

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

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Sommaire

Volume 2 Numéro 1

[Focus sur le VIH/sida en prison](#)

[La méthadone et le VIH/sida](#)

[Le droit criminel et le VIH/sida: un survol](#)

Prostitution et VIH/sida

[Prostitution et VIH/sida: Enquête bibliographique](#)

Dépistage

[Canadian AIDS Society v. Ontario: nouveaux développements](#)

[Réaction de la Société canadienne du sida](#)

[États-Unis: dépistage administré aux jeunes accusés d'agression sexuelle](#)

Euthanasie

[La légalisation de l'euthanasie](#)

[La Mesure 16 de l'Oregon déclarée inconstitutionnelle](#)

Justice pénale

[États-Unis: condamnation maintenue d'un violeur séropositif](#)

Droits de la personne

[Protéger les droits de la personne dans le monde](#)

Politiques sur les drogues

[Fondation canadienne pour les politiques sur les drogues](#)

Informations canadiennes

[Développer une stratégie internationale du Canada sur le VIH/sida: l'occasion d'une participation communautaire accrue?](#)

Informations internationales

[Chine : nouvelle loi sur le mariage](#)

[Royaume-Uni: projet de loi sur la discrimination envers les personnes handicapées](#)

Nouvelles publications

[VIH/sida: enquête bibliographique et bibliographie annotée](#)

Événements prochains

[International Conference on AIDS-Law and Humanity](#)

Spécial sur les prisons

[Résultats du *Premier atelier national VIH/sida et prisons*](#)

[La responsabilité des gouvernements de faire en sorte que les détenus ne soient pas exposés au VIH en milieu carcéral](#)

[Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles propres et à de l'eau de Javel](#)

[Action sociale en faveur de la réduction des méfaits dans les prisons américaines](#)

[La voix des détenus](#)

[Soins de santé pour les détenus vivant avec le VIH/sida](#)

[Programme pilote d'éducation des détenus par les pairs au Nouveau-Brunswick](#)

[Jeunes contrevenants et VIH/sida](#)

[Rapport sur le VIH/sida dans les prisons britanniques](#)

[Australie: une politique communautaire sur les maladies transmissibles par le sang en prison](#)

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Focus sur le VIH/sida en prison

La prévalence du VIH parmi les détenus au Canada est d'au moins 10 fois supérieure à celle du reste de la société. On fait toutefois moins que le nécessaire pour prévenir sa propagation dans les prisons et pour fournir les traitements, le soutien et les soins nécessaires aux détenus qui vivent avec le VIH/sida.

Le *Premier atelier national VIH/sida et prisons* s'est tenu à Kingston du 18 au 20 août 1995. Quelque 200 personnes – détenus, ex-détenus, travailleurs communautaires, activistes, agents de correction et personnel de santé de prisons provinciales et fédérales, représentants de Santé Canada et du Service correctionnel du Canada – s'y sont rassemblé pour discuter des nombreuses questions soulevées par le VIH/sida dans les prisons. L'Atelier était organisé par PASAN (Réseau d'action et soutien pour les prisonniers vivant avec le VIH/sida) et rendu possible grâce à la contribution financière de Santé Canada et du Service Correctionnel du Canada (SCS) dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sida.

Le Comité éditorial du *Bulletin* consacre une importante portion du présent numéro aux conclusions de cet événement et, de manière plus générale, aux questions de droit et de politiques liées au VIH/sida dans les prisons. En effet, l'Atelier confirmait qu'en dépit des premiers pas entrepris dans la bonne direction par les systèmes correctionnels provinciaux et fédéral, on peut et on doit faire encore bien davantage. On a constaté en particulier que les détenus sont encore exposés à un risque accru de contracter le VIH en prison, et que ceux qui sont infectés ne reçoivent pas les soins, le soutien et les traitements auxquels ils auraient accès s'ils étaient en liberté.

Vivre avec le VIH en prison: vivre avec l'injustice?

En prison, être porteur du VIH – ou être exposé au risque de le contracter – correspond à vivre avec l'injustice. Pour la plupart des gens, les prisons ne font pas partie de la communauté: c'est un monde complètement à part, qui fonctionne selon ses propres règles, où l'on envoie des individus afin qu'ils soient punis, et non d'en prendre soin. En réalité, les prisons devraient être considérées comme faisant partie intégrante de la société, car tout ce qui s'y passe se répercutera sur la société en général: les gens

sont en prison temporairement, souvent pour des séjours très brefs et parfois répétés. Les détenus vivent dans la communauté avant et après – ou entre – leurs peines d'emprisonnement. Néanmoins, la majeure partie de la société semble ne pas se préoccuper de ce qu'il advient des prisonniers, ni de comment ils sont traités. Lorsque que le problème du VIH/sida dans les prisons a été révélé, l'attention des gens s'est portée:

- d'abord à déterminer l'incidence et la prévalence du VIH dans la population carcérale;
- puis sur le fait qu'après leur libération, les détenus peuvent propager l'infection hors des prisons;
- après coup, seulement, sur le fait que les détenus sont eux-mêmes exposés en prison à un risque accru de contracter le VIH et, s'ils sont séropositifs, de mourir plus tôt.

