

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

---

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

**Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995**

---

### **Sommaire**

#### **Volume 1 Numéro 4**

[Focus sur les gais: la discrimination entrave la lutte contre le sida](#)

[Dentiste trouvé coupable de discrimination](#)

[Eau de Javel et dépistage anonyme du VIH dans les prisons fédérales](#)

#### **Détenus et VIH/sida**

[Nouvelles sur l'échange de seringues et d'aiguilles dans les prisons suisses](#)

#### **Discrimination**

[La législation concernant les relations sexuelles anales est jugée discriminatoire](#)

[La Cour suprême se prononce sur les allocations pour conjoints de même sexe](#)

[La Cour de l'Ontario se prononce sur les adoptions par des conjoints de même sexe](#)

#### **Droits de la personne**

[Droits de la personne, prévention et soins: Montréal VIH 95](#)

#### **Informations canadiennes**

[Projet conjoint identifie les priorités juridiques et éthiques liées au VIH/sida](#)

[Clinique juridique pour les personnes vivant avec le VIH/sida: défis et succès](#)

## Informations internationales

[Asie/Pacifique: ateliers régionaux de formation sur le droit relatif au VIH et sa réforme](#)

[Réseaux VIH/sida en Europe centrale et de l'Est](#)

[ONU: programme de formation en droit, éthique, droits de la personne et VIH](#)

## Euthanasie

[Énoncé de position approuvé concernant le suicide assisté](#)

## Événements prochains

[Neuvième Congrès annuel de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida \(Vancouver, 5-7 novembre 1995\)](#)

[Premier Atelier national VIH/sida et prisons](#)

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

[Return to HOME PAGE](#)

(Canadian HIV/AIDS Legal Network)

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

(Réseau juridique canadien VIH/sida)

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

### Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995

---

#### Focus sur les gais : la discrimination entrave la lutte contre le sida

**Ce numéro du *Bulletin* renferme des résumés et commentaires d'un certain nombre de jugements qui intéressent les droits des gais et lesbiennes au Canada. Bien que certains de ces jugements ne portent pas directement sur le VIH/sida, le comité de rédaction a décidé de les inclure et de consacrer une bonne partie de ce numéro du Bulletin aux questions d'ordre juridique intéressant les gais et les lesbiennes parce qu'il existe un lien clair entre la discrimination envers eux et la propagation du VIH. La manière dont les tribunaux et les gouvernements canadiens réagissent aux revendications des gais et lesbiennes pour l'égalité et la reconnaissance de leurs rapports intimes a un effet important sur la capacité du Canada de lutter contre l'épidémie du VIH/sida.**

#### Quel type de lien existe-t-il entre l'homophobie et le sida?

«En fait, il s'agit d'un lien très étroit», comme on l'a souligné dans le Bulletin d'information de mai 1995 sur la campagne nationale de sensibilisation au sida de 1995 de la Société canadienne du sida<sup>[1]</sup>. Cette année, la campagne portera sur la question du sida et de l'homophobie, afin «d'encourager une réaction plus compassionnelle et plus humaine à l'endroit des gais et de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida au Canada». D'après le Bulletin d'information, «l'homophobie et le sida sont si intimement liés dans l'esprit d'un grand nombre de Canadiens et de Canadiennes que leur réaction à l'égard d'une personne vivant avec le sida est souvent inséparable de leur réaction face à l'homosexualité». On poursuit en affirmant que «ces perceptions et attitudes négatives à l'égard de la communauté gaie sont reconnues comme l'obstacle majeur à une réaction compassionnelle et coordonnée au sida, au Canada». Brian Huskins, président de la Société canadienne du sida, a ajouté que «dans l'esprit d'un grand nombre de Canadiens et de Canadiennes, le sida est synonyme de gai et gai est synonyme de sida — ces deux éléments continuent d'être étroitement reliés».

Le lien fait par plusieurs entre le sida et l'homosexualité a créé de sérieux obstacles aux projets de prévention et d'éducation mis de l'avant depuis le début de l'épidémie du sida. On mentionne deux exemples dans le Bulletin d'information : (1) ces liens ont amené bon nombre de Canadiens à croire qu'ils ne courent aucun risque de contracter le VIH s'ils ne sont pas gais : «ainsi, des statistiques récentes révèlent qu'un nombre de plus en plus élevé de femmes contractent le VIH. Toutefois, à cause du mythe

entourant le sida et selon lequel il s'agit d'une maladie qui ne touche que les gais, un nombre encore plus élevé de femmes continueront de s'engager dans des comportements à risque». (2) L'homophobie a une incidence négative sur la qualité des soins reçus par les personnes vivant avec le VIH/sida : «c'est la raison pour laquelle bon nombre de gais vivant avec le VIH se sont vu refuser l'accès à des soins, à des services et à un traitement équitables».

## **Les questions d'ordre juridique intéressant les gais et les lesbiennes sont considérées «de priorité absolue»**

Dans la phase I du projet conjoint du Réseau juridique canadien VIH/sida et de la Société canadienne du sida sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida<sup>[2]</sup>, les questions d'ordre juridique intéressant les gais et les lesbiennes ont été identifiées comme l'une des huit questions de «priorité absolue» liées au VIH/sida. La plupart des particuliers et des groupes consultés se sont dit préoccupés par le lien entre la discrimination contre les gais et lesbiennes, et leur plus grande susceptibilité à contracter le VIH. En particulier, ils se sont dits inquiets du refus des systèmes scolaires de fournir une éducation positive sur l'homosexualité et la sexualité gaie et lesbienne; la réticence à reconnaître juridiquement l'existence des rapports entre deux hommes ou deux femmes; le manque d'estime de soi souvent observé chez les lesbiennes et les gais; l'âge plus élevé de consentement aux relations sexuelles anales; les problèmes d'accès aux partenaires du même sexe dans les hôpitaux. Certains ont signalé que la reconnaissance juridique des rapports entre personnes du même sexe n'apporterait probablement aucun avantage aux personnes vivant avec le VIH/sida, dont plusieurs dépendent de l'aide sociale et dont la situation est peut-être plus avantageuse dans le cadre des lois actuelles. Cependant, d'autres ont signalé que dans certains cas, on demande déjà aux couples de personnes du même sexe d'assumer des fardeaux égaux, alors qu'on leur refuse des droits égaux.

## **Les gais et le VIH/sida : une enquête bibliographique**

Une enquête bibliographique menée dans le cadre de la phase I du projet conjoint Réseau/SCS a permis de trouver de nombreuses mentions, dans les ouvrages, de la discrimination contre les gais et lesbiennes et son effet sur la propagation du VIH/sida. En particulier, les auteurs signalent que :

1. Historiquement, les gais et lesbiennes ont fait l'objet de préjugés et de discrimination généralisée. Au Canada, on a dit que «la condition des gais, des lesbiennes et des bisexuels est inextricablement liée à l'homophobie et à l'hétérosexisme. Être gai, lesbienne ou bisexuel, c'est être victime de discrimination de la part des individus et des institutions. Être gai ou lesbienne, c'est être un "être à part", "malade", "pervers", "anormal", "criminel"<sup>[3]</sup>.»
2. L'épidémie du VIH/sida a intensifié et étendu la discrimination envers les gais, généralement à partir d'hypothèses comme «tous les gais ont le sida et sont infectieux», ou «les gais sont à blâmer pour le sida»<sup>[4]</sup>.

3. Les gais atteints du sida s'attirent beaucoup de blâme et peu de sympathie. Dans une étude menée en Australie, on a exprimé le point de vue qu'ils étaient à blâmer pour leur maladie et devraient payer pour leurs propres soins de santé<sup>[5]</sup>. Généralement, il y a eu une importante vague d'hostilité envers plusieurs personnes porteuses du VIH, comme si elles en étaient responsables d'une façon ou d'une autre. Les personnes vivant avec le VIH ou le sida ont été divisées en deux catégories : «la majorité coupable» de gais et d'utilisateurs de drogues injectables, et la «minorité innocente» d'hémophiles ou de transfusés<sup>[6]</sup>.

4. On peut faire un certain nombre de liens très particuliers entre l'homophobie et le VIH. Le plus fondamental vient «du fait que les gais, en fait plusieurs gais, ont le sida»<sup>[7]</sup>. Ce lien a été interprété de plusieurs façons, sur le plan politique; «certains affirment que le sida est une maladie gaie et d'autres affirment que le sida n'est pas une maladie gaie»<sup>[8]</sup>.

Dans la plupart des pays occidentaux industrialisés, la réaction au VIH/sida a oscillé entre les périodes où la politique a été, officiellement ou implicitement, de reconnaître que les gais étaient la population la plus touchée par la maladie et les périodes où l'on a mis l'accent sur la menace que posait le VIH/sida à la population en général. À plusieurs égards, les gais se trouvaient face à un dilemme : à l'origine, ils devaient soutenir que le sida n'était pas une maladie gaie, pour que les gouvernements prennent la maladie au sérieux et allouent des fonds pour la recherche et les mesures de prévention. Ils craignaient d'être l'objet de discrimination et de mesures coercitives plus importantes si le sida continuait d'être perçu comme une maladie gaie. Depuis quelques années, les gais ont dû «récupérer» le sida, parce que les efforts étaient dirigés de plus en plus, et de façon disproportionnée, vers d'autres groupes de la population, les laissant avec les taux les plus élevés de nouvelles infections, tout en recevant relativement peu de financement pour les efforts de prévention. Le sida n'a jamais été une maladie gaie : c'est une maladie qui, au Canada, a touché les gais plus que tout autre groupe de la population et qui continue de le faire.

Bien qu'une partie de la discrimination envers les personnes infectées par le VIH soit uniquement fondée sur une peur irrationnelle de la transmission, il existe clairement des liens avec l'homophobie : «les personnes vivant avec le VIH sont souvent l'objet de discrimination parce qu'on les croit homosexuelles, qu'elles soient gaies ou non. En outre, les liens historiques et très réels entre les gais et le VIH ont étendu au VIH certains aspects de l'homophobie, de sorte que même si les gais cessaient complètement de contracter le VIH, les réactions homophobes au VIH et envers les gens vivant avec le VIH demeurerait gravées dans l'esprit du public pendant longtemps. Ainsi, toutes les personnes vivant avec le VIH... connaissent l'homophobie et la discrimination homophobe»<sup>[9]</sup>.

L'homophobie a également un effet grave sur les efforts de prévention et d'éducation :

Si je vis dans un monde homophobe et hétérosexiste qui fait de son mieux pour m'isoler de mes pairs et qui m'empêche de savoir ou de reconnaître que mon orientation sexuelle est valide, ou même qu'elle existe à l'extérieur de mon esprit et mon coeur, alors bien sûr

je me sentirai dévalorisé et je n'aurai aucun amour propre. Je croirai que je suis fondamentalement taré, mauvais, ou fautif et hélas, j'aurai trop souvent un comportement autodestructeur en m'isolant des gens, en consommant de la drogue et de l'alcool et en me suicidant...

L'un des exemples les plus probants de la manière dont l'homophobie touche les gais et a un effet sur la prévention du VIH est le manque de renseignements fondamentaux sur les questions intéressant les gais, l'identité gaie, la sexualité gaie et la communauté gaie dans les écoles, y compris le manque d'information sur le VIH et les pratiques sexuelles plus sûres qui ont de l'importance pour les jeunes gais<sup>[10]</sup>.

Le fait que les mesures de prévention prioritaires appliquées au cours des dernières années ne portent plus sur les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes peut également avoir résulté de l'homophobie, qui agit comme un obstacle à l'élaboration objective et efficace de politiques, d'allocation des ressources et d'autres décisions prises par le gouvernement et les organismes communautaires. Dejowski, en parlant de la situation qui prévaut aux États-Unis, a signalé comment la législation pour empêcher la transmission du sida aux États-Unis est parfois tributaire des programmes politiques et des philosophies morales personnelles des législateurs. D'après lui, il en a résulté une stratégie de prévention qui va à l'encontre des conclusions de la recherche sur les comportements et qui oblige l'État à mettre en oeuvre des programmes qui ont peu d'effet sur la population qui a le plus haut risque de contracter la maladie, les gais<sup>[11]</sup>.

## Conclusion

Il est important de s'attaquer à la question de l'homophobie dans le contexte du VIH/sida : en empêchant la discrimination envers les gais, nous aiderons à empêcher la propagation du VIH. Cependant, il faut également s'attaquer à l'homophobie comme telle. Sinon, affirme-t-on, on risque de laisser entendre que l'identité et la sexualité gaies ne sont pas des questions importantes en soi et que la seule chose qui importe au gouvernement est l'identité des gais en tant que «victimes éventuelles du sida»<sup>[12]</sup>. Il s'agit là d'un défi pour tout projet portant sur la question de la discrimination envers les gais dans le contexte du VIH/sida. Alors qu'au Canada et dans plusieurs pays occidentaux industrialisés, le VIH/sida est devenu inséparable de la vie gaie, il y a plusieurs autres raisons pour lesquelles la discrimination envers les gais et lesbiennes devrait cesser, indépendamment du VIH/sida. Par exemple, on aurait tort de prétendre que, à cause du VIH/sida, la *Loi canadienne sur les droits de la personne* devrait être modifiée pour inclure explicitement la protection contre la discrimination en raison de l'orientation sexuelle. Le sida ne fait qu'ajouter une autre raison — une raison de poids, il est vrai — de le faire.

— Ralf Jürgens

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

## NOTES

- [1] *Information*. Bulletin d'information sur la campagne nationale de sensibilisation au sida de la Société canadienne du sida. Ottawa : SCS, 1995.
- [2] Voir la description dans ce numéro du *Bulletin* (Jürgens, R. «Projet conjoint identifie les priorités juridiques et éthiques liées au VIH/sida»).
- [3] Société canadienne du sida, *L'Homophobie, l'hétérosexisme et le sida. En vue d'une réaction plus efficace au sida*. Ottawa : la Société, 1991.
- [4] New South Wales Anti-Discrimination Board. *Discrimination — The Other Epidemic. Report of the Inquiry into HIV and AIDS Related Discrimination*. Le Conseil, 1992.
- [5] Ibid.
- [6] Altmann, D. et K. Humphry. *Breaking Boundaries : Aids and Social Justice in Australia*. *Social Justice*, 1989, 16(3), 158-166, p. 163.
- [7] Toonen, N. Homophobia and HIV, *National Aids Bulletin* [Australie], décembre 1992/janvier 1993, p. 35-37.
- [8] Ibid.
- [9] Ibid.
- [10] Ibid.
- [11] Dejowski, E. F. Federal Restrictions on AIDS Prevention Efforts for Gay Men. *Saint Louis University Public Law Review*, 1989, 8, p. 275-298.
- [12] Toonen.

