

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

[Bulletin canadien VIH/sida et droit](#)

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Sommaire

Volume 1 Numéro 1

Le [Bulletin VIH/SIDA et droit](#): un nouvel outil de communication;

La [prévention](#) prise au sérieux: remise de seringues dans une prison suisse;

Un tribunal québécois juge que l'infection asymptomatique par le VIH est un " handicap " au sens de la Charte: [Hamel c. Malaxos](#);

DETENUS ET VIH-SIDA

- En Australie la [ministre fédérale de la Santé](#) demande l'échange d'aiguilles dans les prisons
- Australie - [Droit des prisonniers](#) de poursuivre pour avoir droit au condom;
- Une guerre contre les drogues, non contre le sida: [Réponse du SCC](#) au rapport du CESP

TUBERCULOSE

- Une attention croissante sur la [co-infection TB/VIH](#)

JUSTICE PÉNALE

- Un [suisse condamné](#) pour avoir transmis le VIH;
- [Dix mois](#) d'emprisonnement pour avoir mordu un policier (R. c. Taylor, Cour du Québec, Joliette);
- [Homme séropositif](#) condamné à dix ans de prison pour avoir des relations sexuelles non-protégées;
- [Trente mois](#) d'emprisonnement pour attaque avec une seringue;

- [Projet de loi](#) relatif à la transmission du VIH - Danemark;
- [Nouvelles de sentences](#) - Canada;
- [State v. E.R.](#) (États-Unis)

DEPISTAGE

- [Californie](#) - Dépistage obligatoire pour les personnes déclarées coupables de viol;
- Un [tribunal canadien](#) des droits de la personne statue sur le dépistage de la drogue à l'embauche

AUTRES JUGEMENTS

- [Mère sommée](#) de collaborer avec les médecins de son enfant (*A.D.H. v. State Department of Human Resources*, Cour d'Appel, Alabama)

SANG ET PRODUITS SANGUINS

- [Pittman](#) *c. Société canadienne de la Croix-Rouge*

DISCRIMINATION

- [Vriend](#) *c. Procureur Général Alberta*

IMMIGRATION

- [Développements récents](#) en droit de l'immigration;
- Un [nageur séropositif](#) risquait l'expulsion

INFORMATIONS CANADIENNES

- Les [pouvoirs de l'Ontario](#) en matière de santé publique font l'objet d'un examen;
- Le [comité interministériel](#) fédéral sur les droits de la personne et le sida;
- [Plaidoyers](#) et élaboration de politiques à la SCS;
- Des [étudiants en droit](#) offrent des services juridiques;
- Des [universités](#) offrent des cours sur le sida

DEVELOPPEMENT ET VIH/SIDA

- Sida, [refus de la réalité](#) et développement: l'action de la CISED face à l'épidémie mondiale

INFORMATIONS INTERNATIONALES

- Les [Nations Unies](#), l'éthique, le droit et le VIH;

EVENEMENTS PROCHAINS

- Congrès de la Colombie-Britannique sur le VIH/SIDA: [historique](#);
- Huitième Congrès annuel de la Colombie-Britannique sur le VIH/SIDA: " [Focus sur les Jeunes](#) " (Vancouver, 6-8 novembre 1994)

EUTHANASIE

- [Emergence](#) au grand jour de l'euthanasie liée au sida;
- [Publication](#) d'une position officielle à l'égard de l'euthanasie;
- L'[Association](#) médicale canadienne s'oppose au suicide assisté de façon médicale.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Le Bulletin VIH/sida et droit: un nouvel outil de communication

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a été créé à Montréal en novembre 1992 et lance aujourd'hui son Bulletin canadien VIH/sida et droit, un trimestriel sur les questions d'ordre juridique et politique soulevées par le VIH/sida. Par l'entremise du Bulletin, le Réseau vise à offrir un outil d'information ainsi qu'un médium permettant l'échange d'idées et la discussion, pour les personnes intéressées aux politiques et au droit liés au VIH/sida.

Le Bulletin contiendra, et ce de façon régulière, des articles sur la discrimination, les droits de la personne, le dépistage, la notification, la confidentialité, la tuberculose, l'euthanasie, les prisons, la justice pénale et sur d'autres considérations juridico-politiques soulevées par le VIH/sida. Il contiendra également des comptes-rendus de jurisprudence, des notes sur les travaux en cours, la revue de publications récentes ainsi que de l'information sur les développements internationaux. Le Bulletin entend offrir une ressource globale pour les avocats, les praticiens médicaux, les intervenants sociaux, les élaborateurs de politiques, les personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres personnes intéressées par le sujet. Le concept d'une telle publication consacrée à ce sujet n'est pas nouveau.

Le besoin d'information sur les développements juridiques et les politiques canadiennes permet de croire que le Bulletin sera aussi bien reçu que le furent ses homologues d'autres pays. Aux États-Unis, le bihebdomadaire commercial Aids Policy & Law offre une excellente revue des développements législatifs américains, de la jurisprudence et des politiques juridiques. Lesbian/Gay Law Notes, publié par le Lesbian & Gay Law Association of Greater New York, consacre une section au sida et aux nouvelles juridiques s'y rapportant. Le Lambda Legal Defense and Education Fund publie le périodique AIDS Update, qui couvre également les développements politico-juridiques sur le sida et ce, à travers les États-Unis. Plus loin d'ici, la Australian Federation of Aids Organisation Legal Project publie depuis quatre ans le trimestriel HIV/AIDS Legal Link. L'association française AIDES publie également son Bulletin national juridique. Si l'expérience à l'étranger peut servir d'indicateur, le Bulletin canadien VIH/sida et droit sera apprécié comme complément au nombre grandissant de ressources sur les politiques et le droit reliés au VIH/sida.

La présente publication a été subventionnée par Justice Canada. Les fonds publics étant toutefois restreints, ils ne couvrent pas entièrement la production du Bulletin, qui devra par conséquent

s'autofinancer par le biais des abonnements. La contribution de textes en français et en anglais est bienvenue, de même que tout commentaire, suggestion ou lettre aux éditeurs.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

La prévention prise au sérieux: remise de seringues dans une prison suisse

Alors que le Service correctionnel du Canada se refuse d'entreprendre un projet-pilote de distribution de seringues aux détenus, un tel projet a vu le jour dans un prison pour femmes en Suisse, en mai 1994.

Notre mandat fondamental consiste à exécuter une peine qui a été prononcée par un tribunal. Nous devons respecter les dispositions du Code pénal, qui retient à l'article 46.2: "Dans tous les établissements, il sera pourvu aux besoins de la vie morale, culturelle et corporelle des détenus; les dispositions nécessaires seront prises à ces fins dans tout établissement." Cet article signifie d'une part que nous devons aider les détenues à se libérer de la drogue, donc empêcher dans la mesure du possible la consommation de drogue.

D'autre part, le même article nous confère le mandat de veiller à ce que les femmes qui nous sont confiées ne subissent aucun dommage pendant leur détention. Nous ne saurions tolérer la transmission de l'infection par le VIH ou de toute autre maladie grave. Etant donné que nous ne pouvons que restreindre l'introduction de drogue et non la supprimer, nous nous sentons responsables de fournir au moins des seringues stériles aux détenues. L'ambivalence de notre mandat aboutit à une contradiction avec laquelle il nous faut vivre. [Voir Note 1 ci-dessous]

Note 1: Martin Lachat, directeur par intérim des établissements de Hindelbank, chef de l'organisation du projet des établissements de Hindelbank, membre du comité assurant le suivi du projet.

En 1991, un médecin des Etablissements pénitentiaires pour femmes à Hindelbank en Suisse, a procédé auprès des détenues à un sondage sur la consommation de drogue et l'échange de seringues. Il a noté que presque toutes les femmes ayant consommé des drogues par voie intraveineuse échangeaient des seringues avec d'autres détenues. Fort de ces constatations, il a proposé, en accord avec le directeur des Etablissements, le lancement d'un projet-pilote consistant à remettre des seringues stériles aux détenues

afin d'éviter la transmission du VIH. Le projet s'est tout d'abord heurté à des oppositions, mais il a pu être poursuivi en collaboration avec l'Office fédéral de la santé publique.

Les objectifs du projet-pilote, tels qu'énoncés lors d'une conférence de presse le 16 mai 1994, sont les suivants:

- réduire à court terme les conséquences de la consommation de drogues;
- empêcher à court terme les infections ou réinfections par des agents pathogènes dangereux (VIH, virus de l'hépatite B, virus de l'hépatite C, etc.);
- diminuer à moyen ou long terme le nombre de nouveaux toxicomanes ou d'anciens toxicomanes qui rechutent.

Les moyens utilisés pour atteindre ces objectifs sont des manifestations destinées à l'ensemble des détenues et comprennent des démonstrations, des réunions liées notamment à des exercices, des jeux de rôles, des consultations avec le réalisateur du projet et ses collaborateurs, une "ligne directe" pour la discussion de problèmes, des moyens auxiliaires de prévention, du matériel écrit et des moyens audiovisuels. La remise de seringues stériles est une mesure fondamentale. Lors de leur premier entretien avec le réalisateur du projet ou avec ses collaborateurs, les détenues reçoivent une seringue sans aiguille ("attrape"). Le secrétariat des Etablissements fournit aux nouvelles détenues ce moyen auxiliaire accompagné d'explications en leur langue maternelle à leur arrivée. A l'aide de cette attrape, ou d'une seringue qui a déjà été utilisée, elles peuvent actionner le distributeur automatique pour se procurer une aiguille stérile, prête à l'emploi. Des distributeurs automatiques sont installés dans chacune des six sections que comptent les Etablissements de Hindelbank.

Le programme de prévention fera l'objet d'une évaluation portant sur la mise en oeuvre, les effets produits ainsi que les réactions suscitées parmi les détenues et le personnel.

En fonction des résultats obtenus, des recommandations seront émises concernant l'introduction de mesures efficaces pour contrer la consommation de drogue et la propagation du sida.

A la conférence de presse du 16 mai, le Directeur de l'Office fédéral de la santé publique, M. Zeltner, a souligné l'importance du projet-pilote sur le plan de la politique de santé: "A première vue, l'initiative peut paraître paradoxale à des aiguilles et des seringues stériles vont être remises à des toxicomanes délinquants qui purgent leur peine en prison pour qu'ils puissent consommer leur drogue. Nous devons pourtant regarder la réalité en face. Il arrive aussi que derrière les murs de la prison, des drogues illicites soient consommées par voie intraveineuse. Ce faisant, les détenus s'exposent au risque de contracter le virus du sida ou d'autres agents pathogènes en utilisant des aiguilles et seringues infectées. L'OFSP a pour mission de stopper la propagation de l'épidémie de VIH en Suisse. L'OFSP est d'avis que les détenus doivent avoir les mêmes possibilités que les personnes en liberté de se protéger contre une infection par le VIH. La mise à disposition de seringues et d'aiguilles stériles fait aujourd'hui partie des

mesures de prévention du sida chez les toxicomanes qui s'injectent des drogues par voie intraveineuse. Les mêmes droits, c'est-à-dire celui de disposer librement de seringues et d'aiguilles propres ainsi que de bénéficier de conseils et d'une assistance médico-sociale, échoient aux détenus." Selon M. Zeltner, le projet contribue à combler une lacune qui subsiste encore dans la stratégie suisse de prévention du VIH. De plus, il constitue l'application conséquente des directives de l'OMS à propos de la prévention des infections par le VIH et du sida dans les établissements pénitentiaires. [Voir Note 2 ci-dessous]

Note 2: Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons, Genève, OMS, 1993.

Dans son rapport d'expertise de juillet 1992, [Voir Note 3 ci-dessous] l'Office fédéral de la justice a déclaré que la remise de seringues stériles en milieu carcéral dans le cadre de projets-pilotes juridiquement admissible et compatible avec une politique responsable de la santé. Ce rapport fera l'objet d'un article à paraître dans un prochain numéro du Bulletin. [Voir Note 4 ci-dessous]

Note 3: Office fédéral de la justice. Remise de seringues stériles et mise à disposition de matériel de désinfection: projet-pilote dans les établissements d'exécution de peines et de mesures d'admissibilité juridique. Berne, 9 juillet 1992.

Note 4: L'essentiel de cet article provient de "Projet-pilote de prévention du VIH dans les établissements pénitentiaires pour femmes de Hindelbank conférence de presse du 16 mai 1994." Office d'information et de relations publiques du canton de Berne.