La société se préoccupe encore peu des prisonniers: on s'attarde plutôt à ce qui pourrait arriver lorsque des détenus infectés et peut-être malades sont remis en liberté. Pour convaincre gouvernements, systèmes carcéraux et population de la nécessité d'offrir aux détenus de meilleurs soins ainsi que les moyens de se prémunir contre l'infection à VIH, il faut axer son argumentation sur le danger pour la société. Car aux yeux de plusieurs, les détenus eux-mêmes ne semblent pas être dignes de soins et de compassion.

Cette indifférence vis-à-vis des détenus est fautive, injuste et fondée sur des préjugés. Même s'ils vivent entre les murs d'une prison, les détenus font partie de nos communautés et ils ont le droit qu'on prenne soin d'eux. L'incarcération elle-même constitue leur punition, non pas une occasion de les punir davantage. Comme le soulignait le ministre australien de la Santé, ils sont condamnés à l'emprisonnement, non pas à contracter le VIH. Ils méritent une qualité de soins et de protection égale à celle offerte aux gens de l'extérieur.^[1]

Si les gouvernements et les systèmes carcéraux ne prennent pas les mesures nécessaires, ils "seront condamnés pour irresponsabilité et négligence morale à l'égard de la sécurité des détenus".^[2] Nous devons aux détenus et nous devons à la communauté de protéger la population carcérale contre la transmission du VIH en prison: "Il faut prendre des mesures radicales avant qu'il ne soit trop tard. ... L'infection d'une personne qui est sous la surveillance d'une instance sociale, parce que cette personne n'a pas accès à des moyens ordinairement disponibles de se protéger ou parce que la société a préféré détourner le regard ... laisse un goût amer. ...En tant que communauté, nous devons adopter les mesures nécessaires à protéger également le personnel carcéral et les détenus. En veillant à leur protection, nous protégerons la société."^[3]

- Ralf Jürgens

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Cité dans Malkin, I. "Le rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition au VIH pendant la détention." Voir infra.

[2] Kirby, M., Commission globale de l'OMS, *AIDS Recommendations and Prisons in Australia*, dans Norberry, J., Gaughwin, M., Gerull, S.A. (éd.), *HIV/AIDS and Prisons Conference Proceedings*, no 4, (1991) p. 7, 19.

[3] Ibid.

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

La méthadone et le VIH/sida

Lors du Premier atelier national VIH/sida et prisons, un petit groupe de participants a exprimé avec véhémence son opposition aux programmes d'entretien à la méthadone dans les prisons et dans la communauté.^[1] Ce texte offre quelques arguments en faveur de l'augmentation de l'accès à de tels programmes pour les consommateurs de drogues opiacées. Il porte une attention particulière aux façons dont la méthadone peut contribuer à réduire la propagation du sida par – et entre – les utilisateurs de drogues intraveineuses.

À l'heure actuelle, le nombre de places disponibles dans les programmes de méthadone est malheureusement très restreint et les programmes existants tendent à être limitatifs et punitifs. Des suggestions ont été formulées pour les améliorer, notamment leur expansion et leur libéralisation.^[2]

Introduction

La méthadone est une substance alcaloïde synthétique, semblable à la morphine du point de vue chimique. Ses effets sont similaires à ceux des opiacés, la principale différence étant que certains des effets de la méthadone durent plus longtemps (24 heures ou plus) que ceux de la morphine ou de l'héroïne (4 à 6 heures). Il en va de même de la durée des symptômes de sevrage qui succèdent à une utilisation prolongée. La méthadone peut être administrée par voie orale sous la forme d'un sirop, limitant ainsi l'injection.

Les opiacés semblent relativement exempts d'effets secondaires physiologiques à long terme. Toutefois, maints utilisateurs étant incapables de se procurer ces substances à l'état pur, ils peuvent être affectés par les impuretés ajoutées aux drogues. Si l'utilisateur s'injecte la drogue, il peut aussi contracter des infections transmises par une aiguille contaminée ou d'autres pièces du matériel d'injection. L'injection et le partage d'aiguilles sont des pratiques auxquelles la majorité des utilisateurs de méthadone a recours.

