

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1995

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

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Sommaire

Volume 1 Numéro 2

[PROJET DE LOI C-7](#)

- Le projet de loi C-7: Incidences sur la prévention du VIH/SIDA;
- Commentaire sur le projet de loi C-7;
- Le projet de loi C-7, la politique à l'égard de la drogue, et le VIH/SIDA;
- Le projet de loi C-7 et l'échange de serigues;
- Conclusions

[DETENUS ET VIH-SIDA](#)

- Preuve inquiétante de la transmission du VIH dans les prisons

[HISTOIRE](#)

- Éléments pour un historique de la législation relative au sida
- Sécurité transfusionnelle
- Droits de la personne
- Agents de soins de santé
- Recherche et développement
- Conclusions

JUSTICE PÉNALE

- [Criminalisation du VIH](#)
 - Le Canada devrait-il criminaliser le fait d'exposer quelqu'un au VIH?
 - Expériences à l'étranger

- Consultation et consensus

DEPISTAGE

- Dépistage de la drogue: non discriminatoire, quoique attentatoire

REMERCIEMENTS

- Rock Demers, cinéaste
- Députés François Beaulne et Pierre Bélanger

SANG ET PRODUITS SANGUINS

- Un tribunal ontarien statue sur la communication, aux donateurs de sang, de leur état sérologique
- [Canadian AIDS Society](#) v. *Her Majesty the Queen in Right of Ontario, Dr. Richard Schabas & the Canadian Red Cross Society*

DISCRIMINATION

- Garderies: un autre secteur de préoccupations

FEMMES ET VIH/SIDA

- Des bulletins tels que " Stronger Together " peuvent aider les avocats et les responsables politiques

INFORMATIONS CANADIENNES

- Femmes et Projet VIH - Un premier projet national destiné aux femmes séropositives

DEVELOPPEMENT ET VIH/SIDA

- Les femmes et le VIH/SIDA: agir localement pour réagir mondialement
- Vers des changements sociaux et culturels

INFORMATIONS INTERNATIONALES

- Qu'est-ce que le Programme mondiale de lutte contre le sida et que fait-il? Mise en place de moyens d'action nationaux: assistance technique
- Prévention du SIDA/des MTS et soins aux malades: les outils évoluent

- Actions de plaidoyer
- L'avenir

[NOUVELLES PUBLICATIONS](#)

- Deux nouvelles publications sur le VIH/SIDA dans les prisons

[EUTHANASIE](#)

- Lois et politiques en matière d'euthanasie

[NOTE](#)

- Projet conjoint du Réseau et de la SCS sur les questions juridiques liées au VIH/SIDA

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1995

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

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Le projet de loi C-7

Le projet de loi C-7 : [incidences](#) sur la prévention du VIH/sida

[Commentaire](#) sur le projet de loi C-7

Le projet de Loi C-7, la [politique](#) à l'égard de la drogue, et le VIH/SIDA

Le projet de Loi C-7 et [l'échange de seringues](#)

[Conclusions](#)

Le projet de loi C-7 : incidences sur la prévention du VIH/sida

Les lois canadiennes actuelles sur la drogue sont irrationnelles et déroutantes; elles prévoient des peines très lourdes en cas de possession et d'autres infractions. Le projet de loi C-7, introduit en février 1994 pour réformer ces lois, promet d'exacerber l'irrationalité, d'augmenter la confusion et d'alourdir les peines dans certains cas. Si le projet de loi est adopté, les ressources continueront d'être mal affectées, on continuera de mettre l'emphase sur la criminalisation des consommateurs de drogue et plusieurs Canadiens seront regrettablement infectés - et tués - par le VIH.

Le projet de loi C-7, la Loi réglementant certaines drogues et autres substances a été introduit par le gouvernement libéral en février 1994. Il ressemble beaucoup au projet de loi C-85, introduit par le gouvernement conservateur en juin 1992 et sévèrement critiqué par les Libéraux. Le projet de loi C-85 est mort avec le gouvernement conservateur, mais les Libéraux l'ont ressuscité quelques mois après leur arrivée au pouvoir. En principe, le projet de loi C-7, introduit à la Chambre des communes par le ministre de la Santé, a pour objet la santé. Cependant, sa portée punitive suggère qu'en pratique, il s'agit d'une loi criminelle, qui relève normalement du ministre de la Justice.

Après sa deuxième lecture à la Chambre des communes, le projet de loi a été renvoyé pour examen devant un sous-comité du Comité permanent de la santé. Les audiences ont commencé en mai 1994 et se sont poursuivies jusqu'en juin. En janvier 1995, le projet de loi n'avait pas été adopté, mais l'on s'attendait à ce que ce soit bientôt chose faite.

Le projet de loi C-7 est une refonte de plusieurs dispositions législatives qui se trouvent actuellement dans la Loi sur les stupéfiants et la Loi sur les aliments et drogues. Il abroge la première et certaines parties de la seconde, crée un certain nombre de nouvelles infractions et étend la portée de la loi pour englober toute drogue ayant un "effet stimulant, sédatif ou hallucinogène". Il ajoute également de nouveaux pouvoirs de perquisition et de saisie.

Commentaires sur le projet de loi C-7

Les députés qui appuient le projet de loi C-7 affirment qu'il s'agit, non pas d'un document d'orientation, mais simplement d'un projet de loi "d'administration interne", qui vise exclusivement à refondre les lois actuelles relatives à la drogue et à rendre les lois canadiennes conformes aux traités internationaux à cet égard. Cependant, bien que le préambule du projet de loi affirme que l'un des buts est de satisfaire aux obligations du Canada stipulées dans ces traités, on peut soutenir que nos obligations internationales ne nous contraignent pas à adopter le projet de loi C-7, ou quoi que ce soit de semblable. [Voir Note 1 ci-dessous] Certains ont également affirmé que le Canada devait d'abord voir à ses propres besoins internes, plutôt que de donner priorité aux traités internationaux relatifs à la drogue. [Voir Note 2 ci-dessous] Ironiquement, bien que le projet de loi affirme la nécessité de se conformer aux traités internationaux, il n'envisage pas les solutions de rechange aux condamnations et aux peines, solutions pourtant prévues dans ces traités.

Note 1: S. Usprich et R. Solomon, "A Critique of the Proposed Psychoactive Substance Control Act". *Criminal Law Quarterly*, 35, 1993.

Note 2: Canadian Foundation for Drug Policy, Presentation to the Parliamentary Sub-Committee on Bill C-7, 1994.

Il faut reconnaître la véritable nature du projet de loi : un énoncé de politique à l'égard de la drogue, et une mauvaise politique, au demeurant. Aux audiences du sous-comité de la santé sur le projet de loi C-7, la grande majorité des témoins ont sévèrement critiqué le projet de loi, certains allant jusqu'à demander son retrait complet.

Parmi les organismes qui ont exprimé leurs réserves, il y avait l'Association du barreau canadien,

l'Association médicale du Canada, l'Association des policiers du Canada, le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, la Fondation de la recherche sur la toxicomanie et la Canadian Foundation for Drug Policy.

Plusieurs ont reproché au projet de loi d'augmenter l'amende maximale pour possession de cannabis et de maintenir la peine d'emprisonnement maximale actuelle - sept ans - pour possession, à une époque où d'autres pays réduisent ou éliminent les peines pour la possession de cette substance. Comme c'est le cas en vertu des lois actuelles contre la drogue, on peut s'attendre à ce que la nouvelle loi touche davantage ceux qui sont surpris en possession de petites quantités de cannabis. Plus de 500 000 Canadiens ont des casiers judiciaires pour possession de cannabis. Parce que le projet de loi C-7 crée de nouvelles infractions pour certaines drogues dont la possession n'est pas actuellement interdite (les amphétamines, le khat et les hallucinogènes), il est certain qu'un plus grand nombre de Canadiens - surtout des jeunes - se verront imposer un casier judiciaire.

Plusieurs personnes ont également critiqué le fait que les drogues ne sont pas groupées de façon rationnelle dans ce projet de loi; il n'y a aucun rapport entre la nocivité des drogues et la peine imposée. Par exemple, la cocaïne figure à l'Annexe I, avec des drogues comme la marijuana, alors qu'elle devrait normalement figurer à l'Annexe II, avec les amphétamines, puisque leurs effets sont presque identiques. S'il tient à introduire des lois pénales contre la drogue, le gouvernement devrait consulter des experts en pharmacologie, en techniques policières, en épidémiologie et en d'autres domaines pertinents, lorsqu'il conçoit des annexes.

L'on a également critiqué le projet de loi parce qu'il confère à la police de vastes pouvoirs d'arrestation, de perquisition et de saisie. Certains soutiennent qu'en accroissant inutilement les pouvoirs de l'État, le projet de loi menace sérieusement certains droits fondamentaux de la personne; ils soutiennent de plus que, sous le couvert du respect des conventions internationales de lutte contre la drogue, le Canada violera les conventions internationales des droits de l'Homme et ses propres garanties constitutionnelles.

Plutôt que d'aider à enrayer ou au moins à réduire la consommation de la drogue, il est certain que le projet de loi rendra cette consommation plus dangereuse et entraînera la mort d'un plus grand nombre de personnes, qui auront consommé de la drogue frelatée ou de puissance inconnue, ou qui en auront consommé dans des conditions qui favorisent la transmission du VIH. Le projet ne fera rien pour qu'on s'attaque aux multiples causes de l'usage de la drogue, et n'aidera pas ceux qui en sont devenus dépendants. Il fera plutôt d'eux des criminels, et les forcera parfois à commettre des crimes pour subvenir à leur dépendance. Le projet de loi témoigne donc de la vaine croyance que la simple répression peut résoudre un problème aux causes complexes. En outre, le projet de loi causera indirectement des torts considérables: parce qu'il exclut expressément l'alcool et le tabac, il nous fait oublier les préjudices attribuables aux substances licites, qui sont en fait beaucoup plus graves que ceux des substances illicites.

Le projet de loi C-7, la politique à l'égard de la drogue, et le VIH/sida

Il n'y a aucun doute que les politiques sociales mondiales, notamment celles à l'égard de la drogue, ont favorisé la propagation du VIH et d'autres maux liés à la drogue. [Voir Note 3 ci-dessous] Les lois canadiennes actuelles relatives à la drogue contribuent à la mort de milliers de personnes par la propagation évitable du VIH et d'autres infections comme l'hépatite et la tuberculose. L'une des principales choses que l'on reproche au projet de loi C-7 est qu'il perpétuera ces maux et ira même jusqu'à les aggraver, pour les raisons suivantes :

Note 3: Voir E. Oscapella, "AIDS and Prohibition", document présenté à la 8th BC HIV/AIDS Conference, Vancouver, novembre 1994; D. Riley, Les modèles de réduction des méfaits. Ottawa : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1993; D. Des Jarlais et S. Friedman, "AIDS and the Use of Injected Drugs", Scientific American, février 1994.

- a) Les lois contre la drogue encouragent les usagers à ingérer certaines drogues (par exemple, la cocaïne et (héroïne) de façon plus efficace, souvent par injection. Or, l'injection au moyen d'instruments contaminés augmente considérablement le risque d'infection par le VIH et d'autres infections transmissibles par le sang.
- b) Nos lois contre la drogue créent une communauté marginale, l'éloignant des réseaux traditionnels de soutien social comme la famille, les amis et collègues qui ne consomment pas de drogue. Il arrive que les usagers partagent des seringues par esprit de solidarité. Il est difficile de rejoindre les communautés marginalisées par des messages de sensibilisation sur les pratiques sûres de consommation de la drogue ou le traitement de la toxicomanie.
- c) Nos lois contre la drogue engendrent une réticence à sensibiliser les usagers et les non-usagers aux pratiques sûres de consommation de la drogue, de crainte d'approuver ou d'encourager l'usage de drogues illégales.
- d) Nos lois contre la drogue, et les attitudes qui en résultent à l'égard des Canadiens qui consomment de la drogue, ont parfois suscité une forte opposition aux programmes d'échange de seringues - qui permettent de sauver des vies - et autres programmes destinés à réduire le danger.
- e) Le prix exorbitant des drogues illégales contraint des hommes, des femmes et des jeunes à avoir des rapports sexuels à haut risque pour subvenir à leur dépendance. Les condoms n'y sont pas toujours utilisés, parfois parce que les clients offrent plus d'argent pour avoir des rapports sexuels non protégés. Ces pratiques augmentent le risque d'infection chez les usagers de drogues et leurs clients, de même que pour leurs partenaires qui ne se doutent de rien.
- f) Les consommateurs de drogue qui craignent l'arrestation pour possession de drogues illégales, et qui

craignent que leurs seringues ne soient mises en preuve contre eux, peuvent décider de ne pas utiliser leurs propres drogues et seringues, préférant plutôt aller dans des "piqueries", où ils risquent de se voir remettre des seringues contaminées par le VIH.

g) Nos lois contre la drogue augmentent de beaucoup le risque de propagation du VIH dans les prisons: les toxicomanes peuvent être contraints de commettre des crimes pour pouvoir payer le prix du marché illégal de la drogue, rendu exorbitant du fait de l'interdiction.