- *Ralf Jurgens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Un tribunal québécois juge que l'infection asymptomatique par le VIH est un "handicap" au sens de la Charte: Hamel c Malaxos

En novembre 1993, un tribunal québécois a rendu le premier jugement au Canada affirmant que l'infection asymptomatique par le VIH constitue un handicap aux fins d'une loi anti-discrimination. [Voir Note 1 ci-dessous] Le demandeur, un homme âgé de vingt-cinq ans infecté par le VIH, mais asymptomatique, a eu gain de cause dans une action intentée devant la cour des petites créances contre un dentiste qui avait, d'après le demandeur, refusé de le traiter parce qu'il était séropositif. La décision est particulièrement intéressante du fait qu'elle offre (au Québec, du moins) un recours autre que celui qui peut être intenté devant la Commission des droits de la personne dans certains cas de discrimination dans la fourniture de services.

Note 1: Hamel c Malaxos (le 25 novembre 1993), no. 730-32-000370 929, Cour des petites créances, Joliette, non-publié.

En décembre 1991, le demandeur a reçu des traitements dentaires d'une valeur d'environ 1 000\$. Au mois de juin suivant, il a perdu la facette d'une dent. Il a pris rendez-vous par la suite et allègue qu'à ce moment, on lui a dit que la dent serait réparée sans frais. Plus tard, le dentiste a nié avoir fait cette offre.

Entre temps, le demandeur a appris qu'il était séropositif et en a informé la réceptionniste en arrivant à la clinique dentaire pour faire réparer sa dent. Le dentiste lui a ensuite dit qu'il n'était pas équipé pour traiter les personnes infectées par le VIH et a propos, d'envoyer le demandeur à l'Hôpital Notre-Dame.

Le demandeur a refusé cette offre et a payé un traitement ailleurs. Il a ensuite poursuivi le défendeur pour les motifs suivants:

(1) violation de contrat, c'est-à-dire ne pas avoir rempli la garantie et réparé la dent sans frais;

(2) quasi-délit;

(3) traitement discriminatoire, contraire à la Charte des droits et libertés de la personne.

Le dentiste a allégué ce qui suit:

(1) ce traitement dentaire n'avait aucun rapport avec les travaux qu'il avait effectués auparavant;

(2) il n'avait aucune obligation déontologique ou légale de traiter le demandeur;

(3) son refus de traiter le demandeur n'était pas de la discrimination intentionnelle, mais motivée par son désir de protéger sa clientèle et lui-même contre une maladie mortelle, puisqu'il n'était pas équipé pour traiter les personnes infectées par le VIH.

En rendant sa décision, le juge Soumis est allé au-delà des arguments présentés par les parties et s'est familiarisé avec l'abondante bibliographie juridique et médicale sur le sujet. Il a conclu qu'il n'y avait pas suffisamment de preuve pour établir que le travail dentaire était garanti. Le juge a en outre noté que la Loi sur les Services de santé et les Services sociaux et la Loi sur l'Assurance-maladie ne s'appliquaient pas. Le dentiste n'avait pas non plus d'obligation contractuelle de traiter le demandeur.

La Cour a noté les opinions divergentes des corporations professionnelles réglementant le travail des médecins et des dentistes et a examiné le code de déontologie de chaque profession. Le juge a conclu qu'au Québec, les médecins et les dentistes n'avaient aucune obligation, en vertu de leurs codes de déontologie respectifs, de traiter des patients séropositifs.

Abordant ensuite la Charte des droits et libertés de la personne, la Cour a statué qu'un contrat de soins dentaires est visé par l'article 12 puisqu'il s'agit d'"un acte juridique ayant pour objet des services ordinairement offerts au public". La Cour a également noté que l'infection asymptomatique par le VIH ne devait pas être considérée comme une période de "véritable latence biologique", parce que la personne séropositive connaît de véritables désavantages même au stade asymptomatique de la maladie. En particulier, le juge a noté que les personnes infectées par le VIH sont limitées dans leurs relations sexuelles à cause des précautions qui doivent être prises, et doivent vivre avec la menace constante que leur maladie passera au stade symptomatique.

Le juge a également traité l'argument selon lequel la perception subjective du handicap est un désavantage qui suffit à rendre applicable l'article 10 de la Charte. La Cour a noté que la définition de "disability" (déficience) dans la Americans with Disabilities Act inclut le fait d'être considéré comme ayant une déficience. Le juge a en outre noté que, dans la jurisprudence et la doctrine américaines, il est généralement admis que l'infection asymptomatique par le VIH est un handicap ou une déficience. La Cour a également noté que les définitions pertinentes dans les lois sur les droits de la personne de l'Ontario et de la Nouvelle-Ecosse incluent la perception subjective de la déficience ou du handicap, et

que la Commission canadienne des droits de la personne et les commissions des droits de la personne des autres provinces ont adopté des résolutions, des déclarations ou des conclusions en ce sens. La Cour a conclu que la perception du défendeur selon laquelle le demandeur pouvait lui transmettre facilement une maladie mortelle constituait un handicap au sens de l'article 10, et a noté que le tribunal des droits de la personne de la Colombie-Britannique est arrivé à une conclusion semblable dans la décision *Biggs v Hudson* (1988), 9 C.H.R.R. D/5391.

La Cour a examiné la preuve et la jurisprudence à la lumière de l'allégation du défendeur, selon laquelle un tel traitement lui causait un risque d'être infecté par le VIH, et a conclu que ce risque était pratiquement nul. La Cour a donc conclu que le défendeur, en refusant de traiter le demandeur parce qu'il était séropositif, avait commis un acte discriminatoire contraire à la Charte des droits et libertés de la personne du Québec et a accordé 1000\$ au demandeur à titre de dommages-intérêts.

- *David Patterson*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

[Bulletin canadien VIH/sida et droit](#)

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Détenus et VIH/sida

En Australie la ministre fédérale de la Santé demande l'échange d'aiguilles dans les prisons

La ministre fédérale australienne de la Santé, Carmen Lawrence, a demandé que des condoms, aiguilles et seringues soient distribués dans les prisons à titre de mesure préventive contre la propagation du sida. [Voir Note 1 ci-dessous] Cette décision a été prise en réponse à une lettre parue dans le Medical Journal of Australia rapportant le premier cas documenté de transmission du VIH dans une prison australienne. [Voir Note 2 ci-dessous]

Note 1: In: [Australian] National AIDS Bulletin, vol.8, no 5 (juin 1994).

Note 2: The Medical Journal of Australia, vol. 160 (juin 1994).

Selon le Dr Lawrence, le défaut d'établir des programmes d'échange d'aiguilles pour empêcher la propagation du VIH "aurait pour effet d'allumer une bombe à retardement qui, fort probablement, explosera dans les prisons et bien au-delà." Bien qu'elle ait proposé que des lignes directrices très strictes soient émises pour superviser la distribution des aiguilles dans les prisons, son plan a rencontré l'opposition des gouvernements des États ainsi que des organisations de gardiens de prison.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

[Bulletin canadien VIH/sida et droit](#)

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Détenus et VIH/sida -

Australie: des prisonniers poursuivent pour avoir droit au condom

En même temps que dans deux Etats australiens, New South Wales (NSW) et Queensland, des rapports indiquent que des détenus ont contracté le VIH en prison, une action a été intentée à la Cour supérieure du NSW par 52 détenus de deux prisons contre l'Etat du NSW par suite de son refus de permettre aux prisonniers d'avoir accès à des condoms. [Voir Note 1 ci-dessous] Les prisonniers déposent une requête en injonction pour forcer le gouvernement à revoir ses politiques. On demande à la Cour:

- d'ordonner à l'État du NSW, via la Commission des services correctionnels et le directeur général du Département des services correctionnels, de cesser d'interdire aux plaignants et aux autres détenus dans les prisons du NSW, la possession et l'utilisation de condoms;
- de déclarer que la décision de ne pas fournir de condoms et d'en interdire la possession et l'utilisation aux prisonniers constitue un manquement, de la part de l'État du NSW, à ses obligations face à la santé des plaignants; et
- d'ordonner à l'État du NSW de fournir des condoms aux plaignants et aux autres prisonniers de cet État et de leur en permettre la possession et l'utilisation.

Note 1: Rapport, dans Australian National HIV/AIDS Legal Link, vol.5, no 1 (avril 1994), Fédération australienne des organisations pour le sida.

Le procureur des détenus a soutenu que "empêcher les prisonniers d'avoir accès aux moyens de prévention pour protéger leur santé ne saurait faire partie de leur sentence" et a dit que ce cas allait recevoir l'appui des plus grandes personnalités médicales" en Australie.

Dans l'État du Queensland, la Commission des services correctionnels était critiquée pour sa décision de refuser de fournir des condoms aux détenus alors qu'en même temps elle leur apprenait comment avoir des relations sexuelles sécuritaires. [Voir Note 2 ci-dessous]

Note 2: Dans: [Australian] National AIDS Bulletin, vol.8, no 3 (avril 1994).

Au Canada, les condoms sont mis à la disposition des prisonniers dans le système pénitentiaire fédéral et dans plusieurs prisons provinciales. Cependant, à l'exception de quelques institutions fédérales et des institutions provinciales de la Colombie-Britannique, les condoms ne sont pas disponibles facilement et discrètement; quant aux prisons provinciales de Terre-Neuve, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ile-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick, elles n'en offrent pas du tout.

- *Ralf Jürgens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Détenus et VIH/sida

Une guerre contre les drogues, non contre le sida: réponse du SCC au rapport du CESP

Le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) a été créé en juin 1992 par le Solliciteur Général du Canada. Il avait pour but d'assister le gouvernement canadien dans la promotion et la protection de la santé des prisonniers et du personnel, et de l'aider à prévenir la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les institutions correctionnelles fédérales. En mars 1994, le Service correctionnel du Canada (SCC) a publié le Rapport final du Comité. [Voir Note 1 ci-dessous] Celui-ci recommandait, entre autres, que de l'eau de Javel concentrée soit mise à la disposition des détenus et que ceux qui font usage de drogues injectables aient accès à la méthadone. Le Comité concluait de plus qu'il "sera inévitable" de fournir du matériel d'injection stérile dans les prisons, en raison des doutes sérieux qui ont été émis récemment quant à l'efficacité de l'eau de Javel dans la destruction du VIH. Il conseillait dès lors que des études soient entreprises pour "trouver des moyens et élaborer des mesures, incluant l'accès à du matériel d'injection propre, qui permettront de réduire encore davantage le risque de transmission du VIH et les autres dangers découlant de l'utilisation de drogues injectables."

Note 3: Le rapport comprend trois documents: Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons; Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport sommaire et recommandations; et le VIH/SIDA en milieu carcéral: documentation. Ce Rapport peut être obtenu en s'adressant aux Services de santé du Service correctionnel du Canada, 340 avenue Laurier ouest, Ottawa, Ontario K1A 0P9. Tél.: (613) 995-5058; télécopieur: (613) 995-6277.

Le SCC a accepté plusieurs recommandations faites par le CESP et, suite à ces recommandations, plusieurs projets sont en train de voir le jour:

- un projet-pilote de détection anonyme du VIH dans une institution correctionnelle, implanté dans la région de l'Ontario;
- un projet de recherche sur les comportements à risque élevé de transmission du VIH entre détenus;
- un projet-pilote pour la distribution d'eau de Javel dans une institution de la région pacifique du SCC;
- et un projet de promotion de la santé au pénitencier de Dorchester.

Ces projets sont financés conjointement par Santé Canada et le SCC. Des comités d'organisation ont été créés pour permettre au SCC d'obtenir des avis de l'extérieur lors des phases préparatoires des projets. On s'attend à ce que ces derniers soient mis en marche avant la fin de l'année.

