiction générale est d'une portée excessive, puisqu'elle criminalise non seulement les gros établissements (c'est-à-dire ceux qui sont susceptibles de contribuer aux perturbations et au désordre dans un quartier) mais également une seule

travailleuse du sexe qui exerce discrètement ses activités chez-elle. Qui plus est, la disposition était exagérément disproportionnée, puisqu'elle empêchait les travailleuses du sexe de déplacer leurs activités à l'intérieur, dans des endroits qu'elles contrôlent, c'est-à-dire la manière la plus sécuritaire de vendre le sexe, selon la juge de première instance. Par conséquent, la Cour a déclaré inconstitutionnelle l'interdiction des maisons de débauche, mais a suspendu une déclaration d'invalidité pour une période de 12 mois pour donner au législateur fédéral l'occasion de rédiger une disposition conforme à la *Charte*, s'il choisissait de le faire.

Enfin, la Cour a examiné l'interdiction de communiquer en public dans le but de se livrer à la prostitution. Alors que la juge de première instance avait conclu que ces dispositions avaient pour but de cibler les nuisances sociales liées à la prostitution dans la rue, trois des cinq juges de la Cour ont statué qu'elle avait sous-évalué l'importance de cet objectif législatif, plaçant la prostitution de rue « vers le bas de l'échelle des nuisances sociales » et minimisant son rapport aux comportements criminels graves, y compris la possession de drogue, le trafic de drogue, l'intoxication dans un endroit public et le crime organisé.⁶ Les juges majoritaires de la Cour ont statué qu'il existait une preuve selon laquelle l'exécution de l'interdiction de communiquer avait été efficace dans la protection des quartiers résidentiels contre les torts associés à la prostitution dans la rue; par conséquent, l'interdiction de communiquer n'était pas arbitraire.

Les mêmes juges ont également statué que la disposition n'était pas d'une portée excessive ou exagéré-

ment disproportionnée, concluant que la juge de première instance avait exagéré les conséquences de la disposition relative aux communications sur la sécurité de la personne des intimées, même s'ils ont reconnu que la disposition privait les intimées de l'occasion d'avoir un contact face-à-face avec des clients éventuels. Néanmoins, ces juges ont conclu qu'il ne s'agissait que d'un seul facteur parmi plusieurs qui, ensemble, contribuaient au risque qu'encouraient les travailleuses du sexe dans la rue. Par conséquent, les juges majoritaires de la Cour d'appel de l'Ontario étaient convaincus que la disposition relative aux communications ne violait pas les principes de justice fondamentale et demeuraient pleinement en vigueur.

Soulignons que les deux autres juges ont prononcé une dissidence vigoureuse à l'égard de la conclusion des juges majoritaires en ce qui a trait à la disposition relative à la communication, statuant que la juge de première instance avait eu raison de conclure que « les effets de la disposition relative à la communication sont exagérément disproportionnés par rapport à l'objectif de lutte contre la nuisance sociale » et que la disposition violait donc l'article 7 de la *Charte*. En particulier, les juges dissidents ont noté que la disposition relative à la communication avait des effets tout aussi graves (et peut-être pires) sur les droits à la vie et à la sécurité de la personne des travailleuses du sexe que ceux des dispositions relatives aux maisons de débauche et au fait de vivre des produits de la prostitution.⁷ Ils ont également mis en doute le point de vue des juges majoritaires selon lequel le maintien de la criminalisation de la communication aidait à freiner l'activité criminelle

comme la possession et le trafic de drogue, la violence et le proxénétisme.

Plus important encore, les juges dissidents ont statué que même si le filtrage était imparfait, le dossier démontrait « qu'il s'agissait néanmoins d'un outil essentiel pour la sécurité »⁸ et que les juges majoritaires faisaient abstraction des autres façons dont la disposition relative aux communications avait une incidence négative sur la sécurité des travailleuses du sexe, notamment en les forçant à exercer leur activité dans des zones isolées et dangereuses et en les décourageant de travailler ensemble.

Les juges dissidents ont également statué que les juges majoritaires n'avaient pas dûment pris en compte la vulnérabilité des personnes

les plus touchées par la disposition relative aux communications et les façons dont la vulnérabilité des travailleuses du sexe dans la rue amplifiait les conséquences négatives de la loi. À leur avis, les valeurs d'égalité sous-jacentes à la *Charte* exigent une considération attentive des effets négatifs de la disposition sur les femmes (dont plusieurs sont des Autochtones), les lesbiennes et les gais et les personnes ayant une accoutumance à la drogue ou à l'alcool qui constituent la majorité des travailleuses du sexe dans la rue.

Comme l'a statué le juge MacPherson, « la vulnérabilité existante des prostituées exacerbe l'atteinte à la sécurité de la personne causée par la disposition relative aux communications. Ce sont précisément

ces prostituées de la rue qui sont incapables de travailler à l'intérieur ou avec des fournisseurs de service qui subissent le plus grave préjudice lorsque le filtrage est interdit. »⁹

¹ *Canada (Attorney General) c. Bedford*, 2012 ONCA 186 (Cour d'appel de l'Ontario).

² Pour une vue d'ensemble de cette décision, voir S. Chu, « Ontario — Des dispositions du *Code criminel* relatives à la prostitution sont invalidées », *Revue VIH/sida, droit et politiques* 2011 15(2) : 34 - 35.

³ *Canada (Procureur général) c. PHS Community Services Society*, 2011 CSC 44 (Cour suprême du Canada).

⁴ *Canada (Attorney General) c. Bedford* (supra) par: 116.

⁵ *Ibid.*, par: 123.

⁶ *Ibid.*, par: 306.

⁷ *Ibid.*, par: 344.

⁸ *Ibid.*, par: 348.

⁹ *Ibid.*, par: 358.

La Cour fédérale rejette la demande de contrôle judiciaire présentée par un Mexicain séropositif

En septembre 2011, la Cour fédérale a rejeté la demande de contrôle judiciaire d'une décision de la Section de la protection des réfugiés de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié, qui avait conclu que le demandeur mexicain n'avait pas la qualité de réfugié au sens de la Convention ni celle de personne à protéger en vertu des articles 96 et 97 de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (la Loi)*.¹

Le demandeur, un citoyen du Mexique, est entré au Canada muni d'un visa de visiteur en 2009 et a appris par la suite qu'il était séropositif. Peu de temps après son

diagnostic, le demandeur a été mis en détention par les autorités canadiennes parce qu'il avait dépassé la durée de séjour autorisée par son visa. Le demandeur a d'abord

demandé l'asile, disant craindre d'être persécuté par des criminels, sur le fondement de ce qui semblait être des coups de feu tirés par les membres d'un gang (ce dont il avait été

témoin en 2008). En septembre 2010, le demandeur a déposé un affidavit et des éléments de preuve additionnels à prendre en considération à l'audience concernant sa demande d'asile, ajoutant à sa demande d'asile qu'en tant qu'homosexuel séropositif, il craignait d'être persécuté ou d'être exposé à une menace à sa vie ou au risque de traitements ou peines cruels et inusités.

En considérant la demande d'asile du demandeur qui était fondée sur le fait d'être homosexuel et séropositif, la Commission de l'immigration et du statut de réfugié a statué que le critère était de savoir « si, en cas de retour au Mexique, le demandeur d'asile risquerait sérieusement de subir de « graves préjudices » et la violation soutenue et systémique de ses droits de la personne fondamentaux qui démontreraient l'absence d'une protection de l'État. Il faut en outre évaluer si ce traitement aurait un lien avec l'un des motifs prévus dans la Convention. »²

La Commission a conclu que le demandeur n'avait pas allégué qu'avant son arrivée au Canada il avait été victime de mauvais traitements ou de graves préjudices en tant qu'homosexuel vivant au Mexique. De plus, la Commission a conclu que, selon la preuve documentaire, le Mexique a pris des mesures pour assurer une protection contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, notamment par l'adoption de dispositions législatives autorisant les mariages entre personnes de même sexe et interdisant la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle dans le domaine de l'emploi, de même que la création d'un organisme national chargé de créer des programmes de lutte contre la discrimination et de recevoir et traiter

les plaintes dans les secteurs public et privé, avec notamment pour mandat la protection des victimes de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle.

Même si la Commission a reconnu qu'au Mexique, il y encore de la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, elle a conclu que la situation s'améliore et qu'il ne ressortait pas de la preuve que la protection de l'État était inadéquate. La Commission a donc conclu que le demandeur ne risquait pas sérieusement d'être victime de persécution ou de graves préjudices au Mexique.

La Commission a ensuite examiné la prétention du demandeur selon laquelle celui-ci serait victime de discrimination à titre d'homosexuel séropositif au Mexique. Au soutien de sa prétention, le demandeur a affirmé qu'il n'aurait pas les moyens d'assumer le coût des médicaments nécessaires pour le traitement de sa maladie, qu'en raison de sa séropositivité il se verrait refuser ce traitement et serait victime de discrimination en matière d'emploi.

La Commission a conclu que le demandeur ne lui avait pas fourni de preuve convaincante que l'on privait les personnes séropositives de soins médicaux adéquats. La preuve au sujet du traitement discriminatoire des personnes vivant avec le VIH/sida n'était pas un signe de persécution car il n'y avait aucune preuve qu'il ne s'agissait pas là que de simples cas isolés ou que le gouvernement mexicain privait systématiquement ces personnes de traitements. En outre, la Commission a conclu que le Mexique avait établi des dispositions législatives en vue de prévenir la discrimination en matière d'emploi pour cause d'orientation sexuelle et un Conseil national

pour la prévention de la discrimination. Par conséquent, le demandeur pourrait recourir à des mesures de réparation s'il était victime de discrimination dans l'emploi.

Dans son examen de la décision de la Commission, la Cour fédérale a conclu qu'aucune preuve convaincante n'avait été présentée qui permettrait au tribunal d'arriver à la conclusion raisonnable que les soins de santé sont refusés aux personnes vivant avec le VIH au Mexique pour des motifs de persécution et que l'incapacité du demandeur de payer les médicaments ne constituait pas de la persécution. La Cour a en outre statué qu'aucune preuve convaincante ne permet de conclure que le traitement discriminatoire des personnes vivant avec le VIH représentait autre chose que des cas isolés ni que le gouvernement du Mexique refuse de façon systématique des soins médicaux afin de persécuter des personnes séropositives. Il était raisonnablement loisible à la Commission de tirer cette conclusion au vu de la preuve. En conséquence, la Cour fédérale a rejeté la demande de contrôle judiciaire.

¹ G. c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration), 2011 CF 1059 (Cour fédérale).

² Ibid., par. 14.

La Cour fédérale rejette la demande d'une Camerounaise en redressement fondé sur des motifs d'ordre humanitaire

Le 6 février 2012, la Cour fédérale a rejeté la demande de contrôle judiciaire d'une décision rendue en avril 2011 par un agent d'immigration supérieur de Citoyenneté et Immigration Canada, qui avait rejeté la demande de la demanderesse pour être exemptée d'une mesure d'expulsion pour des raisons d'ordre humanitaire, en application du paragraphe 25(1) de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR).¹

La demanderesse, une citoyenne camerounaise, est venue au Canada en septembre 2003 après avoir fui le Cameroun où, disait-elle, elle craignait la persécution parce qu'elle était lesbienne et séropositive. Elle a également allégué avoir subi de la violence conjugale aux mains de son mari. En 2004, la Section de la protection des réfugiés de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié a rejeté sa demande de protection, jugeant qu'elle n'était pas crédible, qu'elle n'était pas une lesbienne et qu'elle n'avait pas fait la preuve qu'elle avait subi de la violence conjugale. La demanderesse a présenté une demande de contrôle judiciaire à la Cour fédérale qui l'a rejetée.

Comme sa revendication du statut de réfugiée avait été rejetée, la demanderesse faisait l'objet d'une mesure d'expulsion; elle a donc demandé d'en être exemptée pour des raisons d'ordre humanitaire en janvier 2005. En décembre 2010, elle a également demandé un examen des risques avant renvoi.

Dans sa demande d'exemption pour des raisons d'ordre humanitaire, la demanderesse a affirmé qu'elle s'était établie au Canada et qu'elle avait eu une vie difficile au

Cameroun, où elle était mariée à un époux violent et polygame. Elle avait également une relation avec une veuve qui a été battue à mort par une foule après que le mari de la demanderesse a appris leur relation. Selon la demanderesse, on lui aurait dit qu'elle serait la suivante parce qu'on ne pouvait lui permettre de corrompre les filles de leur village.

La demanderesse a mis en évidence le fait que les femmes au Cameroun subissaient de la discrimination et de la violence sexuelle, que l'homosexualité était illégale dans le pays et que les mêmes personnes qui cherchaient à lui faire du mal avant sa fuite en 2003 lui feraient du mal si elle retournait dans son pays. Qui plus est, la demanderesse vivait avec le VIH et l'hépatite C, des maladies pour lesquelles elle ferait l'objet de discrimination et ne pourrait pas avoir accès à un traitement médical au Cameroun.

L'agent d'immigration a examiné les documents présentés par la demanderesse qui révélaient que l'homosexualité était illégale et qu'il y avait de la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH au Cameroun. Il a conclu que même si les droits de la personne n'étaient pas toujours respectés au Cameroun, la

preuve ne permettait pas de dire que la demanderesse allait faire face « à des difficultés inhabituelles, injustes ou indues » si elle devait retourner au Cameroun, le rigoureux critère prescrit aux termes du paragraphe 25(1) de la LIPR.

L'agent a également conclu que même si la demanderesse avait affirmé avoir besoin de traitement médical continu, elle n'en avait pas précisé la nature et, de ce fait, le traitement qu'elle serait incapable de recevoir au Cameroun. Son examen de la preuve a révélé que le traitement antirétroviral était disponible au Cameroun. Par conséquent, la demanderesse n'avait pas démontré que son état de santé justifiait une exemption pour des raisons humanitaires.

Enfin, l'agent a examiné comment la demanderesse s'était établie au Canada. Malgré son autonomie financière, sa participation dans la communauté et un réseau social solide, il a conclu que la demanderesse n'avait pas démontré comment ses liens au Canada causeraient des difficultés inhabituelles, injustes ou indues si elle était renvoyée au Cameroun, où elle avait vécu plus de 34 ans et où elle avait une famille.