**[Return to HOME PAGE](#)**

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

**[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)**

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

### Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995

---

#### **Dentiste trouvé coupable de discrimination**

**Le Tribunal des droits de la personne du Québec a rendu le 11 avril 1995 l'une des décisions les plus compréhensives sur la question du VIH et du sida à titre de handicap; le tribunal a en effet statué que le fait d'être porteur asymptomatique du VIH constitue un handicap au sens de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne<sup>[1]</sup>.**

Il est vrai que certains tribunaux d'autres provinces canadiennes ont déjà statué qu'être porteur du VIH ou être atteint du sida représente un handicap au sens de leurs lois sur la protection des droits de la personne; cette conclusion n'avait pourtant jamais été aussi bien motivée que par la décision du juge Michèle Rivet, Présidente du Tribunal des droits de la personne du Québec.

#### **Notion de "handicap"**

Les faits de cette affaire sont les suivants. En octobre 1991 monsieur P.M. se rendait au cabinet privé du médecin dentiste G.G. pour recevoir des soins. Complétant un formulaire à caractère médical, il a indiqué qu'il était séropositif. P.M. était toutefois tout à fait asymptomatique. Il n'a pas été contesté que P.M n'a alors reçu aucun traitement, ni pour un mal de dents, ni un nettoyage, puisqu'il aurait été référé à un centre hospitalier pour recevoir des services spécialisés.

La Commission des droits de la personne, qui a pris fait et cause pour P.M, a soutenu que le dentiste a porté atteinte au droit du demandeur en refusant de conclure un acte juridique ayant pour objet un service ordinairement offert au public, soit des traitements dentaires (art. 12 de la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*, ci après la *Charte*). Ce refus aurait été fondé sur le fait qu'il était porteur du VIH et, par conséquent, sur un handicap au sens de l'article 10 de la *Charte*.

Le médecin dentiste allègue que son refus n'était pas discriminatoire puisque le fait d'être porteur du VIH, surtout lorsque la personne est asymptomatique, ne constituerait pas un handicap. En l'espèce, le dentiste a également prétendu que son refus était justifié par le risque réel et significatif de transmission du virus. Ce risque compromet selon lui son droit fondamental à la vie, à la sécurité et à la liberté de la

personne (art. 1 de la *Charte*).

L'honorable juge Michèle Rivet a revu en premier lieu les témoignages des témoins experts pour en conclure que le risque de transmission, bien qu'existant, est pour le moins minime dans le contexte des soins dentaires. Les mesures de précautions universelles utilisées en tout temps dans les cabinets dentaires apparaissent suffisantes pour contrer ce risque.

La première question juridique est la suivante: le fait d'être porteur du VIH constitue-t-il un handicap en tant que critère de discrimination interdit par l'art. 10 de la *Charte*? Pour y répondre, le juge Rivet a procédé en premier lieu à une analyse du droit international et du droit américain pertinents, pour constater que l'infection par le VIH et le sida sont généralement considérés constitutif de handicap. Elle a examiné ensuite certaines décisions canadiennes rendues sur la question, notamment les affaires *Jerome c. DeMarco*<sup>[2]</sup> et *Hamel c. Malaxos*<sup>[3]</sup> (cette dernière étant la seule autre décision rendue au Québec<sup>[4]</sup>).

C'est toutefois en revoyant les principes énoncés dans ses propres décisions sur la notion de handicap que le Tribunal en est arrivé à sa décision. Le tribunal avait en effet déjà reconnu que la *Charte* "offre une protection à l'encontre de la discrimination exercée tant en raison d'un handicap réel que d'un handicap présumé sur la base d'anomalies physiques auxquelles sont attribuées, à tort parfois, diverses limitations".

Pour qu'il y ait handicap, il faut donc premièrement déterminer la présence d'une anomalie d'ordre physique, anatomique ou intellectuel; une maladie, telle l'infection par le VIH, peut donc constituer un handicap. "Mais toute maladie n'est pas nécessairement constitutive d'un handicap; elle doit répondre à certains critères tels de durée, de gravité des effets immédiats ou sérieusement appréhendés, ainsi que des risques posés à autrui". Ainsi, un simple rhume n'engendre pas un handicap.

Deuxièmement, il faut démontrer que la présence de cette anomalie engendre une limitation. Or, le tribunal précise que cette limitation découle non pas d'une interprétation uniforme et universelle, mais d'une interprétation relative à l'exercice d'un droit. Le droit en l'espèce résidant dans l'accès à un service ordinairement offert au public, soit les soins dentaires.

Par ailleurs, les limitations qu'une anomalie engendre peuvent survenir dans certaines situations et non dans d'autres: une déficience ne limitera pas nécessairement l'exercice d'un droit, notamment lorsque des mesures d'adaptation ou d'accommodement éliminent les obstacles reliées à cette caractéristique.

Pour le Tribunal, le VIH et le sida font partie du même processus évolutif et posent des obstacles par la peur reliée à la maladie. "L'handicap est défini par le fait que cette maladie provoque des situations d'isolement, de stigmatisation et de rejet social, source importante de difficultés psychologiques et sociales qui affectent la personne atteinte dans l'exercice de ses droits". Ceci constitue clairement un handicap, et ce sur la base d'éléments objectifs et subjectifs.

## Notion de "public"

Le tribunal a ensuite discuté à fond de la question des services ordinairement offerts au public. Il a déterminé en premier lieu que les limites inhérentes à l'offre de services dans le domaine des soins professionnels de santé sont reliées à la formation et aux compétences du médecin. Un médecin dentiste non seulement peut, mais doit refuser de dispenser des services pour lesquels il n'a pas acquis ou développé les compétences nécessaires. Ceci s'inscrit dans le cadre de son devoir de fournir des services dans le meilleur intérêt de ceux à qui ils sont destinés. En l'espèce, un patient a donc droit de s'attendre à recevoir tout service normalement offert dans un cabinet privé de médecine dentaire.

Selon les principes énoncés dans l'affaire *Berg*<sup>[5]</sup> par la Cour suprême du Canada, le public comprend ici toute personne nécessitant des soins dentaires. La nature précise et concrète des besoins du patient détermine donc son appartenance au public qui peut s'attendre à être desservi dans un cabinet privé de médecine dentaire. Finalement, le pouvoir discrétionnaire de tout professionnel de la santé, accepter ou refuser de traiter un patient, ne limite pas la portée du terme "ordinairement" puisque ce pouvoir ne peut s'exercer sur la base d'un critère interdit par l'article 10 de la *Charte*.

## Précautions universelles

Les défenses présentées par le médecin dentiste ne furent finalement pas retenues par le Tribunal. En ce qui a trait à l'atteinte au droit à la vie, à la sécurité et à la liberté de la personne (art. 1 de la *Charte*), le dentiste aurait dû établir que son droit était menacé de manière réelle et sérieuse. Le risque de transmission étant des plus infimes, il n'y a pas atteinte à ce droit, surtout si l'on considère que le risque est diminué par l'utilisation des mesures de précautions universelles.

En outre, le tribunal a retenu qu'un dentiste ne pourra jamais être certain du statut sérologique d'un patient, à moins que ce dernier ne le lui révèle. Procéder en l'absence des précautions universelles serait donc "absurde, illogique et dangeureux". L'octroi des soins de santé comporte un certain nombre de risques biologiques. Ces risques font partie intégrante de l'exercice de la profession de médecin dentiste et doivent générer une approche technique et méthodologique standardisée et régulièrement suivie dans les soins offerts au public.

## Verdict

En constatant que le refus de traiter du médecin dentiste n'a pu qu'aviver davantage la stigmatisation et le rejet social qu'entraîne la séropositivité de P.M., le tribunal a octroyé la somme de 3 000.00\$ à titre de dommages moraux. Le tribunal a également ordonné au dentiste de cesser "sa pratique de refuser systématiquement d'accepter comme patients à sa clinique les personnes porteuses du virus VIH, si telle pratique est encore en existence". Finalement, le tribunal ordonne que les patients porteurs du VIH soient acceptés au même titre que toute autre personne qui n'est pas porteuse du virus ou atteinte du sida, "sous réserve de la possibilité de les référer, comme tous les autres patients, à une clinique hospitalière, si les cas qu'ils présentent ne peuvent être traités en cabinet privé, ou si la complexité de ces cas

dépassent la compétence du professionnel traitant". La décision du Tribunal n'a pas été portée en appel par le dentiste.

## **Modification au Code de déontologie**

Quelques semaines avant que ne soit rendue la décision du tribunal, l'Ordre des Dentistes du Québec a approuvé une modification au Code de déontologie des dentistes<sup>[6]</sup>. La nouvelle disposition, présentement en révision devant l'Office des professions du Québec, se lirait ainsi:

2.05 Le dentiste ne peut refuser de traiter un patient pour des raisons reliées à la nature d'une maladie ou d'un handicap présenté par ce patient, ou pour des raisons de moeurs, conviction politique ou de langue; il peut cependant, s'il le juge nécessaire dans l'intérêt de son patient, le référer à un autre dentiste.

Le président de l'Ordre des dentistes, M. Robert Salois<sup>[7]</sup>, est d'avis que cette disposition limitera les cas de discrimination contre les patients porteurs du VIH ou atteints du sida. Toutefois, elle permettra à un dentiste de référer un patient lorsqu'il ne se croit pas capable d'administrer des services de qualité en raison de sa nervosité face au statut séropositif de son patient. Selon M. Salois, c'est une question de "bon sens" puisqu'un patient séropositif n'a pas intérêt à se faire traiter par un dentiste qui n'est pas en possession de toutes ses capacités. Un tel dentiste aurait alors l'obligation de référer son patient.

Pour M. Hamel, qui a eu gain de cause contre un dentiste qui avait refusé de le traiter parce qu'il était porteur du VIH<sup>[8]</sup>, cet amendement n'est pas adéquat<sup>[9]</sup>. M. Hamel fait donc présentement signer une pétition pour obliger tous les dentistes à traiter sans discrimination les personnes séropositives ou atteintes du sida, à moins que la complexité de leurs cas n'exige qu'ils soient référés. Il a recueilli près de 4000 signatures jusqu'à ce jour.

- *Bruno Guillot-Hurtubise*

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

## NOTES

[1] *La Commission des droits de la personne du Québec c. Dr. G. G.*, T.D.P.Q., Québec, no 200-53-000002-944, 11 avril 1995, J. Michèle Rivet.

[2] (1992) 16 C.H.R.R. D\402.

[3] [1994] R.J.Q. 173.

[4] Voir D. Patterson. «Un tribunal québécois juge que l'infection asymptomatique par le VIH est un handicap au sens de la Charte.» *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994; 1(1): 1, 4.

[5] *Université de la Colombie-Britannique c. Berg*, [1993] 2 R.C.S. 353.

[6] L.R.Q. c. D-3, r.4.

[7] Conversation téléphonique, juin 1995.

[8] Voir note 4.

[9] Kerboua, Nadia, «Croisade d'un sidéen pour des soins dentaires sans discrimination», La Presse, Montréal, mardi 4 juillet 1995, p.A9.

[Return to HOME PAGE](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

### Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995

---

#### Eau de Javel et dépistage anonyme du VIH dans les prisons fédérales

**Des programmes de distribution d'eau de Javel et de dépistage anonyme du VIH seront bientôt instaurés dans toutes les prisons fédérales au Canada.**

#### Historique

En mars 1994, le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) déposait son *Rapport final*. Entre autres choses, le CESP recommandait que de l'eau de Javel soit mise à la disposition des détenus dans les prisons fédérales canadiennes et que l'accès au dépistage de l'anti-VIH soit amélioré par l'introduction de procédures anonymes et non-nominales.

À l'époque, ces recommandations avaient été rejetées et le Service correctionnel du Canada (SCC) choisissait de mener plutôt des études pilotes sur ces aspects dans un seul établissement. Cette décision a été renversée récemment: avec l'approbation du Solliciteur général, le Commissaire du SCC a chargé le SCC d'amorcer la mise en oeuvre des programmes de dépistage anonyme du VIH et de distribution d'eau de Javel dans tous ses établissements.

#### **Création d'un groupe de travail national sur la distribution d'eau de Javel et le dépistage anonyme du VIH**

Le groupe a tenu sa première réunion à Ottawa les 20 et 21 juin 1995. Son mandat est de concevoir des programmes fonctionnels de distribution d'eau de Javel et de dépistage anonyme du VIH, et de développer des lignes directrices nationales qui assureront l'application uniforme de ces deux programmes à travers le Canada. Le noyau du groupe de travail est constitué d'un représentant de chaque région du SCC, mais sera élargi pour impliquer des représentants des groupes d'intérêt nationaux et régionaux, y inclus les syndicats lorsque requis.

Le 21 juin, M. John Edwards, Commissaire du SCC, a effectué un bref passage à la réunion pour exprimer son «appui complet» à l'égard du travail du groupe. Le commissaire a mentionné que le

nombre de cas rapportés de VIH/sida dans les prisons fédérales canadiennes est en hausse constante. Ainsi, au mois d'avril 1995, on dénombrait 139 cas connus de détenus vivant avec le VIH ou le sida dans les établissements fédéraux de détention, ce qui représente une augmentation substantielle par rapport aux 109 cas connus dans le même bassin un an plus tôt. Au moins 1% de la population carcérale est donc infectée. Le Commissaire a souligné qu'en tant qu'êtres humains, les détenus méritent d'être protégés. «Nous croyons nécessaire de respecter les besoins des contrevenants», affirmait-il, ajoutant n'avoir «aucun doute sur notre devoir de protéger les détenus, le personnel carcéral et le public.» Il signalait aussi qu'il incombe au SCC une responsabilité publique en matière de santé à l'égard des communautés vers lesquelles les détenus retourneront: «Quelles que soient nos préoccupations [face à la distribution d'eau de Javel aux détenus], elles sont supplantées par les questions de santé publique.» Il insistait ensuite sur le fait que la disponibilité d'eau de Javel n'entre pas en conflit avec la stratégie du SCC en matière de drogues: «Nous devons parvenir à bien s'acquitter des deux» concluait-il, «protéger la santé des détenus, du personnel et du public, aussi bien que de poursuivre les efforts du SCC pour réduire la consommation de drogue dans les prisons.» [citations traduites de l'anglais]

## **Programme pilote de distribution d'eau de Javel**

À la réunion du groupe de travail, Trudy Nichol, Coordonnatrice du programme pilote de distribution d'eau de Javel à la prison Matsqui en Colombie-Britannique, a présenté quelques résultats de l'étude, qui sert également de projet de démonstration. Tel qu'indiqué dans le *Rapport annuel 1994-1995* du Programme national sur le sida du SCC, les buts de ce programme pilote sont de:

- permettre au SCC de trouver le meilleur modèle de distribution d'eau de Javel (quantité, concentration, filtrage et emballage);
- suivre la participation et déterminer les utilisations faites de l'eau de Javel;
- mesurer les répercussions sur les pratiques de désinfection des aiguilles;
- noter les problèmes liés à la sécurité.