Le Service a reçu des félicitations pour sa décision de mettre en place ces projets et, de façon générale, pour avoir donné suite à plusieurs recommandations du CESP. Cependant, il a été critiqué pour avoir rejeté d'autres parties critiques du plan du CESP. Ainsi l'eau de Javel concentrée ne sera pas disponible dans toutes les institutions, le SCC se contentant pour le moment d'un projet-pilote; il ne mettra pas en oeuvre de programmes d'entretien à la méthadone; et en fin de compte, il ne fera pas l'essai des programmes d'échange d'aiguilles. De plus, bien qu'il ait accepté la conclusion du CESP, à savoir que l'éducation sur la consommation de drogues doit être considérée comme un élément crucial dans les efforts pour prévenir la transmission du VIH, le Service empêche toujours la distribution des milliers de copies du matériel éducatif préparé à cette fin. Ce matériel a été imprimé il y a près d'un an et n'a pas été distribué parce qu'il contient de l'information sur la façon de nettoyer le matériel d'injection. Selon le Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network [PASAN] de Toronto, le SCC "a choisi d'ignorer la question de l'usage des drogues injectables et le risque élevé de transmission du VIH par les aiguilles dans le milieu carcéral. Comment le SCC peut-il admettre qu'il y a un problème de drogue dans les prisons et continuer à refuser même l'essai d'un projet-pilote d'échange d'aiguilles pour les prisonniers? C'est une contradiction qui entraînera des pertes de vies." Une critique semblable est venue d'organisations telles que la Société canadienne du sida et le Kingston AIDS Project, et aussi de médecins et de représentants des médias. Un éditorial du Vancouver Sun daté du 2 avril 1994 a accusé "le système pénitentiaire de faire preuve de complaisance face au sida," ajoutant que "[s]'il y a une leçon quelconque à tirer du tollé continué que suscite la réaction mitigée de la Croix-Rouge devant la menace de transmission du sida par la réserve de sang, c'est que de telles attitudes [comme celles manifestées par la réponse du SCC au rapport] peuvent être meutrières".

Au lieu de mettre de l'eau de Javel à la disposition des détenus dans toutes les institutions, de mettre en marche les programmes d'entretien à la méthadone et d'effectuer un projet-pilote de distribution d'aiguilles au moins dans une institution, tel que recommandé par le CESP, le SCC a annoncé le 9 août une "stratégie pour combattre la drogue dans les pénitenciers fédéraux". Cette stratégie comprend les actions suivantes:

- l'usage de tests d'urine au hasard, pour détecter la consommation de drogue, sera "considérablement"

accru dans les institutions fédérales;

- la fouille des visiteurs sera effectuée plus fréquemment;
- des chiens spécialement entraînés à la détection de drogue seront utilisés;
- une meilleure formation concernant la détection de drogue et la législation régissant la fouille et la saisie sera entreprise;
- les visiteurs qui essaieront d'introduire la drogue dans les institutions feront non seulement face à des accusations criminelles, mais se verront aussi interdire les visites dans les pénitenciers fédéraux;
- il deviendra "plus courant" de porter des accusations contre les détenus impliqués dans le trafic de la drogue;
- des dispositions seront prises pour "attirer l'attention du pouvoir judiciaire sur l'impact sérieux du trafic de la drogue et de l'abus de drogue dans les pénitenciers fédéraux"; et finalement,
- les détenus auront un meilleur accès aux programmes de désintoxication.

Plusieurs de ces mesures sont au mieux sujettes à controverse. L'idée qu'elles aideront à réduire le niveau de consommation de drogue dans les prisons est au moins discutable et reste à prouver. Il existe par exemple cette crainte bien fondée que, lorsque les tests d'urine au hasard sont plus fréquents et les peines plus sévères, la consommation de drogues chez les détenus, au lieu de diminuer, peut se modifier en passant de drogues détectables dans l'urine pendant une période pouvant aller jusqu'à un mois (comme la marijuana), à des drogues dont la période de détection est plus courte (telles que la cocaïne, l'héroïne, le PCP et le LSD). En conséquence, l'utilisation de drogues injectables peut augmenter entraînant une hausse du risque de transmission du VIH et d'autres dommages dus à l'usage de drogues. Tel qu'établi par le CESP, des mesures comme celles prises actuellement par le SCC "peuvent entraîner des risques ou des dommages qui l'emportent sur le bénéfice recherché, soit la réduction de la consommation de drogue."

- *Ralf Jürgens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Tuberculose -

Une attention croissante sur la co-infection TB/VIH

Un Atelier national sur la tuberculose, le VIH et autres sources de préoccupations nouvelles a eu lieu à Toronto du 3 au 5 mai 1993. Les délibérations de l'atelier parrain, par la Direction générale de la protection de la santé, la Direction générale des programmes de santé et des programmes sociaux, et la Direction générale des services médicaux de Santé Canada, peuvent maintenant être obtenues en s'adressant au Bureau d'initiatives spéciales en santé, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

On trouve dans ce document un résumé des plénières et des discussions tenues entre spécialistes ou en atelier, notamment sur les sujets suivants: tuberculose et VIH: état de la situation à l'échelle mondiale; tuberculose aux États-Unis; épidémiologie de la tuberculose au Canada; prévention et lutte contre la tuberculose; sécurité en milieu de travail et progrès accomplis en laboratoire; recherches prioritaires; et rapports d'ateliers.

En janvier 1994 la Société canadienne du sida (SCS) a lancé un projet national d'une durée d'un an qui a pour but de sensibiliser le mouvement communautaire aux questions soulevées par la co-infection VIH-tuberculose. Le projet est subventionné par l'Unité des soins et des traitements pour le sida de Santé Canada. Ses objectifs incluent:

- la collection et la recension de la documentation sur les activités dans le domaine du VIH-tuberculose entreprises au Canada et à l'étranger;
- l'organisation et l'animation d'ateliers de "formation de formateurs" à l'intention des organismes communautaires de lutte anti-sida et des organismes de soins de santé;
- l'établissement de la position du mouvement communautaire à l'égard des questions entourant la santé publique, la tuberculose et le VIH/sida;

- l'élaboration de politiques en matière de tuberculose en milieu de travail, à l'intention des hospices, foyers et organismes communautaires.

Pour plus d'information, communiquez avec la coordonnatrice du projet, Elisse Zack, a/s AIDS Committee of Toronto, Box 55, Station "F," Toronto (Ontario) M4Y 2L4.

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) a organisé, du 9 au 11 mars 1994, un atelier de concertation sur la double infection TB/VIH, supporté par l'unité des soins et des traitements pour le sida de Santé Canada. Des représentants d'organisations nationales, régionales, provinciales et territoriales, ainsi que de groupes communautaires, ont pu discuter à cette occasion des problèmes suscités par le phénomène. L'atelier a adopté onze recommandations qui fournissent le cadre d'une stratégie coordonnée de lutte contre la double infection TB/VIH. Le Rapport de l'atelier de concertation sur la double infection TB/VIH est maintenant disponible par le biais de l'Association canadienne de santé publique, Programme sur le sida, 1565 avenue Carling, bureau 400, Ottawa (Ontario) K1Z 8R1. Téléphone: (613) 725-3769; télécopieur: (613) 725-9826.

Le numéro de septembre/octobre 1994 (vol. VII, no 6) de SIDA: réalités est consacré aux questions soulevées par la double infection TB/VIH. Pour en obtenir une copie gratuite, contactez la rédactrice, SIDA: réalités, le Programme d'éducation/information sur le sida de l'ACSP, à l'adresse ci-dessus.

Tuberculose/VIH et droit

États-Unis - Un juge de Cour supérieure de l'État de Georgie a ordonné à une personne atteinte du sida de demeurer indéfiniment dans sa résidence parce que sa tuberculose, résistante aux drogues, peut être contagieuse [Voir Note 1 ci-dessous]. Le 11 avril dernier, l'honorable juge Dan Cousey a refusé de renverser la décision du Comité de santé du comté de DeKalb, ordonnant à la personne de demeurer en "isolement respiratoire" dans sa résidence. La personne a obtenu des résultats négatifs à trois tests standard, qui déterminent si le patient atteint de tuberculose est contagieux. Cependant, le juge a accepté le témoignage du Conseil de santé à l'effet que les tests étaient non-valides puisque la tuberculose du patient était résistante aux drogues.

Note 1: Rapport, dans Aids Reference Guide, mai 1994, Atlantic Information Services, Washington, D. C.

Ce cas ne présente qu'un exemple des diverses questions juridiques et politiques soulevées par l'épidémie VIH/tuberculose. Selon Bayer et autres [Voir Note 2 ci-dessous], c'est la tension entre les approches volontaires et coercitives de la santé publique qui sera au centre du débat sur les principales questions que soulève la tuberculose. Parmi ces questions: quelles sont les obligations de l'état de

développer des programmes ayant pour but d'identifier les individus atteints de tuberculose?; dans quel cas un État peut-il obliger un individu à recevoir des traitements ou à se soumettre à l'isolation?; combien d'efforts doivent être déployés afin d'encourager les patients à recevoir des traitements jusqu'à guérison avant que des mesures plus strictes ne soient adoptées?

Note 2: Bayer R. et al., "The dual epidemic of tuberculosis and Aids", The Journal of Law, Medicine & Ethics, 21: 3-4 (automne/hiver 1993) p. 277-278.

Les prochaines parutions du Bulletin commenteront les problématiques légales, éthiques et politiques reliées à la tuberculose.

- *Ralf Jurgens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

JUSTICE PENALE

- Un Suisse condamné pour avoir transmis le VIH;
 - Homme séropositif condamné à dix ans de prison pour avoir des relations sexuelles non-protégées
 - Trente mois d'emprisonnement pour attaque avec une seringue
-

Trente mois d'emprisonnement pour attaque avec une seringue

Québec - Une femme séropositive a été condamnée à 10 mois de prison pour voies de faits graves et menaces de mort, après avoir piqué une autre femme avec une seringue apparemment contaminée par le VIH (dossier # 500-01-475-944, Cour du Québec à Montréal).

Sylvie Trudeau a attaqué sa concierge, Georgette Plouffe, après que cette dernière ait refusé de lui vendre de la drogue comme à l'habitude. Il n'a pas encore été déterminé si Mme Plouffe a été contaminée par le VIH. Sylvie Trudeau a reconnu sa culpabilité et a reçu sa sentence le 26 avril 1994 par le juge Jean-Pierre Bonin de la Cour du Québec à Montréal.

- *Bruno Guillot-Hurtubise*

Homme séropositif condamné à dix ans de prison pour avoir eu des relations sexuelles non-protégées

États-Unis - Un homme diagnostiqué séropositif en 1988, pendant qu'il purgeait une peine d'emprisonnement au New Jersey, a été condamné à dix ans de prison pour avoir eu des relations sexuelles non-protégées avec trois adolescentes, de septembre 1992 à juillet 1993, sans leur dire qu'il était séropositif. Deux des adolescentes, dont l'une est enceinte, ont été infectées par le VIH. L'homme a plaidé coupable à des accusations de sodomie, de relations sexuelles avec des mineures, d'indécence et de deux tentatives de meurtre. (*Virginia v Webb*,

Petersburg Cir. Ct., No. F-796-93, 11-05-94, rapport, dans AIDS Policy & Law, vol. 9, no 10 (27 mai 1994)).

Un Suisse condamné pour avoir transmis le VIH

Suisse - Dix-huit mois de prison avec sursis. C'est la peine que vient de prononcer la Cour suprême du canton d'Aarau à l'intention d'un homme accusé d'avoir transmis le VIH. Se sachant séropositif depuis 1985, l'accusé continuait d'avoir des rapports sexuels non-protégés avec plusieurs femmes, infectant deux de ses partenaires. (Rapport, dans Bulletin Juridique National, no 1, AIDES Ile-de-France, septembre 1994.)

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

[Bulletin canadien VIH/sida et droit](#)

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Justice pénale

Dix mois d'emprisonnement pour avoir mordu un policier

Québec - Dans une décision de 44 pages rendue le 28 janvier 1994, le juge Louis-Michel Héту de la Cour du Québec à Joliette a condamné à 10 mois de prison un individu séropositif, après l'avoir déclaré coupable de voies de faits graves sur un policier (dossier # 705-01-3385-1939, Cour du Québec, Joliette).

Richard Taylor, qui a mordu un agent de la Sûreté du Québec le 3 juin 1993 à la suite d'une confrontation lors de son arrestation pour conduite avec facultés affaiblies, n'a pourtant pas été déclaré coupable de tentative de meurtre sur ce même agent, puisque la Couronne n'a pas prouvé hors de tout doute qu'il avait l'intention de tuer. Après avoir admis la preuve d'un acte similaire commis par Taylor en décembre 1991, le juge Héту a toutefois conclu qu'il avait démontré une intention suffisante pour être déclaré coupable de voies de faits graves.