Les lois contre la drogue sont donc la cause indirecte d'autres crimes et mèneront à l'incarcération des consommateurs de drogue dans des prisons où ils continueront de consommer de la drogue, mais où ils n'auront vraisemblablement pas les moyens de se protéger contre l'infection par le VIH. En prison, ils ne recevront probablement pas de traitement efficace de désintoxication; à cause des programmes de dépistage de drogues, ils se convertiront peut-être à des drogues injectables, augmentant ainsi le risque d'attraper le VIH. Enfin, il y a dans les prisons une surpopulation de détenus accusés d'infractions relatives à la drogue, ce qui augmente les probabilités que le VIH s'y propage. En outre, bon nombre de détenus disent avoir consommé de la drogue et s'en être injecté pour la première fois de leur vie alors qu'ils étaient en prison - peut-être parce que c'est leur seul moyen de supporter l'oppression inhérente aux établissements de détention.

h) Nos lois contre la drogue suscitent des attitudes très négatives du public envers les consommateurs de drogue. Dans ce climat, il est difficile de convaincre les Canadiens de se soucier du sort de leurs concitoyens qui consomment de la drogue.

i) Nos lois contre la drogue poussent à croire que les consommateurs de drogue ne se soucient pas de leurs propres vies et que, par conséquent, la société n'a pas à se faire de souci pour eux.

j) Nos lois et politiques contre la drogue sont trop axés sur la punition des Canadiens qui en consomment, négligeant ainsi des questions extrêmement importantes comme les raisons pour lesquelles les gens consomment de la drogue et ce qui peut être fait pour les aider à ne plus avoir recours à des moyens dangereux de consommation.

Le projet de loi C-7 et l'échange de seringues

On reproche également au projet de loi C-7 de criminaliser la possession de seringues renfermant de petites quantités de drogue. On s'oppose souvent, pour des motifs d'ordre juridique, aux programmes d'échange de seringues. Au Canada, les obstacles juridiques à ces programmes sont davantage perçus que réels. Par exemple, en vertu de la loi actuelle ou des dispositions du projet de loi C-7, les seringues propres ne sont pas considérées comme des accessoires de consommation de drogue. Cependant, le projet de loi C-7, s'il était adopté, continuerait de créer de la confusion inutile. Le projet de loi prévoit que "la mention d'une substance désignée vaut mention...de toute chose contenant, y compris superficiellement, une telle substance et servant - ou destinée à servir ou conçue pour servir - ...à l'introduire dans le corps humain" (alinéa 2(2)b)).

Cette disposition signifie que les seringues qui renferment de la drogue désignée par le projet de loi deviennent elles-mêmes des "substances" désignées. Bien entendu, il faudrait qu'une seringue usagée renferme une quantité décelable d'une substance pour qu'elle soit assimilée à une substance désignée, et il faudrait que l'utilisateur sache qu'elle renfermait une drogue illégale. En pratique, il se peut que cette disposition fasse craindre aux consommateurs de drogue d'être attrapés avec leur propres seringues; s'ils veulent se piquer, ils auront peut-être davantage tendance à partager la seringue de quelqu'un d'autre, risquant ainsi de contracter une infection transmissible par le sang.

Que le projet de loi C-7 soit adopté ou non, les consommateurs de drogue devraient s'assurer que les seringues qu'ils apportent aux échanges de seringues soient aussi exemptes de drogues que possible. Une des façons de réduire la quantité résiduelle serait de rincer les seringues usagées avant de les échanger. Cependant, la meilleure approche serait de prévoir des exemptions légales pour les seringues renfermant des restes de drogue.

Conclusions

Nous devrions réévaluer dès maintenant les lois canadiennes contre la drogue et en rédiger de nouvelles, fondées sur des principes de santé publique et de réduction des risques, plutôt que de répéter les erreurs du passé en adoptant de nouvelles lois qui augmenteront - au lieu de les réduire - les préjudices liés à la consommation de drogue.

Nous devrions aborder la consommation de drogue comme une question de santé plutôt que de droit criminel, car ce dernier n'a guère réussi à réduire la consommation de la drogue et ses dangers. Plutôt que d'adopter le projet de loi C-7, on devrait créer un comité indépendant pour identifier et élaborer d'autres façons de traiter la drogue d'une manière plus éclairée, plus humaine et plus efficace, dans le meilleur intérêt de tous les Canadiens.

- *Diane Riley et Eugene Oscapella*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Détenus et VIH/sida

Preuve inquiétante de la transmission du VIH dans les prisons

Il existe peu de données provenant d'études scientifiques sur les nombres de détenus qui contractent l'infection à VIH durant leur incarcération. Pourtant, une étude récemment menée en Écosse dans une prison pour contrevenants adultes a fourni la preuve irréfutable que de nombreux cas d'infection à VIH peuvent survenir et surviendront dans les prisons, à moins que des mesures préventives soient sérieusement envisagées.

Jusqu'à présent, aucune étude sur la transmission du VIH dans les prisons n'a été entreprise au Canada. L'unique recherche menée aux États-Unis, dans l'état de l'Illinois, révèle que sur un échantillon de plus de 2,300 détenus séronégatifs à l'origine, 0.3% sont devenus séropositifs après avoir passé une année en prison. [Voir Note 1 ci-dessous] D'autres études américaines ont montré des taux annuels de séroconversion de moins de 0.5%. Au Federal Bureau of Prisons, 52 cas de séroconversion avaient été identifiés au début de 1993. Cependant dans tous ces cas sauf quatre, ce phénomène se produisit au cours des six mois suivant le dépistage fait au moment de l'admission, ce qui porte à croire qu'au moins quelques-uns de ces individus étaient déjà infectés, mais que le virus n'était pas encore détectable dans leur sang au moment de leur entrée dans le système carcéral.

Note 1: T. Hammett et al, 1992 Update: AIDS in Correctional Facilities. Washington, DC: The National Institute of Justice, 1994.

Les résultats de ces études ont parfois été utilisés pour avancer que la transmission du VIH dans les prisons est rare, et qu'en conséquence il n'est pas nécessaire d'augmenter les efforts de prévention. Cependant, tel qu'indiqué par Hammett et al., "[i]ndépendamment des taux de séroconversion rapportés par les études, il est évident que les activités sexuelles et la consommation de drogue continuent à se

produire dans les prisons... et que ce sont là des activités à risque élevé de transmission du VIH". [Voir Note 2 ci-dessous] Plusieurs intervenants sont d'avis que les cas rapportés de transmission du VIH ne révèlent que la pointe de l'iceberg. Les preuves anecdotiques de transmission du VIH dans les prisons sont abondantes. Par exemple, dans l'état de la Louisiane, un détenu trouvé positif en 1989 dit avoir été infecté au cours de relations sexuelles et/ou de partage de seringues avec un compagnon de cellule pendant une période de huit mois, durant laquelle ils ont fait "tout ce qu'on peut faire de non-sécuritaire". [Voir Note 3 ci-dessous] Lors d'une enquête menée par une organisation communautaire allemande pour le sida, environ 17% des participants séropositifs affirmèrent qu'ils croient avoir contracté l'infection au VIH en prison. L'auteur de l'étude fit le commentaire suivant: "Plusieurs ministres de la Justice diront probablement qu'il s'agit là d'une opinion subjective qu'aucune preuve solide ne démontre. Je me demande cependant pourquoi ces prisonniers devraient faire un faux témoignage." [Voir Note 4 ci-dessous]

Note 2: Ibid.

Note 3: Ibid.

Note 4: VIH/sida en milieu carcéral: documentation (Ottawa: Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994) p. 60.

En 1994, une étude menée à la prison pour hommes de Glenochil (Écosse) a fourni la preuve de plusieurs cas d'infection à VIH dans cette prison. Des 43 détenus qui ont admis avoir fait l'utilisation de drogues injectables à un moment quelconque de leur vie, mais non à Glenochil, 34 ont subi un test de dépistage. Aucun d'eux n'a été trouvé séropositif. En revanche, 12 sur les 27 prisonniers qui ont reconnu avoir consommé des drogues injectables à Glenochil se sont révélés positifs, 7 d'entre eux négatifs, les 8 autres furent trouvés négatifs mais avaient été exposés récemment au risque de transmission. Certaines caractéristiques des résultats positifs au dépistage indiquent que dans la plupart des cas, sinon dans tous, l'infection a été contractée en prison. [Voir Note 5 ci-dessous]

Note 5: A Taylor et al., "Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison" (1994, présentation à la XIème Conférence internationale sur le sida, Yokohama).

Que la transmission du VIH puisse avoir lieu à si grande échelle dans les prisons ne devrait pas causer de surprise. Il est bien connu et admis par les administrations pénitentiaires que l'utilisation de drogues

injectables est une réalité dans le milieu carcéral, et qu'il serait irréaliste de prétendre qu'elle pourrait être enrayée. Tandis qu'un certain nombre d'études a montré que cette habitude décroît dans les prisons parmi les détenus qui étaient utilisateurs de drogues injectables à l'extérieur, ces mêmes études montrent aussi que lorsqu'ils s'injectent de la drogue, les détenus sont davantage portés à le faire d'une manière non sécuritaire. Ces derniers n'ont souvent pas d'autre choix que de partager avec leurs compagnons du matériel d'injection non stérile, parce que le matériel stérile ou même l'eau de Javel pour nettoyer le matériel ne leur sont pas fournis. Toutes les études arrivent par conséquent à la conclusion que l'emprisonnement augmente le risque de contracter l'infection à VIH. [Voir Note 6 ci-dessous]

Note 6: A Taylor, id; PJ Turnbull et al, "Prison Decreases the Prevalence of Behaviours but Increases the Risks" (1992, présentation par affiche no PoC 4321, VIIIème Conférence internationale sur le sida); D Shewan et al, Drug Use and Scottish Prisons - Full Report (1994, Scottish Prison Service Occasional Paper, no 6).

Ceci soulève d'importantes considérations légales et politiques. L'emprisonnement lui-même constitue la punition infligée aux prisonniers, qui ne sont pas en prison pour recevoir d'autre punition. Leurs droits humains doivent être respectés, à moins de limites clairement imposées par l'incarcération. En particulier, les prisonniers ont droit à la protection contre les maladies. Au Canada, le Comité consultatif national sur le sida, la Société royale, le Comité parlementaire ad hoc sur le sida, le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida, le Prisoners with AIDS/HIV Support Action Network et le Comité d'experts sur le sida et les prisons ont tous recommandé des moyens visant à réduire la propagation de l'infection au VIH et les dangers provenant de l'usage de drogue dans les prisons. Dès 1988, on recommandait de mettre les condoms et l'eau de Javel à la disposition des prisonniers. Tel que l'affirme l'honorable Juge Michael Kirby, Président de la Commission internationale des juristes et ancien membre de la Commission globale de l'OMS sur le sida, ce qui doit être fait pour attaquer les problèmes du VIH et du sida dans les prisons est déjà d'une clarté lumineuse. Les responsables de ce dossier ont à prendre dans le milieu carcéral les mêmes dispositions courageuses que celles qui ont été prises précédemment par les politiciens pour protéger la communauté... en général. La vie est précieuse. L'infection à VIH (ou l'hépatite C) est une menace pour la vie. Bien sûr, les stratégies que recommandent les experts présentent quelques risques. Mais il y a des risques terribles d'infection et de sur-infection si ces stratégies ne sont pas adoptées. [Voir Note 7 ci-dessous]

Note 7: M Kirby, "HIV in Australian Prisons", [Australian] National AIDS Bulletin, vol. 8, no 6 (juillet 1994) . 10.

Néanmoins, dans plusieurs prisons canadiennes les condoms ne sont pas encore accessibles aux prisonniers (ou, du moins, ni facilement ni discrètement), l'eau de Javel n'est pas rendue officiellement disponible, et les propositions concernant la fourniture d'aiguilles propres aux prisonniers sont rejetées. Ceux-ci devront-ils attendre que se produise au Canada une poussée soudaine d'infection à VIH comme celle qui survint en Écosse, avant d'avoir accès aux moyens de protection disponibles à l'extérieur des prisons? A moins d'agir sans plus attendre, les gouvernements et les administrations pénitentiaires pourraient être tenus légalement, ou au moins moralement, responsables de la propagation de l'infection à VIH et de l'hépatite C parmi les détenus et, en bout de ligne, au public. Le fait que les prisonniers s'exposent eux-mêmes au risque de contracter le VIH en s'adonnant à des activités sexuelles (ce qui est interdit en prison) et à l'usage de drogue (interdit en prison et à l'extérieur), n'est pas une excuse suffisante pour ne pas agir, tel qu'on l'a compris à l'extérieur du milieu carcéral, où les programmes d'échange de seringues ont été établis avec l'approbation et le support financier gouvernementaux. Il reste à espérer que les gouvernements et les administrations pénitentiaires agiront finalement selon les recommandations des experts, et que les Cours ou une commission semblable à celle qui étudie actuellement la sécurité de l'approvisionnement en sang au Canada n'auront jamais à se prononcer sur le manque de prévention contre le VIH dans les prisons et ses conséquences pour les prisonniers et le public en général.

- *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](#), 1995

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

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Histoire

Éléments pour un historique de la législation relative au sida

[Sécurité transfusionnelle](#)

[Droits de la personne](#)

[Agents de soins de santé](#)

[Recherche](#) et Développement

[Conclusions](#)

Éléments pour un historique de la législation relative au sida

En mai 1991, l'Organisation mondiale de la santé avait déjà compté 583 lois et règlements de pays divers qui concernent directement le VIH/sida. A ce chiffre, il fallait ajouter plus que 170 lois promulguées dans divers états des États-Unis. Depuis, plusieurs autres lois ont été adoptées. L'article qui suit passe en revue les débuts de l'histoire des lois et règlements concernant le VIH/sida.