Depuis son entrée en poste en décembre 1994, la coordonnatrice a:

- développé une stratégie de communication pour tous les membres du personnel de l'institution, incluant un kiosque d'information d'une journée, sur place, afin d'encourager leur soutien au projet;
- établi une méthode simple et discrète de distribution aux détenus;
- élaboré, avec le soutien du *British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS*, un questionnaire permettant de procéder au suivi de la participation, de l'utilisation et de l'impact sur les pratiques de désinfection des aiguilles;

- amorcé la distribution d'eau de Javel le 5 juin 1995.

À la réunion, Mme Nichol a présenté une analyse préliminaire des réponses au questionnaire. Les résultats du sondage ne peuvent être généralisés à tous les détenus de l'établissement de Matsqui puisque seulement 182 des 423 occupants (43%) y ont répondu. Néanmoins, les résultats sont probants à plusieurs titres:

- 54% des répondants indiquaient s'être fait tatouer en prison;
- 21% s'étaient fait percer une partie du corps (*piercing*) en prison;
- 71% rapportaient avoir consommé des drogues intraveineuses (de ce nombre, 12% l'avaient fait uniquement en prison, 20% seulement à l'extérieur, et 68% disaient en consommer en prison comme ils l'avaient fait à l'extérieur);
- 89% des répondants disaient avoir partagé une aiguille au moins une fois (19% des répondants l'avaient fait uniquement avant leur incarcération, 23% uniquement en prison, et 47% le font en prison et le faisaient à l'extérieur). La majorité affirmait avoir d'abord nettoyé le matériel d'injection, en prison comme à l'extérieur.

La proportion de détenus en faveur d'un programme de distribution d'eau de Javel est impressionnante: 99% des répondants considèrent «très important» l'accès des détenus à l'eau de Javel; un seul détenu indiquait «pas important du tout». Autre attitude significative, la vaste majorité des répondants indiquait qu'ils utiliseraient l'eau de Javel si elle leur était remise en prison. Parmi les utilisateurs de drogues intraveineuses qui ont rempli le questionnaire, un seul répondait qu'il ne l'utiliserait pas.

Quoique encore incomplète, l'analyse de ces données met en évidence la nécessité d'offrir aux détenus un accès facile à de l'eau de Javel. Elle démontre aussi que la très grande majorité des détenus est favorable à un tel programme, en particulier ceux qui sont les plus exposés à contracter le VIH.

### **Distribution d'eau de Javel dans d'autres systèmes carcéraux**

L'eau de Javel est mise à la disposition des détenus dans les prisons de nombreux pays du monde. Comme en témoigne l'étude de Harding et Schaller,<sup>[1]</sup> 16 des 52 systèmes pénitentiaires examinés à la fin de 1991 fournissaient de l'eau de Javel, souvent accompagnée d'instructions claires sur la façon de nettoyer les aiguilles. Par exemple, en Espagne, une bouteille d'eau de Javel figure dans la trousse de produits d'hygiène et de santé que tous les détenus reçoivent à leur arrivée en prison et tous les mois par la suite, et on leur en fournit au besoin. En Suisse, des trousses de premiers soins contenant de petites bouteilles d'eau de Javel sont remises aux détenus depuis juin 1991. Il est également possible de se procurer de l'eau de Javel dans certains systèmes pénitentiaires en Allemagne, en France et en Australie, dans les prisons de Belgique, du Luxembourg et des Pays-Bas et dans certains systèmes d'Afrique ainsi

que dans au moins un système d'Amérique centrale<sup>[2]</sup>.

Dans certains systèmes carcéraux, l'eau de Javel a toujours été accessible en tant qu'agent d'entretien ménager, et son utilisation aux fins de nettoyer le matériel d'injection tolérée par les autorités carcérales. Dans d'autres systèmes, on l'a rendue disponible spécifiquement pour permettre le nettoyage de matériel d'injection et diverses méthodes d'accès ont été élaborées.

Aucune conséquence négative d'incidents attribuables à l'eau de Javel n'a été rapportée. L'expérience canadienne concorde avec cet état de fait. L'eau de Javel a été distribuée en milieu carcéral au Canada pendant longtemps sans que personne n'ait laissé entendre qu'elle constituait une menace à la sécurité des établissements, jusqu'à ce qu'elle soit associée à la stérilisation du matériel d'injection. En outre, dans certains établissements, l'eau de Javel est accessible officieusement, et il n'existe aucune preuve que des problèmes en aient résulté.

Le système carcéral provincial de la Colombie-Britannique a adopté en 1992 une politique à l'effet que l'eau de Javel soit mise à la disposition des détenus. Tel que rapporté par Jim Cairns, de la Division correctionnelle du ministère du Solliciteur général de cette province: «[I]l n'y a pas eu d'incidents de mauvais usages ayant entraîné des infractions aux règlements de sécurité, de dommages déclarés aux champs d'épuration ni de preuves que l'usage des drogues injectables ait augmenté» par suite de l'adoption de cette politique<sup>[3]</sup>. Le 21 avril 1995, une politique révisée était adoptée en Colombie-Britannique, stipulant que «tous les établissements correctionnels pour adultes doivent assurer la disponibilité et l'accessibilité d'eau de Javel domestique filtrée à l'intention des détenus.» La politique établit en détail les lignes directrices pour la distribution de l'eau de Javel, spécifiant qu'elle soit fournie en bouteilles de 30 ml, disponible sans frais ni entraves, accessible instantanément et distribuée d'une manière qui préserve l'anonymat et minimise les risque de blessures.

## Dépistage anonyme du VIH

Dans son rapport, le CESP recommandait:

- que tous les détenus des établissements fédéraux aient la possibilité de subir un test de détection des anticorps anti-VIH, à leur propre demande;
- que ce test soit toujours conforme à la volonté du détenu et précédé et suivi de séances de counselling et d'éducation;
- que tous les détenus aient accès à ce test auprès du personnel médical du SCC, d'un centre de soins primaires indépendant du SCC ou d'une clinique communautaire indépendante; et
- que tous les détenus aient la possibilité de subir un test anonyme.

Le CESP a expliqué que l'accès au dépistage anonyme est important parce que à l'heure actuelle

plusieurs détenus n'ont pas recours au dépistage en prison, de peur que leur résultat ne soit immédiatement connu de tout le monde dans l'établissement.

Dans certaines prisons provinciales au Canada et dans d'autres à l'étranger, les détenus ont accès au dépistage anonyme. Il existe cependant très peu d'information sur ces programmes. Un modèle a été présenté au *Groupe de travail national - Distribution d'eau de Javel et tests de dépistage anonymes du VIH*, par Alison McConnell qui mène un programme de dépistage anonyme du VIH dans une prison provinciale de la Saskatchewan depuis déjà quelques années. Bien que le Groupe reconnaisse l'importance d'offrir aux détenus la possibilité de subir un test de dépistage anonyme, il a identifié un certain nombre de questions qui méritent d'être discutées et analysées davantage, par exemple le coût de ces tests et leur faisabilité dans certaines provinces où ce type de dépistage n'est même pas offert à l'extérieur des prisons. Le Groupe exprimait en outre la nécessité que le dépistage anonyme s'accompagne d'efforts pour augmenter la qualité et l'accessibilité des tests de dépistage et des services de counselling dispensés par le personnel médical des prisons.

### **Autres questions: condoms et aiguilles stériles**

Les personnes présentes à la réunion ont insisté sur le fait que les leçons tirées de la mise sur pied de la distribution de condoms devraient être prises en compte dans le processus de distribution d'eau de Javel. On a spécialement souligné qu'à cause du manque de lignes directrices nationales, la distribution de condoms n'est toujours pas consistante partout au Canada et que, dans certaines prisons, on ne peut pas se les procurer facilement et discrètement, malgré la recommandation du CESP et la promesse du SCC dans sa réponse au rapport du Comité.

Enfin, bien qu'ils félicitaient le SCC pour sa décision de rendre l'eau de Javel disponible dans tous ses établissements, certains participants ont demandé pourquoi le SCC ne considérerait pas également la possibilité de rendre disponibles des aiguilles stériles, au moins dans quelques prisons à titre de projet pilote. Ceci est déjà en cours en Suisse<sup>[4]</sup> et a fait l'objet de recommandations de la part de nombreux organismes nationaux et internationaux, incluant le *Prisoners with AIDS/HIV Support Action Network* (PASAN), le CESP et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)<sup>[5]</sup>. Cette recommandation a récemment été réitérée dans le rapport d'une étude australienne portant sur la distribution d'eau de Javel et les comportements à risque en prison, sur le territoire de la Nouvelle-Galles du Sud<sup>[6]</sup>. Cette étude a été la première au monde à permettre qu'un programme de distribution d'eau de Javel pour les détenus soit suivi et évalué par une entité indépendante. Elle a été entreprise en 1993 et portait sur: l'accès des détenus de la Nouvelle-Galles du Sud à des désinfectants pour la décontamination de seringues, la prévalence de la consommation de drogues injectables, du partage de seringues, du tatouage et de l'activité sexuelle en prison. L'étude a révélé que, trois ans après la mise sur pied de distribution désinfectant, les détenus éprouvaient encore des difficultés à s'en procurer. Elle concluait que «même si une forme efficace et acceptable de désinfectant était identifiée, des problèmes opérationnels peuvent toujours compromettre l'efficacité d'un programme de désinfection de seringues pour les détenus...». L'étude a aussi mis en relief d'autres défauts attribuables à un programme de désinfection de seringues, dont l'incertitude quant à l'efficacité et à la rapidité de l'eau de Javel en tant que décontaminant contre

certaines autres virus transmissibles par le sang, notamment ceux des hépatites B et C. On y concluait que d'autres mesures préventives doivent être explorées et que l'une des ces mesures qui doit être considérée est la mise à l'essai d'un programme d'échange de seringues en milieu carcéral.

## Conclusion

Le SCC mérite certes d'être félicité pour sa décision de rendre disponibles l'eau de Javel et le dépistage anonyme du VIH dans les prisons. Ceci représente un pas en avant considérable dans la lutte contre la propagation du VIH dans les prisons fédérales. Le SCC reconnaît qu'il a la responsabilité de protéger la santé des détenus, du personnel et du public. Il reconnaît que des mesures visant à prévenir la transmission du VIH, comme la fourniture d'eau de Javel, n'entrent pas en conflit avec sa stratégie contre les drogues et n'équivalent pas à fermer les yeux sur la consommation de drogue. Le SCC a commencé à prendre certaines actions nécessaires pour réduire le propagation du VIH. Beaucoup reste à faire encore, mais les premiers pas sont amorcés.

- Ralf Jürgens

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

## NOTES

[1] Harding, T.W., Schaller, G., «HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners?» dans Mann, J.M., Tarantola, D.J.M., Netter, T.W. (éd.), *AIDS in the World*, Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992, p. 761-769.

[2] *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994, p. 80.

[3] *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994, p. 191.

[4] Voir R. Jürgens, «La prévention prise au sérieux: remise de seringues dans une prison suisse», *Bulletin canadien VIH/SIDA et Droit*, vol. 1, no 1 (octobre 1994), pp. 1-3; ainsi que «Nouvelles sur l'échange de seringues et d'aiguilles dans les prisons suisses», dans le présent numéro.

[5] Voir *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994, pp. 83-86.

[6] Dolan., K., Hall, W., Wodak, A., *Bleach Availability and Risk Behaviours in New South Wales*. Technical Report no 22, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 1994.

[Return to HOME PAGE](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

### Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995

---

#### Nouvelles sur l'échange de seringues et d'aiguilles dans les prisons suisses

**Plusieurs prisons suisses sont à considérer l'introduction de programmes d'échange de seringues, à la suite de projets pilotes qui semblent bien fonctionner<sup>[1]</sup>.**

Le *Bulletin* présentait, dans son numéro d'octobre 1994<sup>[2]</sup>, un premier reportage sur le projet pilote de fourniture de seringues stériles aux détenus. Selon le Dr Margaret Rihs-Middel, coordonnatrice de l'Évaluation et de la recherche sur les drogues à l'Office fédéral de la santé publique de Suisse, à Berne, [TRADUCTION] «un conflit de valeurs s'est produit chez les responsables et le personnel de pénitenciers à l'éventualité de fournir des aiguilles et des seringues en prison. Pourtant, l'échange d'aiguilles se poursuit dans une prison pour hommes et une pour femmes, et un projet d'étude examine les effets de l'introduction de ce programme.»

Le Dr Rihs-Middel indique que l'échange d'aiguilles dans la prison pour hommes est sous la responsabilité du Service de santé de la prison, qui distribue des trousses contenant des condoms, des seringues et des aiguilles. On remet ensuite aux détenus une nouvelle aiguille pour chacune qu'ils retournent, afin d'éviter une augmentation du nombre d'aiguilles en circulation dans l'établissement. On peut en échanger jusqu'à cinq à la fois, de telle sorte qu'il est possible de le faire pour ses pairs, mais chaque détenu ne peut être en possession que d'une seule. Pour assurer la réduction du danger d'accident par les aiguilles lors de la fouille de cellules par les gardiens, les détenus doivent conserver leur seringue dans un verre rangé dans une armoire voisine de leur toilette. Environ 10% des hommes incarcérés dans cette prison participent au programme.