En contrôlant la décision de l'agent d'immigration, la Cour fédé-

rale a statué qu'une exemption pour des raisons d'ordre humanitaire n'est pas censée être « un passe-droit pour entrer au Canada lorsque toutes les autres avenues légales ont été épuisées. »² En outre, ces demandes n'ont pas pour but d'éliminer toutes les difficultés, mais seulement celles qui sont inhabituelles, injustes ou indues.

La Cour fédérale a noté que la demanderesse n'avait pas précisé le traitement contre le VIH qu'elle recevait au Canada et qui ne lui serait pas disponible au Cameroun. Il était donc loisible à l'agent de conclure, en se fondant sur les renseignements dont il disposait, que la demanderesse n'avait pas fourni suffisamment

d'éléments de preuve de son état de santé, du traitement dont elle avait besoin, ni de la disponibilité ou non-disponibilité du traitement nécessaire au Cameroun. La Cour a également conclu que la demanderesse n'avait pas démontré que quiconque au Cameroun savait qu'elle est séropositive et qu'elle serait tenue de divulguer son état à un employeur éventuel.

De l'avis de la Cour fédérale, l'agent a soigneusement apprécié la preuve qui était devant lui et en est arrivé à une conclusion qui n'était pas abusive ou arbitraire. Il n'avait pas fait abstraction de faits importants et la preuve lui permettait de

conclure que l'état séropositif de la demanderesse n'entraînerait pas de difficultés inhabituelles, injustes ou indues et qu'il n'y avait pas lieu pas de modifier cette conclusion. Même si l'agent d'immigration a conclu qu'il pouvait y avoir certaines difficultés, elles n'étaient pas inhabituelles, injustes ou indues à un point justifiant un redressement pour des raisons d'ordre humanitaire.

¹ A. c. Canada (Ministre de la Santé de l'Immigration), 2012 FC 158 (Cour fédérale). [Toutes les citations en français de ce jugement sont des traductions officielles.]

² Ibid., par. 38.

La Cour fédérale accueille les demandes de contrôle judiciaire présentées par un Nigérian séropositif

En novembre 2011, la Cour fédérale a accueilli les demandes de contrôle judiciaire d'une décision rendue à la suite d'une demande d'examen des risques avant renvoi (ERAR) et d'une décision rendue à la suite d'une demande de traitement pour des raisons humanitaires intéressant un citoyen nigérian, O.O. Ces deux décisions ont été rendues par le même agent d'ERAR en janvier 2011.¹

Dans sa première décision, l'agent a rejeté la demande d'ERAR du demandeur après avoir conclu que celui-ci n'avait pas établi de risque de persécution, ni de risque d'être soumis à la torture, de menace à sa vie ou de risque de traitements ou peines cruels et inusités visés à la *Loi sur*

l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR). Dans la deuxième décision, l'agent a refusé la demande du demandeur présentée en vertu de la LIPR visant à faire en sorte que sa demande de résidence permanente soit traitée au Canada pour des motifs d'ordre humanitaire.

Le demandeur a contesté les conclusions de l'agent d'ERAR en ce qui a trait à sa séropositivité. Sur cette question, l'agent croyait que le demandeur était effectivement séropositif, mais il a conclu que le demandeur n'avait pas démontré qu'il y avait plus qu'une simple possibilité

qu'il se voie refuser des services de santé ou soit persécuté au Nigéria en raison de sa séropositivité ou qu'il soit soumis à la torture ou soit gravement maltraité du fait de sa séropositivité. De plus, l'agent a conclu qu'eu égard au degré d'établissement du demandeur, à ses attaches familiales et communautaires et à son travail, le demandeur n'éprouverait pas de difficultés excessives s'il devait quitter le Canada de façon définitive.

La Cour fédérale a statué que l'appréciation des éléments de preuve par l'agent d'ERAR était susceptible de contrôle selon la norme de raisonnablement et qu'il y avait lieu de faire preuve de retenue à l'égard de l'évaluation faite par l'agent d'ERAR. Toutefois, compte tenu de la preuve et des observations des parties, la Cour a conclu au caractère déraisonnable de l'évaluation que l'agent a faite des risques auxquels est exposée

une personne séropositive au VIH qui vit au Nigéria.

La Cour a statué que l'agent était tenu de traiter des éléments de preuve documentaires dont il disposait et qui concernaient le risque qu'il y aurait à renvoyer au Nigéria une personne séropositive comme le demandeur. L'agent a concentré son analyse sur la preuve indiquant que l'obstacle majeur aux traitements au Nigéria était le coût des déplacements de la campagne aux villes, mais n'a pas considéré qu'il y avait aussi les faits suivants (1) une discrimination évidente de la part des fournisseurs de soins de santé et de la population générale; (2) les personnes vivant avec le VIH peuvent se voir refuser des soins de santé ou l'accès à un hôpital, et des données médicales confidentielles peuvent être communiquées sans le consentement du patient; (3) les personnes vivant avec

le VIH perdent souvent leur emploi, ce qui se répercute sur le coût et l'accessibilité des traitements.

De l'avis de la Cour, il aurait pu être loisible à l'agent de ne pas accorder beaucoup de poids à ces facteurs à la lumière de l'ensemble de la preuve, mais il n'était pas loisible à l'agent de méconnaître ces éléments de preuve en l'espèce. L'utilisation sélective des éléments de preuve par l'agent a amené celui-ci à commettre une erreur dans l'évaluation des deux demandes. Les demandes de contrôle judiciaire de la décision d'ERAR ont donc été accueillies et les affaires ont été renvoyées pour qu'un autre agent d'ERAR statue de nouveau sur celles-ci relativement aux conclusions concernant le VIH.

¹ O. c. Canada (Ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration), 2011 CF 1331 (Cour fédérale).

La Cour d'appel de l'Ontario reconnaît un nouveau délit civil d'atteinte à la vie privée

Le 18 janvier 2012, dans son arrêt *Jones c. Tsige*¹ la Cour d'appel de l'Ontario a fait franchir au droit ontarien une étape importante vers la reconnaissance d'un délit civil général d'atteinte à la vie privée. La Cour a reconnu un délit civil « d'intrusion dans les affaires privées » (*intrusion upon seclusion*), de portée limitée, mais qui ouvre la porte à la reconnaissance de délits civils semblables d'atteinte à la vie privée.

Dans l'ensemble, les faits de l'affaire étaient non contestés et peu complexes. Madame Jones et Mme Tsige étaient toutes les deux employées à la Banque de Montréal. Madame Tsige avait une

relation avec l'ex-mari de Mme Jones. Sur une période de quatre ans, Mme Tsige a pris connaissance 174 fois de détails des comptes bancaires de Mme Jones par voie électronique.

Madame Jones a intenté des procédures, alléguant entre autre l'atteinte à la vie privée. Saisi d'une motion en vue d'obtenir un jugement sommaire, le juge de première instance a

conclu que le délit civil d'atteinte à la vie privée n'existait pas en Ontario. Madame Jones a interjeté appel.

La Cour d'appel a reconnu un délit civil d'intrusion dans les affaires privées (*intrusion upon seclusion*) et en a énoncé les éléments suivants : la conduite du défendeur doit avoir été intentionnelle et insouciant; le défendeur doit avoir porté atteinte, sans justification légitime, aux affaires ou aux activités privées du demandeur; une personne raisonnable considérerait l'atteinte comme très répréhensible, suscitant de la détresse, de l'humiliation ou de l'angoisse.

La Cour a conclu que toutes les atteintes à la vie privée n'entraînent pas de conséquences juridiques. La Cour a affirmé que les intrusions dans certaines questions seraient plus vraisemblablement vues comme étant très répréhensibles, par exemple en ce qui concerne les dossiers financiers ou de santé, les pratiques ou l'orientation sexuelles et l'emploi.

Le délit civil n'oblige pas le demandeur à prouver de préjudice réel.

Dans son arrêt, la Cour a affirmé que, dans la plupart des cas, les dommages-intérêts seront modestes et elle a fixé un plafond de 20 000 \$CAN. La Cour a laissé ouverte la possibilité d'ajouter des dommages-intérêts majorés ou punitifs. Madame Jones s'est vu accorder la somme de 10 000 \$CAN.

Commentaire

Nous savons de cette affaire que le fait d'examiner les écritures bancaires de quelqu'un sans son consentement serait une atteinte à ses affaires ou activités privées. Nous ne savons pas encore si un tribunal affirmerait que la divulgation de la séropositivité de quelqu'un au VIH, sans sa permission, constituerait également une atteinte à ses affaires privées.

Chaque cas est différent et il peut y avoir des situations dans lesquelles la divulgation de la séropositivité au VIH sans permission répondrait à la définition d'« atteinte ». Il reste à voir si un tribunal sera d'accord.

Même si la divulgation de la séropositivité au VIH n'est pas vue

comme une « atteinte » aux fins de ce nouveau délit civil, ce jugement est encourageant. La Cour aurait pu rejeter complètement l'argument fondé sur l'atteinte à la vie privée, mais elle a choisi de ne pas le faire. En fait, le jugement renferme une très bonne analyse de la raison pour laquelle le droit à la vie privée devrait être protégé juridiquement. Cette analyse devrait aider à poser une fondation solide pour une expansion du délit civil d'atteinte à la vie privée, du moins en Ontario.

— Renée Lang

Renée Lang (langr@lao.on.ca) est avocate au service de HALCO, HIV & AIDS Legal Clinic Ontario.

¹ Jones c. Tsige, 2012 ONCA 32.

La Cour fédérale rejette un recours portant sur la liberté de religion de produire et de posséder de la marijuana

Le 15 novembre 2011, la Cour fédérale du Canada a rejeté une demande de contrôle judiciaire d'une décision de la ministre de la Santé de ne pas délivrer une exemption légale qui aurait permis au demandeur de produire et de posséder assez de marijuana pour utiliser sept grammes de la drogue à tous les jours sans violer la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (la Loi).¹

Le demandeur, un membre de l'Église de l'Univers depuis 1990, a fait valoir qu'il croyait que le cannabis était l'« arbre de vie » et qu'il fumait de la marijuana par conviction religieuse. Il a plaidé que les interdictions légales

de possession et de production de la marijuana prévues dans la *Loi* et le rejet de sa demande d'exemption ministérielle violaient les droits que lui garantissent les articles 2a), 7 et 15 de la Charte canadienne des droits et libertés (la Charte).

En vertu de l'article 56 de la *Loi*, si le ministre de la Santé « estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient, [il a le pouvoir discrétionnaire de] soustraire à l'application de tout ou partie de la présente loi ou de ses règlements toute personne ou catégorie de personnes, ou toute substance désignée ou tout précurseur ou toute catégorie de ceux-ci. » En 2009, le demandeur a envoyé une lettre à la ministre, lui demandant d'exercer son pouvoir discrétionnaire en vertu de cette disposition pour permettre au demandeur de produire et de posséder assez de marijuana pour fumer sept grammes de la drogue par jour sans violer les interdictions de possession et de productions illicites de la drogue prévues dans la *Loi*. Cette demande a été rejetée au motif qu'il ne serait pas dans l'intérêt public d'accorder l'exemption demandée.

La Cour fédérale a statué que la décision de la ministre devait être contrôlée selon la norme de déférence de la raisonnabilité. À son avis, les tribunaux doivent faire preuve de déférence lorsqu'ils contrôlent des décisions discrétionnaires qui impli-

quent une appréciation complexe d'intérêts, même lorsque cette appréciation implique l'évaluation des droits d'un demandeur garantis par la Charte.

La Cour fédérale a rejeté les arguments du demandeur fondés sur la Charte au motif que sa pratique de fumer sept grammes de marijuana par jour et sa croyance sous-jacente selon laquelle le cannabis est l'arbre de vie revêtent un caractère laïc. Comme l'a statué le juge Shore, la preuve n'a pas démontré le « lien nécessaire », puisqu'elle établissait seulement que le demandeur avait « une croyance sincère que la plante de cannabis était une panacée pour les divers maux de la société ». Elle ne permet pas de conclure que cette croyance, non plus que sa consommation quotidienne de cannabis, avait quelque lien que ce soit avec « un système particulier et complet de foi et de pratique religieuse ».² De l'avis de la Cour, de tels choix de modes de vie ne sont pas protégés par le droit à la liberté de religion garanti par la Charte.

La Cour fédérale a conclu en outre que la limite imposée sur la capacité du demandeur de produire et de posséder de la marijuana ne violait pas son droit à la sécurité de la personne, puisqu'il n'avait présenté aucune preuve indiquant que la loi avait une incidence sur sa santé ou son bien-être psychologique. Même si la menace d'emprisonnement mettait en jeu le droit à la liberté du demandeur

garanti par l'article 7 de la Charte, le demandeur n'a pas établi l'incompatibilité correspondante avec les principes de justice fondamentale. Qui plus est, le demandeur n'a pas établi de violation de son droit à l'égalité garanti par l'article 15 de la Charte, puisqu'il n'a pas identifié de distinction fondée sur un motif énuméré ou analogue pour exposer un désavantage qui favorise les préjugés ou les stéréotypes.

¹ *Bennett c. Canada (Procureur général)*, 2011 FC 1310 (Cour fédérale). [Toutes les citations en français de ce jugement sont des traductions officielles.]

² *Ibid.*, par. 77.

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition

Un homme séropositif est déclaré non coupable de voies de fait graves pour avoir craché sur quelqu'un

Le 9 août 2011, Clifford Bear a été déclaré non coupable de voies de fait graves, mais déclaré coupable de vol et de voies de fait sous trois chefs à la suite d'un incident qui s'est produit dans un magasin de détail à Winnipeg (Manitoba) en août 2009.¹ Pendant une bagarre dans le magasin, deux employés qui ont tenté d'appréhender M. Bear, qu'ils soupçonnaient avoir volé des jeux vidéo, ont subi des blessures mineures. Monsieur Bear a été déclaré coupable de vol et de voies de fait sous deux chefs relativement à cette bagarre.