- *Bruno Guillot-Hurtubise*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

[Bulletin canadien VIH/sida et droit](#)

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

[State v. E.R. \(États-Unis\) \(Justice Pénale\)](#)

[Nouvelles de sentences](#) - Canada

Projet de loi relatif à la transmission du VIH - Danemark

Danemark - Un projet de loi relatif à la transmission du VIH sera prochainement propos, au Parlement danois, - il semble être assuré de recueillir une large majorité. Selon le projet, une personne séropositive qui ne préviendra pas son partenaire pourra recevoir une peine allant d'une amende à quatre ans de prison. Le projet a été déposé après que la Cour suprême du Danemark ait acquitté, faute d'article existant dans le code pénal pour motiver une peine, un homme séropositif qui avait eu des relations non-protégées avec 25 femmes et qui, en première instance, avait été condamné à 18 mois de prison ferme. (Rapport, dans Bulletin Juridique National, no 1, AIDES Ile-de-France, septembre 1994.)

Nouvelles de sentences

Québec - Un homme séropositif est retourné en prison à la suite de la décision du juge Dionysia Zerbisias de la Cour supérieure à Montréal, rendue le 23 février 1994 (dossier #705-01-702-946, Cour supérieure à Montréal). Daniel Mandanici, 36 ans, qui avait été accusé de possession et de trafic de drogue, avait obtenu une libération conditionnelle le 14 février précédent par le juge Maurice Parent de la Cour du Québec. Le juge Parent avait considéré que son statut de personne séropositive justifiait qu'une libération sous caution lui soit accordée jusqu'à la date de son procès.

Cette libération fut toutefois portée en révision par le procureur de la Couronne, et le juge Zerbisias a conclu que l'état de santé de l'accusé ne justifiait pas un traitement de faveur. Mandanici, qui a plaidé coupable aux charges portées contre lui, recevra sa sentence le 22 septembre 1994.

Section: Justice pénale

États-Unis - La Division d'appel du New Jersey a statué, le 11 mai 1994, dans l'arrêt *State v E.R.*, 1994 WL 240772, qu'un juge de première instance avait eu raison de rendre un jugement en révision d'une sentence d'emprisonnement de sept ans, lui substituant plutôt une probation de cinq ans. Le défendeur avait plaidé coupable à des accusations criminelles de distribution de cocaïne et de possession de bombes artisanales. Un mois après le prononcé de sa sentence d'emprisonnement, il avait demandé la révision de son dossier pour des motifs d'ordre médical. Le juge de première instance, en se fondant sur des renseignements plus détaillés que ceux disponibles au moment du prononcé de la première sentence, avait estimé que l'emprisonnement ferait subir au défendeur des "épreuves excessives". La Division d'appel a noté que d'après le dossier, le défendeur souffrait d'une maladie grave et devait être hospitalisé à plusieurs reprises. Dissident, le juge Brochin a soutenu que le droit du New Jersey n'autorisait pas les juges à faire preuve de "clémence" dans de tels cas. (Rapport, dans *Lesbian/Gay Law Notes*, t, 1994.)

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

[Bulletin canadien VIH/sida et droit](#)

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Dépistage -

Californie: dépistage obligatoire pour les personnes déclarées coupables de viol

États-Unis - En vertu d'une loi signée le premier juillet 1994 par le gouverneur de la Californie, Pete Wilson, les personnes déclarées coupables d'agression sexuelle devront se soumettre au dépistage obligatoire du VIH. Les poursuivants doivent référer les victimes d'agression sexuelle à des professionnels de la santé pour qu'elles soient informées du résultat du dépistage et obtiennent du counselling. La loi a été adoptée après qu'un homme condamné pour plusieurs agressions sexuelles commises en 1991 et 1992 fut soumis à un dépistage du VIH en prison. En vertu du droit californien, les personnes déclarées coupables d'agression sexuelle pouvaient être contraintes à subir un dépistage en prison, mais les victimes de l'agression n'avaient pas le droit de prendre connaissance des résultats du dépistage. Cependant, on conseillait à plusieurs des victimes de subir un dépistage d'anticorps au VIH. (Reportage paru dans Lesbian/Gay Law Notes, été 1994.)

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Dépistage -

Un tribunal canadien des droits de la personne statue sur le dépistage de la drogue à l'embauche

Le 16 août 1994, un tribunal canadien des droits de la personne a statué que la pratique de la Banque Toronto- Dominion qui consiste à faire subir des analyses d'urine pour identifier les consommateurs de drogues n'est pas discriminatoire en vertu de la Loi canadienne sur les droits de la personne et qu'elle n'est donc pas illégale. La politique de la banque avait été contestée par l'Association canadienne des libertés civiles, qui la considère comme un refus d'employer des gens souffrant d'une déficience, à savoir la présomption de dépendance envers la drogue. Selon cette politique, les employés de la banque doivent subir des analyses d'urine dans les quarante-huit heures de l'acceptation d'un emploi. Ceux dont les résultats sont positifs ne perdent pas leur emploi, mais on leur offre un traitement ou une réadaptation aux frais de la banque. Seuls ceux qui refusent de subir une analyse ou un traitement, ou dont les résultats sont positifs une troisième fois après un traitement, sont congédiés. Le tribunal a jugé que "le congédiement final ne découle pas d'une présomption de déficience (dépendance envers la drogue), mais plutôt de la consommation répétée d'une substance illégale, même si dans certains cas la personne visée peut souffrir de toxicomanie".

Le tribunal a ajouté que même si les analyses étaient discriminatoires, la banque avait tout de même fait un effort raisonnable pour composer avec ses employés toxicomanes, en les gardant sur la liste de paie et en payant le traitement.

Il a conclu qu' "il serait déraisonnable d'exiger que la banque offre davantage que ce programme de traitement...[ce] qui créerait une contrainte excessive."

Malgré l'issue de cette affaire, M. Max Yalden, le commissaire en chef de la Commission canadienne des droits de la personne a qualifié la décision de "condamnation sans équivoque" du dépistage obligatoire de la drogue. (Rapport, par S. Bindman, de Southam News, The Gazette [Montréal], le 17 août, p. A7.)

En particulier, le tribunal a affirmé que la politique de la banque était fondée sur des "hypothèses hautement subjectives" au sujet de la corrélation entre la consommation de drogue et le crime, et qu'il n'avait pas de preuve que le dépistage de la drogue était nécessaire pour protéger d'autres employés ou le public. Selon le tribunal, "si le dépistage obligatoire était raisonnablement nécessaire pour assurer le rendement au travail et pour assurer un milieu de travail sain et exempt d'activités criminelles, il serait alors sûrement nécessaire que tous les employés subissent un tel dépistage régulièrement, et celui-ci ne serait pas effectué une seule fois au cours de la carrière de certains, lorsqu'ils acceptent un emploi".

La Commission canadienne des droits de la personne a annoncé le 7 septembre son intention de porter en appel la décision du tribunal.

La décision fera l'objet d'un commentaire détaillé dans un prochain numéro du Bulletin canadien VIH/sida et droit.

- *Ralf Jurgens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

[Bulletin canadien VIH/sida et droit](#)

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Autres jugements

Mère sommée de collaborer avec les médecins de son enfant (A.D.H. v. State Department of Human Resources, Cour d'Appel, Alabama)

États-Unis - La Cour d'appel de l'Alabama, chambre civile, a statué le 10 juin 1994, qu'une mère insistant que son enfant n'était pas séropositif pouvait être sommée de collaborer avec les médecins pour administrer de l'AZT à l'enfant (A.D.H. v State Department of Human Resources, 1994 WL 248155, reportage paru dans Lesbian/Gay Law Notes, été 1994).

Malgré l'insistance des médecins que l'enfant était séropositif, et le fait que l'enfant ne prenait pas de poids, la mère refusait de croire que l'enfant était infecté. De plus, la famille exprimait ses inquiétudes à l'égard des effets secondaires d'un traitement à l'AZT. Le tribunal a formulé en ces termes la question en appel: "l'État peut-il obliger une mère à soumettre son enfant mineur à un traitement contre le VIH lorsque la mère s'oppose à ce traitement?" Le tribunal a affirmé que normalement, il hésiterait à passer outre à l'opposition raisonnée d'un parent à un traitement médical particulier pour un enfant. Cependant, il a jugé que "la croyance obstinée de la mère, au procès, que son enfant n'était pas séropositif, nous amène à conclure qu'elle était incapable de prendre une décision réfléchie et rationnelle concernant un traitement qui était dans le meilleur intérêt de l'enfant" et a confirmé l'ordonnance du juge de première instance.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Sang et produits sanguins

Pittman c The Canadian Red Cross Society

Dans la première décision rendue par un tribunal canadien sur une question de sang contaminé, la Cour de Justice de l'Ontario a accordé à la succession d'un homme décédé du sida, sa veuve et leurs quatre enfants, une indemnité de 515 075\$ pour le sang contaminé reçu en 1984.

[Voir Note 1 ci-dessous]

Note 1: Ont. Ct., nos 21487/91U, 21488/91U, 3/1/94; [1994] O.J. no 463.

Kenneth Pittman a reçu une transfusion sanguine en novembre 1984, alors qu'il subissait une intervention chirurgicale à l'Hôpital de Toronto. Le sang n'avait pas été testé pour le VIH. En novembre 1985, la Société canadienne de la Croix-Rouge a testé du sang donné plus tard par le même donneur et a alors découvert qu'il était contaminé par le virus. En juin 1987, la Croix-Rouge a retracé jusqu'à l'Hôpital de Toronto le sang donné en 1984.

Ce n'est qu'en février 1989 que l'hôpital a établi le lien avec la transfusion sanguine reçue en 1984 par M. Pittman lors de son intervention chirurgicale. En avril suivant, l'hôpital en a avisé le médecin de famille de M. Pittman, le docteur Stanley Bain, et l'a informé que son patient avait peut-être été contaminé par le VIH. Le Dr Bain n'en a toutefois jamais avisé son patient puisqu'il croyait qu'une telle nouvelle serait néfaste à sa condition cardiaque et que, de plus, ce dernier n'avait probablement pas de relations sexuelles avec son épouse.

M. Pittman est mort en mars 1990 d'une pneumonie liée au sida, sans avoir su qu'il avait été infecté par le VIH, un fait qui n'a été confirmé que par une analyse post-mortem. En septembre 1990, Mme Pittman

apprenait qu'elle était elle-même contaminée par le virus. Un rapport d'expertise a indiqué qu'elle avait probablement été contaminée vers la fin de 1989, soit après que le Dr Bain en eut été informé par l'Hôpital de Toronto.

Mme Pittman a intenté deux poursuites totalisant 2 millions de dollars contre la Société canadienne de la Croix-Rouge, l'Hôpital de Toronto et le Dr Bain. La première au nom de la succession de son mari, alors que la seconde le fut pour son propre compte et celui des quatre enfants. Les deux poursuites furent jointes et entendues par le juge Susan Lang.

La famille Pittman a prétendu que la Croix-Rouge n'avait pas respecté la norme de diligence appropriée en ne soumettant pas les donneurs de sang et les prélèvements à des épreuves de dépistage. De plus, elle a allégué que l'hôpital était responsable des dommages causés par la transfusion, et ce sur la base d'une garantie contractuelle implicite. Ces deux défendeurs furent également poursuivis pour avoir été négligents en n'établissant pas dans un délai raisonnable un programme pour retracer les donneurs et les receveurs de sang contaminé. Quant au Dr Bain, la famille Pittman a allégué qu'il n'avait pas agi en accord avec la norme de diligence requise, en n'informant pas son patient de sa contamination possible.

Dans sa décision du 14 mars 1994, le juge Lang précise que ses conclusions étaient fondées uniquement sur les faits particuliers de l'espèce. Elle a statué que la Croix-Rouge n'avait pas été négligente en prélevant le sang contaminé en 1984. En examinant les normes et les pratiques de l'époque, le juge Lang a conclu que la Croix-Rouge avait satisfait à la norme de diligence à laquelle elle était tenue à l'époque.

Elle a aussi conclu que les demandeurs n'avaient pas établi la responsabilité de l'hôpital fondée sur la garantie implicite contre les vices cachés reconnus en common law.

Toutefois, le juge Lang a déclaré que la Croix-Rouge et l'hôpital avaient tous deux été négligents en omettant d'informer plus rapidement M. Pittman qu'il avait peut-être été contaminé si M. Pittman avait été informé et testé, il aurait probablement pu survivre deux années de plus en recevant les traitements appropriés. De plus, il aurait pu en aviser sa femme et prendre les précautions nécessaires pour éviter sa contamination.