Dans le cadre de ses fonctions d'identification, de traitement et de diffusion de l'information sur tous les aspects de la législation sanitaire, l'Unité de Législation sanitaire de l'OMS à Genève s'est intéressé à l'ensemble des développements internationaux, nationaux et subnationaux intervenus dans le domaine de la législation relative au VIH/sida. Dans le présent article, je me propose d'évoquer succinctement les principales mesures législatives arrêtées au cours de l'année 1983 (notre Unité n'a à aucun moment été informée d'une quelconque mesure législative ou réglementaire prise au cours des dix-huit mois qui ont suivi les premiers cas signalés en Californie au début de l'été 1981): [Voir Note 1 ci-dessous]

Note 1: Les opinions exprimées sont celles de l'auteur et ne reflètent pas obligatoirement les points de vue de l'OMS. La plupart des instruments juridiques signalés dans cet article ont été couverts dans la revue trimestrielle de l'OMS, le Recueil international de Législation sanitaire.

Éléments pour un historique des mesures législatives et réglementaires relatives au sida

Chronologie de certains événements-clés en 1983

Jurisdiction/organisation Date Sujet

Colombie-Britannique 31 janvier Déclaration

Suède 8 mars Déclaration

Autriche 16 mars Déclaration agents de soins de santé

Californie 23 mars Déclaration

Danemark 30 mai Déclaration

Alberta 8 juin Déclaration

France 20 juin Sécurité transfusionnelle

Conseil de l'Europe 23 juin Sécurité transfusionnelle (Comité des Ministres)

Grèce 14 juillet Déclaration; sécurité transfusionnelle agents de soins de santé

New Jersey 14 juillet Financement de la recherche

New York 30 juillet AIDS Institute; information

Italie 3 août Détection des cas; déclaration

Nouvelle Zélande 15 août Déclaration

Turquie 18 août Prévention

Norvège 23 août Déclaration

Californie 29 septembre Comité consultatif du sida;

financement de l'éducation

Allemagne 15 octobre Recherche

Israël 18 octobre Déclaration

Conseil de l'Europe 23 novembre Droits de l'homme

(Assemblée parlementaire)

Ontario 22 décembre Déclaration

Selon les renseignements communiqués à l'OMS, le premier instrument législatif sur cet aspect important de la lutte contre le sida, adopté le 8 mars 1983 en Suède par la Direction nationale de la Santé publique et de la Prévoyance sociale, précise notamment "l'urgence qu'il y a à établir un tableau des cas présumés ou confirmés de sida, susceptible de fournir une base aux mesures de protection qu'il convient d'adopter". L'OMS a appris par la suite que des mesures avaient été adoptées antérieurement sur le même sujet par la Colombie-Britannique et la Californie.

Sécurité transfusionnelle

Pour autant que l'OMS ait pu l'établir, la France est le premier pays à avoir attiré l'attention sur ce qui était alors décrit comme "la transmission possible du VIH par le biais de la transfusion sanguine". Une circulaire a été publiée à cet effet par la Direction générale de la Santé le 20 juin 1983; trois jours plus tard, le 23 juin, le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté une recommandation (No R (83) B) sur cette question de la sécurité transfusionnelle. Ladite recommandation invite les gouvernements des États membres du Conseil de l'Europe à fournir à tous les donneurs de sang une information sur le syndrome d'immunodéficience acquise, de manière que ceux qui appartiennent à des groupes à risque "s'abstiennent de participer aux dons de sang". Il convient de noter que le 20 janvier 1984, le Parlement européen a adopté une résolution sur un "programme communautaire d'urgence de recherche sur le sida et de lutte contre cette maladie", laquelle invitait ce qui était alors la Commission des Communautés européennes à examiner la question de la conversion des recommandations non contraignantes du Conseil de l'Europe en "dispositions législatives communautaires contraignantes". L'Unité de Législation sanitaire ne dispose d'aucun élément d'information lui permettant de se prononcer

sur la suite donnée par la Commission à cette invitation.

Droits de la personne

L'événement le plus important à ce propos en 1983 a été l'adoption par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe de la Résolution 812 (1983) sur le sida. Si l'expression "droits de la personne" est absente du texte de la résolution, en revanche l'un des paragraphes liminaires réaffirme "l'attachement indéfectible de l'Assemblée" au principe d'inviolabilité de la vie privée de tout individu et au droit à l'autodétermination sexuelle". L'Assemblée, rappelant une recommandation et une résolution, toutes deux adoptées en 1991, relatives à la discrimination à l'égard des homosexuels, s'est inquiétée "du manque de rigueur de l'information diffusée au sujet du sida par certains médias à la seule recherche de sensationnel". Elle a souligné que "de telles campagnes, par le lien qu'elles établissent entre le sida et l'homosexualité, tendent à provoquer une réaction de rejet à l'encontre des homosexuels". Ce texte, qui ne semble pas avoir reçu d'attention particulière à l'époque, fut le premier d'une série de développements qui devait mener à la déclaration adoptée lors du Sommet sur le sida à Paris le 1er décembre 1994.

Agents de soins de santé

Dès le 16 mai 1983, en Autriche, le Ministère fédéral de la Santé et de la Protection de l'Environnement a pris un décret contenant une série de recommandations de prudence à l'adresse des personnels de santé et de laboratoire. Des dispositions correspondantes ont été arrêtées en Grèce par une Circulaire du 14 juillet 1983.

Recherche et financement

Dès le 30 juillet 1983, l'état de New York a modifié sa loi relative à la santé publique par l'insertion de dispositions portant création de l'Institut du sida, lequel relève du Département de la Santé. Les pouvoirs et attributions dont ledit Institut s'est vu investi étaient prémonitoires de la dimension qu'allait prendre l'épidémie de sida. Ainsi, l'Institut était-il notamment chargé d'élaborer et de promouvoir une campagne de proximité en faveur des populations identifiées comme étant à risque et de promouvoir la disponibilité de services de soutien en faveur des personnes affectées. L'accent était en particulier mis sur la protection de la confidentialité des données personnelles. La loi comprenait en outre des dispositions en matière de financement. Le 15 octobre 1983, un programme de recherche sur divers aspects du sida a été institué en Allemagne par un avis pris conjointement par le Ministère fédéral de la Recherche et de la Technologie et le Ministère fédéral de la Jeunesse, de la Famille et de la Santé publique.

Conclusions

Il n'est bien entendu pas possible dans les limites d'un aussi bref article d'entrer dans des commentaires approfondis sur les développements évoqués plus haut. Il reviendra aux historiens qui se pencheront sur la politique sociale de l'époque d'analyser dans quelle mesure l'information sur les questions d'ordre

réglementaire a ou n'a pas été partagée entre les gouvernements et organisations internationales interpellés par ce qui allait devenir la pandémie majeure du XXe siècle.

- *Sev S. Fluss*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1995

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

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Le Canada devrait-il criminaliser le fait d'exposer quelqu'un au VIH?

[Expériences à l'étranger](#)

[Consultation et consensus](#)

Le Canada devrait-il criminaliser le fait d'exposer quelqu'un au VIH?

Le présent article a pour but de répondre aux propositions visant à créer, au Canada, une infraction criminelle particulière, à savoir, exposer sciemment autrui à l'infection au VIH par des rapports sexuels.

Dans son article paru en mai 1994, "HIV/AIDS and the Criminal Law", le professeur Winifred Holland, de l'University of Western Ontario, conclut qu'il y a de bons motifs de modifier le Code criminel pour qu'il soit interdit aux personnes qui se savent séropositives de se livrer à certaines activités à risque élevé sans informer au préalable leurs partenaires sexuels qu'ils sont infectés par le VIH.

[Voir Note 1 ci-dessous]

Note 1: Holland W., "HIV/AIDS and the Criminal Law" (1994) 36(3) C.L.Q. 279.

De plus en plus, les tribunaux sont saisis d'affaires portant sur la transmission sexuelle de l'infection par le VIH, ou le risque de cette transmission. Des accusations ont été portées dans au moins dix cas de ce genre. Des affaires célèbres, comme celle de Charles Ssenyonga, en Ontario, [Voir Note 2 ci-dessous] ont attiré l'attention des médias, du public et des tribunaux sur l'applicabilité et l'utilité du droit criminel dans ces situations.

Note 2: R. c. Ssenyonga, [1992] O.J. no. 1154 (Cour de l'Ont. (Div. prov.)), 21 C.R. (4th) 128, 81 C.C. C. (3d) 257 (Cour de l'Ont. (Div. g,n.)). Voir Johnston C., "AIDS and the law: Do courts have a place in the bedrooms of the nation" Can. Med. Assoc. J. 1992; 146(11) 2065.

En fait, le droit actuel permet peut-être déjà de régler les cas de conduite sexuelle qui entraîne la transmission du VIH comme conséquence d'une "insouciance déréglée et téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité". Des condamnations ont été obtenues dans ces cas en vertu de l'art. 221 du Code criminel, qui porte sur la négligence criminelle causant des lésions corporelles. [Voir Note 3 ci-dessous] Cependant, il faut noter que dans ces deux affaires, l'accusé avait plaidé coupable, donc le tribunal n'a pas eu à se prononcer sur la suffisance du mens rea. M. Ssenyonga avait plaidé non coupable, mais il est décédé et l'affaire a pris fin avant que le verdict ne puisse être rendu.

Note 3: R. c. Wentzell, C.R. No. 10888 (Halifax County Court, Nouvelle-Ecosse, le 8 d,cembre 1989) [inédit]; R. c. Mercer (1993), 84 C.C.C. (3d) 41.

La question plus importante, prétend-on, est de savoir quoi faire à l'égard de ceux qui, sachant qu'ils sont séropositifs, ont des relations sexuelles sans en informer leurs partenaires, ou sans prendre de mesures de protection, comme utiliser un condom. Dans certains cas, un tel comportement pourrait clairement être considéré comme de la "négligence criminelle", dans le sens indiqué ci-dessus.

Cependant, en l'absence de lésions corporelles, la négligence criminelle n'est pas une infraction en vertu du Code criminel.

C'est précisément ici que l'esprit positiviste de l'avocat criminaliste n'est plus approprié. Plutôt que de se demander d'abord pourquoi un homme (j'emploie délibérément le masculin) en est arrivé au point où il semble suffisamment indifférent à son partenaire sexuel pour risquer de lui transmettre un virus mortel, l'avocat criminaliste aborde ce comportement dans le cadre limité du droit criminel. Pourtant, avant d'invoquer le droit criminel - un "outil grossier", on en conviendra - nous devrions considérer le problème à un niveau plus élevé et écouter ce que d'autres en disent.

Dans la stratégie canadienne sur le VIH/sida, établie en 1990, la transmission sexuelle du VIH n'est nullement abordée du point de vue du droit criminel. [Voir Note 4 ci-dessous] Le Comité consultatif national sur le sida (CCN-sida) a recommandé que "dans les rares cas où il appert que des mesures

obligatoires sont manifestement essentielles, le recours soigneusement dosé à des mesures obligatoires touchant la santé publique est généralement préférable à des sanctions pénales". [Voir Note 5 ci-dessous]

Note 4: Le VIH et le sida : le plan d'action du Canada (Ottawa : Ministère des approvisionnements et des services, 1990).

Note 5: Le VIH et les droits de la personne au Canada (Ottawa : Comité consultatif national sur le sida, 1992), à la p. 15.

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) a noté:

Lorsqu'une personne séropositive refuse ou est incapable de modifier son comportement, les services de santé publique doivent déterminer l'intervention la plus appropriée. Ces situations, bien qu'extrêmes et peu nombreuses, sont difficiles et constituent un défi...Les responsables de la santé publique doivent s'efforcer de maintenir les interventions dans les cas difficiles dans le cadre des lois sur la santé publique, à moins qu'un acte criminel, par exemple une agression sexuelle, ait été commis. [Voir Note 6 ci-dessous]

Note 6: VIH et SIDA : une perspective de santé publique (Ottawa : Association canadienne de santé publique, 1993) aux pp. 24 et 25.

Ainsi, selon le CCN-sida et l'ACSP, l'on ne devrait avoir recours au droit criminel qu'exceptionnellement, si d'autres moyens se sont avérés inefficaces. Quels sont ces autres moyens? Ont-ils été examinés à fond?

Il est généralement admis que des services de counselling adaptés doivent absolument être fournis, avant le dépistage et après, pour aider une personne diagnostiquée séropositive à accepter l'abrégement de son espérance de vie et son état infectieux. Le professeur Holland affirme que "l'on donne toujours un genre de counselling" au moment du dépistage du VIH. Ce service est-il toujours adéquat, ou essayons-nous de faire des économies, qui mènent à des résultats désastreux? Dans l'affaire R. v. Kreider, le prévenu était accusé de "nuisance publique" (art. 180) après avoir eu, à trois reprises, des rapports sexuels non protégés sans avoir informé sa partenaire qu'il était séropositif (elle n'a pas été infectée). La défense a plaidé que le prévenu était dans une phase de dénégation. Le tribunal a rejeté cet argument et condamné le prévenu à un emprisonnement d'un an (maintenu en appel). [Voir Note 7 ci-dessous]

Note 7: R. c. Kreider (1993), 140 A.R. 81.

· nulle part le jugement n'aborde la qualité ou la pertinence des services de counselling fournis au prévenu; l'on ne dit pas non plus si d'autres mesures, comme une ordonnance de santé publique, avaient été envisagées ou même possibles; enfin, on ne s'est même pas demandé si l'accusation était appropriée. Pourtant, à l'enquête préliminaire sur les accusations portées contre Charles Ssenyonga, le tribunal avait jugé une accusation de "nuisance publique" irrecevable dans un tel cas ((le 28 mai 1992) [1992] O.J. No. 1154).