Le même soir, M. Bear a été appréhendé par des policiers qui ont affirmé dans leur témoignage qu'il semblait intoxiqué, parlait de VIH et a fait des commentaires sur le fait d'avoir craché. À ce moment-là, M. Bear avait des éraflures au cou et aux bras et une coupure à la lèvre qui saignait, ainsi que des taches de sang sur les souliers que les policiers présumaient attribuables à la bagarre au magasin. Les policiers ont placé une cagoule anti-crachat sur la tête de M. Bear.

Monsieur Bear a été placé dans une cellule de détention provisoire où, selon le témoignage des policiers, il s'est caché hors de vue et ne répondait pas à leurs appels. Quand un des agents a déverrouillé la porte de la cellule pour voir ce qui se passait, M.

Bear a surgi et lui a craché au visage, ayant remonté la cagoule au-dessus de son nez. Le crachat a atteint l'agent au nez, à l'œil et au front. L'agent a ensuite asséné un coup de poing à M. Bear qui est tombé par terre et qui a fini par être maîtrisé et renvoyé à sa cellule. Monsieur Bear a dû être traité à l'hôpital après cette altercation.

L'agent a été hospitalisé pour des traitements et a commencé un traitement de prophylaxie post-exposition, mais n'a pas pu prendre le médicament que pendant quatre jours parce qu'il le rendait très malade. Depuis l'incident, l'agent a passé un test VIH qui s'est révélé négatif.

Monsieur Bear a été accusé de voies de fait graves pour avoir craché au visage de l'agent dans une tentative de l'infecter par le VIH. La cour a statué que la preuve permettait indubitablement de conclure que M. Bear avait agressé l'agent en lui crachant au visage et qu'il s'agissait d'un acte intentionnel, compte tenu des commentaires qu'il avait faits précédemment sur le VIH et l'acte de cracher, du fait qu'il avait relevé sa cagoule anti-crachat, de son refus de répondre aux appels de l'agent à la porte de la cellule et du fait qu'il se soit caché hors de vue dans une tentative évidente de surprendre l'agent quand il a ouvert la porte.

Le ministère public a plaidé que les voies de fait étaient graves, puisqu'elles avaient mis en danger la vie de l'agent parce que M. Bear avait tenté de lui transmettre le VIH. La défense a soutenu que M. Bear

était — au plus — coupable de voies de fait, puisque la vie de l'agent n'avait pas été mise en danger.

La cour a entendu les témoignages de cliniciens spécialistes du VIH qui ont affirmé que le VIH ne se trouvait pas dans la salive, y compris le témoignage d'une infirmière qui a affirmé que le risque d'infection lorsque du sang est mélangé à de la salive ou à des larmes était « faible ou négligeable ».² La cour a également entendu le témoignage d'un médecin qui s'est dit d'avis que M. Bear, diagnostiqué séropositif en mai 2007, aurait eu « une charge virale stable et relativement élevée » au moment de l'incident.³ Le même médecin a affirmé qu'à son avis, M. Bear pouvait transmettre le VIH par le sang et qu'on ne pouvait éliminer la possibilité de sa transmission par le sang mélangé à de la salive.

En tirant sa conclusion, la cour a cité l'arrêt *R. c. Mabior*⁴ et a statué que, même si le VIH peut causer des lésions corporelles graves à quelqu'un, l'élimination du risque de ce préjudice n'était pas le critère applicable et que la preuve était insuffisante pour prouver l'accusation de voies de fait graves, puisqu'elle ne pouvait être obtenue. Le ministère public n'avait pas prouvé hors de tout doute raisonnable que le risque de lésions corporelles graves était important sans connaître la quantité de sang à laquelle l'agent avait été exposé ou la quantité qui serait nécessaire pour poser un risque important lorsqu'il est mélangé à de la salive. En conséquence, M.

Bear a été déclaré non coupable de voies de fait graves et déclaré coupable de l'infraction incluse de voies de fait.

Absolution sous conditions pour une adolescente qui plaide coupable de nuisance publique

Une adolescente de 17 ans accusée d'avoir eu des relations sexuelles non protégées sans avoir révélé qu'elle était séropositive s'est vu accorder une absolution sous conditions en février 2012.⁵ Accusée à l'origine d'agression sexuelle grave, l'adolescente a plaidé coupable sous un chef de nuisance publique.

Les accusations ont été portées initialement en août 2011 par la police d'Edmonton, après que deux adolescents se sont manifestés, alléguant avoir eu des relations sexuelles non protégées avec l'adolescente sans savoir qu'elle était séropositive. L'adolescente et les deux plaignants, qu'elle avait rencontrés au printemps 2011, étaient tous des sans-abri.

La police d'Edmonton a par la suite émis un avis de sécurité publique la nommant et demandant à quiconque ayant eu des activités sexuelles avec elle d'appeler la police et de consulter un médecin.⁶ En raison de son âge, la police a obtenu une ordonnance du tribunal pour communiquer son nom, sa photo et d'autres renseignements personnels. Même si l'ordonnance du tribunal ne s'appliquait que jusqu'à ce que l'adolescente soit appréhendée par la police (un jour après sa première diffusion), son nom avait déjà été largement diffusé dans les médias au moment de

son arrestation. La police d'Edmonton n'a pas immédiatement enlevé de l'Internet tous les renseignements signalétiques à son sujet.

Depuis qu'elle avait été diagnostiquée séropositive en 2011, l'adolescente se présentait régulièrement à des rendez-vous chez le médecin et fournissait des échantillons de sang pour contrôler son état sérologique et déterminer si elle devait commencer à prendre des médicaments. D'après un énoncé conjoint des faits présenté à la Cour provinciale de l'Alberta, l'adolescente n'avait pas besoin de médicaments puisque sa charge virale était très faible.⁷

Un expert en VIH retenu par le ministère public a estimé que les chances que l'adolescente transmette le VIH étaient de 5 sur 30 000 à chaque fois qu'elle avait une relation sexuelle. Le juge a conclu que l'infection à VIH de l'adolescente était contrôlée par les médecins et a reconnu qu'elle risquait peu d'infecter les autres.

La cour a ordonné à l'adolescente d'obéir à plusieurs conditions au cours des six mois suivants, notamment de ne pas consommer de drogue ou d'alcool, de se présenter régulièrement à son agent de probation, d'assister à des séances de counseling et de divulguer sa séropositivité à tout partenaire sexuel.

Un tribunal de l'Ontario déclare coupable un homme de tentative d'agression sexuelle grave pour non-divulgaration du VIH

En décembre 2011, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a déclaré

coupable un homme de tentative d'agression sexuelle grave en lien avec la non-divulgaration de sa séropositivité au VIH à sa partenaire.⁸ Les relations sexuelles se poursuivaient depuis plusieurs années avant que l'accusé ait passé, pendant un examen physique au soutien de sa demande d'immigration, un test du VIH qui s'est révélé positif.

Une question de fait essentielle en l'espèce était donc de savoir si les relations sexuelles non protégées s'étaient poursuivies après son diagnostic. La Cour a conclu que les relations s'étaient effectivement poursuivies après son diagnostic et que l'accusé n'avait pas avisé sa partenaire qu'il était séropositif. Elle a contracté le VIH à un moment donné pendant leur relation.

Le ministère public a reconnu que la preuve ne permettait pas de savoir si la plaignante avait contracté l'infection avant ou après que l'accusé a appris qu'il était séropositif. Par conséquent, le ministère public ne pouvait faire la preuve d'un élément de l'accusation d'agression sexuelle grave, à savoir que l'acte reproché avait mis en danger la vie de la plaignante. Le ministère public a donc demandé que l'accusé soit déclaré coupable de tentative d'agression sexuelle grave.⁹

La défense a plaidé que le ministère public n'avait pas prouvé tous les éléments nécessaires de l'infraction, notamment la privation, qui nécessite une preuve de préjudice réel ou de risque de préjudice, parce qu'il n'avait pas présenté de preuve d'expert pour établir l'étendue du risque.¹⁰ La Cour a rejeté cet argument, concluant que le critère du « risque important » établi dans l'arrêt *Cuerrier* avait pour but de limiter « la catégorie

de mensonges qui pourraient vicier le consentement de la plaignante à ceux qui sont objectivement importants. »¹¹ Ce critère n'oblige pas de présenter une preuve d'expert ou une analyse statistique de la probabilité de préjudice qu'a pu subir la plaignante.¹²

La Cour a également conclu qu'il n'était pas nécessaire de considérer la preuve ayant trait au traitement du VIH, puisque l'infection à VIH demeure incurable et change la vie à jamais, et que l'accusé ne recevait pas de traitement à l'époque en cause.¹³ La Cour a reconnu qu'il était « indéniable » que des relations sexuelles vaginales non protégées entre un homme séropositif et une femme exposent celle-ci à un risque de contracter le VIH; en l'absence de preuve pour établir des circonstances qui pourraient réduire de façon importante le risque d'infection, la Cour a reconnu que le risque d'infection satisfaisait à la norme de « risque important » qui permet de déterminer si le consentement de la plaignante avait été vicié par la fraude.¹⁴

En février 2012, la Cour a condamné l'homme à une peine d'emprisonnement de deux ans moins un jour, ce qui lui donnerait droit d'appel contre l'expulsion dont il pourrait être l'objet, compte tenu de l'infraction dont il a été déclaré coupable. En considérant la peine appropriée, la Cour a noté que l'homme n'avait pas d'antécédents judiciaires, qu'il était en liberté sous caution depuis quatre ans et demi sans incident et qu'il jouissait d'une bonne réputation dans sa communauté.¹⁵

— Alison Symington et
Sandra Ka Hon Chu

Un tribunal de l'Ontario rejette une accusation d'agression sexuelle grave contre un homme séropositif

Un Ontarien séropositif, J.U., avait été accusé en lien avec trois allégations d'agression sexuelle distinctes. Sa séropositivité n'était pertinente qu'à l'égard d'une des accusations, fondée sur une allégation d'avoir eu des rapports sexuels consensuels avec la plaignante, J.S., sans lui avoir divulgué son état. Le 29 juillet 2011, il a été acquitté sous ce chef.¹⁶

La cour a accepté le témoignage de J.S. qui a affirmé avoir eu des rapports sexuels (y compris des relations vaginales et orales) avec l'accusé à trois occasions, deux fois avec condom et une fois sans condom. Les avocats avaient convenu que des relations sexuelles vaginales et anales protégées avec une personne séropositive ne représentent pas un risque important de lésions corporelles; par conséquent, le procès portait sur le rapport sexuel non protégé.¹⁷

Dans son analyse de l'argument juridique et de la preuve d'expert, le juge a noté que pour prouver l'absence de consentement à des rapports sexuels, le ministère public doit prouver qu'il y a eu tromperie et privation. Aux dires du juge « la défense reconnaît qu'il y a eu tromperie, plus que l'accusé ne lui avait pas divulgué son état de santé. Manifestement, il avait une obligation morale de l'avertir. Toutefois, un acte immoral ou répréhensible ne donne pas nécessairement lieu à la responsabilité criminelle. Il doit également y avoir une privation correspondante. »¹⁸

Le juge a observé que l'application du critère juridique de l'arrêt *R. c. Cuerrier* doit évoluer pour prendre

en compte les progrès de la science relativement au VIH et que les tribunaux, depuis l'arrêt *Cuerrier*, ont reconnu que des facteurs autres que l'emploi d'un condom peuvent réduire le risque de transmission au point où il n'est plus important, sur le plan juridique, par exemple si l'individu a une charge virale indétectable.¹⁹

En se fondant sur l'ensemble de la preuve, la cour a conclu que la possibilité de transmission du VIH à la plaignante ne satisfaisait pas au critère juridique du risque important de lésions corporelles graves ou d'un danger pour la vie. Le fait qu'il n'y a eu des rapports sexuels non protégés qu'une seule fois, qu'il n'y avait pas eu d'éjaculation, que la charge virale de l'accusé était faible et que le risque statistique de transmission était donc d'au plus une chance sur 333 faisaient partie des facteurs qui ont soulevé un doute raisonnable.²⁰

En conclusion, le juge a affirmé que « si le risque est peut-être trop élevé pour la plaignante d'un point de vue subjectif, sur le plan objectif, la probabilité d'infection en l'espèce n'a pas atteint le seuil nécessaire pour une déclaration de culpabilité. »²¹

— Alison Symington

Emprisonnement de deux ans pour un homme séropositif qui a plaidé coupable d'agression sexuelle grave

Le 20 octobre 2011, A.T.R. a été condamné à une peine d'emprisonnement de deux ans suivie de trois de probation et il a été obligé de fournir

un échantillon d'ADN et a été inscrit comme délinquant sexuel après avoir plaidé coupable d'agression sexuelle grave le 25 mai 2011. A.T.R. a admis avoir eu des relations sexuelles non protégées avec deux femmes entre décembre 2008 et février 2010 sans leur avoir divulgué qu'il était séropositif. Ni l'une ni l'autre n'a contracté le VIH.²²

En examinant son dossier, la Cour provinciale de la Colombie-Britannique a noté qu'A.T.R. avait vécu une enfance troublée et difficile dans divers foyers et familles d'accueil en raison des problèmes de santé mentale et de toxicomanie de sa mère. On lui avait également diagnostiqué plusieurs troubles de comportement et émotifs, de même que la dépression. À l'âge de 22 ans, A.T.R. a contracté le VIH et a réagi par le choc, puis le déni, faisant abstraction de son état pendant plusieurs années, de même que de toute obligation qu'il avait envers ses partenaires sexuels.