Dans la prison des femmes, tel que le rapportait le numéro d'octobre du *Bulletin*, on a installé à l'essai une machine distributrice d'aiguilles et seringues. La distributrice est située dans une réserve de matériel d'entretien ménager, facile d'accès aux détenues. Il faut d'abord insérer une seringue dans la machine afin d'obtenir une nouvelle aiguille stérile avec une seringue. Les femmes ont également droit à une seule seringue à la fois, qui doit être conservée dans leur armoire de toilette. Environ 25% des femmes de la prison participent au programme.

Le Dr Rihs-Middel souligne que ces deux programmes sont encore en phase d'évaluation, mais que les résultats n'indiquent que de très rares problèmes attribuables à cet échange. L'un des principaux obstacles potentiels au succès des programmes résidait dans l'attitude du personnel des établissements. Dans la prison pour hommes, les agents de détention se sont pleinement impliqués dans la décision de mettre à l'essai le programme, mais dans la prison pour femmes le personnel n'était pas aussi impliqué et se montrait plus rébarbatif. Dans les deux cas, les attitudes vis-à-vis de l'échange de seringues sont devenues de plus en plus positives avec le temps.

On a atténué le «conflit de valeurs» en s'assurant que l'échange d'aiguilles était introduit comme une mesure sanitaire et dirigé par le Service de santé, plutôt qu'une activité supervisée par les agents de détention. L'implication du personnel dans la décision de passer à l'action était très importante pour le succès du programme, de même que l'instauration de règles sur le rangement des aiguilles afin d'augmenter la sécurité du personnel carcéral.

## Commentaire

La fourniture d'aiguilles stériles aux détenus a été recommandée au Canada aussi largement et vivement qu'ailleurs, comme une mesure nécessaire pour prévenir la propagation de l'infection à VIH dans les prisons. Dans son *Rapport final*, le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) concluait «qu'il faudra éventuellement distribuer du matériel d'injection stérile dans les prisons», recommandant que «des études soient effectuées, en vue de trouver des moyens et d'élaborer des mesures, incluant l'accès à du matériel d'injection propre, qui permettront de réduire encore davantage le risque de transmission du VIH et les autres dangers découlant de l'utilisation de drogues injectables dans les établissements correctionnels fédéraux.» Selon le Comité, «ces études devraient être menées par des personnes de l'extérieur du SCC [Service correctionnel du Canada], mais en collaboration avec celui-ci, et Santé Canada devrait y être impliqué activement» et «devraient être précédées de consultations auprès des détenus, du personnel, de groupes communautaires et de spécialistes indépendants.» En outre, «elles devraient comprendre des projets pilotes valides sur le plan scientifique et être alliées à des mesures de planification, de communication et de sensibilisation, qui permettront d'accélérer la mise en oeuvre de la distribution de matériel d'injection propre dans les établissements.»<sup>[3]</sup> Dans sa réponse au rapport du CESP, le SCC a rejeté cette recommandation, une décision qui lui a attiré de lourdes critiques.

Les résultats du projet pilote suisse, quoique préliminaires, sont importants parce qu'ils démontrent qu'il est possible, en toute sécurité, de rendre disponibles des aiguilles stériles et d'amener le personnel carcéral à accepter de tels programmes, voire même d'acquiescer sa collaboration. Dans un sondage mené par le CESP il y a deux ans, 15% des agents de détention et 31% du personnel de santé des pénitenciers se disaient en faveur de la mise sur pied de programmes d'échange de seringues pour les détenus<sup>[4]</sup>. Les employés favorables estimaient «qu'il serait préférable que les détenus utilisent une aiguille propre plutôt qu'une aiguille de fortune ou une aiguille non-stérile. S'ils ont une aiguille (seringue) à échanger, c'est qu'ils en utilisent déjà une. La question de la sécurité du personnel se pose déjà: le détenu possède déjà une aiguille, mais c'est une aiguille non-stérile, usagée et peut-être infectée par plus d'une personne.» Il semble ainsi que l'appui des membres du personnel pourrait être accru si, comme en Suisse, leurs

inquiétudes en matière de sécurité étaient considérées et si on les impliquait dans la planification et la mise sur pied des programmes. Toutefois, il semble que le principal obstacle à l'échange de seringues dans les prisons provienne d'un manque de volonté politique plutôt que de la résistance ou des craintes du personnel en matière de sécurité. Comme on l'a fait en Suisse, nous, au Canada, devons le comprendre clairement et le répéter: rendre les aiguilles disponibles en prison ne signifie pas qu'on ferme les yeux sur la consommation de drogues, c'est une mesure de santé pragmatique et nécessaire, qui améliorera la protection des détenus, du personnel et du public.

- Ralf Jürgens

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

## NOTES

[1] Tel que rapporté dans le [Australian] *National HIV/AIDS Legal Link*, vol. 6, no 1 (mars 1995), p. 14. L'information de cette note est tirée de l'article de Dave Burrows, «Needle and Syringe Exchange in Swiss Prisons».

[2] Jürgens R. «La prévention prise au sérieux: remise de seringues dans une prison suisse», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 1 (octobre 1994), pp. 1-3.

[3] *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994, pp. 93-94.

[4] *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Documentation*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994, p. 109.

[Return to HOME PAGE](#)

(Canadian HIV/AIDS Legal Network)

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

(Réseau juridique canadien VIH/sida)

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

**Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995**

---

### DISCRIMINATION

#### **La législation concernant les relations sexuelles anales est jugée discriminatoire**

**La Cour fédérale et la Cour d'appel de l'Ontario ont toutes deux déclaré inconstitutionnel l'article 159 du *Code criminel*, qui impose des peines d'emprisonnement aux personnes non mariées qui ont des relations sexuelles anales alors que l'un des partenaires n'a pas atteint l'âge de 18 ans. Dans les deux cas, le ministère public fédéral (*Halm c. Canada*<sup>[1]</sup>) et le ministère public provincial (*R. c. Carmen M*<sup>[2]</sup>) plaidaient que la disposition était nécessaire, en partie, pour prévenir la propagation du VIH.**

Les deux arrêts peuvent être considérés comme une reconnaissance du droit à la liberté d'expression sexuelle, particulièrement pour les gais. Cependant, la décision de poursuivre, la décision d'en appeler et les arguments présentés par la poursuite soulèvent de sérieuses questions sur l'ignorance et le manque de sensibilité des poursuivants dans ces causes en ce qui a trait au VIH et au sida. Ces questions ont des implications sur l'utilisation du droit criminel dans d'autres causes en relation avec le VIH.

Dans l'arrêt *Halm*, la juge Reed était saisie d'une requête pour annulation d'une ordonnance d'expulsion prononcée contre Henry Halm, un non-Canadien. Pour obtenir l'ordonnance d'expulsion, le ministère public devait démontrer que Halm avait été reconnu coupable d'un crime qui, s'il était commis au Canada, était punissable par un emprisonnement de dix ans ou plus. Halm avait été reconnu coupable dans l'État de New York de crimes de sodomie comportant des relations sexuelles anales avec des garçons de 14 à 18 ans. Il plaidait que les crimes n'avaient pas d'équivalent au Canada, parce que l'article 159 du *Code criminel* canadien, qui aurait par ailleurs été applicable, était inconstitutionnel.

La juge Reed a d'abord suggéré que l'article 159 entraînait en conflit avec l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*, qui protège le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne. Elle a ensuite jugé que la disposition était contraire à l'article 15 de la *Charte*, qui interdit la discrimination, entre autres, en raison de l'âge et, par analogie, de l'orientation sexuelle.

Le ministère public contestait ces arguments avec vigueur, sauf l'argument concernant la discrimination en raison de l'âge. Il plaidait de plus que l'article 1 de la *Charte*, qui prévoit que les libertés peuvent être restreintes «dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique», l'emportait sur les droits par ailleurs protégés. Plus spécifiquement, le ministère public alléguait que les objectifs de la loi étaient: (1) de consolider des préceptes moraux; (ii) de protéger les jeunes contre des «activités sexuelles non usuelles»; et (iii) de protéger les jeunes contre l'augmentation des risques de transmission du VIH.

La juge Reed conclut que le premier «objectif» était étranger au domaine du droit criminel, et que le deuxième était inconstitutionnel. Quant au troisième, elle observa que, bien que les relations anales comportent peut-être plus de risques sur le plan de la transmission potentielle du VIH, dans les deux cas ce sont les relations sexuelles non protégées qui sont la cause, et non l'activité sexuelle elle-même. Elle ajouta que la disposition du *Code criminel* qui criminalisait la transmission de maladies vénériennes a été abrogée en 1985, parce qu'elle fut considérée inefficace et susceptible de produire des effets contraires au but recherché.

La juge Reed annula l'ordonnance d'expulsion conditionnelle. Le ministère de la Justice fédéral a porté le jugement en appel. Le requérant était représenté *pro bono* par Paul Slansky, un avocat de Toronto.

Le deuxième arrêt qui aborde la question, *Carmen M.*, concernait des relations sexuelles anales avec une jeune fille âgée entre 14 et 18 ans, avec son consentement. Encore là, on reprochait à l'accusé d'avoir enfreint l'article 159 du *Code criminel*, qui interdit ce type de relations (qu'elles soient hétérosexuelles ou homosexuelles).

Le juge Corbett, qui présidait le procès, est arrivé à la conclusion que l'article 159 contrevenait à l'article 7 de la *Charte*, et, encore une fois, sans que ce soit justifiable selon l'article 1. Il a été prouvé qu'il n'existait aucune directive à l'intention des procureurs de la Couronne concernant les poursuites basées sur l'article 159, et qu'aucun procureur général ni aucun haut fonctionnaire du ministère n'avait formulé d'instructions formelles en ce qui a trait aux poursuites pour l'infraction de relations sexuelles anales.

En appel, le ministère public plaidait principalement que la nécessité de protéger les jeunes gens contre les relations sexuelles anales pour des raisons de santé reliées à la transmission du VIH l'emportait sur la garantie de l'article 15 de la *Charte* à l'encontre de la discrimination. Dans un examen détaillé et cinglant des arguments du ministère public, la juge Abella a étayé son analyse sur l'article 15 et sur les motifs de l'âge, de l'état matrimonial et de l'orientation sexuelle. Selon elle, [traduction] «les risques pour la santé devraient relever du système de santé. L'ironie, c'est qu'un des effets bizarres d'une disposition visant à criminaliser les relations sexuelles anales consensuelles pour les adolescents est que l'éducation en matière de santé qu'on devrait leur donner pour les protéger contre un danger évitable risque d'être amoindrie, parce qu'elle peut être interprétée comme offrant aux jeunes gens des conseils sur une forme d'activité sexuelle à laquelle la loi leur interdit de participer... Il n'existe aucune preuve que la menace de l'emprisonnement protège les adolescents ou adolescentes contre les risques de relations sexuelles anales... Il n'y a pas de commune mesure entre les objectifs de santé clairement exprimés et les mesures

pénales draconiennes retenues pour les atteindre.» Les juges Goodman et Catzman furent également d'avis que l'article 159 était inconstitutionnel, mais ont préféré restreindre l'analyse de l'article 15 au motif de l'âge.

La Société canadienne du sida est intervenue en appel avec la *Coalition for Lesbian and Gay Rights in Ontario* et la *Canadian Foundation for Children, Youth and the Law*. La Société plaidait que la réponse appropriée résidait dans l'information ouverte, objective et factuelle, et que les interdictions pénales n'avaient pour effet que d'augmenter les occasions de transmission du VIH.

«Nous sommes très heureux de la décision rendue dans l'affaire *Carmen M.*», dit Russell Armstrong au nom de la Société. «L'argument du ministère public selon lequel l'article aidait à protéger les jeunes gens du VIH était faux et fondamentalement homophobe. Nous nous réjouissons que leur position ait été si énergiquement condamnée par la cour. La décision démontre également que le recours au Code criminel pour prévenir la transmission du VIH n'est clairement pas la bonne solution.»

Pourquoi le ministère public a-t-il cependant plaidé dans ces deux affaires que le droit criminel était nécessaire pour prévenir la transmission du VIH, malgré les preuves offertes par les agences qui travaillent au premier plan dans le domaine de la prévention de la transmission du VIH? Pourquoi le ministère de la Justice fédéral en appelle-t-il de la décision dans l'affaire *Halm*, considérant le jugement définitif de la Cour d'appel de l'Ontario dans *Carmen M.*? Les arguments des procureurs de la Couronne et la décision d'en appeler dans l'affaire *Halm* soulèvent de sérieuses inquiétudes en ce qui a trait à la coordination des réactions à l'épidémie aux niveaux fédéral et provincial. Des inquiétudes semblables peuvent se soulever concernant la consommation de drogues injectables, la prostitution et la transmission sexuelle du VIH. Faute de réforme du droit dans ces domaines, des directives sur le VIH/sida à l'intention des poursuivants, rédigées en collaboration avec des experts dans le domaine, pourraient constituer une solution intérimaire.

D'un côté, les gouvernements financent des campagnes visant à promouvoir chez les jeunes les relations sexuelles protégées; et de l'autre, ils intentent des poursuites et des appels coûteux, absurdes et inutiles qui font obstacle à ces campagnes. Nous avons besoin de leadership aux niveaux fédéral et provincial pour parvenir à des solutions juridiques et politiques sensibiles et coordonnées. Les lois visant à emprisonner des adolescents homosexuels ou ceux qui travaillent à leur éducation ne devraient avoir aucune place dans notre stratégie nationale VIH/sida.

- David Patterson

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

## NOTES

[1] *Halm c. Canada (Ministre de l'Emploi et de l'Immigration)*, [1995] FCJ n° 303 (24 février 1995).

[2] *R. v. Carmen M.*, (1992) 75 C.C.C. (3d) 556, 15 C.R. (4th) 368 (Cour de l'Ontario, Division générale), Cour d'appel de l'Ontario (25 mai 1995), inédit.

[Return to HOME PAGE](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

### Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995

---

#### **La Cour suprême se prononce sur les allocations pour conjoints de même sexe**

**Jim Egan et John Nesbit, qui vivent en couple depuis 47 ans, ont fait une demande d'allocation au conjoint en vertu de la *Loi sur la sécurité de la vieillesse* (L.R.C. (1985), ch. 0-9). Ils se sont vu refuser l'accès à l'allocation sous prétexte que la définition de «conjoint» telle que stipulée dans la *Loi* est limitée aux personnes «du sexe opposée».**

Egan et Nesbit ont contesté la validité constitutionnelle de cette décision en faisant valoir que la définition de personne «du sexe opposé» donnée au terme «conjoint» violait leur droit à l'égalité en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés*, et que la Charte impose l'inclusion des couples de même sexe dans la définition de «conjoint».