Depuis que les autorités de santé publique en Ontario ont pris connaissance de l'affaire Ssenyonga, un débat est engagé sur l'opportunité de modifier la Loi sur la protection et la promotion de la santé pour permettre, dans ces cas, d'imposer du counselling ou, en dernier recours, la détention. [Voir Note 8 ci-dessous] Il serait en effet prudent de considérer, du moins, cette possibilité avant de proposer une nouvelle infraction criminelle.

Note 8: Voir Stoltz L., "Les pouvoirs de l'Ontario en matière de santé publique font l'objet d'un examen" (1994) (1) Bulletin canadien VIH/sida et droit, à la p. 11.

Dans l'unique cas de poursuite criminelle impliquant deux hommes, le prévenu était accusé d'avoir eu des relations anales avec un mineur (art. 159). Le prévenu savait qu'il était séropositif, mais n'avait pas pris de précautions et le jeune homme a été infecté. L'infection du plaignant par le VIH a été considérée comme un facteur aggravant lors du prononcé de la sentence. Curieusement, l'avocat du ministère public a noté que, n'eut été l'âge du plaignant (il avait dix-sept ans et demi au moment de l'infraction), l'affaire n'aurait même pas été portée devant le tribunal. [Voir Note 9 ci-dessous] L'avocat du ministère public reconnaissait-il le caractère foncièrement inadéquat du droit criminel dans de ce genre de situation, ou y a-t-il deux poids, deux mesures, selon qu'il s'agit d'actes homosexuels ou hétérosexuels?

Note 9: R. c. Langlois (le 25 janvier 1991), Qu, bec 200-01-010507-907, J.E. 91-954 (C.Q.).

Expériences à l'étranger

Comment d'autres pays ont-ils réagi à ce défi? Aux Etats-Unis, en 1988, une commission présidentielle a recommandé l'adoption de lois spéciales sur le VIH obligeant la divulgation, le consentement et les précautions. [Voir Note 10 ci-dessous] Certains ont soulevé que de telles propositions risquent de donner lieu à des poursuites arbitraires et à du harcèlement contre les minorités sexuelles, et à des problèmes pratiques de preuve. [Voir Note 11 ci-dessous]

Note 10: Report of the Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic (Washington : United States Government Printing Office, 1988), à la p. 131.

Note 11: Gostin L. et Curran W.J. "The Limits of Compulsion in Controlling AIDS" 1986 Hastings Center Report 24, à la p. 29; voir, généralement Hermann D.H., "Criminalizing Conduct Related to HIV Transmission" (1990) 9 Saint-Louis University Public Law Review 351.

L'Australie a généralement suivi une approche contraire.

La National HIV/AIDS Strategy de 1989 attaque le problème de front, en proposant des services de counselling et, en dernier ressort, l'isolement, en vertu des lois de santé publique. [Voir Note 12 ci-dessous] Le fait d'exposer autrui au virus par insouciance n'est une infraction générale que dans trois Etats ou territoires sur huit. Aucune législature n'a tenté d'introduire ou de modifier le droit criminel relatif à l'exposition consciente sans lésion corporelle.

Dans certains Etats, les lois de santé publique obligent quiconque à divulguer son infection avant d'avoir des rapports sexuels. Une amende est prévue en cas d'infraction.

Note 12: Canberra: Australian Government Publishing Service, 1989.

Les politiques et les lois relatives au VIH font l'objet d'un processus de consultation communautaire continue. Dans l'Etat de Victoria, la police et les autorités de santé publique ont élaboré un protocole pour traiter les cas d'exposition consciente portés à l'attention de la police. On envisage une intervention par étapes sous le régime des lois de santé publique, plutôt que d'avoir recours au droit criminel. Des lignes directrices semblables ont été publiées en Nouvelle-Galles du Sud. [Voir Note 13 ci-dessous]

Note 13: Guidelines on the management of people with HIV/AIDS who knowingly place others at risk of infection (Sydney : NSW Department of Health, 1990).

Consultation et consensus

La pandémie de VIH exige une approche pluridisciplinaire. Avant de proposer de nouvelles politiques, les juristes doivent consulter les médecins, les psychologues, les fonctionnaires de santé publique et les gens infectés par le VIH. Avant d'invoquer l'utilisation du droit criminel, les médecins feraient bien de consulter les criminologues sur les problèmes de mens rea, de preuve et, bien entendu, de l'effet dissuasif, s'il en est, de sanctions pénales dans des situations si intimes. Il faut clairement un débat public plus poussé, auquel toutes les communautés intéressées participeraient. Le gouvernement canadien pourrait faire avancer le débat en faisant publier un document de travail et en réunissant tous les intéressés.

La criminalisation de l'exposition consciente au VIH aura peu d'impact contre la propagation du virus. Pire, elle donnerait l'impression de mesures vigoureuses, tout en détournant l'attention des solutions qui fonctionnent. Notre manière de réagir ne devrait pas être établie à partir d'une poignée de cas problématiques. Un bon indice de la valeur d'une proposition visant à limiter la propagation de l'infection par le VIH est la diversité des parties et disciplines impliquées dans son élaboration.

- *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](#), 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Dépistage

Dépistage de la drogue: non discriminatoire, quoique attentatoire.

Un tribunal canadien des droits de la personne a récemment statué que le programme obligatoire de dépistage de la drogue établi par la Banque Toronto-Dominion n'était pas discriminatoire, et ne violait donc pas la Loi canadienne sur les droits de la personne. [Voir Note 1 ci-dessous] Cette décision a pu décevoir ceux qui s'intéressent à la protection des droits des travailleurs et des libertés civiles en milieu de travail. Cependant, le verdict ne doit pas être interprété comme une reconnaissance absolue de la légitimité du dépistage obligatoire de la drogue en milieu de travail. En effet, bien qu'il n'ait pas jugé discriminatoire ce programme de dépistage en particulier, le tribunal, dans ses commentaires incidents, a vivement critiqué la politique de la banque, ce qui témoigne d'une préoccupation quant à la légitimité de ce genre de dépistage.

Note 1: Voir Jürgens R., "Un tribunal canadien des droits de la personne statue sur le dépistage de la drogue à l'embauche", Bulletin canadien VIH/sida et droit, vol. 1, no 1 (octobre 1994), à la p.8.

Premièrement, le tribunal a seulement statué que le programme de dépistage de drogue n'était, ni directement, ni indirectement, un acte discriminatoire fondé sur une déficience (la présomption de dépendance envers la drogue) en vertu de la Loi canadienne des droits de la personne. Le tribunal ne s'est pas prononcé sur la question de savoir si le programme violait la Charte des droits et libertés. Certains ont prétendu que les programmes de dépistage obligatoire de la drogue pouvaient violer le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, garanti par l'article 7 de la Charte. Ils peuvent aussi constituer une perquisition ou une saisie abusive, interdite par l'article 8 de la Charte, si bien qu'ils peuvent enfreindre le droit à la vie privée. [Voir Note 2 ci-dessous] La Commission des droits de la personne avait invoqué ces arguments, mais le tribunal a conclu que la Charte ne s'appliquait pas, puisque la banque ne faisait pas partie du gouvernement fédéral et n'était pas assujettie à son contrôle

direct. Les commentaires du tribunal sur le caractère attentatoire du programme de dépistage de drogue laissent entendre que si la Charte avait été applicable, l'issue de cette affaire eut été différente.

Note 2: Voir, par exemple, le Rapport sur le dépistage de l'intoxication par les drogues ou l'alcool en milieu de travail (Commission de réforme du droit de l'Ontario, 1992).

Le tribunal a également confirmé que l'existence de lois criminelles interdisant la possession de drogue et d'autres crimes relatifs à la drogue ne suspend pas la protection des droits de la personne dont jouissent les consommateurs de drogue. Le tribunal a affirmé qu'"il n'appartient pas à l'employeur d'agir comme le juge des faits et de se charger d'appliquer le droit criminel."

En outre, le tribunal aurait pu se contenter de conclure que le programme de dépistage de drogue n'était pas discriminatoire. Néanmoins, il a jugé important de se demander si le programme - s'il avait été discriminatoire - aurait pu découler d'exigences professionnelles justifiées (EPJ). En vertu de la Loi sur les droits de la personne, une exigence discriminatoire peut être maintenue si elle est raisonnablement nécessaire pour assurer un milieu de travail sûr et efficace. Le tribunal a qualifié l'analyse d'urine des employés d'attentatoire au point qu'"elle ne pourrait être jugée raisonnable qu'en présence d'une preuve de fond indiquant l'existence d'une menace grave pour les autres employés de la Banque et pour le public". Selon le tribunal, cette preuve n'a pas été faite. Il n'était pas convaincu de l'existence d'un grave problème de drogue à la banque, et il n'a pas accepté l'argument du lien de causalité entre le crime et la consommation de drogue. Par conséquent, le tribunal a jugé que le programme de dépistage de drogue n'était pas nécessaire pour éviter l'activité criminelle, comme l'avait plaidé la banque. Cependant, le tribunal a admis que si la pratique avait eu des résultats discriminatoires indirects, le programme pouvait malgré tout être maintenu parce que la banque composait avec les toxicomanes. Le tribunal a statué que les services de counselling, de traitement et de réadaptation gratuits offerts par la banque satisfaisaient à l'obligation d'accommodement raisonnable en cas de discrimination indirecte.

Deux remarques s'imposent à l'égard de cette décision :

1. Le tribunal a affirmé que le programme de dépistage de drogue établi par la banque était démesurément attentatoire et inutile pour la prévention du crime en milieu de travail. Il a néanmoins accepté l'argument que l'élimination des drogues illicites chez les employés était un but légitime, vu l'effet des drogues sur le rendement au travail. Le tribunal aurait dû clarifier cette affirmation. Les conséquences précises de l'usage de la drogue sur le rendement au travail sont contestées. Bien que certaines études indiquent qu'il y a un rapport entre les résultats positifs de dépistage de drogue et des taux plus élevés d'absentéisme, leurs résultats ne peuvent être généralisés et n'établissent pas un lien de causalité directe entre le rendement au travail et l'usage de la drogue. En fait, ces études nous en disent peut-être davantage sur les attitudes générales des personnes qui font usage de la drogue, notamment à

l'égard du travail discipliné, que sur les effets mêmes des drogues. C'est peut-être la véritable raison pour laquelle certains employeurs sont si enclins à faire appel au dépistage de la drogue comme mécanisme de sélection d'employés. En outre, les tests de dépistage n'indiquent que la consommation antérieure de drogue, parfois plusieurs jours auparavant. Comme ils ne fournissent aucune preuve d'intoxication actuelle, il s'agit plutôt de tests attitudinaux. Étant donné le caractère attentatoire des dépistages et le lien discutable entre l'usage de la drogue et le rendement au travail, on doit se demander si l'élimination de l'usage de drogues illicites est un but légitime pour les employeurs. Des méthodes moins attentatoires et plus directes pourraient être employées pour vérifier l'état actuel d'intoxication ou les attitudes face au travail.

2. Bien que le tribunal n'ait pas accepté cet argument, il n'est pas si déraisonnable de prétendre que le programme de dépistage constitue de la discrimination indirecte. D'après le tribunal, le programme n'est pas discriminatoire puisqu'il touche les consommateurs occasionnels autant que les toxicomanes. Avec le programme de dépistage, les gens dont les résultats sont positifs doivent subir un deuxième, puis un troisième dépistage. Si leurs résultats sont positifs une deuxième fois, ils sont évalués et envoyés en traitement. L'employé n'est congédié que si son résultat est positif une troisième fois. Le tribunal a donc conclu que "le congédiement ne découle pas d'une présomption de déficience (dépendance envers la drogue), mais plutôt de la consommation répétée d'une substance illégale", que ce soit à titre d'usager occasionnel ou de toxicomane. Cependant le fait de classer la dépendance envers la drogue comme une déficience implique que l'on accepte qu'il s'agit d'un état plus ou moins permanent ou prolongé, caractérisé par l'usage compulsif. Si c'est le cas, on devrait également admettre que les toxicomanes sont moins aptes à s'abstenir de consommer de la drogue que les usagers occasionnels, si bien qu'ils sont touchés davantage par le programme de dépistage. Les toxicomanes sont donc plus susceptibles d'être congédiés à cause de ce programme.

Cependant, même si le tribunal avait jugé le programme indirectement discriminatoire, sa décision finale aurait été la même. S'appuyant sur un énoncé de politique de la Commission des droits de la personne [Voir Note 3 ci-dessous], le tribunal a soutenu que le traitement et les services de counselling gratuits offerts par la banque, lorsque les résultats d'un employé sont positifs, constituent un "accommodement raisonnable". Cependant, on peut se demander s'il s'agit de la seule façon de composer avec des toxicomanes en milieu de travail, ou même une bonne façon de le faire. Le critère à appliquer aux toxicomanes, à l'instar de toute personne atteinte de déficience, doit plutôt consister à se demander s'ils sont capables d'accomplir leurs fonctions de façon efficace et en toute sécurité et, dans la négative, s'il est raisonnablement possible de les muter ailleurs dans la même entreprise. Le fait d'offrir un traitement et des services de counselling gratuits au travail est louable; cependant, il ne devrait peut-être pas être permis aux employeurs de soumettre les employés à des dépistages de drogue attentatoires, puis de leur imposer des programmes de traitement sous la menace d'un renvoi.