La Cour a observé que la preuve du ministère public pour faire déclarer A.T.R. coupable se heurtait à des difficultés éventuelles, plus particulièrement quant à la manière de quantifier le risque qu'il posait pour les plaignantes. Lorsque A.T.R. a été diagnostiqué séropositif en 2003, ses charges virales étaient considérées « trop faibles pour la transmission ».²³ Même si la charge virale d'A.T.R. a été diagnostiquée « suffisamment élevée » pour transmettre le VIH à la fin de 2010 (c.-à-d. un risque d'infection d'environ un partenaire sur 1 000 expositions), la Cour a observé que « le ministère public n'avait aucune façon d'établir par la preuve médicale à quel point entre ces dates sa charge virale était devenue suffisamment élevée pour le rendre criminellement responsable ».²⁴

Par conséquent, les avocats d'A.T.R. et du ministère public ont fait valoir qu'ils s'étaient mis d'accord sur un compromis dans la détermination de la peine compte tenu du fait que la charge virale d'A.T.R. ne pouvait être déterminée au moment des infractions et parce A.T.R. a inscrit un plaidoyer de culpabilité malgré les problèmes éventuels de preuve dans l'accusation contre lui, dispensant les plaignantes de l'obligation de témoigner contre lui et faisant économiser du temps d'audience qui aurait été nécessaire pour obtenir une déclaration de culpabilité, le cas échéant.

Un Québécois séropositif est déclaré coupable d'agression sexuelle grave

Un Québécois séropositif a été accusé de voies de fait graves et d'agression sexuelle grave en lien avec des rapports sexuels qu'il a eus avec un autre homme entre juillet et août 2005. L'accusation d'agression sexuelle grave a été portée par ce que l'accusé n'aurait pas divulgué sa séropositivité avant des relations sexuelles anales non protégées.²⁵

L'accusé a fait valoir une défense fondée sur l'idée de « consentement implicite ». Selon cet argument, les personnes qui ont des rapports sexuels non protégés dans un sauna ou un bain public pour hommes gais sans poser de question sur la santé sexuelle ou la séropositivité acceptent de contracter le VIH ou y sont indifférents. Puisque l'accusé avait rencontré le plaignant dans un bain public, il a plaidé avoir présumé que le plaignant assumait implicitement le risque d'infection à VIH.²⁶ Ce n'est qu'après qu'ils ont eu les rapports

sexuels non protégés qu'il a divulgué sa séropositivité au plaignant.

La cour a rejeté ce moyen de défense, concluant que le consentement doit être clair et non équivoque, et non pas implicite.²⁷ La cour a conclu que le plaignant n'aurait pas eu de rapports sexuels non protégés avec l'accusé si ce dernier lui avait divulgué sa séropositivité et que des rapports sexuels étaient risqués. L'accusé a donc été déclaré coupable d'agression sexuelle grave.²⁸

— Alison Symington

Six ans pour trois chefs d'agression sexuelle grave

Après avoir plaidé coupable sous trois chefs d'agression sexuelle grave, Xavier Bissonnette a été condamné à une peine d'emprisonnement de six ans par une cour provinciale de l'Alberta, en octobre 2011.²⁹

Monsieur Bissonnette, âgé de 56 ans, a été diagnostiqué séropositif en 1998.³⁰ Il a été accusé d'agression sexuelle grave plus tôt en 2011 après avoir eu des relations sexuelles non protégées avec une adolescente de 17 ans et deux femmes – qu'il avait toutes rencontrées sur un site web de rencontre en ligne – sans leur avoir divulgué sa séropositivité.

Accusation d'agression sexuelle grave retirée dans une affaire de non-divulguation du VIH

Le 18 novembre 2011, le procureur de la Couronne a retiré une accusa-

tion d'agression sexuelle grave contre N.Z. à la Cour de justice de l'Ontario, après que N.Z. eut rempli une condition préalable, à savoir qu'elle assiste à des séances de counseling au service de santé publique de la région de Peel.³¹

Originnaire du Zimbabwe, N.Z. avait été inculpée en septembre 2010 après avoir été accusée d'avoir eu des relations sexuelles non protégées avec un homme et d'avoir omis de l'informer qu'elle était séropositive. Le plaignant a depuis lors passé un test VIH qui s'est révélé négatif.³²

— *Cynthia Fromstein*

Cynthia Fromstein
(cynthia@fromsteinlaw.com) est une
criminologiste qui exerce à Toronto.

¹ *R. c. Bear*, 2011 MBQB 191 (Cour du Banc de la Reine du Manitoba).

² *Ibid.*, par. 43.

³ *Ibid.*, par. 53.

⁴ 2010 MBCA 93.

⁵ R. Cormier, « HIV-positive teen avoids jail for unprotected sex », *Edmonton Journal*, 22 février 2012.

⁶ J. Cummins, « HIV-positive teen arrested, charged; 17-year-old girl faces two counts of aggravated assault », *Edmonton Journal*, 8 août 2011.

⁷ R. Cormier, *supra*, note 1.

⁸ *R. c. T.*, 2011 ONSC 7136 (Cour supérieure de justice de l'Ontario)

⁹ *Ibid.*, par. 8 et 53–5. L'argument du ministère public s'appuyait sur l'arrêt *R. c. Williams*, 2003 CSC 41.

¹⁰ *Ibid.*, par. 56–7.

¹¹ *Ibid.* par. 66.

¹² *Ibid.* par. 67.

¹³ *Ibid.* par. 79.

¹⁴ *Ibid.*, par. 83.

¹⁵ *R. c. T.*, 2012 ONSC 1201 (Cour supérieure de justice de l'Ontario).

¹⁶ *R. c. J.U.*, [2011] O.J. n° 4143.

¹⁷ *Ibid.*, par. 75.

¹⁸ *Ibid.*, par. 118–9.

¹⁹ *Ibid.*, par. 125 et 133.

²⁰ *Ibid.*, par. 146.

²¹ *Ibid.*, par. 148.

²² *R. c. A.T.R.*, 2011 BCPC 283 (Cour provinciale de la C.-B.).

²³ *Ibid.*, par. 14.

²⁴ *Ibid.*

²⁵ *R. c. W.*, [2011] Q.J. No. 13378 (Cour du Québec).

²⁶ *Ibid.*, par. 3 et 70–6.

²⁷ *Ibid.*, par. 81, 151 et 236.

²⁸ *Ibid.*, par. 205 et 243.

²⁹ D. Slade, « HIV-positive man jailed for sex with three women », *Calgary Herald*, 7 octobre 2011.

³⁰ J. McMurray, « Have you had sex with this man?; HIV-positive suspect accused of not disclosing disease », *Calgary Sun*, 22 août 2011.

³¹ Renseignement fourni avec le consentement de N.Z.

³² « Woman charged with HIV crimes in Canada » *NewZimbabwe.com*, 17 août 2011.

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.

Ukraine — Un médecin qui administrait le traitement de substitution aux opiacés est acquitté de trafic de drogue

Le 8 novembre 2011, la Cour d'appel régionale d'Odessa a confirmé la décision rendue en juin 2011 par la Cour de district d'Odessa qui avait acquitté le Dr Ilya Podolyan d'accusations de trafic de drogue.¹

En 2005, le Dr Podolyan a lancé un programme de traitement de substitution aux opiacés (TSO) à Odessa destiné aux consommateurs de drogues.

Le programme a fonctionné jusqu'à ce que, le 11 mars 2010, des agents de la police d'Odessa entrent dans les locaux de la clinique de désintoxica-

tion pour effectuer une « inspection non programmée ». L'avocat de la clinique n'a pas été autorisé à être présent. Le Dr Podolyan, deux infirmières,

le coordonnateur du programme de TSO et le coordonnateur régional de l'International HIV/AIDS Alliance — Ukraine de la région d'Odessa ont été arrêtés sur soupçon de trafic de drogue. Les pièces où les médicaments du TSO étaient stockés et distribués aux patients ont été mises sous scellés et tous les dossiers médicaux ont été saisis.²

À la suite des interventions d'avocats spécialisés dans les droits de la personne, le coordonnateur du programme de TSO et le coordonnateur régional de l'Alliance ont été relâchés sans accusation après avoir passé 24 heures en garde à vue. Une des infirmières détenues a été relâchée le 14 mars alors que l'autre est demeurée en garde à vue dans un hôpital d'Odessa et n'a été relâchée que par ordonnance du tribunal parce que son état de santé se détériorait.

Le Dr Podolyan a été poursuivi en vertu de l'article 309(1) du Code criminel de l'Ukraine pour possession illégale de stupéfiants, c'est-à-dire 34 ampoules de Sibazon renfermant 0,43 grammes de diazépam, une substance psychotrope, qui ont été découvertes pendant une perquisition à sa résidence.³ Il a été libéré sous caution le 15 mars.

L'enquête s'est poursuivie et, deux mois plus tard, de nouvelles accusations ont été portées contre le Dr Podolyan, pour trafic de drogue (article 307(2) du Code criminel), une infraction punissable par une peine maximale d'emprisonnement de 10 ans. L'acte d'accusation indiquait que le Dr Podolyan « avait vendu des médicaments de TSO (la buprénor-

phine) à 42 patients du Dispensaire régional de stupéfiants d'Odessa, leur prescrivant illégalement de la drogue »⁴ à une époque où la clinique de toxicomanie ne possédait pas de permis valide de manipulation de stupéfiants.⁵

Le 31 mai 2010, la Cour du district de Malinowskiy d'Odessa a rendu une ordonnance de détention avant procès du Dr Podolyan pour l'empêcher d'éviter la poursuite et de continuer ses activités. Le tribunal n'a pas tenu compte du fait que l'accusé souffrait de plusieurs maladies, y compris l'hypertension, le diabète et l'arythmie, et que l'établissement de détention n'avait pas le personnel nécessaire pour le soigner convenablement.⁶ Le 25 septembre, après être demeuré en détention presque quatre mois avant son procès, le Dr Podolyan a été libéré sous caution.

En cours de l'instance contre le Dr Podolyan, il est apparu que les policiers avaient tenté sans succès d'obtenir des témoignages de patients en TSO comme quoi le docteur Podolyan avait reçu de l'argent d'eux. De plus, pendant plusieurs mois avant la visite des policiers à la clinique le 11 mars, des détectives avaient mis ses téléphones sur écoute; toutefois, ils n'ont pas réussi à recueillir de preuves d'activité illégale.

Le TSO est dispensé en Ukraine depuis 2004. En janvier 2012, 6 632 patients étaient inscrits à des programmes de TSO dans 133 hôpitaux, dans l'ensemble des 27 régions administratives du pays.⁷ En vertu de la *Loi ukrainienne sur la prévention*

du sida et la protection sociale de la population en vigueur le 23 décembre 2010, l'accès aux programmes de TSO est garanti à tous les consommateurs de drogue par injection.⁸

— Pavlo Skala

Pavlo Skala (skala@aidalliance.org.ua) est avocat au service de l'International HIV/AIDS Alliance en Ukraine.

¹ On peut trouver une traduction anglaise de la décision ici : www.aidalliance.org.ua/ru/news/pdf/09.11.2011podolyan/Court_Verdict_29.06_english.pdf. Le Dr Podolyan a été déclaré coupable sur une seule accusation relative à la drogue psychotrope Sibazon, qui avait été trouvée à sa résidence et qui n'était pas liée au traitement de substitution aux opiacés.

² Voir www.segodnya.ua/news/14122296.html (en ukrainien).

³ Décision de poursuivre le prévenu datée du 28 mai 2010 délivrée par Karaush AA, l'enquêteur du service de police du district de Malinowskiy d'Odessa.

⁴ Ibid.

⁵ Plus d'un an avant les événements, la clinique de toxicomanie avait changé de nom légal ce qui, conformément à la législation ukrainienne, oblige un organisme à mettre à jour son permis de manipulation de drogues.

⁶ Certificat n° 5/12-13138 délivré le 20.07.2010 par l'agent en chef A. Mytrophanov, établissement de détention avant procès d'Odessa.

⁷ Les statistiques sur les patients inscrits à des programmes de TSO provenant de l'Institut ukrainien de politique en matière de santé publique sont disponibles en ligne : www.uiphp.org.ua/media/1459 (en ukrainien).

⁸ *Loi ukrainienne sur la prévention du sida et la protection sociale de la population*. Voir <http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=2861-17> (en ukrainien).

Kenya — Un jugement assure l'accès aux médicaments génériques contre le VIH

Le 20 avril 2012, la Haute Cour du Kenya a statué que les législateurs doivent réexaminer la *Anti-Counterfeit Act* de 2008 parce qu'elle pourrait menacer l'importation de médicaments génériques antirétroviraux.¹

« La loi est vague et pourrait mettre en péril l'accès à des médicaments génériques abordables, puisqu'elle ne fait pas clairement la distinction entre les médicaments contrefaits et les médicaments génériques » a affirmé la juge Mumbi Ngugi dans son jugement.² Celle-ci a demandé au gouvernement de modifier les articles 2, 32 et 34 de la *Anti-Counterfeit Act* qui interdisent l'utilisation de médicaments génériques.

Le parlement kényan devra maintenant revoir la législation et supprimer les ambiguïtés qui pourraient donner lieu à des saisies arbitraires de médicaments génériques sous le couvert de la lutte contre les contrefaçons.

La décision de la Haute Cour a confirmé une ordonnance conservatoire délivrée le 23 avril 2010 par la juge Roseline Wendoh qui a suspendu la mise en œuvre de la *Anti-Counterfeit Act* par le gouvernement tant que l'affaire n'était pas jugée.

Les requérants Patricia Asero Achieng, Maureen Murenga et Joseph Munyi avaient demandé que la loi soit déclarée inconstitutionnelle, plaidant qu'elle portait atteinte à leurs droits à la vie en donnant une définition et une interprétation larges de ce que constituent des médicaments contrefaits. Ils avaient plaidé que la loi menaçait leur accès à des médicaments génériques et leur droit à la vie.³

« Il s'agissait d'une loi mal rédigée au départ, qui doit être revue de toute urgence pour éviter de menacer les programmes de santé publique, par exemple le programme national de traitement du VIH, qui dépend en grande partie d'un accès aux médicaments génériques antirétroviraux » a affirmé Jacinta Nyachae, directrice exécutive du AIDS Law Project.⁴

Le jugement est considéré comme un précédent positif pour l'ensemble de la région de l'Afrique orientale, puisque la plupart des pays mem-

bres de la Communauté de l'Afrique orientale envisagent des lois anti-contrefaçon qui pourraient menacer l'accès aux médicaments génériques.

— David Cozac

David Cozac (dcozac@aidslaw.ca) est directeur de la rédaction de la *Revue VIH/sida, droits et politiques*.