Il s'agissait de la première cause concernant la Charte plaidée devant la Cour suprême sur la reconnaissance des relations entre personnes de même sexe. La Cour a rendu son jugement le 25 mai 1995 ([1995] SCJ no. 43). L'«orientation sexuelle» n'est pas un des motifs de discrimination énumérés à l'article 15 de la *Charte*. Cependant, tous les juges ont conclu que l'«orientation sexuelle» devait être considérée comme un motif de discrimination analogue aux motifs existants, tels la race, le sexe, la religion, etc.

Cinq des juges de la Cour suprême (les juges Cory, Sopinka, Iacobucci, MacLachlan et L'Heureux-Dubé) ont statué que le refus de reconnaître les relations entre conjoints de même sexe constituait de la discrimination à l'égard des gais et lesbiennes, contrairement à l'article 15 de la *Charte*.

Toutefois, selon le juge Sopinka, même si le défaut du gouvernement de reconnaître ces relations était discriminatoire, cette disposition législative particulière pouvait être justifiée, parce que le gouvernement avait droit à une certaine déférence considérant les choix politiques difficiles qu'il doit faire, et qu'il pouvait également prendre du temps pour rendre progressivement ses lois conformes à la *Charte*.

Les quatre autres juges (le juge en chef Lamer, les juges Major, La Forest et Gonthier) ont conclu que la protection accordée par l'article 15 contre la discrimination au motif d'orientation sexuelle ne s'étendait

pas aux relations entre conjoints de même sexe.

## Commentaire

Bien que les appelants n'aient pas eu gain de cause dans cette affaire, la décision n'en représente pas moins un important pas en avant pour les gais et lesbiennes. Pour la première fois, la Cour suprême a statué que les lesbiennes et les gais sont protégés par les garanties d'égalité prévues par la *Charte*. De plus, la majorité des juges a statué que le refus de reconnaître les relations entre conjoints de même sexe est discriminatoire. Cela signifie que toutes les lois canadiennes qui ne traitent pas ce type de relations en toute égalité peuvent être contestées sur le plan constitutionnel: la Cour suprême a véritablement instauré une ère nouvelle en matière de poursuites. Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent accepter que chaque loi qui crée des inégalités entre relations hétérosexuelles et relations entre conjoints de même sexe est discriminatoire. Et les employeurs, tant du domaine public que de l'entreprise privée, qui refusent de leur accorder les mêmes avantages devront démontrer que la distinction repose sur des motifs d'intérêt supérieur pour ne pas engager leur responsabilité juridique selon les codes des droits de la personne.

- *John Fisher*

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

**[Return to HOME PAGE](#)**

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

**[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)**

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

### Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995

---

#### **La Cour de l'Ontario se prononce sur les adoptions par des conjoints de même sexe**

**Quatre couples de lesbiennes ont contesté la validité constitutionnelle de la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*. Le 9 mai 1995, le juge Nevins, de la Cour de justice de l'Ontario, a rendu un jugement oral invalidant la disposition qui empêchait quatre lesbiennes d'adopter légalement les enfants de leur partenaire.**

Les motifs écrits complets et détaillés ont été rendus publics le 24 mai 1995<sup>[1]</sup>.

La *Loi sur les services à l'enfance et à la famille* permet la présentation d'une demande visant l'adoption d'un enfant, soit par un individu ou, conjointement, par deux individus qui sont des «conjoints». Il n'y a pas de restriction quant au sexe ou à l'orientation sexuelle de la personne qui présente une demande individuelle. Toutefois, depuis 1984, la définition de «conjoint» que l'on retrouve dans le *Code des droits de la personne* de l'Ontario établit que les partenaires, qu'ils soient mariés ou non, doivent être de sexe opposé.

Dans le cas sous étude, tous les enfants concernés avaient été conçus par insémination artificielle au cours de la relation entre les membres de chacun des quatre couples. Les faits indiquent que [traduction] «à tous égards les relations des couples pouvaient être qualifiées de conjugales, en ce qu'elles présentaient toutes les caractéristiques usuelles d'une relation consacrée par le mariage». La question soumise à la cour était donc de savoir s'il existait un motif constitutionnel valide pour qu'une demande d'adoption faite par un couple homosexuel, dont l'un des membres est la mère biologique de l'enfant, qui vit en relation conjugale, ne puisse être acceptée comme étant dans le meilleur intérêt de l'enfant.

#### **Le meilleur intérêt de l'enfant**

Selon le juge Nevins, le meilleur intérêt de l'enfant est assuré quand les parents lui procurent un niveau de soins approprié, mais pas nécessairement parfait. «S'il était démontré que les parents homosexuels n'ont pas la capacité de s'occuper des enfants d'une façon considérée adéquate ou acceptable selon les normes de la société», l'homosexualité des parents pourrait en elle-même constituer un obstacle à

l'adoption. Il en serait de même si «le fait d'être élevé et soigné par des parents homosexuels était susceptible de causer des problèmes d'ordre physique, émotionnel, sexuel, psychologique ou social aux enfants à un degré plus important ou plus fréquent que chez les enfants présents dans la population en général.»

Après avoir analysé une considérable quantité de preuves d'experts, le juge Nevins est arrivé à la conclusion qu'il n'existait actuellement aucune preuve de cela. «Le modèle familial traditionnel représenté par un couple de parents hétérosexuels de classe moyenne dans lequel la femme s'occupe de la maison et l'homme a un emploi à temps plein est devenu minoritaire et n'est plus présumé, comme ce fut le cas pendant très longtemps, être la structure la plus favorable au sain développement de l'enfant.» Selon le juge Nevins, il existe maintenant plusieurs variétés de familles non traditionnelles et «l'orientation sexuelle des parents peut être considérée, au même titre que la race, la composition du ménage et le travail de la mère, comme une des nombreuses façons dont les familles se distinguent en fait du modèle traditionnel.»

On ne peut présumer que les enfants de parents gais ou lesbiennes seront très différents des enfants de parents hétérosexuels. Selon le juge Nevins, «les facteurs les plus importants dans le développement émotif d'un enfant se rapportent plus aux conflits dans les relations de couple qu'au genre de famille ou à sa structure.» De plus, en dépit de croyances stéréotypées à l'effet du contraire, «il n'y a pas de preuves que les relations gais et lesbiennes soient instables ou dysfonctionnelles ou que leurs enfants en seront homosexuels.» Rien n'indique que les enfants soient exposés à l'opprobre ou à du harcèlement qui seraient «nécessairement pires que pour d'autres formes possibles d'opprobre fondée sur la race ou l'ethnie.»

## **L'analyse de la cour selon l'article 15**

Le juge Nevins examina ensuite les allégations des requérants en ce qui a trait à l'analyse en trois temps relative à la disposition antidiscriminatoire de la *Charte* canadienne, l'article 15. Comme l'a proposé la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Andrews*, une analyse en trois étapes doit être entreprise pour déterminer si un droit a été violé contrairement à l'article 15(1) de la *Charte*. La première étape consiste à déterminer s'il y a distinction dans le contexte de l'article 15 (c'est-à-dire si la loi a créé entre le plaignant et d'autres personnes une distinction fondée sur des caractéristiques personnelles); la deuxième étape vise à déterminer si la distinction est discriminatoire, et la troisième à déterminer si la distinction, dans le cas où elle est discriminatoire, est justifiée<sup>[2]</sup>.

En l'espèce, il y a distinction dans le contexte de l'article 15. La disposition en question a pour effet de nier aux homosexuels l'un des droits à l'égalité protégés par l'article 15(1): la définition de «conjoint» a pour effet d'empêcher les homosexuels de présenter une demande d'adoption en tant que couple. «C'est un avantage considérable qui est refusé sur la base d'une caractéristique purement personnelle.» Puisque le juge Nevins considérait qu'il n'y a plus aucun doute que l'orientation sexuelle, bien qu'elle ne soit pas une des catégories énumérées à l'article 15, est une catégorie analogue qui mérite la même protection, il est passé à l'étape deux de l'analyse.

La distinction fut jugée discriminatoire parce qu'elle prive les requérantes des bénéfices, avantages et privilèges spéciaux inhérents à l'adoption. Examinant la nature juridique unique de l'adoption et les bénéfices substantiels qui y sont rattachés, et considérant le fait qu'on refusait aux requérantes le droit à l'examen du bien-fondé de leur demande pour la seule raison qu'elles sont homosexuelles, le juge Nevins a conclu qu'il ne pouvait imaginer un exemple plus flagrant de discrimination.

Cette discrimination est-elle justifiable? De l'avis du juge Nevins, elle ne l'est pas. L'objectif législatif poursuivi par les dispositions sur l'adoption vise la protection des meilleurs intérêts des enfants. Le fait de permettre l'adoption par des conjoints de même sexe aurait-il pour conséquence de contrecarrer les objectifs du gouvernement? C'est de loin l'aspect le plus crucial de l'arrêt: déterminer si le fait de permettre l'adoption par des conjoints de même sexe serait contraire aux meilleurs intérêts des enfants.

Selon le juge Nevins, les meilleurs intérêts des enfants sont servis lorsqu'ils sont élevés dans une famille qui offre amour et sécurité. A son avis, la Loi reconnaît déjà que les meilleurs intérêts des enfants ne sont pas seulement assurés par les familles soi-disant traditionnelles, puisqu'elle permet des adoptions par des partenaires hétérosexuels non mariés, de même que par des personnes seules.

Aucune preuve n'a été présentée indiquant que les couples homosexuels étaient incapables de procurer aux enfants un environnement chaleureux, sécuritaire et aimant. Le juge Nevins a souligné que la décision «ne doit pas être basée sur des conjectures, des préjugés et des craintes sans fondement, ou par réaction aux vociférations d'un segment isolé et mal informé de la communauté»:

«Quand on pense au nombre apparemment illimité d'enfants négligés, abandonnés et maltraités qui comparaissent quotidiennement devant nos cours dans des causes de protection, provenant tous de familles à structure «traditionnelle» avec des parents hétérosexuels, l'idée qu'il pourrait ne pas être dans les meilleurs intérêts de ces enfants d'être élevés par des parents affectueux, généreux et dévoués, qui se trouvent être lesbiennes ou gais, est proprement ridicule.»

Le juge Nevins conclut en disant que «la ligne tracée par la loi est irrationnelle, n'est fondée sur aucun intérêt social primordial, et constitue une atteinte totalement injustifiée à des droits spécifiquement protégés par la Charte.» On refuse complètement aux couples homosexuels le droit d'adopter des enfants, alors qu'il pourrait y avoir une multitude de mécanismes mis en place pour examiner le bien-fondé de chaque demande d'adoption. Un tel refus n'est pas justifiable.

Le juge Nevins a finalement décidé que le bien-fondé des quatre demandes d'adoption devait être examiné. De plus, il a statué que la définition de conjoint devait désormais être lue comme permettant aux personnes qui vivent en relation conjugale avec un partenaire de même sexe de présenter des demandes d'adoption.

- *Bruno Guillot-Hurtubise*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

## NOTES

[1] *In the matter of the Child and Family Services Act*, R.S.P. 1990, c. C-11, articles 136(1) et 146(2), [1995] O.J. N° 1425.

[2] *Andrews c. Law Society of British Columbia*, [1989] 1 R.C.S. 143.

[\*\*Return to HOME PAGE\*\*](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[\*\*Retour à la PAGE D'ACCUEIL\*\*](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

**Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995**

---

### **DROITS DE LA PERSONNE**

#### **Droits de la personne, prévention et soins: Montréal VIH 95**

**Comment se fait-il que les projets pilotes qui fonctionnent bien, en matière de prévention et soins du VIH/sida, ne soient pas répétés ou imités? Pourquoi, globalement, l'implication politique vis-à-vis du VIH/sida semble-t-elle avoir plafonné ou diminué en dépit du fait que l'épidémie continue de progresser? Que manque-t-il? Où est la pandémie? Et que faire?**

À la deuxième Conférence internationale sur la prise en charge extra-hospitalière des personnes vivant avec le VIH/SIDA, tenue à Montréal du 24 au 27 mai 1995, Jonathan Mann, du *François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights* de la *Harvard School of Public Health* de Boston, et David Roy, du *Centre de bioéthique* de l'Institut de recherches cliniques de Montréal, ont partagé leurs réflexions avec les participants, leur insufflant du même coup l'inspiration pour affronter ces questions.

Dans une vigoureuse allocution qui a donné le ton à la conférence, Mann a examiné "avec respect et tendresse" les expériences des dix dernières années de cette épidémie. Il a d'abord décrit la réaction initiale au phénomène — l'application du paradigme de santé publique axé sur le comportement individuel — en ajoutant qu'on a très rapidement observé que la crainte de discrimination avait incité les personnes les plus susceptibles d'être infectées à éviter le contact avec les organismes gouvernementaux, cliniques de santé et autres services. Le développement du "raisonnement de santé publique" pour prévenir la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida fut donc une initiative découlant de l'expérience pratique, plutôt qu'une concession accordée aux militants des droits de la personne ou un engagement idéologique des gens de santé publique vis-à-vis de ces droits.

Selon Mann, on ne réussira pas à contrôler la pandémie simplement en continuant de répéter ce qui a été fait jusqu'à maintenant. "Dans toute société, les personnes qui étaient déjà marginalisées, stigmatisées ou victimes de discrimination avant l'arrivée du sida, deviennent graduellement les plus exposées au risque de transmission du VIH. [...] On connaît déjà depuis longtemps la relation entre la manière dont la société et le gouvernement traitent les gens, et le risque de transmission du VIH ou le risque que la

qualité des soins soit inadéquate."