Note 3: Commission canadienne des droits de la personne, Politique 88-1, Tests de dépistage, Ottawa, 1988.

- Trudo Lemmens

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1995

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

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Remerciements

Au producteur Rock Demers, pour avoir invité des bénévoles du Réseau à distribuer de l'information et recueillir les dons des spectateurs, à l'occasion de la première montréalaise de son film "V'la l'cinéma (ou le roman de Charles Pathé)" qui coïncidait avec la Journée mondiale du sida.

Aux députés François Beaulne et Pierre Bélanger, pour leurs généreuses contributions.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Un tribunal ontarien statue sur la communication, aux donneurs de sang, de leur état sérologique

Canadian AIDS Society v Her Majesty the Queen in Right of Ontario, Dr. Richard Schabas and the Canadian Red Cross Society

Les travaux de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada ont révélé qu'entre 1984 et 1985, la Société canadienne de la Croix-Rouge (la Croix-Rouge), à son centre de Toronto, a stocké des échantillons de sang à l'insu des donneurs et sans les informer que ces échantillons seraient soumis à des tests de dépistage des anticorps du VIH. De fait, à cette époque, ces tests n'existaient pas.

A la suite de cette révélation, la Croix-Rouge a créé un comité consultatif d'experts, sous la présidence de Mme Margaret Somerville du Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill. Le Comité était chargé de se pencher sur la portée juridique, éthique et politique de la décision de soumettre les échantillons à des tests de dépistage. Un représentant de la Société canadienne du sida (SCS) faisait partie du Comité.

Selon le Comité, en l'absence du consentement éclairé des donneurs, le seul but du dépistage devait être d'avertir les transfusés. De l'avis du Comité, il aurait été impossible, sur le plan pratique, d'obtenir le consentement préalable de chacun des donneurs. Le comité a conclu que la Croix-Rouge ne devait informer les donneurs des résultats des tests qu'à leur demande expresse. Selon les membres du Comité, les donneurs qui n'en faisaient pas la demande ne devraient pas être informés des résultats. Selon le Comité, le fait d'aviser les donneurs qui n'en ont pas fait la demande, sans leur consentement éclairé, équivaudrait à un dépistage obligatoire. Enfin, le Comité a recommandé à la Croix-Rouge de ne pas divulguer les résultats des tests aux autorités de santé publique, ce qui représenterait aussi du dépistage obligatoire.

Cependant, depuis l'intervention du Comité, le médecin- hygiéniste en chef de l'Ontario, le Dr Richard Schabas, a demandé à la Croix-Rouge d'informer les autorités de santé publique des résultats des tests, y compris des renseignements lui permettant d'identifier les donneurs en cause. Le Dr Schabas a proposé, comme solution de remplacement, que la Croix-Rouge communique elle-même avec les donneurs

séropositifs et leur offre des services de counselling, mais la Croix-Rouge a rejeté cette suggestion.

Le 25 octobre 1994, la SCS a présenté une requête en injonction interlocutoire provisoire, pour empêcher la Croix-Rouge d'aviser les donneurs séropositifs, sauf s'ils en faisaient la demande expresse. La SCS a aussi demandé à la Cour d'interdire à la Croix-Rouge de divulguer aux autorités de santé publique l'identité des donneurs séropositifs. La Cour a accordé l'injonction interlocutoire. L'audience en vue de statuer sur l'opportunité d'une injonction permanente a été fixée au lundi 31 octobre 1994, à la demande du juge Douglas Carruthers, qui a rendu l'ordonnance, et non à la demande des parties.

Le juge Carruthers, de la Division générale de la Cour de l'Ontario, présidait aussi à cette seconde audience qui a duré deux jours. + l'audience, la Cour a accordé la qualité d'intervenant à la Société canadienne de l'hémophilie, au HIV-T Group (des représentants des transfusés) et au Hepatitis C Survivors Group.

Voici les arguments présentés par la SCS à l'audience:

- Les donneurs séropositifs ont droit à ce que les échantillons stockés et l'information qui en est tirée soient tenus confidentiels; ce droit à la confidentialité est garanti par la Charte canadienne des droits et libertés.
- Les donneurs séropositifs ont le droit de s'attendre à ce que leurs échantillons ne soient pas soumis à des tests de dépistage des anticorps du VIH ou à ce que leurs nom et adresse ne soient pas divulgués aux autorités de santé publique à leur insu ou sans leur consentement exprès.
- Malgré le droit à la confidentialité des donneurs, la Croix-Rouge pourrait, en invoquant l'argument de la nécessité, soumettre les échantillons à des tests de dépistage du VIH afin d'aviser les transfusés qui auraient pu recevoir du sang contaminé.
- Le droit des donneurs séropositifs à la vie privée et l'intérêt du public exigent que la Cour intervienne pour éviter que la Croix-Rouge ne soit contrainte de divulguer l'information aux autorités ontariennes de santé publique.

Le juge Carruthers a rejeté la requête en injonction le 10 novembre 1994. [Voir Note 1 ci-dessous] Selon lui, la SCS n'a pas prouvé que la Croix-Rouge était incluse dans la notion de "gouvernement", au sens de l'article 32 de la Charte canadienne des droits et libertés. (Conformément à l'article 32, les dispositions de la Charte ne s'appliquent qu'au Parlement et au gouvernement du Canada et à la législature et au gouvernement de chaque province. Pour démontrer qu'il y a eu violation du droit à la vie privée des donneurs, droit protégé par la Charte, la SCS devait convaincre le juge que la Croix-Rouge est un "gouvernement", au sens de cet article.) Le juge a aussi déclaré qu'il était impossible de conclure que la Croix-Rouge avait effectué des tests sans le consentement des donneurs; par conséquent, il était impossible de conclure que la divulgation des noms des donneurs infectés constituait une atteinte à leur vie privée. En outre, le juge Carruthers trouvait difficile d'admettre la thèse de la SCS selon laquelle il

serait acceptable d'effectuer les tests dans le but d'aviser les transfusés, mais non pour en aviser les donneurs. Selon lui, la formulation de l'information transmise aux donneurs au moment du don ne laissait aucun doute sur le fait qu'ils "donnaient" leur sang et qu'ils ne pouvaient pas raisonnablement s'attendre à conserver tous leurs droits sur ce don. Le juge a déclaré que les donneurs n'avaient pas de raison valable de prétendre qu'ils avaient été obligés à subir des tests alors qu'ils avaient déjà consenti au dépistage d'autres maladies; ces personnes auraient donné leur "consentement implicite" aux tests de dépistage du VIH.

Note 1: [1994] O.J. no. 2789.

Selon le juge Carruthers, la nécessité de "prendre les mesures qui s'imposent, pour circonscrire ce que d'aucuns appellent une épidémie" l'emportait sur les droits que pourraient avoir les donneurs séropositifs de refuser d'être avisés.

Enfin, le juge Carruthers a conclu qu'il n'avait aucune preuve comme quoi le médecin-hygiéniste en chef n'agirait pas dans l'intérêt public. Il a statué que la Cour n'avait pas le pouvoir d'intervenir dans le travail du médecin-hygiéniste en chef, surtout lorsqu'il s'agit de prévenir une maladie comme le sida.

La Société canadienne du sida a interjeté appel. Elle soutient que le juge Carruthers a omis de considérer que la communication obligatoire des résultats de dépistage aux donneurs séropositifs est contraire à la politique publique et qu'elle enfreint les droits des donneurs garantis par les articles 7 et 8 de la Charte (l'article 7 dispose que "chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale"; l'article 8 prévoit que "chacun a droit à la protection contre les fouilles, les perquisitions ou les saisies abusives"). L'appel sera entendu en janvier 1995. Cette affaire a une portée importante relativement au consentement éclairé et au dépistage du VIH.

- *Patricia A. LeFebour et Douglas Elliott*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Discrimination

Garderies: un autre secteur de préoccupations

L'expulsion de "Baby J" de la Garderie Les Petits Lutins à Côte-St-Paul (Québec), en janvier 1994, est venue une fois de plus illustrer les problèmes de discrimination et d'exclusion auxquels font face les personnes infectées par le VIH ou atteintes du sida.

Rappelons les faits: "Baby J", une fillette de deux ans, a été expulsée lorsque son statut de séropositivité a été découvert. La mère de "Baby J" n'avait pas révélé l'état de santé de sa fille, qui devait pourtant toutes les six heures prendre un sirop non identifié. Quand la direction de la garderie a su que le médicament en question était de l'AZT, elle en expulsa presque immédiatement l'enfant.

Selon la direction de la garderie Les Petits Lutins, trois raisons justifieraient pleinement l'expulsion de "Baby J" : 1) le silence de la mère de "Baby J", qui a mené à la fâcheuse situation dans laquelle mère et fille se sont retrouvées; 2) le trop grand risque que comporterait, selon la direction, la présence en milieu de garde d'une enfant séropositive; 3) l'obligation pour la garderie de se soumettre aux exigences de sa clientèle, en l'occurrence des parents qui paient pour assurer des services adéquats à leurs enfants.

La révélation du statut de séropositivité de "Baby J" a soulevé toute la question de confidentialité de l'état de santé, du droit au respect de l'intégrité et de la vie privée, enchâssés dans de nombreux textes législatifs. Citons notamment les articles 1, 4 et 5 de la Charte des droits et libertés de la personne [Voir Note 1 ci-dessous] (ci-après la Charte québécoise) et l'article 10 du Code civil du Québec, avec lesquels entrent d'ailleurs en conflit les articles 17 et 19, deuxième alinéa, du Règlement sur les services de garde en garderie [Voir Note 2 ci-dessous]. En effet, ces derniers exigent que soit dûment prescrit et identifié tout médicament administré aux enfants. Il est évident que, d'une part, la corrélation est facile à faire entre l'AZT et le sida et que, d'autre part, la découverte de cette corrélation brise nécessairement le caractère confidentiel de l'état de santé de l'enfant, entraînant pour l'enfant et sa famille des conséquences désastreuses.

Note 1: L.R.Q., c.C-12.

Note 2: R.R.Q., c. S-4.1, r.2.

De nombreuses garderies prétendent ne pas disposer des moyens permettant de subvenir aux besoins des enfants séropositifs. Malgré les nombreuses sessions d'information offertes au personnel en milieu de garde par les hôpitaux et les organismes communautaires, et malgré les documents publiés, nombreuses sont les garderies qui refusent toujours leurs services aux enfants séropositifs. Puisque le risque, quoique minime, est réel et que les conséquences possibles sont irréversibles, les parents et le personnel de garderie ne sont pas prêts à ignorer ce risque, même si cela entraîne bien souvent pour les enfants infectés et leurs parents la négation de leurs droits qui les condamne irrémédiablement à l'abandon. Or, les parents des autres enfants, de même que le personnel de garderie, invoquent eux aussi le respect de leurs droits pour justifier le refus d'admettre l'enfant infecté. Tout récemment, le Rapport présenté par le groupe de travail sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang dans le contexte d'un service de garde à l'enfance [Voir Note 3 ci-dessous] (ci-après le Rapport) soulignait cependant que les enfants séropositifs en phase asymptomatique, comme dans le cas de "Baby J", ne demandent pas de soin particulier. De plus le Rapport, réitère que:

a) les garderies se doivent de prendre les précautions d'hygiène habituelles;

b) les activités que l'on retrouve en milieu de garde ne soumettent pas les enfants et le personnel de la garderie au risque de contracter le VIH. Soulignons qu'aucun cas de transmission du VIH dans le contexte d'un milieu de garde n'a jamais été rapporté [Voir Note 4 ci-dessous];

c) même dans les cas de morsures, situations qui inquiètent tout particulièrement les parents et le personnel, le risque demeure insignifiant. En effet, pour qu'il y ait transmission du virus, il faudrait que la morsure occasionne un bris cutané, que l'enfant infecté par le VIH ait du sang dans la bouche et qu'il y ait contact avec une plaie vive ou du sang, d'un enfant non infecté. Il est à noter que les enfants agressifs et mordeurs font l'objet d'une surveillance accrue et que les actes menant à des blessures au sang sont rares [Voir Note 5 ci-dessous].

Note 3: Ministère de la santé et des services sociaux; Direction générale de la santé publique en collaboration avec le Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, Avril 1994.

Note 4: Norton T., "Developing Centre Policies Regarding HIV Infection". The Early Childhood Educator, vol. 8 (sept.- oct. 1994).

Note 5: Ibid.

Il faut par ailleurs reconnaître que l'obligation pour les garderies d'offrir un service accessible à tous n'est pas sans restriction, à en juger par la législation. Ainsi, tandis que l'article 2 de la Loi sur les services de garde à l'enfance [Voir Note 6 ci-dessous] prévoit qu'"[u]n enfant a droit de recevoir, jusqu'à la fin du niveau primaire, des services de garderie de qualité avec continuité et de façon personnalisée", dans son 3^{ème} alinéa cet article vient restreindre la portée de ces droits en précisant que "[c]es droits s'exercent en tenant compte de l'organisme et des ressources des organismes et des personnes qui fournissent ces services [...] ainsi que du droit d'un titulaire de permis [...] d'accepter ou de refuser de recevoir un enfant". Les garderie ne peuvent toutefois pas invoquer ce paragraphe pour refuser l'accès à un enfant sur l'unique base de son infection à VIH.

Note 6: L.R.Q., c.S-4.1.