¹ « Kenyan court ruling upholds access to generic drugs », Reuters, 20 avril 2012.

² Ibid.

³ M. Kalekya, « Kenyans can access cheap ARVs, court rules » Kenya Broadcasting Corporation, 20 avril 2012.

⁴ Ibid.

Chili — Un tribunal confirme la décision contre un fournisseur de soins de santé qui a révélé la séropositivité d'un patient

En janvier 2012, la Cour suprême du Chili a confirmé une décision de la Cinquième Cour civile qui avait condamné le fournisseur de soins de santé Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio à payer une amende de 10 millions de pesos chiliens (20 600 \$) à un patient après que l'hôpital Dr. Eduardo Pereira de la ville de Valparaíso eut révélé sa séropositivité sans son consentement.¹

Le plaignant avait été hospitalisé en juillet 2007 pour recevoir un traitement en lien avec des crampes biliaires. Il avait alors avisé le personnel qu'il était séropositif depuis 20 ans et a demandé que ce renseignement ne soit pas révélé à sa famille ou à ses amis. Toutefois, pendant son séjour à l'hôpital Dr. Eduardo Pereira, des infirmières et d'autres membres du personnel médical l'ont divulgué à d'autres patients et à des membres de la famille qui lui rendaient visite.

Dans un cas, un médecin a divulgué la séropositivité du patient à des étudiants en médecine qui complétaient leur internat à l'hôpital, les informant notamment du numéro de lit et de chambre où il était hospitalisé.²

Les juges de la Cour suprême ont rejeté à l'unanimité l'appel du Servicio de Salud Valparaíso-San Antonio, confirmant le jugement des tribunaux inférieurs qui avaient conclu que le personnel de l'hôpital avait été négligent en divulguant la

séropositivité du patient en dépit de sa demande expresse que ce renseignement demeure confidentiel.

— David Cozac

¹ « Suprema condena a servicio de Salud de Valparaíso por revelar diagnóstico de VIH de paciente », *Latercera.com*, 24 janvier 2012.

² *Ibid.*

La Cour suprême des États-Unis rejette une poursuite pour violation de la vie privée intentée par un pilote séropositif contre des organismes gouvernementaux

Le 28 mars 2012, la Cour suprême des États-Unis a rejeté une poursuite en justice intentée par le pilote Stan Cooper contre la Social Security Administration — qui lui envoyait des prestations d'invalidité — alléguant que l'organisme avait indûment partagé le renseignement de sa séropositivité au VIH avec des fonctionnaires des Transports.¹

Pilote de petits avions, M. Cooper a abandonné son brevet après avoir été diagnostiqué séropositif en 1985, lorsque que les règles de la Federal Aviation Administration (FAA) refu-

saient encore des brevets à quiconque avait le VIH. Il a présenté une nouvelle demande de brevet en 1994, sans divulguer sa séropositivité. Son état de santé s'est brièvement détérioré en 1995 et il a présenté une demande de prestations de sécurité sociale, avec l'assurance que son dossier médical demeurerait confidentiel.

Bien que la FAA ait abrogé son exclusion relative au VIH plusieurs années plus tard, l'organisme a révoqué son brevet en 2005 après avoir obtenu son dossier médical de la Social Security Administration. Monsieur Cooper a plaidé coupable en 2006 à une accusation de délit mineur, c'est-à-dire d'avoir fait une fausse déclaration, et a été condamné à une amende de 1 000 \$US (1 000 \$CAN); toutefois, il a réussi à obtenir son brevet de pilote de la FAA plus tard dans la même année.

L'arrêt à cinq juges contre trois a infirmé un arrêt d'une cour d'appel

fédérale rendu en 2010 qui aurait permis à M. Cooper d'obtenir des dommages-intérêts du gouvernement pour atteinte à sa vie privée en divulguant son état de santé. La Cour suprême a affirmé que M. Cooper ne pouvait pas demander de dommages-intérêts contre les agences qui avaient partagé son dossier médical, puisque la *Privacy Act* fédérale n'autorise les dommages-intérêts que pour les pertes pécuniaires et non pour l'humiliation ou le trouble émotionnel. Monsieur Cooper n'avait pas allégué de perte pécuniaire dans sa poursuite.²

La *Privacy Act*, adoptée en 1974, permet aux particuliers de recouvrer des dommages-intérêts compensatoires (« *actual damages* ») lorsque des organismes fédéraux divulguent délibérément leurs dossiers confidentiels. Parce que la loi ne définit pas ce que l'on entend par « dommages-intérêts compensatoires », les juges majori-

taires de la Cour les ont interprétés comme signifiant le remboursement de pertes pécuniaires.³

L'avocat de M. Cooper, Raymond Cardozo, a affirmé que l'arrêt vidait la loi de toute substance.

« Lorsque vous portez atteinte à la vie privée de quelqu'un, le préjudice le plus naturel est d'ordre mental et émotif; ces demandes doivent maintenant être rejetées », a-t-il affirmé.⁴

— David Cozac

¹ C. Johnson, « Supreme Court Limits Damage Payments to Whistle-Blowers », National Public Radio, 28 mars 2012.

² B. Egelko, « Supreme Court restricts privacy law in pilot's case » *San Francisco Chronicle*, 29 mars 2012.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition

Nouvelle-Zélande — Un tribunal statue que les relations sexuelles sans divulgation peuvent équivaloir à une violation sexuelle

Le 12 mars 2012, la Cour d'appel de la Nouvelle-Zélande a jugé que la

non-divulgation de la séropositivité au VIH avant d'avoir des relations sexuelles non protégées peut équivaloir à une fraude ayant pour effet de vicier le consentement au rapport sexuel et constituerait une violation sexuelle, donnant droit à un dédommagement pour préjudice psychologique résultant de la non-divulgation

en vertu de la *Accident Compensation Act* (la « Loi »).¹

L'appelante avait demandé un dédommagement pour le préjudice psychologique subi après avoir appris que son partenaire sexuel, avec qui elle avait eu des relations sexuelles non protégées, était séropositif.² Son partenaire ne lui avait pas divulgué

son état pendant leur relation. Même si elle n'a pas contracté l'infection, elle a souffert d'un trouble de stress post-traumatique en raison de l'expérience. Son partenaire a été déclaré coupable de nuisance criminelle pour avoir omis de divulguer sa séropositivité.

L'appelante a demandé un dédommagement en vertu de l'al. 21(1) de la Loi, qui prévoit un dédommagement pour préjudice psychologique subi par une personne en raison de tout acte qui entre dans la description d'une infraction énumérée à l'annexe 3 de la loi. L'annexe 3 ne fait pas mention de la nuisance criminelle — l'infraction dont l'intimé a été déclaré coupable — mais il fait mention de violation sexuelle par viol.

La principale question en litige en appel était donc de savoir si, aux fins de l'application de la Loi, la non-divulgence de la séropositivité avant des relations sexuelles non protégées entre dans la description de la violation sexuelle, qui est visée par la Loi.

Le tribunal devait d'abord décider si la Loi permet une interprétation différente de la violation sexuelle que celle que l'on trouve en droit criminel, en vertu duquel il faut prouver à la fois l'absence de consentement de l'appelante et le fait que l'intimé a eu des rapports sexuels sans croire, s'appuyant sur des motifs raisonnables, que l'appelante y avait consenti.

La Cour d'appel de la Nouvelle-Zélande a statué qu'il était inconcevable que le législateur ait eu l'intention d'offrir un dédommagement pour préjudice psychologique subi en raison de rapports sexuels consensuels. Toutefois, lorsque les rapports sont non-consensuels, la croyance raisonnable de l'autre partie au consentement n'était pas un obstacle à un dédommagement d'accident,

puisque le dédommagement est axé sur la victime.³

En se fondant sur cette analyse, la Cour d'appel devait statuer sur la question de savoir si, en l'espèce, les rapports sexuels avaient été consensuels — c'est-à-dire si la non-divulgence de la séropositivité avait vicié le consentement aux rapports sexuels, si bien qu'un dédommagement pouvait être accordé.

S'appuyant sur l'arrêt de la Cour suprême du Canada *R. c. Cuerrier* — dans lequel il a été jugé que la non-divulgence de la séropositivité pouvait équivaloir à une fraude qui viciait le consentement aux rapports sexuels — l'appelante a plaidé que cette non-divulgence donnait lieu à une *erreur sur la nature et la qualité de l'acte sexuel* viciant le consentement (aux termes du paragraphe 128A(7) de la *Crimes Act 1961*). « Même lorsque le risque est minime, les conséquences liées à la non-divulgence sont tellement importantes qu'ils ont pour effet de changer la nature de l'acte. »⁴

Le procureur général, en sa qualité d'intervenant, a plaidé que la non-divulgence de la séropositivité ne devrait pas vicier le consentement. Il a plaidé que tout changement de cette position devrait revenir au législateur, vu ses implications sur le plan social et de politique, et a expressément fait mention des difficultés pratiques découlant de l'arrêt *Cuerrier*, c'est-à-dire de savoir où tracer la ligne entre ce qui est criminel et ce qui ne l'est pas.

Après avoir examiné la jurisprudence pertinente d'autres juridictions de common law, la Cour d'appel a été convaincue par le raisonnement des juges dissidents McLachlin et Gonthier dans l'arrêt *Cuerrier*. La Cour d'appel a résumé leur raison-

nement en ces termes : « [L]a fraude vicie le consentement au contact lorsqu'il y a eu tromperie quant à l'existence d'une maladie transmissible sexuellement qui comportait une probabilité ou un risque importants d'infection pour le plaignant ».⁵

La Cour d'appel a noté que les juges McLachlin et Gonthier avaient clairement affirmé qu'il ne saurait y avoir de fraude dans le cas de relations sexuelles protégées, alors que les juges majoritaires de la Cour suprême du Canada ne l'ont que laissé entendre.⁶

Suivant ce raisonnement, la Cour d'appel a jugé que, dans les cas de relations sexuelles sans divulgation, le consentement de l'appelante était vicié par une erreur quant à la nature et à la qualité de l'acte (par. 128A(7)) ou, à titre subsidiaire, en vertu du par. 128A(8) de la *Crimes Act 1961*, qui précise que la liste des situations dans lesquelles une personne ne consent pas aux termes de l'art. 128 n'est pas exhaustive. La non-divulgence de la séropositivité avant des relations sexuelles non protégées suffit donc à vicier le consentement aux rapports sexuels de manière à constituer une violation sexuelle aux fins du dédommagement du préjudice psychologique en vertu de la Loi.⁷

Commentaire

Bien que cette décision ne concerne que l'application de la *Accident Compensation Act*, elle établit un dangereux précédent. Elle ouvre la porte à d'éventuelles poursuites criminelles pour exposition au VIH fondées sur les lois relatives à l'agression sexuelle, plutôt que l'accusation moindre de nuisance criminelle actuellement employée en Nouvelle-Zélande.

— Cécile Kazatchkine

Cécile Kazatchkine
(ckazatchkine@aidslaw.ca) est analyste des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida.

États-Unis — Un homme séropositif est déclaré coupable d'avoir eu des relations sexuelles non protégées malgré la divulgation

Le 7 octobre 2011, un tribunal de Minneapolis a déclaré coupable un homme séropositif de tentative de voies de fait au premier degré pour avoir eu des relations sexuelles non protégées avec un autre homme même s'il lui avait divulgué sa séropositivité.⁸

D.J.R. a été déclaré coupable en vertu d'une disposition législative du Minnesota adoptée il y a 16 ans, *609.2241 Knowing Transfer of Communicable Disease*, qui prévoit ce qui suit :

Est coupable d'un crime... quiconque est sciemment porteur d'un agent infectieux et le transmet si le crime implique :

(1) la pénétration sexuelle avec une autre personne sans l'avoir

d'abord informée que l'on a une maladie transmissible;

(2) le transfert de sang, de sperme, d'organes ou de tissus, sauf si le transfert est jugé nécessaire à des fins de recherche médicale ou si le transfert est divulgué sur des formulaires de sélection des donneurs; ou

(3) le partage de seringues ou d'aiguilles non stériles à des fins d'injection de la drogue.⁹

Le jury a déclaré D.J.R. non coupable en vertu du premier paragraphe parce que l'accusé avait divulgué son état à son partenaire. Toutefois, il a été déclaré coupable en vertu du deuxième paragraphe, puisque le jury croyait qu'il s'appliquait à tout transfert de sperme, même si l'avocat de D.J.R. avait plaidé que la disposition n'était pas censée s'appliquer aux relations sexuelles. D.J.R. a été déclaré coupable de tentative de voies de fait au premier degré parce qu'on ne pouvait pas prouver qu'il avait transmis le VIH à son partenaire.¹⁰

D.J.R. a été condamné à une peine de cinq ans de probation. D'après le juge, même si la connaissance de son partenaire ne lui permettait pas d'annuler la déclaration de culpabilité, elle justifiait une peine moindre que la peine d'emprisonnement de quatre demandée par le procureur.¹¹

L'avocat de D.J.R. a fait savoir que son client entendait interjeter appel de la déclaration de culpabilité et contester la constitutionnalité de la loi comme une atteinte au droit à la vie privée de son client.¹²

— Cécile Kazatchkine

¹ *KSB c. Accident Compensation Corporation*, [2012] NZCA 82.

² « Women gets compensation for HIV-scare stress », *Television New Zealand*, 12 mars 2012.

³ *KSB c. Accident Compensation Corporation* (supra) par: 31.

⁴ *Ibid.*, par: 35.

⁵ *Ibid.*, par: 52.

⁶ *Ibid.*, par: 89.

⁷ *Ibid.*, par: 98–99.

⁸ A. Simons, « Probation set in Hennepin County HIV Case », *The Minneapolis Star Tribune*, 28 novembre 2011.

⁹ *609.2241 Knowing Transfer of Communicable Disease* peut être consulté en ligne à : <https://www.revisor.mn.gov/statutes/?id=609.2241>.

¹⁰ A. Simons (supra).