Le juge Lang a également conclu que le Dr Bain avait été négligent sous deux aspects: premièrement, pour ne pas avoir vérifié que la condition cardiaque de son patient l'empêchait de recevoir la nouvelle de sa potentielle infection et, deuxièmement, pour ne pas avoir vérifié qu'il n'avait effectivement aucune relation sexuelle avec sa femme. Le Dr Bain aurait aussi omis de s'enquérir de l'état de santé de son patient dans les derniers mois de sa vie, alors qu'il savait que ce dernier avait peut-être été contaminé par le VIH.

Le juge Lang a finalement réparti la responsabilité des défendeurs à 40% pour le Dr Bain et 30% chacun pour la Croix-Rouge et l'hôpital. La succession de M. Pittman a reçu 8 000\$ à titre d'indemnité pour la souffrance qu'il a endurée. Mme Pittman a reçu 461 318\$ alors que les enfants ont reçu une somme globale de 45759\$.

Le bureau de Me Kenneth Arenson, l'avocat de la famille Pittman, a confirmé au mois d'août 1994 que la décision n'avait pas été portée en appel par les parties.

- *Bruno Guillot Hurtubise*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Discrimination

Vriend v Alberta (Attorney General)

Dans un jugement rendu le 12 avril 1994, [Voir Note 1 ci-dessous] le juge Russel de la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta a statué que l'"orientation sexuelle" faisait implicitement partie des motifs prohibés de discrimination prévus dans la Individual's Rights Protection Act de l'Alberta, S.A. 1980, c 1-2. Pour arriver à cette conclusion, le juge Russel s'est appuyé en grande partie sur le raisonnement suivi par le juge Krever, J.C.A., dans l'arrêt Haig & Birch v Canada (Attorney General) (1992), 9 O.R. (3d) 495 (C.A.), dans lequel le tribunal a jugé que la Loi canadienne sur les droits de la personne devait être interprétée de manière à inclure l'"orientation sexuelle" comme motif de discrimination prohibé. Dans les deux affaires, les tribunaux ont accepté l'argument des requérants selon lequel l'exclusion de l'orientation sexuelle comme motif prohibé de discrimination constituait une violation injustifiée du droit à l'égalité garanti au paragraphe 15(1) de la Charte canadienne des droits et libertés.

Note 1: Vriend v Alberta, 12 avril 1994, no 9203/02452, Alberta Queen's Bench, non-publié.

En 1991, M. Vriend a été congédié de son poste au King's College à Edmonton après avoir admis à un supérieur qu'il était gai. Le seul motif donné pour son congédiement fut son non-respect de la politique du collège en matière d'homosexualité. La Commission des droits de la personne de l'Alberta a avisé M. Vriend qu'elle ne pouvait accepter sa plainte contre son ancien employeur parce que l'orientation sexuelle n'était pas un motif prohibé de discrimination.

Le juge Russel a d'abord pris connaissance d'office de la discrimination envers les homosexuels, qualifiant cette discrimination de "réalité sociale historique, universelle, notoire et indéniable à qui a fait l'objet de nombreux commentaires judiciaires et sociaux à et de lois provinciales ailleurs au Canada". Le juge a ensuite abordé la question de savoir si l'omission de l'orientation sexuelle dans la Individual's

Rights Protection Act violait le paragraphe 15(1) de la Charte. Dans l'affaire Vriend, le procureur général de l'Alberta a refusé d'admettre que l'orientation sexuelle était un motif analogue de protection contre la discrimination en application du paragraphe 15(1), s'éloignant ainsi de la pratique suivie par d'autres procureurs généraux dans les affaires Haig & Birch, réité, Egan c Canada (Procureur g,n,ral) (1993), 103 D.L.R. (4th) 336 (C.A.F.) et Brown v British Columbia (Minister of Health) (1990), 66 D.L.R. (4th) 444.

Appliquant le raisonnement suivi dans l'arrêt Andrews c Law Society of British Columbia, [1989] 1 R.C.S. 143, le juge Russel était d'avis que le fait de ne pas avoir inclus l'orientation sexuelle comme motif prohibé de discrimination était discriminatoire au sens du paragraphe 15(1) de la Charte. Elle a conclu que "peu importe qu'il y ait eu ou non intention de faire de la discrimination, la décision de priver les homosexuels d'une reconnaissance dans la loi a pour effet de renforcer les stéréotypes négatifs et les préjugés, les perpétuant et les excusant implicitement en conséquence". L'omission de l'orientation sexuelle dans la Individual's Rights Protection Act ne pouvait être couverte en vertu de l'article 1 de la Charte puisque, conformément à la première partie du critère établi dans l'arrêt Oakes, il n'y avait aucune preuve à l'effet que l'objectif de la loi se rapportait à des préoccupations urgentes et réelles pour justifier la limitation. En fait, le juge a conclu que l'exclusion de l'orientation sexuelle était incompatible avec la déclaration de principe de la loi elle-même, qui reconnaît la "dignité inhérente et les droits égaux et inaliénables de tous".

Suivant le raisonnement de l'arrêt Haig & Birch, le juge Russel a décidé que le redressement approprié, en l'espèce, était d'interpréter la loi de manière à y inclure l'"orientation sexuelle". Traitant la question de la déférence judiciaire envers l'intention du législateur, le juge a présumé que celui-ci aurait préféré une loi qui incluait l'orientation sexuelle à l'absence totale de loi. En outre, le juge a conclu que l'impact budgétaire lié à un tel ajout n'était pas à ce point important qu'il modifierait l'économie de la loi. Le ministère public a plaidé que le fait d'inclure l'"orientation sexuelle" par interprétation entrerait en conflit important avec l'intention du législateur, vu que des gouvernements albertains successifs avaient refusé de modifier la loi pour prohiber la discrimination contre les lesbiennes et les gais. Le juge Russel a rejeté cette objection sommairement, affirmant que "s'il fallait faire la preuve de l'appui du gouvernement avant qu'un tribunal puisse ajouter une disposition, par interprétation, à une loi incomplète, le redressement serait rarement disponible ou nécessaire".

La décision a été portée en appel; si elle est maintenue, ils ne restera que trois juridictions au Canada à n'accorder aucune protection juridique aux lesbiennes et aux gais: Terre-Neuve, les Territoires du Nord-Ouest et l'Ile-du-Prince-Édouard.

- Glenn Betteridge

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

[Bulletin canadien VIH/sida et droit](#)

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Immigration

- Un [nageur séropositif](#) risquait l'expulsion
 - **Développements récents en droit de l'immigration**
-

Le député du Parti réformiste Art Hanger présentera le 23 septembre au Parlement un projet de loi qui obligerait tous ceux qui veulent immigrer au Canada à subir des tests de dépistage du VIH et exclurait ceux dont les résultats sont positifs. Bien qu'il y ait peu de chances que ce projet soit adopté, le ministère de l'Immigration est en train d'élaborer un nouveau règlement de non-admissibilité pour raisons d'ordre médical, qui aura d'importantes implications pour ceux qui veulent immigrer et qui sont infectés par le VIH ou atteints du sida. Ces nouvelles dispositions seraient prises en application de la Loi modifiant la loi sur l'immigration.

Le 14 août 1993, des modifications projetées au règlement ont été publiées pour commentaires publics dans la Gazette du Canada, Partie I. Ce règlement n'est pas encore entré en vigueur, de sorte que l'ancien règlement s'applique toujours. Les personnes atteintes du sida ou infectées par le VIH doivent être exclues si, de l'avis du médecin désigné, leur admission imposerait un "fardeau excessif" aux services sociaux et de santé. [Voir l'article 22 du règlement pris en application du sous-alinéa 19(1)(a)(ii) de la Loi sur l'immigration.]

Le projet de règlement va définir avec plus de précision la notion de "fardeau excessif", pour répondre aux critiques selon lesquelles le régime actuel est trop vague. D'après le résumé de l'étude d'impact de la réglementation [Gazette du Canada, Partie I, vol. 127, no 33, p. 2561], les médecins désignés: doi[vent] savoir qu'il y a fardeau excessif lorsque le coût total des services de santé ou de tout autre service social désigné par règlement et requis, dans les cinq années qui suivent immédiatement l'évaluation, est cinq fois plus grand que la moyenne des dépenses engagées par habitant pour les services sociaux et de santé au Canada.

Le ministère travaille présentement à l'élaboration d'une méthode d'évaluation des coûts et à la révision complète des exigences en matière de dépistage pour les examens médicaux de routine que doivent subir tous les immigrants éventuels. Ces nouvelles exigences seront probablement annoncées cet automne par le ministre Sergio Marchi.

Comment le nouveau régime s'appliquerait-il aux éventuels immigrants infectés par le VIH ou atteints du sida? Il est peu probable que le ministère impose des test sanguins à tous les immigrants éventuels, comme c'est le cas en Australie et aux États-Unis. [Il y a lieu de noter qu'à l'heure actuelle, le médecin désigné peut obliger tout candidat à l'immigration à subir un test pour le VIH pour des motifs d'ordre médical. Si le candidat refuse, il est passible d'exclusion du Canada.] Cependant, les personnes qui montrent des symptômes de maladies liées au sida seront exclues. En principe, du moins, il n'en est pas de même pour les candidats diagnostiqués séropositifs, par quelque moyen que ce soit, puisque la période de cinq ans comprise dans le critère proposé du "fardeau excessif" pourrait permettre à une personne récemment infectée d'entrer au Canada.

Cependant, il est évident que ces développements soulèvent plusieurs questions. Premièrement, en pratique, plusieurs personnes séropositives auraient de la difficulté à établir qu'elles ont été infectées récemment, et pourraient même être incapables de le faire, surtout si elles viennent de pays où les dossiers médicaux ne sont pas aussi bien tenus qu'au Canada. Deuxièmement, la décision de permettre ou non à une personne atteinte du sida ou infectée par le VIH d'immigrer au Canada doit-elle dépendre entièrement de considérations financières, ou doit-on davantage tenir compte de facteurs humanitaires, comme la réunification des familles? Comment s'appliquera le règlement lorsqu'une personne séropositive est atteinte de tuberculose? Sur quoi se fondera le ministère pour dire qu'une personne restera ou non en santé pendant cinq ans? Comment le ministère essaiera-t-il de garantir que les règlements proposés qui, sur papier, semblent maintenant plus équitables et transparents que les règlements actuels, seront appliqués de façon non-discriminatoire? Ces questions et d'autres seront traitées dans des numéros à venir.

- Sarah Wilson

[Note de la rédaction: le 23 septembre, peu avant la mise sous presse du présent Bulletin, la SCC indiquait des progrès dans le cas des personnes vivant avec le VIH/sida qui entrent au Canada pour un séjour de courte durée. Nous aborderons ce sujet dans le prochain numéro.]

Un nageur séropositif risquait l'expulsion

Shaun Mellors, un nageur séropositif du Cap (Afrique du Sud), a décidé de participer aux Gay Games IV, à New York, sans demander de dispense spéciale de l'interdiction de séjour de visiteurs séropositifs annoncée en mai par l'Attorney General (procureur général) Reno, des États-Unis. Mellors dit aux fonctionnaires de l'ambassade américaine qu'il était séronégatif et il a été admis aux États-Unis. Arrivé à

New York, il a annoncé qu'il était séropositif.

Selon un reportage du Washington Post paru le 22 juin 1994 (p. C-2), une porte-parole du service de l'Immigration a dit aux journalistes que Mellors risquait l'expulsion parce qu'il avait obtenu son visa frauduleusement, mais elle a affirmé ne pas savoir quelle mesure serait prise, compte tenu de la courte durée des Jeux.

Le paragraphe suivant, tiré de la liste établie en février 1994 par le British Foreign and Commonwealth Office, intitulée "Known HIV-Related Entry Restrictions Introduced by Other Countries" (Restrictions d'entrée connues relatives au VIH établies par d'autres pays) résume brièvement la politique des États-Unis à l'égard des personnes séropositives qui cherchent à entrer aux États-Unis:

Les demandeurs de visa d'immigrant, les réfugiés et les étrangers qui se trouvent déjà aux États-Unis, qui cherchent à obtenir le statut de résidents permanents et dont l'examen médical d'admission révèle qu'ils sont atteints du sida ou séropositifs se verront refuser la résidence permanente. Bien que les demandeurs de visa temporaire ne soient pas assujettis à un dépistage obligatoire, les personnes diagnostiquées séropositives se verront refuser l'entrée au pays. Ceux qui prévoient assister à des congrès, recevoir des traitements médicaux, rendre visite à des membres de la famille ou faire un séjour d'affaires peuvent demander une dispense leur permettant d'entrer aux États-Unis. Le tourisme n'est pas considéré comme un motif pour accorder une dispense, sauf circonstances exceptionnelles (par exemple, les enfants et les hémophiles).