La législation sur les drogues (la *Loi sur les stupéfiants*, 1961) permet l'usage d'opioïdes dans le

traitement de personnes qui ont développé une dépendance aux narcotiques. En 1963, le Dr Robert Halliday de la *Narcotic Addiction Foundation of British Columbia* amorçait le premier programme d'entretien à la méthadone au Canada — possiblement au monde. En 1988, un comité aviseur examinait les lignes directrices fédérales sur l'usage de drogues dans le traitement de la dépendance aux opiacés. De nouvelles directives sont entrées en vigueur en 1993.^[3] Elles sont inutilement restrictives et posent des obstacles à un traitement qui est essentiel. De plus, chaque province impose ses propres directives quant à la distribution de la méthadone et au permis des médecins de la prescrire. Le nombre de places disponibles dans les programmes de méthadone est actuellement bien mince et la majorité des programmes sont d'une nature limitative et punitive, même si la méthadone – conjuguée à d'autres interventions – est considérée comme l'un des moyens les plus efficaces de traiter les personnes qui présentent un problème lié aux opiacés.

Il est urgent d'élargir les programmes de méthadone: en ce moment au Canada, seulement environ 2 600 personnes reçoivent un traitement pour leur dépendance aux opiacés, dont environ la moitié sont en traitement depuis plus de 10 ans. Le traitement à la méthadone n'est pas offert dans toutes les provinces. Les taux de prévalence du VIH et de l'hépatite sont en hausse rapide parmi les utilisateurs de drogues par injection et les programmes sont restreints. On estime par exemple que dans le Toronto métropolitain, 14 000 personnes ont besoin d'être traitées pour leur dépendance à l'héroïne; et l'usage de l'héroïne continue de croître. On compte toutefois moins de 600 places pour le traitement à la méthadone et moins de 40 médecins autorisés à la prescrire. La longueur des listes d'attente pour les programmes varie entre un mois et plus d'un an. La situation est légèrement meilleure en Colombie-Britannique, avec 1 500 personnes qui reçoivent un traitement à la méthadone et 170 médecins autorisés à la prescrire. À la suite du *BC Coroner's Report*^[4] déposé récemment, on s'attend à ce que ce nombre soit considérablement augmenté.

La méthadone et la réduction des dangers liés à la drogue

L'injection de drogue constitue l'un des principaux facteurs de risque de nouveaux cas de VIH au Canada, et elle est maintenant responsable de plus de 70% des nouveaux cas aux États-Unis. Une bonne proportion des personnes qui ont recours à cette pratique sont des consommateurs d'opiacés. On a récemment remarqué une nette augmentation de la consommation d'héroïne en Amérique du nord, vu la disponibilité accrue de cette drogue à meilleur prix et de meilleure qualité. On estime que 80% des utilisateurs d'héroïne à New York et à San Francisco sont séropositifs. Au Canada, le taux de séroprévalence du VIH chez les usagers de drogues par injection est plus faible, mais il a atteint 20% à Montréal.^[5]

Dans les circonstances actuelles, où les opiacés sont prohibés par la loi, l'un des avantages premiers de la méthadone réside dans sa possibilité de réduire le contact de l'utilisateur avec le crime, le marché noir et les drogues contaminées.^[6] La méthadone ramène les utilisateurs dans la communauté plutôt que de les traiter en marginaux et en criminels. Ceci permet non seulement de réhabiliter les utilisateurs et de les diriger vers des services pour le VIH, mais aussi de rompre le cycle drogue/crime.

Autre avantage important, la méthadone étant le traitement de choix pour plusieurs consommateurs d'opiacés, on observe un taux élevé de rétention à ce traitement, par opposition au taux élevé d'abandon dans le cas d'autres types de traitement. La dépendance à la méthadone est aussi plus stable que celle à l'héroïne. Les programmes de traitement qui sont flexibles, où chaque patient a plusieurs options, semblent être les plus efficaces pour arrêter ces usagers de consommer des drogues illégales, en plus de présenter une meilleure rétention du patient.

L'épidémie de VIH fait ressortir l'importance de la méthadone comme outil d'une approche fondée sur la réduction des méfaits (*harm reduction*). À cause de la longue durée de ses effets, la méthadone peut aider à garder l'usager stable; il diminuera la fréquence de sa consommation de drogue. Ceci est d'une importance primordiale pour les héroïnomanes parce que avec l'aide de la méthadone, ils pourront cesser de se piquer ou du moins en réduire la fréquence, réduisant ainsi la propagation du VIH et d'autres agents infectieux.^[7] Les faits suggèrent que la séroprévalence du VIH parmi les héroïnomanes qui suivent des programmes d'entretien à la méthadone serait plus faible que chez ceux qui ne reçoivent pas ce traitement.^[8] Par ailleurs, pour les usagers qui vivent avec le sida, la méthadone permet de vivre avec leurs amis ou famille, plutôt que dans la rue comme plusieurs consommateurs de drogues par injection. De surcroît, la méthadone ne s'est pas révélé affecter le système immunitaire de façon significative, et tous les agents cliniques pour les problèmes de santé liés au VIH qui sont brevetés ou au stade d'expérimentation (hormis le naltrexone) peuvent être utilisés sans plus de risque que chez des patients qui ne consomment pas de drogue.