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

LÀ OÙ LA RAISON CRAINT DE S'AVENTURER —

Persistance de l'ignorance et de la discrimination associées au VIH, dans les domaines criminel et civil aux États-Unis¹

L'American Bar Association [Association du barreau états-unien (ABA)] est d'avis que le droit et les politiques en matière de VIH doivent se fonder sur les droits et les données probantes. Bien que les États-Unis aient pris une mesure importante pour contrer l'épidémie domestique en lançant leur Stratégie nationale sur le VIH/sida, les lois et politiques du pays sont encore influencées par une ignorance et des peurs qui ne tiennent pas compte du bassin de connaissances scientifiques. L'énorme progrès des connaissances sur le VIH et sur les choix efficaces en matière de prévention et de traitement n'empêche pas que la discrimination persiste, sur la base de conclusions inadéquates concernant le risque et les conséquences de la transmission du VIH ainsi que les efforts de réduction des méfaits. Les poursuites criminelles pour non-divulgation de la séropositivité au VIH et pour l'exposition au VIH ou sa transmission sont aujourd'hui un phénomène très répandu, dans les États. Le Congrès états-unien a récemment reconduit l'interdiction de financement fédéral pour les programmes d'échange de seringues, qui sont essentiels à la prévention du VIH. Par ailleurs, le cas d'un garçon refusé dans un pensionnat privé parce que sa séropositivité au VIH a été considérée comme une « menace » pour les autres élèves a attiré l'attention à l'échelle nationale, et la Cour d'appel états-unienne a récemment entendu les témoignages dans une affaire de refus d'embauche d'un candidat qualifié pour un poste d'agent de police pour l'unique raison de sa séropositivité au VIH.

Le présent article a été préparé à l'approche du XIX^e Congrès international sur le sida — qui aura lieu aux États-Unis en juillet 2012, pour la première fois depuis 1990 —, afin de discuter de ces problèmes, de présenter un aperçu du fossé actuel entre les données probantes et les lois de ce pays, et d'analyser quelles seraient les meilleures façons de les résoudre.

¹ Cet article est publié à des fins d'information et présente les points de vue de ses auteurs. Sauf mention du contraire, l'article ne représente pas nécessairement les politiques officielles de l'American Bar Association.

Depuis 30 ans que l'épidémie du VIH est reconnue, on estime qu'aux États-Unis le sida a été diagnostiqué chez 1 108 611 personnes et a causé 594 500 décès.¹ Depuis ses débuts, l'épidémie du VIH est marquée par la discrimination et la stigmatisation à l'égard des personnes vivant avec le VIH et de celles qui sont considérées comme ayant le risque le plus élevé d'infection à VIH. En date de novembre 2011, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont estimé que 1,2 million de personnes vivent avec le VIH, au pays, et qu'une sur cinq n'est pas informée de sa séropositivité.² Chaque année, quelque 50 000 États-Uniens contractent le VIH.³ Le financement du gouvernement fédéral pour riposter à l'épidémie sur son territoire n'a connu qu'une augmentation minime, depuis 2006,⁴ et les conséquences pourraient être dévastatrices. Le VIH affecte aujourd'hui principalement des communautés de couleur et à faible revenu, y compris les femmes et les jeunes, qui sont aux prises depuis longtemps avec un accès plus limité aux systèmes publics de santé, y compris en matière de prévention, soins, traitements et services de soutien pour le VIH.⁵

L'American Bar Association [Association du barreau états-unien (ABA)] s'est dotée d'un Comité de coordination en matière de sida (CCS) en 1987, ayant constaté les enjeux juridiques particuliers soulevés par l'épidémie qui en était alors à sa cinquième année. Depuis, l'ABA a adopté des positions de politiques concernant diverses ramifications du VIH/sida, ou s'y rattachant; ce faisant, l'ABA a toujours mis l'accent à la fois sur les droits des individus et sur la nécessité que les politiques soient fondées sur des données pro-

bantes et à jour.⁶ La nécessité de cette double insistance, sur les droits et sur la raison scientifique, vient en partie importante de l'existence d'une épidémie de stigmatisation et de discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, principalement due à l'ignorance des faits spécifiques de la transmission du VIH et du risque de cette transmission, de même qu'au degré élevé de stigmate dont étaient déjà l'objet les groupes que le virus a touchés les premiers, en ce pays : les hommes gais et les utilisateurs de drogue par injection.⁷

Certes, cette époque n'est plus celle de la peur qui régnait pendant les années 1980, où la paranoïa provoquée par une mystérieuse nouvelle maladie mortelle a alimenté une spéculation massive et frénétique à propos des voies de transmission du virus; mais l'ignorance et l'incompréhension au sujet du VIH/sida demeurent considérables et répandues. Dans un rapport de la Kaiser Family Foundation au sujet de l'opinion publique sur le VIH, on signale qu'un tiers des noirs et un tiers des blancs ont dit croire qu'ils peuvent contracter le VIH en buvant au même verre qu'une personne séropositive, en nageant dans une piscine avec une personne séropositive ou en utilisant un siège de toilette après une personne séropositive — des idées fausses qui étaient répandues au début de l'épidémie.⁸ Cette ignorance alimente des attaques contre les droits des personnes séropositives et de celles qui sont vulnérables au VIH,⁹ et elle ouvre la voie à des réponses politiques qui tiennent compte des idées fausses et des présumées peurs populaires (souvent à l'endroit des communautés les plus vulnérables, et à leur détriment) — sans égard aux faits mis en lumière par la science.

La science concernant le VIH : à l'époque et à présent

Avant la découverte de traitements efficaces contre le VIH (au milieu des années 1990), l'infection à VIH entraînait presque toujours la maladie et la mort prématurée.¹⁰ Cependant, l'introduction de médicaments antirétroviraux, à présent largement répandus, a fait chuter de manière radicale les cas de maladies et de décès associés au VIH, là où ce traitement est disponible.¹¹ La science récente démontre qu'avec un diagnostic précoce et le traitement précoce (avant des dommages considérables au système immunitaire), les personnes séropositives peuvent atteindre une durée de vie quasi normale.¹²

Il existe aujourd'hui une somme considérable de connaissances sur la charge virale, le risque de transmission de l'infection à VIH par acte, et les moyens de prévention efficaces qui peuvent altérer la possibilité de transmission du VIH ou d'exposition à l'infection. La charge virale est le plus grand facteur de risque en cause dans tous les modes de transmission, mais l'amorce d'une thérapie antirétrovirale (TAR) peut réduire la quantité de virus dans le sang (la charge virale plasmatique) à un niveau indétectable,¹³ ce qui rend la personne moins infectieuse et moins susceptible de transmettre le VIH par contact sexuel.¹⁴ Il a été démontré que l'amorce d'un TAR réduit de 96 % le taux de transmission sexuelle.¹⁵ De plus, un vaste corpus de données scientifiques a démontré que le condom masculin fabriqué de latex, s'il est utilisé adéquatement et constamment, procure un effet protecteur de 80 % ou plus, contre la transmission sexuelle du

VIH et d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS).¹⁶ Ces taux correspondent à la compréhension scientifique actuelle, en 2012, mais il n'en est pas moins important d'évaluer le risque réel d'exposition et de transmission en employant les plus récentes données disponibles.

La Stratégie nationale sur le VIH/sida

Le 13 juillet 2010, le président des États-Unis, Barack Obama, a rendu publique la Stratégie nationale sur le VIH/sida (SNVS), le premier plan états-unien complet et coordonné pour la riposte au VIH/sida.¹⁷ La vision énoncée dans la SNVS se traduit comme suit : « Les États-Unis deviendront un pays où les nouveaux cas d'infection par le VIH sont rares; lorsqu'il s'en produira, toute personne aura un accès sans obstacle à des soins de grande qualité pour qu'elle vive plus longtemps, et ce sans stigmatisation ni discrimination, quel que soit son âge, son sexe, sa race ou son appartenance ethnique, son orientation sexuelle, son identité de genre ou sa situation socioéconomique. »¹⁸

La SNVS a été développée autour de trois buts principaux : réduire le nombre de personnes qui contractent le VIH; augmenter l'accès aux soins tout en maximisant les résultats de santé pour les personnes vivant avec le VIH; et atténuer les disparités liées au VIH.¹⁹

Fait important, la SNVS contient des énoncés spécifiques et des directives concernant la stigmatisation. On y signale le stigmate associé au VIH ainsi que la discrimination qui en résulte, et qui doit être réglée; le fait que les lois criminelles des États en relation spécifique avec le VIH résultent d'idées fausses (et depuis

longtemps répudiées) quant aux modes de transmission du VIH et au risque relatif; l'absence de preuves de tout impact positif de ces lois pour la santé publique; et leur impact néfaste pour la santé publique.²⁰ « Dans plusieurs cas, l'existence et l'application de ce genre de loi ... sont susceptibles de nuire aux objectifs de santé publique consistant à promouvoir le dépistage du VIH et son traitement. »²¹

L'ignorance et l'incompréhension au sujet du VIH/sida demeurent considérables et répandues, aux États-Unis.

Ces affirmations sont louables, mais des défis majeurs persistent. Le gouvernement états-unien continue d'agir en écartant et en contredisant les preuves scientifiques lorsqu'il s'agit du cas notoire de la reconduction récente de l'interdiction de financement fédéral pour des programmes d'échange de seringues. La SNVS a beau inciter les gouvernements locaux et des États à se joindre à l'effort, elle n'apporte pas grand-chose pour l'abrogation des lois qui criminalisent l'exposition au VIH et sa transmission, ou des politiques fédérales qu'elle devrait contribuer à rectifier (y compris les politiques excluant l'embauche de personnes séropositives par son armée, et les accusations et peines sévères pour les

militaires qui deviennent séropositifs alors qu'ils sont en service, ou qui sont accusés d'inconduite de nature sexuelle).²²

Bref, la rhétorique y est, à propos de la réduction de la stigmatisation et de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida, mais jusqu'ici elle n'a pas entraîné beaucoup d'engagements de politiques spécifiques qui démontreraient qu'elle est bel et bien, pour l'administration, la priorité qu'elle prétend constituer.

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

Aux États-Unis, le droit criminel est un champ de compétence des États. Les 50 États et le District of Columbia sont dotés de leurs propres codes pénaux, bien que le Congrès ait adopté certaines lois criminelles dans quelques domaines spécifiques et limités. Dans la plupart des États, les personnes vivant avec le VIH/sida ont été ou sont susceptibles de peines criminelles pour l'exposition d'autrui au VIH, la transmission de l'infection ou sa non-divulgateion.²³

Certains États recourent à l'application de lois et dispositions générales du droit criminel, comme l'atteinte insouciance à la sécurité, les voies de fait, les menaces terroristes, l'homicide et la tentative d'homicide, pour répondre à la transmission du VIH.²⁴ Dans plusieurs États, des règlements sur le contrôle des « maladies contagieuses » ou « transmissibles » criminalisent l'exposition aux ITS; dans plusieurs cas le VIH pourrait y être théoriquement inclus, mais en général ces dispositions sont rarement appliquées.²⁵ Les procureurs des États recourent rarement à ces

dispositions sur les délits mineurs en matière d'ITS, y compris le VIH; dans les cas d'allégations d'exposition au VIH ou de non-divulgence de la séropositivité, la plupart des États appliquent plutôt des lois spécifiques sur le VIH, ou des dispositions criminelles plus sévères, par exemple pour meurtre, atteinte insouciante à la sécurité ou agression sexuelle.²⁶

Criminaliser l'exposition au VIH et sa transmission ne sert qu'à marginaliser encore plus les populations clés et à renforcer le stigmate lié au VIH.

La preuve de l'intention de transmettre le VIH, ou la transmission avérée, ne sont généralement pas des éléments de ces poursuites;²⁷ la non-divulgence de la séropositivité à un partenaire est l'élément déclencheur le plus fréquent de telles affaires, et non l'intention ou la transmission.²⁸ Le fait de cracher sur une personne ou de l'asperger de liquides corporels contenant le VIH, en prison, est considéré aussi comme un crime dans certains États.²⁹ Avant l'année 2001, 23 % des affaires tranchées par des tribunaux, aux États-Unis, impliquaient des actes comme cracher, mordre, égratigner ou asperger de liquides corporels, en dépit des preuves scientifiques que ces actes ne comportent pas de possibilité de transmission du VIH.³⁰

Des études ont démontré que ces lois n'ont que peu d'impact, voire aucun, sur les comportements à risque.³¹ Par ailleurs, plusieurs lois des États ainsi que leur exécution sont « indûment générales » et conduisent à des déclarations de culpabilité même en l'absence de tout fondement scientifique pour conclure qu'il y avait un risque de transmission ou d'exposition.³² Les conduites interdites étant définies en termes d'état sérologique et d'activité, les accusés ne peuvent démontrer que leur conduite ne comportait pas un risque suffisant pour justifier une criminalisation — les lois ratissent donc trop large.³³

Les témoignages des accusés séropositifs sont souvent discrédités, en particulier lorsqu'il s'agit d'accusations déposées par un partenaire sexuel pour non-divulgence de la séropositivité.³⁴ Les poursuites en vertu de lois spécifiques sur le VIH sont souvent dirigées particulièrement contre des personnes de groupes marginalisés, et représentatives de préjugés du jury.³⁵

Les lois sur le VIH ont été catalysées par la *Ryan White Care Act* de 1990 (loi fédérale requérant que les États adoptent des lois criminalisant l'exposition au VIH, comme condition pour recevoir du financement fédéral).³⁶ De nos jours, les appels à criminaliser l'exposition au VIH et sa transmission — principalement sur la base de peurs et de préjugés, associés à la pandémie depuis son apparition — semblent liés à l'échec des gouvernements et des organismes non gouvernementaux à joindre également et adéquatement les populations clés, par l'intervention de terrain, l'éducation, les soins et les traitements, en matière de VIH.

Les efforts investis dans la criminalisation sont malavisés et contreproductifs; leurs conséquences se limitent à exacerber la marginalisation de populations clés et à les empêcher de demander ou de recevoir une éducation, des soins ou des traitements dont elles ont besoin. Ces lois peuvent alimenter et renforcer la stigmatisation et la discrimination associées au VIH, en particulier lorsque des affaires criminelles sont traitées de manière sensationnaliste par les médias. Les préjudices qui découlent des poursuites et des peines injustifiées ainsi que de la stigmatisation ne sont garantis d'aucun bienfait démontré pour la santé publique. Ces lois devraient être abrogées ou réformées de toute urgence, dans le cadre d'un virage vers des stratégies centrées sur les droits des individus et la science médicale adéquate.