Mann remarquait qu'encore aujourd'hui il manque un vocabulaire commun qui nous permette de comparer nos expériences disparates et que, par ailleurs, nous craignons souvent que d'autres personnes utilisent à mauvais escient nos observations afin d'appuyer leur thèse que l'épidémie ne menace plus la population générale. Il a soutenu que le langage des droits de la personne — une réalité et un force considérables dans le monde moderne — constitue un outil pour articuler comment la violation des droits contribue à la vulnérabilité des personnes au VIH. Par exemple, les condoms et l'éducation ne suffisent pas à ralentir le rythme de propagation de l'infection chez les femmes: le problème central réside dans l'infériorité du rôle et du statut de la femme. Mann faisait remarquer qu'à Kigali, une femme infectée sur cinq n'a eu qu'un seul partenaire sexuel dans toute sa vie, et qu'au Maroc, 45% des femmes séropositives ont été infectées par leur mari. En outre, pour plusieurs femmes, il est nécessaire d'avoir plusieurs partenaires sexuels pour survivre: les unions sexuelles sont parfois la seule voie possible d'accès à l'éducation, au financement, crédit ou travail. Dans le cadre du mariage, la menace insidieuse que représente la violence physique ou le divorce, sans recours légal ou droits légaux sur la propriété, peuvent démunir une femme de tous ses moyens même si elle est consciente que son mari est séropositif.

Pour Mann, ces expériences personnelles et globales montrent qu'il manque une dimension réellement sociale dans l'approche actuelle vis-à-vis du sida: on ne se préoccupe pas des problèmes sociaux qui encadrent et définissent la vulnérabilité au VIH. Or, nous ne pouvons plus ignorer ce fait élémentaire: les principaux vecteurs de la santé sont de nature sociale. Le droit à la santé dépasse largement le droit d'accès aux soins médicaux: il s'étend aux conditions assurant que les gens puissent demeurer en santé. Les nouvelles approches en santé publique voient un lien inextricable entre société et maladie. Si le travail de santé publique ne s'attarde pas aussi à modifier les conditions sociales qui font entrave à la santé, l'impact de ses efforts sera insuffisant.

Mann disait avoir maintenant mieux compris pourquoi les gens au pouvoir permettent que les résultats de projets pilotes soit présentés à des conférences internationales, alors qu'ils ne supportent pas ou même bloquent leur mise en application sur le terrain: la promotion de la dignité et des droits humains représente en fait une menace pour ceux qui détiennent le pouvoir.

David Roy s'est pour sa part concentré sur le sujet de la justice en regard du VIH. Il a vivement dénoncé "l'exclusion éthique qui fait son chemin partout dans le monde" et l'émergence d'une génération naissante de leaders mondiaux qui dominent l'économie, les fonds et les ressources. Il a déploré cette éthique d'exclusion qui réduit les personnes à un rang regrettablement inférieur et accroît ainsi les différences en nous y rendant insensibles, en stigmatisant les personnes différentes et en nous permettant de les marginaliser, éventuellement de les excommunier.

Pour Roy, la clé de la victoire contre le VIH/sida réside dans la "compassion transcendante". Il a évoqué l'image tristement célèbre du jeune Soudanais marchant à quatre pattes vers un poste d'alimentation alors qu'un vautour le survole; il a parlé d'une prostituée séropositive en lutte contre sa dépendance à l'héroïne alors que des "hommes-vautours" l'observent; il a parlé d'un gai qui se meurt du sida dans un

hôpital de Montréal, abandonné, "excommunié" par sa famille, ses amis et son amant.

Roy a lancé un plaidoyer en faveur d'une éthique globale respectueuse des différences entre les personnes: "Le jour où l'on dépassera l'image dominante des humains comme maximisateurs de leurs intérêts personnels et de leur propre consommation, vers un éthos de solidarité globale où les liens entre les gens ne nécessiteront pas que leurs différences individuelles soient nivelées ou supprimées."

Jonathan Mann nous a donc livré la théorie et David Roy la flamme et la passion de changer les choses. Mais quelles actions concrètes pouvons-nous entreprendre pour aller vers cette nouvelle éthique globale? Dans un atelier intitulé "Promouvoir des politiques et réponses juridiques qui reflètent les droits de la personne", les participants se sont vu présenter deux initiatives d'organismes communautaires (l'une entreprise au Canada, l'autre au Sri Lanka), qui sont consacrées aux questions des droits de la personne, de l'éthique, des politiques et lois qui affectent la prévention et les soins liés au VIH. Ces deux exemples de liaison stratégique d'organismes non gouvernementaux offrent des modèles d'action concrète. Dr Malika Rani Ganasinghe a parlé du travail du *Front communautaire pour la prévention du VIH* qui, à Colombo (Sri Lanka), intervient en faveur des prostitué(e)s et des enfants pauvres. Le *Réseau juridique canadien VIH/sida* a aussi présenté un compte-rendu de son travail.

Les facteurs communs aux groupes à risque étant la pauvreté et le manque de pouvoir et de dignité, David Roy nous incite fortement à sortir de nos coquilles et à aller à la rencontre des "marginaux" pour les ramener dans le cercle. Et, dans les paroles de Jonathan Mann, nous prenons conscience de ce que la pandémie représente vraiment, nous voyons ce qui manque encore à notre action, ce qu'il faut faire.

- David Patterson

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

**[Return to HOME PAGE](#)**  
**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

**[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)**  
**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

**Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995**

---

### NOUVELLES CANADIENNES

#### **Projet conjoint identifie les priorités juridiques et éthiques liées au VIH/sida**

**Le *Bulletin* traitait, dans ses numéros de janvier et d'avril 1995, du projet conjoint du Réseau juridique canadien VIH/sida et de la Société canadienne du sida sur les questions prioritaires d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida. Depuis, la première phase du projet a été complétée et le travail s'est amorcé sur les huit principales questions identifiées.**

#### **Historique du projet**

«Nous devons pleinement exploiter le potentiel du droit pour promouvoir et appuyer d'autres stratégies liées au VIH/sida et, s'il le faut, changer les traditions et les valeurs qui mettent les gens en danger d'être infectés par le VIH.»<sup>[1]</sup>

Dès le début de cette épidémie, on a compris l'importance de la recherche éthique et juridique pour l'élaboration de réponses efficaces. Il est maintenant couramment reconnu que les violations des droits de la personne ont des effets sur la santé et qu'il y a un lien fondamental entre la promotion et la protection de la dignité et des droits de la personne, d'une part, et la protection de la santé, d'autre part:

- L'épidémie du VIH/sida a mis en évidence une nette tendance suivant laquelle la discrimination, la marginalisation, la stigmatisation, et - de façon plus générale - un manque de respect pour les droits de la personne et la dignité des individus et groupes accroissent la vulnérabilité des personnes exposées au VIH.
- Pour améliorer la qualité de vie des gens vivant avec le VIH/sida, il faut absolument établir un ensemble de règles juridiques et éthiques sur lesquelles ils pourront s'appuyer.
- Pareillement, pour que le réseau communautaire de personnes et organismes qui prennent soin des gens infectés et touchés par le VIH/sida puisse remplir son rôle, un tel

ensemble de règles est essentiel.

Jonathan Mann a souligné l'importance d'élaborer des réponses juridiques et éthiques au VIH/sida qui respectent les droits de la personne :

La crise du sida a amené plusieurs à constater que la santé et les droits de la personne sont intimement liés : le sida nous a montré le parallélisme entre la santé et les droits de la personne; nous avons découvert que les atteintes aux droits de la personne ont inévitablement des effets sur la santé et que pour pouvoir discuter sérieusement des questions relatives à la santé, il faut tenir compte des droits de la personne.

D'après Mann, dans le cadre des efforts pour empêcher l'infection à VIH et fournir de meilleurs soins et traitements à ceux qui sont touchés par la maladie, il y a au moins quatre raisons pour lesquelles la dignité et les droits de la personne doivent être protégés :

Premièrement, parce qu'il est juste de le faire; deuxièmement, parce que le fait d'empêcher la discrimination aide à accroître l'efficacité du programme de prévention du VIH; troisièmement, parce que la marginalisation accroît le risque d'infection à VIH; quatrièmement, parce que la seule manière dont une collectivité peut réagir efficacement au VIH/sida est d'exprimer le droit fondamental des gens de participer aux décisions qui les touchent.

Il est donc «essentiel et inévitable que nous nous inspirions des valeurs fondées sur les droits de la personne, l'éthique et l'humanitarisme en examinant... la manière d'élaborer les politiques et les programmes [relatifs au VIH/sida] dans les années 1990».[2]

## **Resultats de la phase I du projet**

Reconnaissant l'importance des questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida, le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida (SCS), avec l'appui financier de l'Unité de soins et de traitement du sida, Santé Canada, ont mené conjointement un projet de cinq mois afin 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. En particulier, les activités et initiatives suivantes ont été entreprises :

- Le coordonnateur du projet a répertorié les ressources existantes qui portent sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida, tant sur le plan national qu'international. Ces ressources ont été évaluées et elles sont énumérées dans une bibliographie annotée.

- Les principales questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida au Canada ont été évaluées et classées par ordre de priorité. Après plusieurs réunions avec des personnes vivant avec le VIH/sida, des représentants d'organismes communautaires, des avocats, des universitaires et des analystes de la politique gouvernementale qui oeuvrent dans le domaine du VIH/sida, on a établi une liste de huit sujets qui comprennent les questions d'ordre juridique et éthique jugées prioritaires dans l'immédiat par les personnes et les organismes consultés.
- Un plan détaillé pour la réalisation des ressources a été élaboré, y compris un plan complet de projet, une méthode détaillée du projet, un cadre d'évaluation du projet et une structure nationale de gestion du projet.
- Le coordonnateur du projet a identifié des personnes ressources (personnes vivant avec le VIH/sida, représentants d'organisations communautaires, avocats, universitaires et analystes de la politique gouvernementale) qui oeuvrent dans le domaine du VIH/sida et qui pourraient participer à l'élaboration des ressources documentaires. Il a rencontré ces personnes et les a consultées sur la faisabilité du plan proposé pour l'élaboration de ressources complètes.
- Le coordonnateur du projet est entré en rapport avec diverses organisations non gouvernementales, institutions et associations professionnelles, de même qu'avec des représentants de Justice Canada pour obtenir leur appui au projet. Plusieurs l'ont accordé et se sont dits intéressés à y participer.
- Une enquête bibliographique et une bibliographie annotée ont été rédigées. Vu la courte durée de la première phase du projet, et l'abondance des ouvrages qui traitent les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida, on n'a pas tenté d'établir une bibliographie annotée complète. Cependant, on espère que l'enquête bibliographique et la bibliographie annotée aideront les gens au Canada et à l'étranger qui s'intéressent aux questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH et qu'elles serviront de base pour la production de ressources complètes.

## **Les huit questions prioritaires**

On a demandé à chacune des personnes consultées — plus d'une soixantaine — d'identifier les questions prioritaires d'ordre juridique et éthique qu'il y avait lieu de traiter dans une deuxième phase du projet. Les huit questions suivantes «de priorité absolue» ont été identifiées à partir des critères suivants : la fréquence à laquelle elles ont été mentionnées comme priorité; la priorité que leur ont donnée les personnes consultées; et la disponibilité et l'accessibilité des ressources relativement à une question en particulier, ou le manque de ces ressources.

- **Tests de dépistage et confidentialité** : bien que plusieurs documents aient été produits sur les questions liées aux tests de dépistage et à la confidentialité au Canada à la fin des années 1980 et au début des années 1990, un grand nombre de questions demeurent non réglées ou doivent être réexaminées. En particulier, on a l'impression que de plus en plus de tests de dépistage du VIH sont effectués sans le consentement des intéressés; que dans bien des cas, les gens, séropositifs ou non, ne reçoivent pas de counseling adéquat ou n'en reçoivent pas du tout. De plus, on est loin d'avoir réglé les questions relatives à l'accès aux tests de dépistage anonymes et, surtout pour les femmes, aux tests de dépistage en général. En outre, les tests de dépistage obligatoires ont souvent été proposés pour certains groupes de la population.
- **Discrimination** : les personnes vivant avec le VIH/sida et celles qui sont touchées par la maladie sont encore victimes de discrimination injustifiée dans plusieurs sphères de leur vie: emploi, logement, accès aux services, etc. Ceci n'est pas réflété par le nombre de plaintes reçues par les commissions des droits de la personne à travers le Canada parce qu'il semble que ces dernières soit considérées par plusieurs comme inefficaces et sans effet. Les personnes vivant avec le VIH/sida manquent souvent d'information sur les moyens d'accès au système de justice et les demandes de compensation pour les injustices qu'ils subissent.
- **Accès aux soins et aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida** : les problèmes sont nombreux auxquels font face les personnes infectées pour avoir accès à des soins et à des traitements de qualité : du simple refus de traitement jusqu'à son inaccessibilité dans certaines régions du Canada, en passant par l'accès limité aux essais cliniques pour certains groupes de la population.
- **Questions d'ordre juridique intéressant les gais et les lesbiennes** : personne ne conteste le lien entre la discrimination contre les gais et lesbiennes, et leur plus grande susceptibilité à contracter le VIH. C'est dans ce contexte que prennent une dimension troublante, d'une part le refus des systèmes scolaires de fournir une éducation plus positive et objective sur l'homosexualité et les gais et lesbiennes, et d'autre part la réticence à reconnaître juridiquement l'existence des rapports entre deux hommes ou deux femmes.
- **Criminalisation de la transmission du VIH** : en janvier 1995, le ministre fédéral de la justice, Allan Rock, a annoncé qu'il examinait la possibilité de modifier le *Code criminel* pour criminaliser la transmission du VIH. Il est couramment admis qu'il faut examiner d'urgence cette question pour élaborer une approche cohérente et éclairée face au comportement de ceux qui mettent sciemment autrui en danger de contracter le VIH.
- **Questions d'ordre juridique soulevées par le VIH/sida dans les prisons** : voir infra.
- **Lois sur les drogues** : le taux d'infection à VIH parmi les consommateurs de drogue par

injection augmente de façon régulière et plusieurs craignent qu'ils n'atteignent des niveaux aussi élevés que ceux observés dans certains centres aux États-Unis et en Europe. Pour éviter cette situation, plusieurs suggèrent que l'on modifie les lois et les politiques actuelles en matière de drogue.

- **Lois et politiques réglementant la prostitution** : les propositions pour modifier les politiques et les lois actuelles sur la prostitution n'ont pas reçu beaucoup d'attention au Canada. Généralement, les femmes et hommes qui se prêtent à la prostitution ont été considérés comme des vecteurs de transmission plutôt que des gens qui, pour plusieurs motifs, y compris d'ordre juridique, sont susceptibles de contracter le VIH.