- *Ralf Jürgens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Informations canadiennes

- Les pouvoirs de l'Ontario en matière de santé publique font l'objet d'un examen

Le Comité sida de l'Association du barreau canadien - Division de l'Ontario (ABCO) est un comité ad hoc constitué par le Comité exécutif de l'ABCO; ce comité est chargé d'examiner la réforme du droit en rapport avec une question bien précise: le besoin de qualifier le sida de maladie "virulente", au sens de la loi sur la santé publique de l'Ontario, la Loi sur la protection et la promotion de la santé ("LPPS").

En vertu de la LPPS, les maladies transmissibles (y compris, par exemple, les maladies transmissibles par les aliments et les maladies transmissibles sexuellement) sont classées "transmissibles", "à déclaration obligatoire" et "virulentes". A l'exception de la variole, toutes les maladies désignées "virulentes" sont également désignées "transmissibles" et "à déclaration obligatoire". L'importante conséquence de leur désignation supplémentaire comme maladie "virulente" réside dans les pouvoirs coercitifs plus étendus que la LPPS accorde aux médecins- hygiénistes, face au risque de transmission d'une personne à une autre.

En vertu de la LPPS, le sida est présentement désigné maladie "transmissible" et "à déclaration obligatoire", mais non "virulente". La question de la nouvelle désignation du sida a été portée devant l'ABCO à la suite d'une affaire qui a fait couler beaucoup d'encre, lors de laquelle les responsables de la santé publique de l'Ontario avaient identifié un homme qui avait transmis le VIH à au moins trois femmes par des relations sexuelles non-protégées; l'homme avait pourtant été averti qu'il était séropositif et qu'il devait adopter des pratiques sexuelles plus sûres. Le médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario a lancé un appel public pour que le sida soit redésigné maladie virulente afin que les autorités de santé publique jouissent de pouvoirs plus importants leur permettant d'intervenir lorsque des individus séropositifs ne veulent pas, ou ne peuvent pas se conformer aux recommandations de prendre des précautions pour minimiser le risque de transmettre le VIH. Le médecin-hygiéniste en chef a appuyé sa position sur une recommandation formulée dans un rapport antérieur de l'ABCO, du "Committee to Study the Legal Implications of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)" (comité chargé d'étudier les implications juridiques du syndrome de l'immuno-déficience acquise (sida)), publié par l'ABCO le 25 avril 1986.

Le Comité ad hoc constitué par l'ABCO pour examiner cette question comprenait les auteurs du rapport de 1986 et des nouveaux membres ayant des compétences juridiques pertinentes et de l'expérience dans le domaine communautaire.

Pendant ses délibérations, le Comité a demandé et obtenu des mémoires de représentants des groupes suivants:

- des médecins et des scientifiques, pour fournir des renseignements à jour sur les causes du sida, ses voies de transmission, les tendances épidémiologiques, les traitements et le pronostic;
- des fournisseurs conventionnels de soins de santé publique, y compris des médecins-hygiénistes et des infirmières/infirmiers de santé publique de toutes les régions de l'Ontario, pour communiquer au Comité leurs perceptions de la nature du problème identifié et les mesures qui devraient être envisagées pour régler le problème;
- des organismes communautaires qui fournissent du counselling, des ressources et d'autres services aux personnes infectées par le VIH et les personnes à haut risque d'être infectées, pour communiquer au Comité leurs perceptions de la nature du problème et les mesures qui devraient être envisagées pour le régler (le Comité s'attendait à ce que ces perceptions diffèrent des perceptions et propositions des fournisseurs traditionnels de soins de santé publique);
- des juristes canadiens et américains qui s'intéressent aux questions de santé publique que soulève l'infection par le VIH, pour communiquer au Comité leurs idées sur le rôle et l'orientation appropriés de la réforme du droit dans ce domaine;
- des fournisseurs de soins de santé publique et des représentants et défenseurs d'organismes communautaires de circonscriptions des États-Unis où il y a des taux élevés d'infection par le VIH, pour communiquer au Comité leurs idées sur la manière dont on a tenté de régler ce problème, le cas échéant, dans ces circonscriptions.

En plus de recevoir les mémoires susmentionnés, les membres du Comité ont fait leurs propres analyses des domaines du droit qui se rapportent à ce débat. Ces analyses serviront de documents de base aux recommandations faites dans le rapport final du Comité.

Le Comité prévoit publier son rapport final cet automne, après l'avoir présenté à l'Exécutif et au Conseil de l'ABCO [NDLR: un résumé et une analyse du rapport final paraîtront dans un prochain numéro du Bulletin canadien VIH/sida et droit]. La publication du rapport tombe à point, puisque le Comité consultatif ontarien de la lutte contre le VIH et le sida, qui agit comme conseiller auprès du ministère de la Santé de l'Ontario, examine actuellement la même question en vue de faire des recommandations au ministre de la Santé.

- *Lori Stoltz*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Informations canadiennes

- Le Comité interministériel fédéral sur les droits de la personne et le sida

Dans le cadre de la Phase II de la Stratégie nationale sur le sida annoncée en mars 1993, et à la suite d'une recommandation faite par le Comité consultatif national sur le sida, Justice Canada et Santé Canada ont convenu, à l'été 1993, d'établir un Comité interministériel sur les droits de la personne et le sida. Le ministère de la Justice préside au Comité; le centre de responsabilité est le Secteur du droit public, Section des droits de la personne. Le secrétariat sur le sida de Santé Canada joue lui aussi un rôle important pour aider à établir le mandat du Comité.

Le Comité profite des compétences de tous les ministères fédéraux intéressés par le développement de politiques de santé publique relatives au VIH/sida et aux droits de la personne. A l'heure actuelle, le Comité est composé de représentants des instances suivantes: Justice, Santé, Patrimoine canadien, Développement des ressources humaines, Citoyenneté et Immigration, Solliciteur général, Statut de la femme, Défense nationale, Conseil du Trésor, Bureau du Conseil privé et Affaires extérieures.

Le Comité étudie des questions complexes relatives aux droits de la personne et au VIH/sida, en se fondant sur les priorités du gouvernement. Jusqu'à maintenant, il a examiné et aidé à réviser la politique du Conseil du Trésor sur le VIH/sida en milieu de travail et a examiné la question du dépistage des anticorps au VIH chez les personnes accusées ou déclarées coupables d'agression sexuelle. Il étudie maintenant les questions relatives aux droits de la personne et l'application du droit criminel à l'égard des comportements associés à la transmission du HIV/sida. Les résultats de ces études peuvent être utilisés par les ministères intéressés, pour l'élaboration de politiques gouvernementales. Les études du Comité ne sont faites qu'à titre consultatif; elles ne représentent pas les opinions du gouvernement et ne sont pas destinées à être publiées.

- *Oonagh Fitzgerald*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Informations canadiennes

- Plaidoyers et élaboration de politiques à la SCS

La Société canadienne du sida (SCS) est une coalition nationale représentant plus de 100 organismes communautaires au pays, agissant à titre de porte-parole national et de tribune nationale en vue d'une réaction communautaire à l'infection à VIH et au sida. La SCS effectue également un travail d'intervention auprès des personnes touchées par le VIH et le sida; elle agit auprès de ses organismes membres, en qualité de ressource sur les questions touchant le VIH et le sida et elle coordonne la participation communautaire par le biais d'une stratégie nationale de lutte contre le VIH et le sida.

La SCS a recours à des mesures d'intervention juridique et à l'élaboration de politiques afin d'assumer son rôle. Au cours de l'année qui vient de s'écouler, ce travail a pris des dimensions nouvelles et importantes.

En février dernier, la SCS s'est jointe au Conseil canadien des droits des personnes handicapées (CCDPH) et au Council of Canadians with Disabilities afin d'intervenir dans le cadre d'une poursuite judiciaire. Sa collaboration avec une coalition d'intervenants a aussi permis à la SCS d'établir une relation solide et efficace avec d'autres organismes de défense des droits des personnes handicapées.

En novembre prochain, la SCS interviendra dans une autre affaire juridique, conjointement à la Coalition for Lesbian and Gay Rights in Ontario (CLGRO) et Justice for Children and Youth (JCY). L'affaire la Couronne contre Carmen M. concerne l'article 159 du Code criminel et porte sur les divers âges de consentement à différents types d'activité sexuelle. La SCS, la CLGRO et la JCY se proposent d'appuyer la position du répondant aux termes de laquelle les différents âges de consentement constituent une discrimination fondée sur l'âge, la situation familiale et l'orientation sexuelle. La SCS soutiendra également que la seule mention d'un âge de consentement plus avancé, dans le cas d'une relation anopénienne, représente un obstacle à la mise en place d'une éducation préventive efficace contre le sida destinée aux jeunes gais.

Au plan des politiques, la SCS a diffusé au début du mois de juillet un document de travail sur

l'euthanasie et le suicide assisté. Ce document présente les résultats d'une enquête menée auprès de ses organismes affiliés. La plupart des répondants et l'ensemble des personnes vivant avec le VIH/sida qui y ont participé ont appuyé la mise en oeuvre de changements juridiques qui autoriseraient le suicide assisté. Toutefois, la plupart de ces personnes ont cru bon de préciser qu'il faudrait inclure des sauvegardes à toute nouvelle loi. Le document a été présenté au Comité spécial du Sénat sur l'euthanasie et le suicide assisté, le 5 juillet dernier.

D'autres documents de discussion et d'orientation sont en cours de rédaction. Ils portent, entre autres, sur l'imposition du test de dépistage du VIH aux contrevenants sexuels et aux nouveaux immigrants. Il faudra également surveiller les dernières nouvelles concernant le comité de la SCS sur les questions juridiques. Les demandes de mises en candidature devraient être prêtes cet automne pour ce tout nouveau comité consultatif.

- *Russell Armstrong*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

[Bulletin canadien VIH/sida et droit](#)

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Informations canadiennes

- Des étudiants en droit offrent des services juridiques
 - Des [universités](#) offrent des cours sur le sida
-

Des étudiants en droit offrent des services juridiques

A Vancouver, le Law Students Legal Aid Program offrira une grande variété de services juridiques à la British Columbia Persons with Aids Society (BCPWA). Sous la supervision d'un avocat, les étudiants rédigeront des testaments, des testaments biologiques ainsi que des mandats en cas d'inaptitude. Le programme apportera également de l'aide relative aux conflits locateur-locataire, aux petites créances, aux questions pénales et des conseils juridiques généraux. On peut prendre rendez-vous en appelant la BCPWA au (604) 681-2122. (Rapporté dans le BCPWA News, no 79 (août/septembre 1994).)

Des universités offrent des cours sur le sida

Un cours sur le sida et le droit sera offert à nouveau durant le semestre hiver 1994-95 à la Faculté de droit de l'Université McGill. Ce cours, offert un an plus tôt pour la première fois, est le premier dans une université canadienne à se concentrer entièrement sur les aspects juridiques, sociaux et éthiques soulevés par le sida. Un autre cours multidisciplinaire de premier cycle, sur les questions socioculturelles et scientifiques liées au VIH/sida, sera offert à l'Université Concordia en 1995. Aux États-Unis, un nombre grandissant d'universités offrent actuellement des cours sur les problématiques socio-légales rattachées au sida.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Développement et VIH/sida

- Sida, refus de la réalité et développement: l'action de la CISD face à l'épidémie mondiale

Créée en 1989, la Coalition interagence sida et développement (CISD) est un réseau d'organismes canadiens qui s'intéressent au sida dans l'optique du développement. La CISD compte parmi ses membres des agences de développement international, des organismes au service de personnes atteintes du sida, et des groupes communautaires. Bien qu'il existe des associations analogues au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Australie, la CISD est la seule du genre en Amérique.

La mission de la CISD consiste à sensibiliser la population au sida et aux questions de développement, à inciter les intervenants à adopter certaines mesures, autant à l'échelle nationale qu'internationale, et à augmenter et améliorer la lutte contre le sida dans les pays en voie de développement.