Mentionnons que le sida constitue un handicap, motif illicite de discrimination. Dans un arrêt de la Cour du Québec, Hamel c. Malaxos [Voir Note 7 ci-dessous], dans lequel il était question du refus par un dentiste de traiter un patient séropositif, M. le juge Soumis en est arrivé à la conclusion que l'infection par le VIH constitue elle aussi un handicap, et que dès lors la personne infectée peut se prévaloir de l'article 10 de la Charte québécoise. Cet arrêt précisait également que l'article 1 de la Charte québécoise ne saurait être invoqué pour justifier le comportement discriminatoire, puisque M. Malaxos n'a pas fait la preuve qu'il y avait lieu de craindre pour sa vie.

Note 7: (25 novembre 1993), no. 730-32-000370-929 (Cour du Québec - Div. petites créances), Joliette, non- publié.

Devant la multiplication du nombre d'enfants infectés par le VIH et devant l'ignorance presque générale au sujet du sida, il est réaliste de croire que le personnel des garderies sera longtemps encore confronté à des cas similaires. Notons toutefois que l'Office des services de garde à l'enfance a distribué un document à l'attention des garderies, appuyant les recommandations du Rapport à l'effet qu'il n'est pas indiqué de refuser un enfant en raison d'une infection par le VIH en autant que les mesures de précautions universelles soient respectées. De plus, soulignons que le Centre sida McGill et les Batshaw Youth & Family Centres ont mené un projet d'intervention dans les garderies de Montréal entre octobre

1993 et mars 1994 (pour plus d'information sur ce projet, ou obtenir copie de A guide to developing policy for children and daycare workers who are infected with HIV, contacter Anne Renaud, Centre sida McGill, Hôpital général juif, Institut Lady Davis, Bureau 318, 3755, chemin Côte-Ste- Catherine, Montréal QC H3T 1E2. Tél.: (514) 340-7536; facsimile: (514) 340-7537). Finalement, Santé Canada vient d'attribuer une subvention à la Fédération canadienne des services de garde à l'enfance (FCSGE) pour l'élaboration de matériel éducatif s'adressant aux parents, au personnel en milieu de garde et aux éducateurs du niveau pré-scolaire. Ce matériel sera présenté dans le cadre de la Conférence nationale de la FCSGE qui se tiendra en mai prochain.

- *Kathleen Beaugé*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Femmes et VIH/sida

Des bulletins tels que "Stronger Together" peuvent aider les avocats et les responsables politiques

Le présent article réfère aux questions légales et politiques soulevées par la lecture du numéro de septembre 1994 de "Stronger Together", bulletin produit dans le cadre du projet national sur les femmes et le VIH de la Société canadienne du sida, écrit par et pour des femmes séropositives au sujet de leur pratique dans la recherche du changement. Les témoignages personnels contenus dans ce bulletin montrent très clairement l'importance et la nécessité de développer des politiques à cet égard.

L'un des problèmes majeurs soulevés par le bulletin réside dans le caractère inégal, quelque fois même abusif, des relations entre les médecins et leurs clientes séropositives. Quelques-unes de ces femmes ne sont peut-être conscientes de leur droit à ne subir aucun traitement sans leur consentement éclairé, ou se sentent trop démunies pour faire valoir ce droit. L'histoire qui suit montre l'absence totale de respect, chez un médecin, à l'égard du consentement éclairé de sa patiente; celle-ci, âgée de quinze ans, raconte que le médecin "a fait un paquet d'analyses sanguines et m'a dit que j'ai le VIH. Alors, il m'a dit de me faire avorter et je l'ai fait. J'ai pleuré. Je ne voulais pas tuer mon bébé".

Il semblerait qu'il la pousse maintenant à se faire stériliser. [Voir "Stronger Together", p. 6]

L'une des réponses du "Projet national sur les femmes et le VIH" à ce problème est la diffusion de l'information relative au traitement. Il est en effet difficile de prendre une décision éclairée lorsque l'information pertinente est elle-même difficile à obtenir. Par exemple, une question importante pour plusieurs femmes est de savoir s'il faut prendre l'AZT pendant la grossesse afin de réduire le risque de transmission du virus au fœtus. Le bulletin [p. 7] presse les femmes de s'informer autant que possible avant de prendre de telles décisions concernant leur traitement, et soulève quelques questions importantes: est-ce que l'exposition de leurs enfants à l'AZT, tandis qu'ils sont encore dans l'utérus, aurait sur eux quelconques effets à long terme; quelle quantité d'AZT est nécessaire pour empêcher la transmission?; quand devraient-elles commencer l'AZT: à mi-terme ou plus tard dans la grossesse?

Une autre action importante est la publication, dans le bulletin, des compte-rendus par des femmes de leur propre situation, car il est crucial que les juristes et les responsables politiques prennent conscience de l'existence des facteurs qui augmentent la difficulté de donner un consentement éclairé, même quand l'information sur le traitement est disponible. Ces facteurs sont aisément identifiables dans quelques-uns des témoignages publiés. Par exemple, l'isolement social est un problème majeur pour plusieurs femmes interviewées; l'une d'entre elles décrit "la perte d'amies et ce sentiment d'isolement qui m'envahissait. J'avais l'impression d'être la seule femme séropositive au Québec". [p. 3]. Il est possible que l'équipe médicale compte parmi le peu de personnes que ces femmes voient régulièrement, et que son influence, en regard des décisions relatives au traitement, ne soit pas contrebalancée par d'autres opinions.

Autre sujet qui revient souvent: l'extrême culpabilité que ressentent plusieurs femmes du fait que leurs enfants sont infectés, et/ou seront orphelins de mère: "quelquefois je la regarde et je me sens tellement coupable. Comment ai-je pu lui donner cette maladie? [...] C'est comme si je lui avais donné une peine de mort[...] Je peux comprendre que moi j'ai le sida. Je l'ai cherché, je crois, mais ma fille ne l'a pas cherché et vous savez, si je pouvais mourir demain pour la débarrasser du VIH, je serais contente de le faire, mais ceci n'est pas une solution" [p. 1]. Il peut ainsi être particulièrement difficile pour les [futurs] mères séropositives, de refuser les traitements qui leur sont présentés comme étant dans l'intérêt de leur enfant. En plus de ces facteurs, plusieurs des femmes interviewées ont dit avoir vécu un viol ou un abus sexuel. L'expérience de violence peut enlever toute capacité d'agir et miner la confiance en soi dont on a besoin pour faire respecter ses droits.

Ainsi donc, le bulletin soulève des questions essentielles pour les juristes et les responsables politiques. Si le consentement éclairé ne doit pas être un concept vide pour les femmes séropositives, les juristes doivent être conscients des circonstances qui rendent si difficile pour les femmes l'exercice de leurs droits, et les responsables politiques doivent s'attaquer à ces questions. Il est donc très important que les points de vue des femmes elles-mêmes soient inclus dans le processus de décision, sans quoi les politiques et les projets seraient inadéquats. La publication de bulletins tels que "Stronger Together" joue donc un grand rôle dans l'évolution des politiques.

- Sarah Wilson

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Informations canadiennes

Femmes et Projet VIH - Un premier projet national destiné aux femmes séropositives !

Le "Projet national sur les femmes et le VIH" débutait en mars 1994 grâce à une subvention à la Société canadienne du sida. La première phase du projet était axée sur la mise en place d'une forte coalition de femmes vivant avec le VIH et de tous ceux et celles qui les appuient. Au cours de la phase suivante, en mettant à profit cette coalition bien établie qui inclut maintenant plus de 300 femmes séropositives, on adoptera les mesures propres à modifier la situation sociale des femmes aux prises avec des problèmes liés au VIH.

Le Projet cherche avant tout à donner du pouvoir aux femmes séropositives, par le biais de:

- l'établissement du premier groupe de travail constitué de femmes toutes séropositives;
- la production du Bulletin "Stronger Together" écrit par et pour des femmes séropositives au sujet de leur vécu dans la recherche et l'apport du changement;
- l'inventaire du matériel informatif destiné aux femmes séropositives, leur permettant de prendre leurs propres décisions;
- l'inventaire des projets et des comités femmes et sida au Canada;
- la présence accrue de femmes séropositives dans les forums décisionnels nationaux;
- la réunion des femmes et des militants de la lutte anti-sida pour partager leur expertise et leurs compétences; et
- l'établissement d'un plan d'action à l'échelle nationale pour s'occuper des problèmes que les femmes séropositives considèrent comme prioritaires;

A travers ces activités, nous avons rencontré des femmes confrontées à des problèmes légaux tels que:

- une grand-mère immigrante qui, lorsque déclarée séropositive, s'est vu refuser le droit de "parrainer" l'entrée au Canada de ses deux petits-enfants adolescents;
- des mères dont les enfants séropositifs se sont vu refuser l'accès aux garderies [voir l'article de Kathleen Beaugé dans ce numéro];
- une femme menacée par un homme qu'elle avait nommé lors d'une démarche de recherche de contacts;
- une détenue mise en ségrégation, pour avoir essayé de se défendre elle-même contre les autres détenues averties" par les gardiennes de son infection à VIH;
- des femmes séropositives ayant eu à lutter pour obtenir la garde de leurs enfants, après que leurs ex-conjoints aient été informés de leur état;
- des femmes congédiées après avoir révélé leur séropositivité à leur employeur.

En tant que femmes séropositives, nous continuons à nous impliquer à fond dans la planification et la mise en oeuvre des objectifs du Projet, nous assurant ainsi de contrôler les décisions qui affectent nos vies. Nous sollicitons vivement l'appui de ceux qui, dans la communauté juridique, s'intéressent à la promotion de la justice sociale pour les femmes séropositives.

Si vous êtes une femme séropositive confrontée à la discrimination à cause de votre état, s'il vous plaît contactez-nous. Seules, nous nous sentons impuissantes face à ces problèmes. Ensemble, avec l'appui de la communauté, nous pouvons changer la situation. Et nous la changerons.

Pour plus d'information, contactez le "Projet national sur les femmes et le VIH", #201, 11456 Jasper Ave, Edmonton, Alberta T5K 0M1. Tél: (403) 488-5742; facsimile: (403) 488- 3735.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1995

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

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Développement et VIH/sida

Les femmes et le VIH/sida: agir localement pour réagir mondialement

Vers des [changements sociaux](#) et culturels

Les femmes et le VIH-SIDA: agir localement pour réagir mondialement

Cet atelier de deux jours, organisé par la Coalition interagence sida et développement, a eu lieu à Ottawa les 21 et 22 octobre derniers. Des représentants de plusieurs organismes non gouvernementaux et des organismes de charité y ont participé pour venir en aide aux femmes séropositives, ou prévenir la transmission de l'infection à VIH aux femmes.

Le programme de cette rencontre était ambitieux: une analyse des raisons pour lesquelles les femmes sont sujettes à l'infection à VIH; leurs problèmes face à leur maladie, à celle de leur(s) enfant(s) ou de leur famille proche ou éloignée; un débat sur certaines solutions concrètes à ces problèmes; l'élaboration de stratégies pour que les problèmes spécifiques aux femmes entrent dans les politiques et programmes des gouvernements, des organismes non-gouvernementaux et des groupes sur le sida et autres organismes de services oeuvrant dans le domaine. Le débat portait essentiellement sur les pays en voie de développement, mais il était également question de la situation au Canada. Voici un compte-rendu personnel des questions abordées durant cet atelier.

De nombreux intervenants ont soulevé des points qui reviennent souvent dans la discussion sur les problèmes sociaux concernant les femmes. La particularité de cet atelier résidait dans la dimension personnelle et profonde des expériences racontées. Ils ont fait part de leur détresse, colère, souffrance, ainsi que des connaissances acquises et de leurs tentatives de changer les choses. On a insisté sur la gravité des problèmes de nombreux pays en voie de développement; néanmoins, en termes de pouvoir économique et social par exemple, l'expérience des femmes infectées ou affectées par le VIH dans ces pays et celle des femmes au Canada, montraient certaines ressemblances claires.

Vers des changements sociaux et culturels

Dans une étude sur les priorités relatives à la prévention de l'infection à VIH, Renée Sabatier a comparé les priorités identifiées par des femmes du sud de l'Afrique avec celles de plusieurs organismes oeuvrant dans le domaine. Les femmes interrogées ont mis l'accent sur leur manque d'information sur le sida, sur la nécessité d'améliorer la communication avec les hommes sur la sexualité, par le biais d'un système parallèle d'information pour ces derniers, et sur l'importance d'améliorer leur situation sociale et économique. Les solutions d'ordre technique préconisées par un bon nombre d'organismes (tel les méthodes de contraception contrôlées par les femmes, l'obstétrique et les soins appropriés pour les MTS, les condoms), sans pour autant être ignorées, n'étaient pas la préoccupation essentielle.

La relation est évidente entre les priorités identifiées par les femmes et les questions d'égalité ou de pouvoir socio-économique. L'information est nécessaire pour acquérir un plus grand contrôle de sa vie; l'augmentation du pouvoir économique et social des femmes augmentera leur capacité de négocier avec leur mari - élément important à considérer, puisque les femmes identifiées comme étant en danger sont des femmes mariées. Il est clair que ces objectifs impliquent des changements culturels importants et à long terme.

Les conférenciers ont souligné les coutumes qui affectent le statut économique et social des femmes, notamment les coutumes sexuelles. Priscilla Mishairabwi (Zimbabwe) et Felicia Sakala (Zambie), par exemple, ont dénoncé des pratiques sexuelles qui présentent un risque, telles que les rapports "à sec" ("dry sex", pratique pour garder le vagin sec mais qui y entraîne des lésions); la "purification sexuelle" ("sexual cleansing", veuves ayant des rapports sexuels avec d'autres membres de la famille de leur défunt mari); et les "sugar daddies" (hommes ayant des rapports sexuels avec des filles plus jeunes, qu'ils croient à l'abri de l'infection à VIH).