## **Phase II du projet**

Grace à l'appui financier reçu de l'Unité de soins et de traitement du sida, Santé Canada, le travail sur la phase II du projet a débuté en juin 1995. Dans cette phase, chacune des huit questions prioritaires seront examinées d'une façon approfondie, et des documents de ressource seront créés à la suite d'un processus d'élaboration communautaire. On procédera comme suit:

- **Documents de travail**

On sélectionnera des personnes pour rédiger des documents de travail initiaux portant sur les questions jugées prioritaires. Chaque personne recevra un mandat détaillé et sera chargée de rédiger un document complet identifiant les principales questions d'ordre juridique et éthique que soulève son sujet particulier.

- **Sollicitation de commentaires**

Des personnes choisies provenant de divers milieux seront chargées de commenter par écrit les documents de travail. Ceux-ci seront également distribués à une échelle plus large, pour commentaires, comme on l'a fait pour le document de travail du Comité d'experts sur le sida et les prisons.

- **Ateliers**

Enfin, une série d'ateliers nationaux sera organisée pour traiter des principales questions d'ordre juridique et éthique. L'échantillonnage de participants sera représentatif des groupes et particuliers intéressés ou touchés par les questions d'ordre juridique et éthique abordées par le projet. Il y aura notamment des personnes vivant avec le VIH/sida, des représentants d'organisations communautaires qui s'intéressent au sida (surtout celles qui fournissent des services juridiques), des universitaires, des avocats qui exercent dans le domaine du VIH/sida, ainsi que des analystes de la politique du gouvernement et des conseillers du gouvernement. Chaque atelier portera spécialement sur une ou plusieurs des huit questions d'ordre juridique et éthique identifiées par l'initiative de développement.

Lors des ateliers, on demandera aux participants de formuler leurs critiques et commentaires sur les documents de travail et sur les commentaires des commentateurs principaux et autres particuliers et organisations. Les ateliers ont pour but de réunir des personnes et des organisations de différents milieux afin de discuter des questions, d'échanger leurs points de vue et, si possible, d'en arriver à un consensus sur la manière de traiter une question particulière d'ordre juridique et éthique soulevée par le VIH/sida. Les ateliers auront pour but de faire avancer les connaissances et la réflexion sur ces questions et de trouver des solutions qui permettront au Canada de mieux prévenir la transmission du VIH et de mieux soigner les personnes touchées.

### **• Publication des ressources documentaires**

Le produit final de ce processus sera un document ressource bilingue qui examinera en détail les principales questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida. Ce document représentera l'ensemble des points de vue sur les questions choisies, il comprendra des listes de référence détaillées et constituera un outil critique utile à la réforme du droit et aux décisions juridiques et politiques prises à tous les niveaux.

### **Questions d'ordre juridique soulevées par le VIH/sida dans les prisons**

Au cours de l'été, l'activité du Projet sera concentrée sur les questions juridiques liées au VIH/sida dans les prisons. Les questions soulevées par le VIH/sida dans les prisons ont été étudiées en profondeur au Canada, notamment par le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP). Néanmoins, les particuliers et les organisations consultés pendant la phase I du projet ont constamment indiqué que les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida dans les prisons demeurent une priorité au Canada, pour divers motifs dont: (1) la réticence du Service correctionnel du Canada à appliquer certaines des recommandations les plus importantes du CESP, en l'occurrence la mise sur pied d'un projet pilote de distribution d'aiguilles dans au moins une prison<sup>[3]</sup>; (2) le fait que le CESP n'ait pas abordé certaines questions légales, comme la possibilité que les systèmes carcéraux soit tenus responsables de la transmission du VIH dans les prisons; (3) la manifestation récente de transmission du VIH dans une prison en Écosse; (4) et des études montrant des taux alarmants d'infection à l'hépatite C parmi les détenus au Canada et ailleurs. Vu la recherche déjà poussée sur le sujet du VIH/sida dans les prisons au Canada, cette partie du projet se limitera à l'examen des questions d'ordre juridique et éthique, aspects qui n'ont pas été étudiés en détail jusqu'à maintenant.

### **Pour plus de renseignements...**

Veuillez prendre contact avec le coordonateur de projet, Ralf Jürgens, pour toute information supplémentaire et/ou pour obtenir copie du Rapport de projet, de l'enquête bibliographique ou de la bibliographie annotée (en français ou en anglais): téléphone (450) 451-5457; télécopieur (450) 451-

5134; courrier électronique: [ralfj@aidslaw.ca](mailto:ralfj@aidslaw.ca)

- Ralf Jürgens

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

## NOTES

[1] Hamblin, J., «The Role of the Law in HIV/AIDS Policy», *AIDS*, 1991, 5 (supplément 2), p. S239 à S243.

[2] Mann, J.M., «Human Rights and Priorities for HIV/AIDS Prevention and Care in the 1990s», dans *Rights and Humanity, Global Expert Meeting, AIDS : A Question of Rights and Humanity*, présentations et documents de travail des participants (La Haye, 21 au 24 mai 1991).

[3] Voir R. Jürgens, «Une guerre contre les drogues, non contre le sida: réponse du SCC au rapport du CESP», *Bulletin canadien VIH/sida et Droit*, vol. 1, no 1 (octobre 1994).

[Return to HOME PAGE](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

### Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995

---

#### **Clinique juridique pour les personnes vivant avec le VIH/sida: défis et succès**

**Les personnes vivant avec le VIH/sida dans la région d'Ottawa-Carleton peuvent recevoir des conseils juridiques et être représentées sans frais par un avocat. En 1989, la Clinique juridique communautaire de l'université d'Ottawa et le Comité du sida d'Ottawa reconnaissaient la nécessité de rendre accessibles des services juridiques aux personnes vivant avec le VIH/sida dans leur région. Ils ont travaillé ensemble à l'élaboration d'un programme destiné à satisfaire ce besoin dans la communauté. La Clinique juridique pour les personnes vivant avec le VIH/sida (la Clinique) est le fruit de cet effort de collaboration.**

#### **L'organisation de la Clinique**

La Clinique est l'une des sept divisions de la Clinique juridique communautaire de l'université d'Ottawa. Son personnel se compose d'étudiants de la section de Common Law de la faculté de droit de l'université d'Ottawa, sous la supervision d'un avocat qui travaille à la Clinique. La Clinique a un bureau au sein du Comité du sida d'Ottawa, de façon à être plus accessible et à assurer la confidentialité de l'état de santé des clients. Les étudiants choisis pour travailler dans cette division sont sélectionnés selon leurs connaissances des questions relatives au VIH/sida et leur sensibilité à celles-ci.

Étant donné que le personnel de la Clinique se compose d'étudiants, les types de causes dont la division peut se charger sont restreints. Par conséquent, on tient à jour une liste d'avocats de la région Ottawa-Carleton qui sont spécialisés dans certaines domaines du droit, conscients des questions relatives au VIH/sida et sensibles à celles-ci. La Clinique est néanmoins en mesure de représenter et de conseiller de 30 à 50 clients chaque année.

#### **Problèmes de discrimination: les commissions des droits de la personne**

Au cours des dernières années, la division a acquis des compétences à l'égard de certains problèmes qui touchent les personnes vivant avec le VIH/sida. A cause du haut degré d'intolérance et de peur dans la communauté concernant le VIH et le sida, la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le

VIH/sida demeure un problème sérieux. Par conséquent, une partie importante du travail de la division consiste à aider les clients à rédiger des plaintes destinées aux commissions des droits de la personne de l'Ontario et du Canada. La Clinique peut également représenter les clients pendant les procédures d'enquête sur la plainte. Ceci est important parce que, bien que les commissions ontarienne et canadienne aient des politiques visant à accélérer le traitement des plaintes dans le cas de plaignants vivant avec le VIH/sida, ces politiques sont souvent ignorées par les commissions. Il est fréquent que des délais importants soient occasionnés dans le traitement des plaintes. La Clinique tente activement de faire prendre conscience aux commissions des conséquences des délais dans le traitement d'une plainte soumise par une personne vivant avec le VIH/sida. La division s'assure également que les plaintes de ses clients sont traitées le plus rapidement possible.

## **Questions d'emploi**

La Clinique a représenté des clients qui formaient des plaintes pour violation des droits de la personne contre des banques, les forces armées et d'autres employeurs. Les intimés avaient congédié leur employé séropositif. Nous avons remarqué que les employeurs deviennent de plus en plus raffinés et subtils dans leurs pratiques discriminatoires. Par conséquent, les plaignants qui ne sont pas représentés sont souvent désavantagés, parce que les commissions débordées rejettent plus facilement une plainte au stade préliminaire quand la pratique discriminatoire est subtile.

## **Discrimination dans la prestation de services**

Outre la discrimination dans l'emploi, la Clinique a également représenté plusieurs clients qui avaient été victimes de discrimination en tentant d'obtenir des services. Un problème particulier à plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida à Ottawa est la discrimination qu'elles subissent de la part de leur médecin ou dentiste.

Plusieurs médecins semblent avoir encore l'impression qu'il est de leur devoir d'identifier les porteurs possibles du VIH. Certains font donc passer des tests à leurs patients sans leur consentement, s'ils appartiennent à un soi disant groupe «à haut risque». La Clinique considère que cette pratique est discriminatoire, parce que l'appartenance d'un patient à un tel groupe ne lui retire pas son droit de décider des traitements à faire subir à son corps. Dans un cas intéressant un médecin, la division allègue que le changement de traitement ordonné par un médecin à son patient, une fois qu'il a été établi que ce dernier était infecté par le VIH, était discriminatoire. Le médecin avait décidé unilatéralement de modifier une importante intervention chirurgicale (une greffe) sans obtenir préalablement le consentement de son patient.

Certains dentistes ont également adopté des attitudes discriminatoires envers leurs clients séropositifs. Dans un cas, la Clinique représentait un client que son dentiste avait refusé de traiter après avoir appris son état. La division a pu négocier avec le dentiste un règlement de 5 000\$ pour compenser les dommages moraux soufferts par le patient. Dans un autre cas, actuellement devant la Commission ontarienne des droits de la personne, une dentiste portait des vêtements excessivement protecteurs

pendant qu'elle traitait un patient vivant avec le VIH. Elle portait un masque protecteur, des lunettes, des gants, deux blouses chirurgicales, des jambières et des bottines en papier pour traiter le patient. Outre la plainte concernant la violation des droits de l'homme, une plainte avait également été déposée auprès de l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario. L'Ordre a jugé que la preuve concernant le masque protecteur, les lunettes, les gants, les jambières et les bottines n'était pas concluante, mais il a retenu le fait qu'elle avait revêtu deux blouses chirurgicales. Le comité des plaintes en a conclu que la dentiste avait traité le patient de façon discriminatoire. Cette décision est très significative, parce que le comité des plaintes a accordé beaucoup de poids au fait plutôt insignifiant que la dentiste portait deux blouses (considérant le port du masque protecteur, des jambières et des bottines, qui était beaucoup plus flagrant). Le comité des plaintes a décidé que la dentiste devait être réprimandée pour avoir ignoré les précautions universelles recommandées par l'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario.

La Clinique représente également *Living Room*, un centre d'accueil pour les personnes vivant avec le VIH, qui a formé une plainte pour violation des droits de la personne contre un service de blanchissage. Le service de blanchissage s'était engagé auprès de *Living Room* par contrat écrit à faire la lessive pour le centre d'accueil, qui utilisait des draps et des taies d'oreiller pour un lit servant à des massages thérapeutiques. Le service de blanchissage mit fin au contrat quand ses employés refusèrent de nettoyer du «linge contaminé». La Clinique plaide que les employeurs ont l'obligation d'éduquer leurs employés et de ne pas céder devant leurs peurs irrationnelles et leurs préjugés.

## **Prescriptions**

La Clinique examine actuellement les conséquences d'une application stricte des délais de prescription, quand des plaintes pour violation des droits de la personne sont portées par des personnes qui viennent de recevoir un diagnostic de séropositivité. L'alinéa 34(1)d) du *Code des droits de la personne* de l'Ontario impose une prescription de six mois, à moins que la Commission ne soit satisfaite que le plaignant est de bonne foi et que le délai ne cause préjudice à aucune des personnes concernées. La Commission a une nouvelle politique visant l'application stricte de cette disposition, à moins de circonstances exceptionnelles. Les personnes qui apprennent qu'elles sont infectées par le VIH sont souvent en état de choc pendant une longue période après le diagnostic. Il est possible qu'elles ne soient pas en mesure de réagir à une violation de leurs droits pendant un temps considérable. Dans certains cas, le délai de prescription est écoulé avant que la personne ait surmonté son choc et son refus initial. Si les commissions ne permettent pas certains accommodements en ce qui a trait aux délais de prescription, cela même pourrait constituer de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida.

## **Maintien du revenu**

La Clinique a également acquis des compétences dans divers autres domaines. Le maintien du revenu est une question importante pour les personnes vivant avec le sida. Souvent les revenus diminuent à mesure que la maladie progresse. L'aide sociale devient souvent une nécessité. Cependant, à une époque de restrictions financières et de ressources limitées, les autorités sont de plus en plus réticentes à accorder des avantages à un groupe composé d'un si grand nombre de jeunes. La Clinique a réussi à obtenir de la

Commission de révision de l'aide sociale une déclaration d'admissibilité aux prestations d'allocations familiales dans un cas où le directeur du maintien du revenu avait refusé d'accorder des prestations à un jeune homme vivant avec le VIH. De plus en plus de clients ont besoin d'aide en ce qui a trait à des problèmes de maintien du revenu.

## Causes civiles

La division a également représenté avec succès des personnes vivant avec le VIH dans des causes civiles à la cour des petites créances. Dans un cas, elle a plaidé avec succès que la conduite du défendeur avait causé à son client un stress excessif qui avait aggravé son état. Des dommages exemplaires furent accordés en conséquence.

## Relations entre locataire et propriétaire

Des membres de la division ont également aidé des clients aux prises avec des problèmes de relations entre propriétaire et locataire. Dans un cas, par exemple, un client vivant avec le VIH habitait un logement infesté de coquerelles. Par ailleurs, un radiateur coulait, ce qui faisait pourrir le plancher. La division a plaidé avec succès que ces conditions constituaient un risque additionnel pour une personne vivant avec le VIH, et une diminution rétroactive du loyer fut obtenue. Nous travaillons activement à prévenir les évictions, au moyen du *AIDS Housing Group of Ottawa*. Nous avons l'intention de faire valoir que les conséquences d'une éviction pour une personne vivant avec le VIH/sida sont plus sérieuses que pour les autres. En particulier, le fait d'être sans abri et de vivre dans des refuges peut avoir pour conséquence d'exposer les personnes vivant avec le VIH/sida à de nombreuses maladies opportunistes susceptibles de leur être fatales.