La nécessité d'une action de la part d'organismes canadiens pour lutter contre la crise du sida ne saurait être exagérée. Les Canadiens et les Canadiennes connaissent bien les conséquences émotives, sociales et économiques dévastatrices du sida dans les pays occidentaux, mais ignorent parfois que cette maladie engendre une souffrance encore plus grande dans les pays en voie de développement. La distribution inégale des soins de santé, la pauvreté endémique, la subordination des femmes, la guerre civile, la famine, la violation des droits de la personne et l'absence de dépistage dans les banques de sang ne représentent que quelques-unes des réalités auxquelles font face les pays les plus pauvres.

Le sida vient donc aggraver une situation déjà compliquée et s'ajoute maintenant aux causes de sous-développement de pays qui doivent lutter contre d'innombrables problèmes: il tue les adultes à l'âge prospère; il diminue la fréquentation scolaire; il accable de charges supplémentaires les services de soutien aux personnes, aux familles et à la collectivité; il draine les ressources déjà insuffisantes des soins de santé; il réduit la disponibilité de main-d'oeuvre; il affaiblit la productivité dans de nombreux secteurs, tels les transports, l'agriculture et l'exploitation minière.

Statistiquement, la situation est peu encourageante:

- le plus grand nombre de personnes atteintes du VIH se trouve dans les régions africaines semi-désertiques qui bordent le Sahara, où 12 millions d'êtres humains sont infectés et dont la moitié est constituée de femmes;
- en Asie (continent que plusieurs croyaient "immunisé" il y a à peine quelques années), le nombre de porteurs du VIH est évalué à 3,7 millions. De tous les pays du monde, c'est en Inde et en Thaïlande que l'épidémie se répand le plus rapidement;
- à l'échelle mondiale, 19,5 millions de personnes sont porteuses du VIH et 89 p.100 d'entre elles vivent dans des pays en voie de développement;
- les pays occidentaux s'accaparent 93p.100 des fonds affectés mondialement à la prévention du sida et aux soins liés à cette maladie. [Voir Note 1 ci-dessous]

Note 1: J.M. Mann, D.J.M. Tarantola, T.W. Netter (éd.), AIDS in the World, Cambridge, Harvard University Press, 1992.

Le Programme de formation pour la prévention du sida en Afrique australe, un projet de neuf millions de dollars de l'Association canadienne de santé publique, soutient les organisations locales afin de leur permettre de mieux servir les communautés vulnérables au VIH et au sida dans neuf pays d'Afrique australe. Vision mondiale Canada a versé 2,7 millions de dollars pour soutenir différents projets reliés au sida en Ouganda, en plus de mener des programmes de prévention en Tanzanie, en Éthiopie et en Thaïlande.

Le CUSO a mis au point une politique d'avant-garde détaillée et complète, relativement au sida en milieu de travail, pour les membres de son personnel ainsi que pour les collaborateurs et les bénévoles postés au Canada et à l'étranger, en plus d'affecter un coopérant à l'éducation en Afrique du Sud. Pour sa part, Oxfam Canada a apporté son soutien au groupe sud-africain de prévention contre le sida, Puppets Against AIDS. Oxfam a aussi favorisé la collaboration entre une organisation namibienne de lutte au sida et AIDS Vancouver Island pour la création d'ateliers et de matériel éducatif. De nombreuses autres agences canadiennes de développement ont mis sur pied d'autres projets.

Bien que ces initiatives soient d'une grande importance, les agences canadiennes de développement ne font que commencer à s'attaquer au problème du sida. D'ailleurs, la réaction actuelle des pays occidentaux face au sida comme problème international rappelle l'indifférence manifestée au début des années 1980 par les États-Unis, le Canada et les pays européens face au sida en tant que problème national. Par exemple, au Canada (le pays qui finance la plus grande partie du travail de développement international), l'Agence canadienne de développement international (ACDI) du gouvernement fédéral n'a

pas augmenté les sommes d'argent affectées à la lutte contre le sida depuis 1991 et, en 1993, supprimait le poste de son spécialiste en matière de sida.

Pourquoi l'action demeure-t-elle si timide malgré la gravité de la situation? Le refus de reconnaître qu'il existe un problème constitue évidemment une des explications. Depuis le début de l'épidémie, la dénégation nuit à chaque facette de la lutte contre le sida et semble aussi tenace que le virus lui-même. Malheureusement, la scène du développement international est aussi coupable de ce refus que d'autres secteurs. Vu la multitude des problèmes des pays en voie de développement, la politique de l'autruche sert de défense face à une crise plus dévastatrice encore. Un des plus grands obstacles de l'ACDI est de vaincre ce refus au sein des gouvernements et des agences de développement et de financement.

La raréfaction des ressources dont disposent les agences canadiennes de développement offre une autre explication. La diminution de l'implication gouvernementale, combinée à un besoin grandissant d'argent dans un contexte où la concurrence croît toujours alors que l'économie demeure faible, oblige les agences de développement à fonctionner avec un budget réduit et à mettre fin à certains des programmes déjà existants.

Le Canada a toujours donné l'exemple en ce qui concerne le soutien au développement de nombreux pays. Étant donné l'ampleur de la crise du sida dans les pays en voie de développement, le Canada doit accroître ses efforts en offrant plus de fonds et de programmes.

La CISD redouble de zèle pour contrecarrer les ravages du sida dans les pays en voie de développement et triompher de l'ignorance et du refus de la réalité au Canada. Pour de plus amples informations, écrire à la Coalition interagence sida et développement, 100, rue Argyle, Ottawa (Ontario) K2P 1B4, ou appeler _Aine Costigan, coordinatrice de la CISD, au (613)788-5107.

- *Daniel J. Peiser*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Informations internationales

[- Les Nations Unies, l'éthique, le droit et le VIH](#)

Evènements prochains:

Huitième Congrès annuel de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida: "Focus sur les jeunes" (Vancouver, 6-8 novembre 1994)

Chaque automne, la Division de l'éducation permanente interdisciplinaire de l'Université de la Colombie- Britannique tient à Vancouver une importante conférence sur le sida à l'intention des professionnels de la santé. Cet événement réunit des personnes-ressources de toute l'Amérique du Nord dans le but d'échanger les plus récentes connaissances sur la propagation du sida, la prévention, l'assistance et le traitement des personnes atteintes, des personnes à risque et de leurs familles. Bien que les questions d'ordre juridique ne constituent pas le sujet principal, plusieurs ateliers traiteront de problèmes légaux, éthiques et de questions de principe que soulève le VIH/sida.

Congrès de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida: historique

Il était une fois, il y a longtemps (1986), quand nous pensions encore que la propagation du VIH chez les hétérosexuels ne pouvait arriver qu'en Afrique à cause de conditions particulières associées à d'autres facteurs malheureux, une hématologue bien connue et dévouée, Dr Hillary Waas, de l'hôpital St-Paul, Division de l'éducation médicale permanente de l'Université de la Colombie-Britannique, et Dr Michael Rekart, représentant du ministre de la Santé de la Colombie-Britannique, ont uni leurs efforts pour organiser en novembre 1987 le premier Congrès de la Colombie-Britannique sur le sida . J'ai été invitée à me joindre à eux afin de projeter l'image d'un groupe interdisciplinaire. Le département de la Santé nationale et du Bien-être social et le ministre de la Santé de la Colombie-Britannique ont accordé à l'organisation un généreux appui financier.

Notre premier congrès s'est tenu dans une atmosphère tendue (combien de personnes voudraient y participer?) et pleine d'anxiété (comment nous prendrions-nous avec la presse, que nous percevions comme fortement hostile et sensationnaliste?). En fait, 700 personnes sont venues, du Canada entier, des États-Unis et même de l'Europe. En tant que membres du comité de planification, nous étions ravis. Nous avons eu, à vrai dire, l'audace d'annoncer les premiers congrès comme étant "internationaux". Nous avons tenu la presse à l'écart des séances parce que nous sentions qu'il nous fallait un endroit sûr pour permettre aux participants de discuter des questions délicates. On mit beaucoup d'énergie dans les questions concernant la transmission non, les moustiques ne transmettent pas le virus. Je me souviens si bien d'un médecin suédois soulevant une question de l'auditoire, nous implorant de penser à nos adolescents et à leurs taux élevés de chlamydia. Ils sont vulnérables au VIH, plaidait-il. Mais l'auditoire n'était pas convaincu et devint impatient tandis qu'il essayait encore et encore de défendre son idée.

A cette époque, nous nous en remettions à nos collègues de San Francisco pour assurer le leadership clinique durant les plénières. Nos auditoires apprécièrent grandement Dr Constance Wolfsy et Dr Don Abrams, et depuis lors regrettent leur absence. Toutefois, les experts venant du Canada ont fait d'importantes contributions: Dr David Roy, Dr Peter Jepson-Young, Dr Catherine Hankins et Dr Michel Morissette, pour n'en citer que quelques-uns.

Ces dernières années, le comité de planification est devenu réellement multidisciplinaire, avec la pleine participation et le support de la communauté: le co-président, Rick Marchand, est aussi le Directeur exécutif de AIDS Vancouver.

En 1994 la Conférence a bien failli ne pas avoir lieu. Quand le Secrétariat provincial pour le sida reçut des demandes pour 7,3 millions de dollars tout en n'ayant que 1,75 millions à distribuer, des tensions s'élevèrent et la coalition communautaire décida de boycotter à la fois le congrès de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida et le Congrès international sur le sida de 1996. Après un entretien étroit avec des représentants du Premier ministre et le constat d'une nette volonté d'élaborer une stratégie pour tenter de résoudre les problèmes posés par le sida, la coalition résolut de suspendre le boycott du congrès de la Colombie-Britannique.

Cette année nous offrons 10 sessions simultanées, probablement le maximum pour un congrès qui attire habituellement 350 à 500 personnes. Les sessions vont des soins primaires aux questions qui se posent dans les prisons, en passant par la réduction des dangers liés à la consommation de drogues, les relations sexuelles sécuritaires pour les adolescents, les soins palliatifs et le phénomène de l'euthanasie. Le comité de planification ne prétend pas tout connaître sur ces questions et il compte d'ailleurs sur la soumission d'abrévés et sur l'avis d'experts pour élaborer des sessions sur les prisons et la réduction des dangers. La nécessité de fournir plus d'information en moins de temps et celle de transmettre les connaissances de base sur le sida à des auditoires ciblés nous ont incités à mettre en place des sessions de formation connexes. Cette année, il y en aura trois: une d'introduction à la question des soins infirmiers relatifs au sida, une session plus avancée pour les personnes qui oeuvrent dans des services d'information et de soutien, ainsi qu'un atelier communautaire commandité par AIDS Vancouver à l'intention des personnes qui désirent obtenir une formation pertinente en vue de s'impliquer activement dans le dossier du sida.

Le comité de planification, avec l'assistance de Santé Canada, Unité de soins et de traitement du sida, fait tout en son possible pour transformer cette rencontre en congrès national sur la prévention et les soins. Quoi de plus indiqué pour une ville où le taux de sida est le plus élevé au Canada?

Pour de plus amples renseignements, contactez Continuing Education in the Health Sciences, University of British Columbia. Tél.: (604) 822-2626 (en C.-B. 1-800-663-0348); télécopieur: (604) 822-4835.

- Irene Goldstone

Section: Informations internationales

- Les Nations Unies, l'éthique, le droit et le VIH

Dans une tentative d'élargir le dialogue sur les politiques et le droit face au sida, le Programme de développement de l'ONU crée des réseaux juridiques nationaux sur l'éthique, le droit et le VIH dans les pays en développement. Ces réseaux regroupent des professionnels du droit, des intervenants d'organismes non-gouvernementaux offrant des services liés au sida, des conseillers aux politiques gouvernementales, des personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres personnes désireuses d'influencer les politiques publiques sur le VIH/sida.

La première rencontre des représentants des différents réseaux de la région du Pacifique et de l'Asie a été tenue à Cebu, Philippines, en mai 1993. Les procès-verbaux de cette rencontre ont été publiés et sont disponibles au Programme de développement. Une consultation similaire pour la région sub-saharienne a été tenue à Dakar, Sénégal, en juin 1994. Une réunion de planification sur la création de réseaux en Amérique latine et dans les Caraïbes doit se tenir à Caracas, Venezuela, en octobre 1994.