On a insisté sur le besoin de réformes juridiques et d'autres interventions pour changer ces coutumes. Felicia Sakala suggérait des discussions de groupe animées par et pour des jeunes femmes, ainsi que la sensibilisation des responsables d'organismes communautaires à ces problèmes. Elle a aussi insisté pour que ces méthodes d'intervention soient considérées comme un processus, et non comme l'imposition d'un modèle figé de réforme. L'intervention par processus montre comment des changements peuvent être engendrés de l'intérieur même d'une culture, en utilisant les structures et les réseaux de relations déjà en place dans le contexte local plutôt qu'en tentant d'imposer un modèle de changement conçu hors-contexte.

Cette approche basée sur le processus est particulièrement digne d'attention (pour les avocats) car il est souvent prétendu que le changement des pratiques culturelles, d'une part, est un travail presque impossible, et d'autre part, qu'il ne respecte pas les cultures locales.

Par ailleurs, une telle approche reflète davantage la façon dont la culture, qui ne sera jamais statique ou indifférente aux critiques internes, évolue dans un contexte particulier. En pensant à la culture en termes de processus, nous évitons de créer une dichotomie qui survient souvent lors de discussions juridiques sur les changements culturels: préservation d'une culture, versus reconnaissance des droits de la personne, plus particulièrement ceux des femmes. Cette dichotomie peut constituer un obstacle à la réflexion sur les réformes concrètes, et elle ne tient pas compte du rôle et de l'influence morale et politique de certains groupes (les militantes féministes, par exemple) qui sont alors considérés comme objets culturels plutôt que comme sujets.

Enfin, cette question illustre un thème important abordé lors de la conférence: les effets néfastes d'une relation inégale entre les donateurs de pays riches et les personnes qui reçoivent leur aide dans les pays en voie de développement. Priscillia Mishairabwi a fortement dénoncé la façon dont le programme de son organisme avait été trop axé sur la nécessité de montrer aux donateurs des résultats visibles pour leur argent. A titre d'exemple, les donateurs pourraient être impressionnés par la distribution de prospectus qui, selon elle, sont inutiles, davantage que par les effets moins tangibles d'un travail de consultation, qu'elle trouve nécessaire. En ce qui concerne la promotion de changements culturels, cette analyse laisse entendre que, bien que les organismes externes devraient maintenir des programmes favorisant les changements sociaux et culturels [une pratique dite "culturelle" ne devrait pas pour autant être indifférente aux critiques provenant de la société où elle est pratiquée], ils ne devraient pas essayer de décider le contenu de ces changements, ni les méthodes employées pour les engendrer. Comme nous l'indiquait l'étude présentée par Renée Sabatier, les personnes les mieux placées pour définir une politique (les femmes infectées ou affectées par le VIH, les organismes locaux) doivent participer à part entière dans la prise de décision, si l'on vise à ce que les mesures qui en découlent s'avèrent efficaces.

Un compte rendu détaillé de l'atelier est maintenant disponible. Pour de plus amples informations, écrire à la Coalition interagence sida et développement, 100, rue Argyle, Ottawa (Ontario) K2P 1B4.

- Sarah Wilson

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1995

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

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Informations internationales

Qu'est-ce que le [Programme mondial](#) de lutte contre le SIDA et que fait-il? Mise en place de moyens d'action nationaux: assistance technique

[Prévention](#) du SIDA/des MTS et soins aux malades: les outils évoluent

[Actions](#) de plaidoyer

[L'avenir](#)

Qu'est-ce que le Programme mondial de lutte contre le SIDA et que fait-il? Mise en place de moyens d'action nationaux: assistance technique

Depuis 1987, année où l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a créé le Programme mondial de Lutte contre le sida (GPA) elle travaille directement avec les pays pour les aider à mettre sur pied et à gérer des programmes de lutte contre le sida qui soient à la fois efficaces et conformes aux règles éthiques. L'assistance technique représente, avec l'aide financière aux programmes nationaux, environ la moitié du budget de GPA.

Avec les années, l'assistance technique de GPA s'est modifiée en fonction de l'évolution des besoins et de la nature des programmes nationaux de lutte contre le sida. De petits programmes, surtout organisés dans le secteur de la santé, se sont transformés en organes chargés de coordonner toute une gamme d'activités menées par de nombreux acteurs et secteurs, ce qui représente un défi majeur pour la gestion. Aussi GPA a-t-il affecté d'énormes ressources au renforcement de la gestion des programmes nationaux de lutte contre le sida, notamment la planification et l'examen des programmes, leur suivi, et l'évaluation de leur impact. Parmi les nombreux outils mis au point figure un cours de dix jours sur la gestion des programmes, qu'ont déjà suivi des gestionnaires de plus de 50 pays en développement - beaucoup d'entre

eux ont d'ailleurs commencé à former des compatriotes. Par ailleurs, des consultants ou des équipes pluridisciplinaires de GPA sont basés dans la plupart des pays en développement, où ils fournissent sur place une assistance technique dans des domaines essentiels, tels que la promotion de l'utilisation du préservatif, les soins à domicile aux malades du sida ou encore la surveillance du VIH/sida. La fourniture à bas prix (grâce à des achats groupés) de préservatifs et de kits pour le dépistage du VIH, est un autre service offert aux programmes nationaux de lutte contre le sida.

Prévention du SIDA/des MST et soins aux malades: les outils évoluent

Pour que les programmes nationaux de lutte contre le sida disposent des meilleurs outils possibles, il faut faire de la recherche-développement. Avec l'optique mondiale qui est la sienne, GPA est bien placé pour aider à évaluer les approches préventives et thérapeutiques mises à l'essai dans le monde et pour adapter celles qui ont fait leurs preuves, afin qu'elles puissent être appliquées dans les pays en développement, où vivent 90% des personnes séropositives du monde. De plus, GPA finance, coordonne et mène lui-même des recherches pour trouver de meilleurs moyens de relever le défi du sida.

S'agissant de la recherche biomédicale, les toutes premières priorités de GPA sont les vaccins et les microbicides vaginaux. Un vaccin candidat, pour lequel les essais d'innocuité faits aux États-Unis ont donné de bons résultats, est actuellement soumis à un essai d'innocuité immunogénicité en Thaïlande, avec un appui non négligeable de GPA. Le Programme a commencé à jeter les bases de ces essais en 1992, année où il a entrepris de former des chercheurs locaux et de développer l'infrastructure de recherche dans des sites expérimentaux au Brésil, en Ouganda, en Thaïlande et au Rwanda, [Voir Note 1 ci-dessous] et à fournir aux chercheurs qui travaillent sur les vaccins des souches de VIH en circulation dans les pays en développement.

Note 1: L'infrastructure du site expérimental au Rwanda a été détruite pendant la guerre civile.

La mise au point de microbicides vaginaux est un domaine longtemps négligé que GPA n'a pas hésité à inscrire au programme du travail des organismes internationaux et de l'industrie pharmaceutique. Un groupe de travail interinstitutions créé par GPA a récemment approuvé des lignes directrices pour des essais internationaux d'innocuité, qui viennent de commencer. L'innocuité est en effet un aspect très important. Bien que certains produits depuis longtemps commercialisés comme spermicides présentent une activité anti-VIH en laboratoire, des applications vaginales répétées peuvent entraîner des lésions trop peu importantes pour que la femme les décèle, mais qui pourraient être des points d'entrée pour le VIH. Dans la recherche de méthodes mécaniques contrôlées par la femme, la prochaine étape sera celle des essais d'efficacité.

La recherche sociale et comportementale peut apporter des éléments précieux pour la prévention et les

actions visant à atténuer la marginalisation des personnes séropositives. Des travaux de recherche sont actuellement menés avec l'appui de GPA dans des pays en développement, sur les rapports entre hommes et femmes pour le choix de pratiques sexuelles sans risque, ainsi que sur les réactions des ménages et des collectivités face au VIH/sida.

Une importante publication de GPA est sur le point de paraître: le manuel de planification de la prévention, qui rassemble des méthodes adaptées à divers groupes de population, notamment les prostituées et leurs clients, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et les toxicomanes qui s'injectent des drogues. Ce manuel devrait aider les organismes non-gouvernementales (ONGs), les responsables sanitaires de district et les planificateurs nationaux des programmes de lutte contre le sida, à organiser des activités de prévention adaptées à leurs besoins tout en tirant un parti optimal des possibilités et ressources locales.

L'an dernier, GPA s'est tout particulièrement intéressé aux maladies sexuellement transmissibles de type classique (MST). Les MST, qui constituent à elles seules un grand problème de santé publique, puisqu'elles sont à l'origine de 150 à 300 millions de cas curables chaque année dans le monde, multiplient également le risque de transmission du VIH: un sujet atteint d'une MST non soignée risque cinq à dix fois plus qu'un autre d'être contaminé par le VIH ou de le transmettre lors de rapports sexuels. Les nouvelles directives de GPA pour la prise en charge des MST comportent une innovation en matière de traitement de ces maladies: il s'agit de la prise en charge des cas fondée sur les syndromes. En bref, elle permet d'examiner les patients, de diagnostiquer la maladie et de la soigner en une visite sans qu'il soit nécessaire de procéder à des épreuves de laboratoire, coûteuses et souvent impossibles à pratiquer dans les pays en développement.

Jusqu'à présent, environ 50% de tous les cas d'infection à VIH concernent des adolescents et de jeunes adultes de moins de 25 ans. Une analyse récente de GPA donne à penser que, dans les épidémies arrivées à maturité en Afrique, cette proportion pourrait aller jusqu'à 75%. Il est évident que les jeunes doivent être informés des faits concernant la transmission du VIH et acquérir les connaissances qui peuvent leur sauver la vie, par exemple savoir refuser des rapports sexuels risqués ou la consommation de drogues. L'enveloppe pédagogique de 284 pages à l'intention des planificateurs de programmes d'études et des enseignants et étudiants (School health education to prevent AIDS and STDs), mise au point par GPA après des années de travail, va être publiée avec l'UNESCO. Pour les jeunes non scolarisés, GPA a aidé à mettre au point un guide de prévention en collaboration avec le Commonwealth Youth Programme.

Action de plaidoyer

La prévention du sida passe par des messages éducatifs et sur des décisions politiques qui, pour beaucoup de gens, confortent ou même encouragent des comportements réprouvés. C'est ainsi que, pour utiliser l'enveloppe pédagogique de GPA et son manuel de planification des interventions, il faut rassurer les responsables et leur faire comprendre que l'éducation à l'école sur le sida ne va pas contribuer à abaisser l'âge des premiers rapports sexuels (une analyse des études existantes faite par GPA montre que

cette éducation a justement l'effet contraire). Il faut leur prouver que les programmes de distribution de seringues font reculer les taux de séroconversion sans que le nombre des usagers de drogues s'accroisse. On pourrait donner bien d'autres exemples.

GPA investit donc énormément de temps et d'argent dans l'action de plaider - à l'occasion de conférences et de réunions internationales, de visites du Directeur exécutif dans les pays où il rencontre les dirigeants politiques, de contacts quotidiens avec des responsables locaux et des groupes communautaires, de la publication du bulletin trimestriel du programme SIDA OMS: Le point, ou du nouvel ouvrage Le SIDA: Images de l'épidémie. GPA préconise non seulement d'adopter des approches rationnelles de la prévention du sida mais aussi de faire preuve de compassion pour les soins et l'aide aux personnes vivant avec le VIH et le sida et, enfin, de nouer une étroite collaboration avec les communautés les plus touchées, par exemple les homosexuels. Il milite en faveur d'actions susceptibles de donner des pouvoirs aux femmes, puisque des millions d'entre elles ne sont pas en mesure de négocier des pratiques sexuelles sûres ou d'abandonner une relation qui les expose à un risque. Mais GPA milite aussi contre certaines choses - par exemple les mesures coercitives, telles que les restrictions imposées aux voyages de personnes atteintes du sida ou la pratique de tests obligatoires de dépistage qui non seulement constitue une violation des droits de la personne, mais encore menace d'aggraver l'épidémie puisqu'elle éloigne les gens des programmes de prévention et de soins. Ces actions de plaider sont menées en étroite collaboration avec les organisations qui s'occupent du sida et des droits de la personne, notamment les organes du système des Nations Unies chargés des droits de la personne.

L'avenir

Ce bref aperçu des activités et des réalisations de GPA au cours de l'année écoulée ne saurait rendre vraiment compte du champ d'action du Programme - qui va de la prévision des tendances de la pandémie à la surveillance des droits de la personne, de l'assistance humanitaire et technique d'urgence au Rwanda à la mise au point de méthodes de calcul des coûts de la prévention, du traitement et de l'impact du sida. De plus en plus, les activités sont menées conjointement avec d'autres organismes et organisations du système des Nations Unies, par exemple avec la Banque mondiale pour des projets en Asie du Sud-Est et en Afrique de l'Ouest.