## Questions d'orientation sexuelle

Nous offrons également de l'aide aux avocats qui ont des causes pouvant sérieusement toucher nos clients, mais qui ne sont pas directement reliées au statut sérologique du client. Quand nous avons ouvert la Clinique, nous avons pris conscience du fardeau additionnel que la discrimination pour le motif d'orientation sexuelle imposait à nos clients. Nous avons donc participé activement à deux litiges concernant les «droits des gais» : nous avons aidé à faire proclamer la journée de fierté des lesbiennes et des gais à Ottawa et nous avons travaillé pour obtenir l'inclusion de l'orientation sexuelle dans la *Loi canadienne sur les droits de la personne* dans la cause de *Haig et Birch*<sup>[1]</sup>. Un de nos étudiants a fait quelques recherches pour la Commission canadienne des droits de la personne dans l'affaire *Thwaites*<sup>[2]</sup>.

## Réforme du droit

Nous nous intéressons aussi aux problèmes de réforme du droit. Dans ce sens, nous avons présenté au CRTC un mémoire sur l'effet des messages haineux sur les personnes vivant avec le VIH. D'une manière plus importante, nous avons apporté notre soutien au Comité du sida d'Ottawa pour obtenir que les ordonnances prévues à l'article 22 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* soient traitées

différemment (en vertu de l'article 22, un médecin-hygiéniste peut, au moyen d'un ordre écrit, exiger d'une personne qu'elle prenne ou s'abstienne de prendre les mesures précisées dans l'alinéa (2) à l'égard d'une maladie transmissible. Ces mesures comprennent l'obligation de se comporter de façon à ne pas exposer autrui à la contamination).

## Éducation juridique communautaire

Les membres de la Clinique, outre les causes dont ils s'occupent, jouent un rôle important dans l'éducation juridique communautaire. La division donne des conférences sur le thème du VIH et du droit, à l'intention de groupes communautaires. Les membres préparent également des dépliants sur divers sujets importants pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Finalement, la division a récemment organisé une conférence très suivie (VIH: nos vies, nos droits) pour les personnes vivant avec le VIH et celles qui leur fournissent des services.

## Conclusion

Le travail accompli par la Clinique est important. Sans ce service, bien des gens vivant avec le VIH/sida ne seraient pas en mesure d'obtenir des conseils juridiques ou de se faire représenter. Les étudiants qui travaillent à la division, le conseil de révision de la clinique et le personnel du Comité du sida d'Ottawa forment un groupe engagé de personnes qui ont pour objectif d'offrir des services essentiels à la communauté séropositive d'Ottawa-Carleton.

- David Bennett, Marc Chénier et Jane Northey\*

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

## NOTES

[1] *Haig & Birch c. Canada (Procureur général)*, (1992) 5 O.R. (3d) 245 (Div. gén.), infirmé en partie (1992) 9 O.R. (3d) 495 (C.A.).

[2] *Thwaites c. Forces armées canadiennes*, (1992) 5 CLLC 17040. Voir aussi R. Ellis, P. Engelmann, «Le VIH/sida et les forces armées au Canada», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, n° 3 (avril 1995), p. 1, 14-15.

\*. La Clinique souhaite souligner tout particulièrement la participation des étudiants suivants, dont l'initiative et l'enthousiasme lui ont permis de se développer avec succès: Patti Strong, Bruce Steadman, Ruth Carey, Peter Douglas, Karen Bastow, Marc Chénier et Jane Northey. Michael Smith, ancien membre du Comité du sida d'Ottawa, mérite également d'être cité pour son aide et sa patience aux premiers stades du développement de la Clinique.

[Return to HOME PAGE](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

## **Bulletin canadien VIH/sida et droit**

**Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995**

---

### **NOUVELLES INTERNATIONALES**

#### **Asie/Pacifique: ateliers régionaux de formation sur le droit relatif au VIH et sa réforme**

**Pendant la première moitié de 1995, le Bureau régional pour l'Asie et le Pacifique du Programme de développement de l'ONU a tenu trois ateliers sur le droit lié au VIH/sida et sur la réforme juridique.**

Les ateliers ont eu lieu à Colombo (Sri Lanka), Beijing (Chine) et Suva (Fidji) et visaient à rassembler les représentants de programmes nationaux en matière de VIH, des professionnels du droit et des gens qui oeuvrent pour le sida dans un contexte non gouvernemental, afin de discuter du rôle du droit dans la prévention et les soins en regard du VIH/sida.

#### **Réseaux VIH/sida en Europe centrale et de l'Est**

**Le Bureau régional européen de l'Organisation mondiale de la santé commandite lui aussi des ateliers sur le VIH, le droit, l'éthique et les droits de la personne.**

Des ateliers ont été tenus en Lettonie et en Moldavie, en avril et mai 1995; un troisième est prévu en octobre, au Kazakhstan. La législation héritée des régimes déchus d'Europe centrale et de l'Est omet, sur plusieurs plans, les aspects fondamentaux du contrôle de la propagation du VIH/sida. Les ateliers ont pour but de sensibiliser les élaborateurs de politiques à l'importance du droit et des droits de la personne dans les politiques relatives au VIH/sida, et à encourager le développement de réseaux nationaux sur ces questions.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

[Return to HOME PAGE](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

### Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995

---

#### **ONU: programme de formation en droit, éthique, droits de la personne et VIH**

**En avril 1995, le Programme développement et VIH du Programme de développement des Nations-unies a tenu à New York un atelier à l'intention de personnes de secteurs non-gouvernementaux, afin de les supporter dans la promotion de réactions communautaires et nationales qui aideront leurs communautés respectives à mieux surmonter l'épidémie du VIH.**

Les mesures d'ordre juridique et éthique constituaient le centre du sujet et l'emphase était placée sur le développement de réseaux. Plutôt que de s'attarder à des questions isolées, on a mis l'accent sur le processus de changement et le rôle des participants en tant qu'agents de ce changement tant dans leurs communautés immédiates que dans leurs régions.

L'augmentation des capacités nationales, via la création de réseaux sur les aspects éthiques, juridiques et des droits de la personne en regard du VIH, a été identifiée comme la clé de ce processus. Idéalement, de tels réseaux seraient des organismes flexibles et non-hiérarchiques, qui incluraient des gens de disciplines et domaines variés. On a insisté sur la grande importance d'y impliquer, en tant que partenaires égaux, des personnes vivant avec le VIH/sida et les groupes particulièrement affectés.

Les participants provenaient surtout des régions de l'Afrique, de l'Asie et du Pacifique, ainsi que de l'Amérique du Sud et des Caraïbes. L'Europe de l'Est (Pologne) était aussi représentée. En se concentrant sur le processus de changement, davantage que sur le contenu des lois et politiques, l'atelier faisait le lien entre des sphères habituellement disjointes (théorie et pratique), ce qui a inspiré aux participants des moyens accessibles et réalistes de mettre en place des réponses juridiques et éthiques respectueuses des droits de la personne.

- *David Patterson*

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

[\*\*Return to HOME PAGE\*\*](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[\*\*Retour à la PAGE D'ACCUEIL\*\*](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

### Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995

---

#### EUTHANASIE

#### Énoncé de position approuvé concernant le suicide assisté

**Le *AIDS Committee of Toronto* a approuvé un énoncé de position sur le suicide assisté le 18 mai 1995.**

Nous présentons ici une traduction de l'énoncé. Pour plus d'information, communiquez avec Joan Anderson, ACT, 399 rue Church, 4e étage, Toronto, M5B 2J6.

Le *AIDS Committee of Toronto* (ACT) est un organisme communautaire à but non lucratif qui offre soutien, éducation et assistance aux personnes vivant avec le VIH/sida et à celles qui sont touchées par le VIH/sida.

L'ACT procure aux hommes et femmes vivant avec le VIH/sida des services directs destinés à accroître leur indépendance et à favoriser leur dignité. S'appuyant sur un modèle de promotion de la santé, l'ACT favorise également la santé et le bien-être de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida.

L'article 241 du *Code criminel* canadien interdit l'assistance au suicide. Toute personne qui conseille à une autre de se suicider, ou qui aide une autre personne à se suicider, que le suicide en résulte ou non, est passible d'une peine maximale de quatorze ans d'emprisonnement. L'ACT s'est engagée à respecter toutes les lois du Canada, et elle le fait dans tous les services qu'elle offre. Toutefois, l'ACT a également pour vocation de promouvoir les intérêts des personnes vivant avec le VIH/sida, et ce rôle l'amène à croire que l'article 241 du *Code criminel* devrait être modifié.

Grâce à des services et à des traitements médicaux adéquats, les personnes vivant avec le VIH/sida mènent des vies saines et productives. Avec un soutien adéquat, même celles qui sont malades ont encore la possibilité de maintenir une qualité de vie raisonnable. L'ACT croit que les personnes vivant avec le VIH/sida ont le droit d'avoir accès à toutes les ressources nécessaires pour leur permettre de maintenir une bonne qualité de vie.

L'ACT croit également au droit fondamental au libre arbitre pour les personnes vivant avec le VIH/sida, incluant le droit de consentir au traitement ou de le refuser, et le droit de mourir dans la dignité. L'ACT reconnaît également que la plupart des personnes atteintes du sida qui bénéficient de services adéquats et d'un traitement approprié de la douleur ne choisiront pas d'avoir recours au suicide assisté. Toutefois, l'ACT croit que si une personne atteinte du sida, en toute clarté d'esprit et de son propre gré, choisit le suicide assisté, elle devrait avoir la possibilité de recourir à cette option. Selon l'ACT, la loi actuelle qui prohibe le suicide assisté devrait être modifiée.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

[Return to HOME PAGE](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

**Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995**

---

### ÉVÉNEMENTS PROCHAINS

#### **Neuvième Congrès annuel de la Colombie-Britannique sur le VIH/sida (Vancouver, 5-7 novembre 1995)**

Chaque année, la Division de l'éducation permanente interdisciplinaire de l'Université de Colombie-Britannique est l'hôte d'une importante conférence sur le sida, à l'intention des professionnels de la santé. Cet événement réunit des personnes-ressources de toute l'Amérique du nord qui viennent échanger les plus récentes connaissances sur la propagation du VIH/sida, la prévention, l'assistance et le traitement des personnes infectées, des personnes à risque, et de leurs familles.

Coprésidé encore cette année par Irene Goldstone, directrice du Service d'évaluation des soins et de l'éducation professionnelle pour le *B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS*, et par Rick Marchand, directeur exécutif de *AIDS Vancouver*, le congrès sera axé sur le thème "Usage de drogues et VIH/sida". Plusieurs conférenciers aborderont les nombreuses questions soulevées par la consommation de drogues dans le contexte du VIH, y compris les lois en matière de drogues et leur impact sur la propagation du virus.

L'un des ateliers du congrès sera entièrement consacré aux questions juridiques et éthiques relatives au VIH/sida. Il présentera une mise à jour, offrant une occasion de discussion sur les questions prioritaires en matière de droit et d'éthique soulevées par le VIH/sida au Canada pendant la seconde moitié des années 90. On y abordera plus particulièrement les aspects touchant l'accès aux soins et au traitement, la discrimination, et la criminalisation de la transmission du VIH.

Renseignements supplémentaires: *Continuing Education in the Health Sciences, University of British Columbia* — téléphone (604) 822-2626 / télécopieur (604) 822-4835; appels sans frais de l'intérieur de la Colombie-Britannique (1-800) 663-0348.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

[Return to HOME PAGE](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**

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

### Volume 1 Numéro 4 - Juillet 1995

---

#### Premier Atelier national VIH/sida et prisons

**Mis sur pied par le *Réseau de soutien et d'action des prisonnier(ère)s atteint(e)s du VIH/sida (PASAN)* et rendu possible grâce à l'apport financier de Santé Canada et du Service correctionnel du Canada, cet atelier aura lieu à Kingston du 18 au 20 août 1995.**

L'Atelier a comme objectifs de cerner les questions spécifiques entourant le VIH/sida dans les prisons et auprès des communautés reliées au milieu carcéral; élaborer des solutions à ces questions et développer un plan d'action précis; réduire le risque de transmission du VIH dans les pénitenciers; et assurer aux détenus vivant avec le VIH/sida une transition plus sécuritaire vers la communauté lors de leur libération.

Sont invités à participer, les personnes vivant au Canada avec le VIH/sida (ou affectées par lui) et qui sont (ou ont été) sous la surveillance du Service correctionnel du Canada, ainsi que les individus ou organismes oeuvrant auprès de ces personnes.

L'une des plénières et plusieurs petits groupes de travail y seront dévolus à l'analyse de questions légales pertinentes au sujet. Plus particulièrement, la plénière intitulée "Les politiques carcérales et la politique" présentera une approche fondée sur le modèle de réduction des dangers ("harm reduction"), en regard des relations sexuelles et de la consommation de drogues en prison. On y procédera à l'analyse critique de la politique canadienne en matière de drogues, tout en évaluant son impact sur la propagation du VIH en milieu carcéral. On y abordera aussi les questions de l'accessibilité de condoms, d'eau de Javel, d'aiguilles stériles et de méthadone dans les prisons: les détenus ont-ils droit aux moyens de se protéger contre la transmission du VIH et d'autres maladies dans les prisons? Les systèmes carcéraux pourraient-ils être contraints de fournir des condoms, de l'eau de Javel et des aiguilles stériles? Peut-on et devrait-on utiliser le recours à la justice afin de parvenir à modifier les politiques?

D'autres questions feront l'objet de groupes de travail. Entre autres, la légalité du dépistage des drogues en prison, le dépistage de l'anti-VIH et la confidentialité, et la libération anticipée ou pour raisons humanitaires de détenus atteints du sida.

Renseignements supplémentaires: Lesli Gaynor, coordonnatrice d'Atelier, (416) 920-9087.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

[\*\*Return to HOME PAGE\*\*](#)

**(Canadian HIV/AIDS Legal Network)**

[\*\*Retour à la PAGE D'ACCUEIL\*\*](#)

**(Réseau juridique canadien VIH/sida)**