Quoique la nature de chaque réseau national puisse varier selon les conditions locales, tous sont caractérisés par le désir d'allier l'expertise des professionnels juridiques à l'expérience de personnes vivant avec le VIH/sida et des intervenants qui oeuvrent étroitement auprès d'elles. Il y a donc échange d'information dans les deux sens. D'une part, les avocats, chercheurs en droit et professionnels du milieu judiciaire apprennent non seulement les principes de base d'épidémiologie, mais se retrouvent en face de facteurs socioculturels spécifiques qui doivent être pris en considération dans toute réforme convenable de politiques juridiques sur le VIH/sida. D'autre part, les personnes vivant avec le VIH/sida et celles des organismes non-gouvernementaux travaillant sur le VIH/sida, le développement, les droits de la personne ou, plus spécifiquement, les droits des femmes, acquièrent des connaissances sur le processus juridique et les différentes façons de se défendre contre les abus. En conséquence, les perspectives éthiques, légales, humanitaires, de même que les conseils juridiques, qui entrent tous en jeu dans l'établissement de politiques relatives au VIH/sida, profitent à chacun des participants.

Personne ne peut entrevoir la fin des ravages causés par la pandémie du VIH/sida. + ce jour, même la

réponse les plus éduqués et des mieux placés pour apporter un changement semble encore lente et pénible. Malgré tout, un nouvel élan s'amorce et les infrastructures nécessaires se créent. Les réseaux régionaux et nationaux sur le droit, l'éthique et le droit humanitaire liés au VIH/sida reflètent bien ce nouvel élan et constituent une part importante de la réaction.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir des détails sur les bureaux régionaux, contactez le Programme de développement de l'ONU, Programme de développement et VIH, 304 East 45th Street, New York, NY 10017, tél.: (212) 906 6978; télécopieur: (212) 906-6336.

- *David Patterson*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1994

[Bulletin canadien VIH/sida et droit](#)

Volume 1 Numéro 1 - Octobre 1994

Section: Euthanasie

- [Publication](#) d'une position officielle à l'égard de l'euthanasie
 - L'[Association](#) Médicale Canadienne s'oppose au suicide assisté de façon médicale
 - L'émergence au grand jour de l'euthanasie liée au sida
-

L'émergence au grand jour de l'euthanasie liée au sida

L'épidémie du VIH et du sida a forcé la société à se pencher sur de nombreux aspects juridiques dans les domaines du droit à la vie privée, du droit à l'emploi et de l'accès aux soins de santé. Le sida joue aussi un rôle déterminant dans la mise au grand jour de questions encore plus controversées, comme le suicide assisté et l'euthanasie.

Des articles anecdotiques de journaux médicaux et de journaux à grand tirage suggèrent que l'euthanasie et le suicide assisté sont pratiqués au sein de la population des personnes atteintes du sida. Par exemple, Marty James, de la Californie, et David Lewis, de la Colombie-Britannique, deux activistes dans la lutte contre le sida, ont révélé publiquement leur participation à bon nombre de morts assistées de personnes qui étaient atteintes du sida. Les deux hommes ont été soumis à une enquête du coroner, mais aucun d'eux n'a été inculpé.

Le débat sur l'euthanasie a été en grande partie radicalisé par des théories morales ou juridiques et des points de vue éthiques opposés. La rareté des données fait en sorte que l'euthanasie et le suicide assisté sont encore discutés en termes hypothétiques, comme si ces deux pratiques étaient "là, quelque part", mais non dans notre société. Le fait que l'euthanasie ne fasse presque jamais l'objet de poursuites porte à croire que son application est rare au Canada. Cependant, une étude récente sur l'euthanasie dans le contexte du sida indique que cette pratique se présente à une fréquence alarmante, dans des conditions parfois épouvantables.

Cette étude, la thèse d'une maîtrise en criminologie à la Simon Fraser University, cumule les données de deux groupes de volontaires: 18 femmes et hommes porteurs du VIH ou atteints du sida et 17 femmes et hommes qui ont eu connaissance d'actes d'euthanasie ou de suicides assistés ou qui y ont participé. Un questionnaire ouvert et semi-structuré a permis d'explorer les variables, telles les expériences personnelles avec le VIH ou le sida, la maladie en phase terminale, les convictions morales ou philosophiques, les questions juridiques et éthiques ainsi que les aspects matériels liés à l'euthanasie.

Les personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida ont manifesté beaucoup d'intérêt face à l'euthanasie. Parmi celles-ci, 15 ont indiqué que l'euthanasie ou le suicide assisté constituaient des options qu'elles envisageraient pour elles-mêmes, 8 avaient déjà mis au point un plan pour leur propre mort assistée ou leur suicide. L'inquiétude soulevée par la perte d'autonomie relative à la détérioration de leur santé a été exprimée par 78p.100 des membres de l'échantillonnage.

Le deuxième volet de l'étude comporte 34 morts par euthanasie ou suicide assisté ayant eu lieu entre 1980 et 1993. De ce nombre, 29 se sont produites en Colombie-Britannique, ce qui signifie que l'euthanasie et le suicide assisté ont causé au moins 2,7p.100 des morts liées au sida dans cette province. Étant donné la taille réduite de l'échantillonnage, il se pourrait que le pourcentage réel soit encore plus élevé, de l'ordre de 10 à 20p.100.

La majorité des morts impliquait une dose excessive de médicaments délivrés uniquement sur ordonnance. Les barbituriques ont été le médicament de choix dans sept cas. La morphine, bien qu'elle ne soit pas une substance euthanasique fiable, a été utilisée dans six cas. Deux autres cas ont impliqué l'injection d'héroïne disponible sur le marché noir. Une lame de rasoir et un fusil ont été chacun responsable d'un trépas. Dans quatre cas, le patient, drogué et inconscient, a été asphyxié à l'aide d'un sac de plastique, alors qu'un autre a été étouffé à l'aide d'un oreiller.

Certains patients, au lieu de mourir rapidement et sans douleur, ont en fait connu une agonie de plusieurs jours. Il est facile d'imaginer l'angoisse et l'horreur ressenties par les personnes impliquées: le patient est dans un état comateux, chancelant entre la vie et la mort, alors qu'il n'y a plus de médicaments et que le courage pour l'asphyxier manque. Aller chercher une aide médicale à ce moment-là pourrait avoir comme conséquences une reprise douloureuse des sens de la part du patient et, ainsi, une augmentation des risques de poursuites judiciaires. Voici le témoignage d'un participant ayant vécu l'horreur d'un suicide assisté "manqué": "Il n'y a rien de pire que de voir qu'on crée plus de douleur alors qu'on essayait de soulager." Et sans doute, les survivants de tels ratés restent marqués psychologiquement.

Bien que de nombreux actes d'euthanasie aient été sérieusement gâchés, aucune des personnes y ayant contribué n'a regretté sa participation. Elles auraient préféré une mort moins traumatisante, mais croient que la décision de prêter leur assistance était justifiée.

La loi interdit formellement l'euthanasie et le suicide assisté. L'article 14 du Code criminel stipule que "nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée" et l'article 241 punit d'une peine pouvant atteindre 14 ans de détention quiconque est coupable d'avoir conseillé le suicide ou aidé quelqu'un à se

donner la mort. D'autre part, l'homicide est passible d'une peine maximale d'emprisonnement à perpétuité. Pourquoi voudrait-on alors intentionnellement violer la loi et aider une personne à mourir? L'étude compte de nombreux cas où les parties impliquées connaissaient le patient depuis longtemps, souvent en tant qu'intime ou collègue, et où la discussion sur la mort assistée avait duré plusieurs mois, voire plusieurs années. L'identification à la souffrance et à la prise de décision du défunt se présente comme un facteur important dans le choix de participer à l'euthanasie. Certains participants ont révélé que c'était pour eux un honneur que d'avoir aidé leur ami à mourir: "Je me sens privilégié d'avoir été mandaté pour le faire... Je crois que c'est un grand honneur qu'une personne soit assez à l'aise avec moi et me demande d'être le dernier visage qu'elle verra."

Outre l'appui à l'euthanasie manifesté par les parties directement impliquées, il semble que des professionnels de la santé, en présence d'actes d'euthanasie, soient solidaires. Le Coroner's Act de la Colombie-Britannique oblige les médecins à signaler toute mort provoquée. Dans de nombreux cas, les médecins imputent volontiers le trépas à une maladie associée au sida afin d'éviter l'ouverture d'une enquête: "Une autopsie n'est pas nécessaire. Je connais la cause de la mort. Il s'agit d'un dème pulmonaire causé par le SK [sarcome de Kaposi]." Certains médecins, sans soupçon et non-informés des véritables circonstances d'une mort, ont été convoqués sur les lieux d'un suicide assisté. Ils ont falsifié le certificat de décès en y inscrivant une cause de décès associée au sida, alors que leurs constatations leur démontraient que la mort n'était pas naturelle.

L'exploration du phénomène caché qu'est l'euthanasie, dans le cadre d'une recherche en sciences sociales, n'est pas sans risque. L'auteur de cette étude en criminologie a été cité à comparaître par le coroner de la Colombie-Britannique, afin de témoigner sur les morts décrites dans sa thèse. Trois journalistes ont déjà été cités en cour pour outrage au tribunal après avoir refusé de dévoiler leurs sources relativement à ces mêmes morts. On s'attend à ce que le coroner décide cet automne si ce travail universitaire est immunisé contre toute poursuite en vertu du common law, ce qui permettrait au chercheur de préserver la confidentialité de ses sources.

L'émergence de faits laisse croire que l'euthanasie et le suicide assisté sont étonnamment fréquents chez les personnes atteintes du sida et qu'ils se pratiquent souvent dans des conditions semblables à celles des avortements clandestins. Le sida suscite un dialogue sur la sexualité et les comportements sexuels; peut-être attirera-t-il aussi l'attention sur l'euthanasie.

L'étude complète *Euthanasia: Assisted Suicide & AIDS* est disponible sous l'ISBN 0-9698235-0-9 au prix de 17,95\$. Communiquer avec André Perreault de Peroglyphics Publishing, 412, rue Sherbrooke Est, New Westminster, Colombie-Britannique, V3L 3N2. Tél.: (604) 528-6261.

- *Russell Ogden*

Publication d'une position officielle à l'égard de l'euthanasie

La British Columbia Persons with AIDS Society a récemment rendu publique sa position sur l'euthanasie, dans un article intitulé Choices: A Position Statement on Euthanasia (Rapporté dans British Columbia Persons with AIDS News, no 78, juin et juillet 1994).

La déclaration se lit comme suit:

La British Columbia Persons with AIDS Society a comme mandat de défendre les droits de ses membres en respectant le choix de chaque personne relativement à l'euthanasie et en soutenant l'accès sûr aux services de santé.

- 1) L'Association croit que toute personne qui choisit l'euthanasie devrait avoir un accès sûr à l'euthanasie assistée de façon médicale.
- 2) L'Association croit qu'un service professionnel de conseil devrait être mis à la disposition des personnes concernées, afin qu'elles puissent prendre une décision éclairée relativement à l'euthanasie.
- 3) L'Association encourage fortement le gouvernement fédéral à adopter rapidement des amendements au Code criminel qui reconnaîtraient le droit de choisir l'euthanasie assistée de façon médicale et de désigner un "mandataire" afin d'exécuter ce choix, advenant le cas où la maladie empêche de le faire soi-même.
- 4) L'Association presse le gouvernement fédéral d'amender le Code criminel de façon à ce que: a) les médecins puissent offrir une aide et un contrôle médicaux dans l'hôpital ou à tout autre endroit désigné par la personne concernée; b) les autres personnes choisies par la personne concernée puissent être présentes au moment de l'euthanasie; c) l'euthanasie soit soustraite aux articles du Code criminel qui criminalisent l'assistance et la participation au suicide (article 241) et qui limitent le droit d'une personne de refuser un traitement thérapeutique inutile (article 14) ou que ces articles soient retirés du Code criminel.
- 5) L'Association croit que l'euthanasie médicale devrait être considérée comme un service de santé universel.

Elle presse donc les gouvernements provincial et fédéral d'amender leurs politiques et leurs lois afin que le régime provincial d'assurance-maladie prenne adéquatement en charge de tels services.

L'Association médicale canadienne s'oppose au suicide assisté de façon médicale

Le 16 août 1994, les membres délégués à l'assemblée générale annuelle de l'Association médicale

canadienne, tenue à Montréal, ont rejeté tout assouplissement de sa politique contre le suicide assisté de façon médicale. Ils ont plutôt approuvé un rapport selon lequel les médecins doivent "adhérer aux principes des soins palliatifs" et continuer d'exclure l'euthanasie et le suicide assisté des services offerts.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)