Dans les années à venir, le champ des activités ne pourra que s'élargir avec la création du programme commun coparrainé des Nations Unies sur le VIH/sida, en vue duquel l'OMS a travaillé sans relâche avec les autres organisations parrainantes - le PNUD, l'UNESCO, le FNUAP, l'UNICEF et la Banque mondiale - et avec les ONG partenaires. Le programme commun, qui sera pleinement opérationnel en janvier 1996, va tirer parti des moyens et des avantages comparés des six organisations coparrainantes pour mener une action harmonisée face à la pandémie. Première entreprise de ce type dans le système des Nations Unies, le programme commun devrait offrir des bases solides sur lesquelles pourront s'appuyer dans les années à venir les communautés du monde entier, pour tenter de freiner la propagation du VIH (actuellement, plus de 6,000 nouvelles infections surviennent chaque jour) et atténuer l'impact douloureux de la pandémie sur les personnes déjà touchées.

- *Suzanne Cherney*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Nouvelles Publications

Deux nouvelles publication sur le VIH/sida dans les prisons

Canada - Deux guides, l'un pour les détenus infectés par le VIH ou atteints du sida, l'autre à l'intention des travailleurs communautaires dans les prisons, ont été publiés durant l'été 1994.

APPRENDRE: ce qu'il faut savoir - Un guide pour les détenus et les détenues qui vivent avec le VIH a été publié par le Service correctionnel Canada (SCC). Le guide fait partie d'un programme de sensibilisation au sida adressé aux détenues des pénitenciers fédéraux. Documenté, rédigé et produit par Andréa R. Toepell, à l'intention des détenus qui vivent avec le VIH ou le sida dans les pénitenciers fédéraux, ce guide comprend beaucoup d'instructions sur la façon de vivre avec ce virus, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur d'un pénitencier, et comporte des renseignements sur des questions juridiques pertinentes.

Pour plus d'information sur le guide, qui est disponible aussi en version anglaise sous le titre: Finding Out: What you need to know, contacter les Services de santé du SCC au 340, Avenue Laurier ouest, Ottawa, Ontario K1A 0P9. Tél: (613) 995-5058; facsimile: (613) 995-6277.

Le Virus Derrière les Barreaux: Le VIH/sida en Milieu Carcéral est un guide pratique qui a pour but d'assister les travailleurs communautaires impliqués dans la lutte contre le VIH/sida dans les prisons fédérales canadiennes. Écrit par Cheryl White, coordonnatrice à l'éducation et ex-coordonnatrice du projet prison du Projet SIDA de Kingston (Kingston AIDS Project), le guide contient "une voix venue de l'intérieur", le témoignage et les réflexions d'un détenu séropositif qui purge sa peine dans une prison canadienne; un bilan de la situation actuelle dans les établissements fédéraux canadiens; une analyse des questions politiques qui entrent en ligne de compte dans la lutte contre le sida dans les prisons, incluant les théories et principes qui ont guidé l'auteure dans son travail; certaines des principales barrières politiques susceptibles de nuire aux programmes de santé dans les prisons; une description des formalités administratives requises pour la création d'un poste de travailleur communautaire en milieu carcéral; et, finalement, une description des projets et services entrepris par la coordonnatrice du projet "prison".

Pour obtenir une copie du guide, écrire à l'Association canadienne de santé publique, Programme sur le sida, 1565 avenue Carling, bureau 400, Ottawa (Ontario) K1Z 8R1. Téléphone: (613) 725-3769; facsimile: (613) 725- 9826. Pour plus d'information sur le projet, contacter Prison Outreach, Kingston AIDS Project, P.O. Box 120, Kingston, Ontario K7L 4V6.

- *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, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Euthanasie

Lois et politiques en matière d'euthanasie

On s'est beaucoup penché sur les divers arguments médico-juridiques et philosophiques concernant l'euthanasie. Cependant, jusqu'à maintenant, peu de modèles de politiques destinées à sauvegarder les décisions sur l'euthanasie ont été examinés de façon approfondie. L'euthanasie ou le suicide assisté pourrait devenir légal au Canada. Il est donc essentiel que l'on examine attentivement cette question pour s'assurer qu'une telle loi soit mise en oeuvre de façon responsable, sur le plan social.

Au Canada, trois projets de loi d'initiative parlementaire ont été présentés pour tenter de résoudre divers aspects de l'euthanasie et des décisions entourant la mort. Le Parlement n'en a adopté aucun.

- Projet de loi C-203: [Voir Note 1 ci-dessous] relève les médecins de leur obligation d'administrer un traitement contre la volonté expresse du malade; harmonise le Code criminel avec le droit reconnu en common law de refuser un traitement; " protégerait aussi le médecin lorsqu'il administre un traitement contre la douleur à un malade même si cela a pour effet de hâter la mort".

- Projet de loi C-261: [Voir Note 2 ci-dessous] légaliserait l'euthanasie et protégerait les médecins lorsque le traitement contre la douleur hâte simultanément la mort; clarifie également les questions soulevées par la Commission de réforme du droit du Canada, sur la responsabilité criminelle engendrée par le fait de ne pas initier, ou de cesser, un traitement à la demande d'un patient.

- Projet de loi C-215: [Voir Note 3 ci-dessous] présenté par le député Svend Robinson. Visait la décriminalisation du suicide assisté par un médecin pour les malades en phase terminale.

Note 1: Projet de loi C-203 (1991). Chambre des communes du Canada, 3e session, 34e législature.

Note 2: Projet de loi C-261 (1991). Chambre des communes du Canada, 3e session, 34e législature.

Note 3: Projet de loi C-215 (1994). Chambre des communes du Canada, 1ère session, 35e législature.

Depuis 1990, dix projets de loi sur l'euthanasie ont été présentés aux États-Unis. Le dernier, baptisé la "Mesure 16", la Oregon Death With Dignity Act (loi sur le droit de mourir avec dignité) [Voir Note 4 ci-dessous] a récemment été adopté dans un référendum, tenu le 8 novembre 1994. Cette loi est qualifiée de "loi de prescription", car elle permet aux médecins de prescrire des doses mortelles de médicaments à des adultes en phase terminale. Les injections sont expressément interdites, mais les médecins et d'autres personnes peuvent assister au suicide de patients qui s'administrent eux-mêmes des médicaments mortels. Certains ont applaudi cette loi comme étant une proposition conservatrice qui permettrait à un patient de mourir "humainement et avec dignité". Cependant, il a été prouvé que le fait d'ingérer des médicaments en quantités mortelles contribue à des décès assistés bâclés dans des conditions comparables aux avortements clandestins. [Voir Note 5 ci-dessous] Un des problèmes essentiels de la loi de l'Oregon est qu'elle fait reposer sur le patient toute la responsabilité de s'administrer lui-même le médicament mortel et interdit l'aide directe d'autres personnes. Les personnes atteintes d'une incapacité les empêchant de s'administrer eux-mêmes des médicaments (par exemple, Sue Rodriguez) ne peuvent se prévaloir de leur droit. Aucun autre soin de santé n'a fait l'objet d'autant de restrictions. Si des complications surviennent au cours du processus de décès assisté, le médecin et les membres de la famille risquent de se trouver dans une situation compromettante sur le plan juridique, s'ils fournissent de l'aide en cas d'urgence.

Note 4: Oregon Death With Dignity Act (1994). Portland : Oregon Right to Die.

Note 5: Ogden, R. (1994). Euthanasia, Assisted Suicide & AIDS. New Westminster: Peroglyphics.

Les individus et organismes qui se consacrent à la question du sida ont été à l'avant-garde d'un lobby en faveur de la légalisation ou de la réglementation, sous une forme ou une autre, de l'euthanasie ou du suicide assisté. [Voir les Notes 6,7 ci-dessous] La BC Persons With AIDS Society (BCPWAS) a publié un exposé de position, le fruit de plusieurs mois de discussions entre ses membres. Les auteurs de ce document, intitulé "Choices", [Voir Note 6 ci-dessous] ont demandé au gouvernement fédéral de permettre aux gens de "choisir l'euthanasie assistée par un médecin, et de donner aux gens le droit de nommer un mandataire pour exercer ce choix s'ils en sont eux-mêmes incapables." La BCPWAS a aussi demandé que l'on offre des services professionnels de counselling afin que les gens qui envisagent l'euthanasie puissent prendre une décision éclairée.

Note 6: BC Persons With AIDS Society, (1994). Choices : A position paper on euthanasia. Vancouver : The Society. Cf. Bulletin Canadien VIH/sida et Droit vol. 1 no 1 (octobre 1994), à la p. 17.

Note 7: Neron, C. et Armstrong, R. (1994). L'euthanasie, le suicide assisté et les personnes vivant avec le VIH/sida. (Mémoire présenté au comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté). Ottawa : Société canadienne du SIDA.

Au début de 1995, le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté doit remettre son rapport; ce rapport renfermera peut-être des recommandations sur la réforme du droit en matière d'euthanasie. Le Comité a reçu de nombreux mémoires de groupes d'intérêt, de professionnels de la santé, de juristes et de particuliers. Bien que plusieurs personnes aient demandé l'assouplissement des règles juridiques actuelles, peu de gens ont fait des recommandations précises pour la réforme du droit et la mise en oeuvre de politiques.

Plus tôt cette année, j'ai rédigé un projet de politique sur l'euthanasie pour ajouter au débat, jusqu'ici hautement théorique, qui oppose les divers points de vue juridiques et éthiques. [Voir Note 8 ci-dessous] La "Loi sur la mort assistée et l'euthanasie" que je propose est fondée sur les principes de l'égalité de la justice, du libre arbitre et du respect de l'autonomie individuelle. Il comprend des modèles de dispositions sur la cessation de traitements médicaux, le non-traitement et l'euthanasie active volontaire. Les patients aptes ou leurs mandataires qui demandent l'euthanasie doivent rencontrer un conseiller chargé d'informer les requérants et de s'assurer qu'ils comprennent bien ce qu'implique la mort assistée. Le conseiller vérifie que le patient agit de son propre gré, il évalue sa capacité de prendre des décisions éclairées quant aux soins de santé qu'il reçoit et il examine avec le patient les choix de traitement qui sont offerts, y compris les soins palliatifs. Le conseiller fait des recommandations à un conseil qui examine la demande. Ce conseil doit veiller à ce que toutes les dispositions de la loi soient respectées; il doit également évaluer, approuver ou refuser les demandes d'assistance à la mort.

Note 8: Ogden, R. (1994). The right to die: A policy proposal for euthanasia and aid-in-dying. Canadian Public Policy, 20(1), 1-25.

La loi proposée prévoit la prise de décisions par mandataire. Conformément aux principes du droit sur la curatelle des adultes, les patients peuvent nommer un représentant chargé de prendre des décisions relatives au traitement, y compris l'euthanasie, au cas où le patient en devenait incapable. La politique comprendrait un certain nombre de protections légales :

- participation volontaire des requérants et médecins;
- conseils chargés d'évaluer les demandes de mort assistée;
- services de counselling à l'égard des décisions et options de traitements;
- évaluation du consentement éclairé;
- permis à durée restreinte autorisant la mort assistée;
- restrictions quant aux demandeurs d'euthanasie;
- surveillance médicale des morts assistées;
- attestation des demandes par des tiers indépendants;
- contrôles par le ministère de la Santé.

Il est presque certain que toute politique, quel que soit le domaine, comporte un risque d'abus et d'erreur. Nous devons y être particulièrement attentifs lorsqu'il s'agit de politique régissant l'euthanasie. Néanmoins, on a vu que l'interdiction actuelle dont est frappée la mort assistée ne fonctionne pas: l'euthanasie et le suicide assisté sont pratiqués, avec ou sans l'aide de médecins. [Voir Note 5 ci-haut] Bien que ces cas soient parfois signalés aux mais l'objet d'accusations criminelles. Étant donné les échecs du droit actuel, il vaut la peine d'examiner un compromis qui permette une forme d'euthanasie réglementée.

Tandis que les Canadiens sont aux prises avec les questions extraordinaires que pose l'euthanasie, il est essentiel qu'en outre, on examine sérieusement et objectivement les questions de politique. Sans ce débat, la reconnaissance du droit de mourir risque fort de prendre la forme contrariante de la loi promulguée en Oregon. Dans cet état, un patient en phase terminale peut maintenant se voir prescrire un médicament mortel, mais il doit le prendre lui-même, sans aide. Ce genre d'euthanasie comporte des risques et peut entraîner des conséquences non voulues. Il doit bien y avoir un moindre mal.

- *Russel Ogden*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1995

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

Volume 1 Numéro 2 - Janvier 1995

Note

Projet conjoint du Réseau et de la SCS sur les questions juridiques liées au VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida ont récemment décidé de mener un projet conjoint de 3 mois sur les aspects juridiques entourant le VIH/sida au Canada. Ils ont demandé l'appui financier de l'Unité de soins et de traitement du sida, Santé Canada.

Le projet a pour but d'établir les bases pour la production d'un large ensemble de documents de référence consacrés aux questions cruciales du droit et de l'éthique en regard du VIH/sida au Canada. On a souvent exprimé le besoin de tel matériel, approfondi et adapté spécifiquement à son sujet -- il n'en existe pas encore au Canada -- afin de répondre adéquatement aux besoins des personnes vivant avec le VIH ou le sida, et des autres personnes que la maladie affecte autrement. Parmi les questions-clés de droit et d'éthique, le projet sondera et évaluera les priorités. Il recherchera et compilera les ressources disponibles; il rédigera une revue de la littérature existante et une bibliographie annotée, que tous pourront se procurer ou consulter. Les organismes non-gouvernementaux, les institutions et associations professionnelles seront invités à participer sous plusieurs formes.

Les gens que ce projet intéresse ou qui désirent en savoir davantage peuvent contacter son coordonnateur, Ralf Jürgens.

Tél.: (450) 451-5457 Téléc.: (450) 451-5134

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)