Interdiction de financement fédéral à des programmes d'échange de seringues

Les utilisateurs de drogue par injection (UDI), aux États-Unis, comptaient pour 9 % des nouveaux cas d'infection par le VIH en 2009, et 17 % du nombre total de personnes vivant avec le VIH en 2008.³⁷ Les CDC estiment que les personnes qui font usage de drogues, leurs partenaires et leurs enfants représentent un tiers du nombre total de cas de sida.³⁸ Il est démontré depuis longtemps que l'échange de seringues augmente la disponibilité de seringues stériles et réduit le partage de seringues entre UDI. Adéquatement conçus, ces programmes fournissent du matériel d'injection stérile aux UDI, contribuent à ce que les instruments usagés soient rapportés en échange d'instruments neufs, et font en sorte que

l'approvisionnement en matériel d'injection stérile soit gratuit et légal.³⁹

De plus, lorsque s'accroît le contact entre les employés de ces programmes et les UDI, le but est d'établir une relation de confiance et de faciliter non seulement des pratiques « plus sécuritaires » d'injection, mais aussi l'amorce de traitements de la toxicomanie. Il s'agit d'un moyen important de contrer la transmission du VIH et d'autres infections par le sang, parmi les UDI ainsi que leurs partenaires sexuels non informés et leurs enfants.⁴⁰

De vastes études ont démontré que les programmes d'échange de seringues n'entraînent pas d'augmentation du nombre de personnes qui commencent à s'injecter des drogues.⁴¹ De plus, lorsque ces programmes s'accompagnent d'un counselling sur la toxicomanie et de références à des programmes de traitement, ils contribuent à réduire la consommation de drogue et la criminalité.⁴²

L'American Medical Association (AMA) reconnaît depuis longtemps l'utilité de l'échange de seringues pour réduire la transmission du VIH.⁴³ En 1997, l'ABA a publié pour sa part la politique suivante, qui recommande d'abolir les obstacles juridiques aux programmes d'échange de seringues :

RÉSOLU QUE, pour favoriser l'atteinte d'objectifs scientifiques de la santé publique concernant la réduction de la propagation du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang, et pour soutenir notre opposition de longue date à l'abus de drogues, l'American Bar Association appuie l'abolition des obstacles juridiques à la création et au fonctionnement de programmes approuvés d'échange de seringues assortis de counselling sur la toxicomanie et de références à des services pour son traitement.⁴⁴

En formulant cette recommandation, l'ABA s'est appuyée sur l'abondance et le poids sérieux des données scientifiques qui démontrent l'utilité de l'échange de seringues, pour prévenir la transmission du VIH et d'autres infections par le sang, et qui signalent la nécessité d'abroger les éléments juridiques qui empêchaient d'appliquer la science médicale pour la prévention du VIH.⁴⁵

Les données probantes démontrent que les programmes d'échange de seringues sont des interventions positives pour la santé publique, qui n'entraînent pas d'augmentation de la consommation de drogue.

En dépit de ces données probantes et des recommandations formulées par des experts neutres ainsi que des militants, le gouvernement fédéral a interdit en 1998 le financement fédéral pour les programmes d'échange de seringues. Le Congrès est même allé plus loin : il a interdit au District of Columbia (DC) de verser de ses propres fonds à de tels programmes.⁴⁶ Par conséquent, la prévalence⁴⁷ du VIH en 2009 atteignait les 3 %, un taux effarant qui est bien supérieur au seuil du 1 % qui représente une épidémie généralisée;⁴⁸ et plus de 20 % des personnes qui y vivent avec le

VIH l'ont contracté par l'injection de drogue.⁴⁹

Lorsque les données ont émergé et que l'épidémie du VIH dans le DC a commencé à faire la manchette, des militants ont livré une bataille de tous les instants pour faire abroger l'interdiction. Ce n'est qu'en 2010, après plus de 20 ans, que le Congrès a adopté la *Consolidated Appropriations Act of 2010*, qui a permis aux départements de santé locaux et des États de se servir de fonds fédéraux pour la création de programmes d'échange de seringues.⁵⁰

Tristement, le Congrès a récemment décrété une nouvelle interdiction d'utiliser des fonds fédéraux pour des programmes d'échange de seringues, invoquant une fois de plus des craintes qu'ils favorisent l'usage de drogue alors que les données continuent de démontrer que ce n'est pas le cas et qu'ils sont des interventions positives pour la santé publique.⁵¹

Cette plus récente version de l'interdiction n'empêche pas le DC de se servir de ses propres fonds pour ces programmes, mais elle l'empêche ainsi que les États d'utiliser à cette fin le financement additionnel du fédéral, qui est vital. Vu les budgets insuffisants des gouvernements locaux et des États, les fonds fédéraux étaient et demeurent cruciaux à l'existence de programmes d'échange de seringues capables de répondre aux besoins locaux et de protéger les communautés.

Dans l'État de New York, par exemple, les programmes d'échange de seringues autorisés par le commissaire à la Santé fournissent collectivement trois millions de seringues stériles par année, en plus de services de prévention et de tests pour le VIH

et l'hépatite, et de références à des soins primaires et au traitement de la toxicomanie. Les programmes d'échange de seringues de l'État de New York ont fourni plus de 175 000 références à des programmes de désintoxication et de traitement de la toxicomanie, à des soins sociaux et de santé ainsi que de test et de counselling pour le VIH.

Les programmes new-yorkais d'accès à des seringues sont un modèle national et un cas de réussite majeure dans la lutte contre le VIH/sida : la proportion de nouveaux cas diagnostiqués attribuables à l'injection de drogue y a chuté de 52 % des nouveaux cas de sida en 1992, à 5,4 % des nouveaux cas de VIH en 2008. Épicentre historique de l'épidémie états-unienne du VIH/sida, New York a besoin de disposer de souplesse pour son usage des fonds fédéraux pour l'échange de seringues, afin de relever les défis persistants de la prévention des maladies et de la protection de la santé publique.

Le VIH et la *American Disabilities Act*

La *Americans with Disabilities Act* fédérale (ADA) et d'autres lois fédérales et des États interdisent aux entités de « services pour le public » d'agir de manière discriminatoire en se fondant sur un handicap et même sur un soupçon de handicap,^{52,53} ce qui inclut la séropositivité au VIH.⁵⁴

L'ADA prévoit une exception en cas de « menace directe ». Un service public peut être refusé à un individu s'il représente une « menace directe » pour la santé ou la sécurité d'autrui.⁵⁵ La loi définit la « menace directe » comme étant l'existence d'« un risque important pour la santé ou la sécurité d'autres personnes, qui ne peut être éliminé par une modi-

fication aux politiques, pratiques ou procédures, ou par la fourniture d'assistance ou de services auxiliaires ».⁵⁶ Par conséquent, bien que le plaignant puisse avoir un handicap (c.-à-d. le VIH), et que le défendeur soit une entité régie par l'ADA (c.-à-d. de service au public), le plaignant n'est pas autrement qualifié pour la protection de l'ADA parce qu'il est perçu comme posant une menace directe.

Afin de déterminer si un individu pose une « menace directe », le point de services au public doit procéder à « une évaluation individuelle, fondée sur le jugement raisonnable basé sur les connaissances médicales actuelles ou sur les meilleures données objectives disponibles, pour établir : la nature, la durée et la sévérité du risque; la probabilité que le préjudice potentiel se matérialise; et la capacité de modification raisonnable de politiques, de pratiques ou de procédures à atténuer le risque. »⁵⁷

Le tournant de l'analyse sera la considération, par la cour, du poids de la preuve médicale disponible. Un fournisseur de services n'est pas en droit d'exiger la sécurité absolue, mais il peut invoquer la défense d'une menace directe en réponse à un risque important.⁵⁸ La question de savoir si la séropositivité d'un individu peut être considérée comme une « menace directe », et dans quelles circonstances, est actuellement au cœur d'une poursuite pour discrimination au motif de la séropositivité au VIH.

Le 30 novembre 2011, l'AIDS Law Project of Pennsylvania a déposé une plainte au fédéral pour discrimination, contre la Milton Hershey School (à Hershey, dans l'État de Pennsylvanie), qui a refusé un jeune de 13 ans, séropositif et premier de classe — désigné dans cette affaire

par le pseudonyme Abraham Smith.⁵⁹ La plainte, déposée à la US District Court de Philadelphie, allègue que l'école « a enfreint de nombreuses lois interdisant la discrimination » lorsqu'elle a rejeté la demande d'inscription de cet élève, pour l'année 2011-2012, au seul motif de sa séropositivité au VIH. Les objectifs de la poursuite incluent que l'école accepte l'élève, développe une politique anti-discrimination et donne une formation à tout son personnel enseignant, au sujet de la maladie à VIH.

La Milton Hershey School est une école pensionnat privée et gratuite, pour des enfants de la maternelle à la 12^e année.⁶⁰ Ses critères d'admission requièrent que les élèves « viennent d'une famille à faible revenu, aux ressources limitées et en situation de besoin social; soient âgés d'entre 4 et 15 ans; aient la capacité d'apprendre; soient exempts de problèmes émotionnels ou comportementaux sérieux ...; soient aptes à prendre part au programme de l'école; et soient nés aux États-Unis ».⁶¹ L'école a refusé l'inscription de Smith au motif de sa séropositivité au VIH, mais elle affirme l'avoir fait en toute légalité.

La direction de l'école craignait principalement que Smith puisse avoir des relations sexuelles tout en étant sous sa garde, alors qu'elle n'est pas autorisée légalement à informer la communauté de la séropositivité de l'élève. L'école reconnaît que le VIH ne se transmet pas par contact banal du quotidien, et que l'application de précautions universelles peut prévenir sa transmission en milieu scolaire ordinaire.⁶² De fait, la National Association of State Boards of Education [Association nationale des commissions scolaires des États] a reconnu que « la présence d'une personne qui vit avec l'infection à VIH

ou un sida diagnostiqué ne constitue pas un risque important pour les autres personnes de l'école, de la garderie ou du centre sportif scolaire ».⁶³

Cependant, elle affirme que sa situation de pensionnat entraîne des préoccupations particulières,⁶⁴ et que les élèves peuvent avoir des rapports sexuels en dépit de ses efforts pour encourager l'abstinence et fournir de l'éducation sexuelle.⁶⁵ L'école reconnaît également le fait que la transmission est faible lorsqu'un individu séropositif est en traitement antirétroviral. Néanmoins, elle estime que « le risque était important et atteignait le niveau d'une menace directe pour la santé et la sécurité d'autrui ».⁶⁶ Dans un monde où les gens ne sont pas au courant de la science concernant le risque de transmission du VIH, et où la stigmatisation a cours, le virus est considéré comme une « menace directe ».

La directrice de l'AIDS Law Project, Ronda B. Goldfein, représente le jeune Smith dans sa poursuite contre l'école. Mme Goldfein a mis en relief les similitudes entre le cas de son client et celui de Ryan White, jeune séropositif aujourd'hui décédé, qui était devenu un porte-parole national pour la recherche sur le VIH/sida et pour l'éducation du public et la lutte contre la discrimination et la stigmatisation liées au VIH.⁶⁷ Tout comme White, Smith est un garçon de 13 ans qui veut s'inscrire en 8^e année et qui est confronté aux mêmes peurs non fondées et à la même ignorance au sujet du VIH. À la différence près qu'en 1985 on savait peu de choses sur les risques et les voies de transmission du VIH, l'hystérie provoquée par le sida était répandue et il n'existait pas de traitement. Alors qu'aujourd'hui, la science de la prévention, des soins

et des traitements est bien connue et comprise.

Dans un climat de peur du VIH et d'ignorance à son sujet, White a été expulsé de l'école alors qu'il était en 8^e année, dans l'État de l'Indiana. Il a livré une longue bataille juridique pour faire valoir le droit d'aller à l'école; il a fini par faire figure de porte-parole national pour la recherche et l'éducation sur le VIH/sida, et de prête-nom pour la *Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency (CARE) Act*.⁶⁸ Près de deux décennies après l'expulsion de Ryan White de sa classe, la Hershey School remonte le temps et plonge dans l'ignorance et la peur d'une époque révolue.

« À l'instar de Ryan White, ce jeune homme est motivé, intelligent, et ne pose aucun risque pour la santé des autres élèves, mais on lui refuse une occasion scolaire parce qu'on est ignorant du VIH et du sida, et parce qu'on a peur », a affirmé Mme Goldfein.⁶⁹ D'après la plainte formulée, Smith « est un premier de classe et un athlète passionné ». Il contrôle son infection à VIH par un régime de médicaments qui « n'affecte pas son horaire de classe ». Mme Goldfein est d'avis que Smith satisfait tous les critères d'admission, mais qu'il « a aussi le VIH, tout simplement — et l'école a considéré que ceci implique un *besoin documenté* qu'elle ne peut pas combler. Mais mon client n'a besoin d'aucun accommodement particulier et il n'en a pas demandé. »

Conclusion

Nos connaissances scientifiques sur le VIH, le sida, et la nature de l'épidémie, ont énormément progressé depuis 1981. Les politiques et actions officielles des gouvernements, aux États-Unis, n'ont pas suivi le rythme

de cette évolution et elles sont encore influencées par la stigmatisation et la discrimination enracinées dans l'ignorance et la peur. Cela doit s'arrêter. Les lois criminelles spécifiques au VIH devraient être abrogées ou réformées de toute urgence, dans le cadre d'un virage vers des stratégies centrées sur les droits des individus et la science médicale adéquate. L'interdiction de financement fédéral pour des programmes d'échange de seringues devrait être levée; les lois sur la santé publique devraient se fonder sur la science du domaine. Les personnes qui vivent avec le VIH devraient avoir les mêmes occasions que les autres et ne pas subir de discrimination ou être exclues en raison de leur séropositivité. Il est temps que le savoir scientifique soit transposé dans l'action, et que la discrimination associée au VIH prenne fin, aux États-Unis.

— Ginna Anderson et Amy Hsieh;
révision de Richard Wilson

Ginna Anderson (Ginna.Anderson@americanbar.org) est conseillère principale au Center for Human Rights and AIDS Coordination Project, de l'American Bar Association (ABA). Amy Hsieh (Amy.Hsieh@americanbar.org) est chercheuse en droit au Center for Human Rights and the AIDS Coordination Project, et à l'International Community of Women Living with HIV (ICW Global). Richard Wilson (rwilson@rwlex.com), vice-président de l'AIDS Coordination Committee de l'ABA a apporté une assistance éditoriale dans la préparation de cet article.

¹ Centers for Disease Control and Prevention, HIV in the United States. Novembre 2011. (www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/us.htm)

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ Voir Kaiser Family Foundation, *HIV/AIDS Policy Fact Sheet: U.S. Federal Funding for HIV/AIDS: The FY 2009 Budget Request*. Avril 2008 (www.kff.org/hiv/aids/upload/7029-041.pdf).

⁵ La communauté noire, par exemple, est affectée de manière disproportionnée par le VIH/sida depuis les débuts de l'épidémie, et cette disparité s'est approfondie avec le temps. Elle compte plus de nouveaux diagnostics de VIH, de cas de sida, de personnes estimées vivre avec la maladie à VIH, et de cas de décès liés au VIH, que tout autre groupe racial/ethnique au États-Unis. Alors que les noirs constituent 14 % de la population du pays, ils comptaient en 2009 pour 44 % des nouveaux diagnostics de VIH. L'épidémie a par ailleurs un impact hors de proportion pour les femmes noires, les jeunes noirs et les hommes noirs qui ont des rapports sexuels avec des hommes; à des degrés qui varient d'une région à l'autre du pays. Voir Centers for Disease Control and Prevention, *HIV among African Americans*. Novembre 2011 (www.cdc.gov/hiv/topics/aa/index.htm). Voir aussi Kaiser Family Foundation, *HIV/AIDS Policy Fact Sheet: Black Americans and HIV/AIDS*. Octobre 2008 (www.kff.org/hiv/aids/upload/6089-061.pdf).

⁶ Voir, p. ex., ABA *General Policy on HIV and AIDS* (adoptée en 1989; révisée en 1990) (recommandant notamment que les gouvernements locaux et d'État adoptent et mettent en œuvre des lois interdisant la discrimination au motif du VIH dans l'emploi, le logement, les services gouvernementaux; assurent que les minorités aient un accès égal au traitement du VIH, à la prévention et aux programmes de recherche; affirmant que la séropositivité alléguée ne soit pas un motif d'exclusion d'une école; et recommandant que les États et localités appuient une éducation publique à la santé et des interventions médicales); voir aussi ABA *Recommendation on Needle Exchange* (adoptée en 1997) (« [A]fin de favoriser le progrès d'objectifs de santé publique fondés sur la science, pour réduire l'infection à VIH ... l'American Bar Association est en faveur de l'abolition des obstacles juridiques à la création et au fonctionnement de programmes d'échange de seringues... »); ABA *Recommendation on International Human Rights and HIV* (adoptée en 2004) (exhortant « le Gouvernement des États-Unis à mettre en œuvre des lois, politiques, programmes et ententes internationales qui respectent le droit international des droits de la personne ainsi que les fondements scientifiques de la prévention, des soins, des traitements et du soutien, concernant le VIH »).

⁷ Voir, p. ex. G.M. Herek, « AIDS and stigma », *American Behavioral Scientist*, 42 (1999) : 1102-1112. (« Les caractéristiques du sida rendent probablement inévitable un certain degré de stigmatisation, mais le sida est aussi utilisé comme un symbole pour exprimer des attitudes négatives envers des groupes particulièrement affectés par l'épidémie, notamment les hommes gais et les utilisateurs de drogue par injection »).

⁸ Kaiser Family Foundation, *HIV/AIDS at 30: A Public Opinion Perspective*. Décembre 2011 (www.kff.org/kaiserpolls/upload/8186.pdf).

⁹ Voir, p. ex., G.M. Herek et J.P. Capitanio, « AIDS stigma and sexual prejudice », *American Behavioral Scientist*, 42 (1999) : 1126-1143. (L'étude a révélé que « [l]a plupart des hétérosexuels associent encore le sida essentiellement à l'homosexualité ou à la bisexualité, et cette association est corrélée à des préjugés sexuels plus marqués (attitudes anti-gais) »).

¹⁰ L'Organisation mondiale de la santé et l'ONUSIDA estiment que le nombre d'années de survie d'une

personne séropositive non traitée est en moyenne de 11 ans. Voir ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida*. Décembre 2007.

¹¹ Le taux de mortalité associé au VIH, ajusté selon l'âge, aux États-Unis, a chuté de 17 par 100 000 personnes qu'il était en 1995, à approximativement 5 par 100 000 personnes à la fin de la décennie. Voir Centers for Disease Control and Prevention, *Trends in Annual Age-Adjusted Rate of Death due to HIV Disease, United States, 1987 - 2006*.

¹² Voir, p. ex., A. Van Sighem A, « Life expectancy of recently diagnosed, asymptomatic HIV-infected patients approaches that of uninfected individuals. », 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, San Francisco, abrégé 526 (2010) (accessible via AIDSmap.com); voir aussi K.M. Harrison, « Life expectancy after HIV diagnosis based on national surveillance data from 25 states », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 53(1) (2010) : 124-30.

¹³ Un test de charge virale indique la quantité de VIH présente dans un petit échantillon de sang. Plus faible est la charge virale, moins il y a de virus dans le sang. Le but du traitement contre le VIH est de réduire la charge virale à un niveau trop bas pour être mesuré par les tests courants; on parle alors de charge virale « indétectable »; quoique encore présent, le VIH est en faible quantité. L'étude HPTN 052 a démontré que l'initiation d'une thérapie antirétrovirale, qui réduit et contrôle la charge virale, peut réduire les taux de transmission de jusqu'à 96 %. La recherche progresse rapidement, dans ce domaine; il est donc crucial de connaître les plus récentes données disponibles sur l'exposition et le risque de transmission.

¹⁴ Centers for Disease Control and Prevention, *Effect of Antiretroviral Therapy on Risk of Sexual Transmission of HIV Infection and Superinfection*. Août 2009 (www.cdc.gov/hiv/topics/treatment/resources/factsheets/art.htm).

¹⁵ M. Cohen et coll., « Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy », *New England Journal of Medicine* 365 (2011) : 493-505.

¹⁶ Organisation mondiale de la santé, *Condoms for HIV Prevention* (www.who.int/hiv/topics/condoms/en/); D. Wilkinson, « Efficacité du préservatif pour réduire la transmission hétérosexuelle du VIH », *La Bibliothèque de santé génésique de l'OMS* (http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/dwcom/fr/index.html).

¹⁷ *National HIV/AIDS Strategy for the United States* (www.whitehouse.gov/sites/default/files/uploads/NHAS.pdf).

¹⁸ Ibid., à iii.

¹⁹ Ibid., à vii.

²⁰ Ibid., à 36.

²¹ Ibid., à 36-37.

²² *United States v. Schoolfield*, 40 MJ, 132 (C.M.A. 1994) (concluant qu'un membre séropositif qui ayant eu des rapports sexuels à cinq reprises avec une femme sans lui avoir divulgué sa séropositivité, mais en l'absence de preuve d'une intention de lui transmettre le VIH, était coupable de voies de fait graves), demande de révision rejetée, 513 U.S. 1178 (1995).

²³ Kaiser Family Foundation, *Criminal statutes on HIV transmission*. 2008. (www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=569&cat=11)

²⁴ Voir, p. ex., ALA. ADMIN. CODE r. 420-4-1-.03(2008). En Alabama, le droit considère qu'une personne agit « en connaissance de cause » si « elle sait que sa conduite est de nature à produire une circonstance ». ALA. CODE § 13A-2-2(1975).

²⁵ Voir, p. ex., CAL. HEALTH & SAFETY CODE § 120600 (West 2010); LA. REV. STAT. ANN. § 40:1062 (2008); MONT. CODE ANN. § 50-18-112 (1989); N.Y. PUB. HEALTH LAW § 2307 (McKinney 2001); S.C. CODE ANN. § 44-29-60 (2009); TENN. CODE ANN. § 68-10-107 (2010); VT. STAT. ANN. TIT. 18 § 1106 (1973); WV. VA. CODE § 16-4-20 (2010). Aucune poursuite pour exposition au VIH jamais été intentée en vertu de ces lois. Les poursuites pour exposition au VIH, le cas échéant, ont été fondées sur des dispositions générales du droit criminel ou sur des dispositions spécifiques à l'exposition au VIH, dans ces États.

²⁶ R. Bennett-Carlson et coll., *Ending & Defending against HIV Criminalization: A Manual for Advocates Vol. 1*, 1st ed., Positive Justice Project, Center for HIV Law & Policy and Lambda Legal, 2010. (www.hivlawandpolicy.org/resources/view/564).

²⁷ Ibid., à 222.

²⁸ Ibid., à 134.

²⁹ Voir, p. ex., *Ginn v. State*, 667 S.E.2d 712 (Ga. Ct. App. 2008) (déclaration de culpabilité, dans une affaire où un ex-partenaire de l'accusée avait déposé à une cour de magistrat une demande de mandat d'arrestation, et avait déposé au département du shérif une déclaration contre l'accusée pour ne pas l'avoir informé de sa séropositivité, alors que la séropositivité de la dame avait fait la une du journal local avant le début de leurs relations.)

³⁰ Z. Lazzarini et coll., « Evaluating the Impact of Criminal Laws on HIV Risk Behavior », *Journal of Law, Medicine and Ethics* 30 (2) (2002).

³¹ *National HIV/AIDS Strategy for the United States* (supra), à 37.

³² R. Bennett-Carlson et coll. (supra).

³³ M. Kaplan, « Restoring Reason to HIV-Exposure Laws », *Indiana Law Journal* 87 (2011).

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

³⁶ *Ryan White Comprehensive AIDS Resources Emergency Act of 1990*, Titre XXVI—Preventive Health Services with respect to Acquired Immune Deficiency Syndrome, §2609.

³⁷ Centers for Disease Control and Prevention, *HIV in the United States* (supra).

³⁸ TheBody.com, *Needle Exchange Questions and Answers*. 2009. (www.thebody.com/content/whatis/art46390.html)

³⁹ « Editorial: The Evaluation of Needle Exchange Programs », *American Journal of Public Health* 89 (1994) : 1890.

⁴⁰ Center for AIDS Prevention Studies, *Does Needle Exchange Work?* (www.caps.ucsf.edu/pubs/FS/NEPrev.php#2)

⁴¹ D. Vlahov et coll., « Needle exchange programs for the prevention of human immunodeficiency virus infection: epidemiology and policy », *American Journal of Epidemiology* 154 (2001) : S70-S77.

⁴² C.A. Latkin et coll., « Needle exchange utilization and entry to drug treatment: is there a long-term connection in Baltimore, MD? », *Substance Abuse and Misuse* 14 (14) (2006) : 1991-2001.

⁴³ American Medical Association, *Policy Compendium*, House of Delegates Policy 95.958.

⁴⁴ ABA Resolution Regarding Needle Exchange (adoptée en août 1997). (www.americanbar.org/groups/individual_rights/projects/aids_coordinating_project/policy.html)

⁴⁵ Ibid.

⁴⁶ Le District of Columbia étant un district fédéral, son gouvernement local est contrôlé par le Congrès; y compris l'utilisation des fonds.

⁴⁷ La prévalence du VIH est le pourcentage de la population qui est séropositive.

⁴⁸ *District of Columbia HIV/AIDS Epidemiology 2008 Report*. (http://doh.dc.gov/doh/frames.asp?doc=/doh/lib/doh/pdf/dc_hiv-aids_2008_updatereport.pdf)

⁴⁹ DC Department of Health, *DC Behavior Study #3*. (<http://newsroom.dc.gov/file.aspx/release/22050/DC%20IDU%20Study%202011.pdf>)

⁵⁰ Voir, p. ex., Gay Men's Health Crisis, « President Obama and Congress Remove Federal Ban on Syringe Exchange Programs » (communiqué), 16 décembre 2009 (saluant la levée de l'interdiction, pour la prévention du VIH et pour la référence d'UDI à des soins et traitements).

⁵¹ DC Department of Health (supra).

⁵² 42 U.S.C. §12182, et seq.; 28 C.F.R. §36.102, et. seq.

⁵³ 42 U.S.C. §12181(7)(j).

⁵⁴ *Abbott v. Bragdon*, 107 F.3d 934, 939 (1997).

⁵⁵ 42 U.S.C. § 12182(b)(3); *Abbott v. Bragdon* (supra).

⁵⁶ *Abbott v. Bragdon* (supra).

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid., à 948.

⁵⁹ *Smith v. Milton Hershey School*, 2:2011cv07391, Pennsylvania Eastern District Court (2011). (www.aidslawpa.org/wp-content/uploads/2011/01/FederalComplaint.pdf)

⁶⁰ Milton Hershey School, « Statement from Milton Hershey School on Lawsuit Filed by the AIDS Law Project of PA », 2011. (www.mhs-pa.org)

⁶¹ *Smith v. Milton Hershey School*, p. 5, ¶26.

⁶² Milton Hershey School (supra).

⁶³ National Association of State Boards of Education, *Someone at School has AIDS: A Complete Guide to Education Policies Concerning HIV Infection*. 2001. (www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED465735)

⁶⁴ Milton Hershey School (supra).

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ Ibid.

⁶⁷ AIDS Law Project of Pennsylvania, « Milton Hershey School is Hit with Federal Lawsuit for Refusing to Enroll HIV-positive Honor Roll Pupil » (communiqué), Philadelphie, 30 novembre 2011.

⁶⁸ Ryan White Care Act, Ryan White, Pub.L. 101-381, 104 Stat. 576, édictée le 18 août 1990.

⁶⁹ AIDS Law Project of Pennsylvania (supra).