Recommandations

Afin que les programmes de méthadone deviennent réellement rentables, des changements sont nécessaires pour attirer et retenir davantage de patients et pour les empêcher de consommer d'autres drogues. En l'occurrence, puisque le sirop de méthadone ne procure pas de *buzz*, certains patients vont le chercher ailleurs. On pourrait fournir la quantité de sirop nécessaire pour créer le *buzz*, afin de prévenir un rechute vers la pratique de l'injection. D'autres solutions pourraient être de fournir des ampoules de méthadone injectable et suffisamment de matériel stérile d'injection, ou encore des cigarettes contenant une drogue (*reefers*). De telles approches fonctionnent avec succès à Merseyside (Royaume-Uni) et, sur une base expérimentale pour le moment, en Suisse.^[9] Ces méthodes ont rencontré peu d'assentiment au Canada, où le progrès en matière de traitement à la méthadone est le plus souvent associé à des doses faibles utilisées par le patient, davantage qu'à un ajustement graduel indifférent à la dose.

La Canada peut, et devrait, apprendre de l'expérience des autres pays. À Amsterdam, par exemple, peu d'obstacles entravent l'accessibilité de la méthadone – via des programmes à accès facilité (*low threshold*) – afin de prendre contact avec autant d'héroïnomanes que possible, de les stabiliser, les désintoxiquer et leur offrir un traitement. Un programme a recours à un "autobus à méthadone" pour la distribuer parmi la communauté d'utilisateurs, mais sans fournir des doses de réserve pour apporter à la maison. Ses bénéficiaires sont aussi assistés dans des problèmes liés au logement, ou d'ordre financier ou juridique, et reçoivent des examens médicaux réguliers. L'une des causes principales de l'efficacité de l'autobus à méthadone est d'attirer les usagers grâce à un traitement qui ne requiert ni test d'urine ni

contact imposé avec un conseiller. Le nombre de personnes qui suivent des traitements visant l'abstinence et des programmes de réinsertion sociale a plus que doublé, à Amsterdam, depuis la mise en application des plans d'autobus à méthadone et d'échange de seringues.

En Australie, l'expansion marquée des programmes de méthadone fait partie des mesures appliquées pour combattre la propagation du VIH. Les critères d'éligibilité à ces programmes ont été assouplis et on a alloué davantage de places pour l'entretien de clients peu motivés à changer leur comportement à l'égard des drogues. Ces changements ont été soutenus par une modification des politiques gouvernementales sur les drogues, vers une conscience de la priorité principale que constitue la prévention liée au VIH. Cette mesure pragmatique a bien fonctionné, se reflétant par un faible taux de prévalence du VIH chez les utilisateurs de drogue intraveineuses en Australie.

Au Canada, par contre, certaines lignes directrices fédérales sur l'entretien à la méthadone sont dures et irréalistes. En l'occurrence, la vérification fréquente de la présence de traces d'autres drogues dans l'urine – avec recommandation qu'un résultat positif à ce test mène à une révision obligatoire du traitement, incluant la possibilité de cesser la prescription de méthadone – ne sert qu'à éloigner les usagers du traitement, ce qui augmente en fait la possibilité qu'ils reprennent l'usage d'autres drogues et de matériel non stérile. Des études ont démontré que la rigidité des programmes est clairement liée aux taux de crime, d'usage d'autres drogues, et d'exposition à l'infection.^[10]

Le Canada doit élargir et libéraliser ses programmes de méthadone. Ceci est particulièrement pressant à la lumière de l'épidémie de sida. En outre, la qualité des programmes ne doit pas diminuer: des programmes inadéquats ne réduisent pas l'usage des drogues intraveineuses. Parallèlement, on ne devrait pas tenter de réduire les ressources des programmes de traitement basés sur l'abstinence. Tel que le recommande l'Organisation Mondiale de la Santé, il est souhaitable d'offrir des programmes diversifiés, incluant certains dont les objectifs sont moins ambitieux à l'intention des usagers qui ne voudraient ou ne pourraient pas profiter des autres programmes.^[11]

L'expansion et la libéralisation souhaitables des programmes nécessitent des changements dans les lignes directrices fédérales et provinciales:

- puisque la grande majorité des études montrent que des protocoles sévères et inflexibles ont un effet délétère sur le recrutement et la rétention de patients autrement dociles, on devrait introduire des programmes à accès facile, avec des critères d'éligibilité moins stricts et sans tests d'urine;
- puisque les données suggèrent que la provision de doses à apporter chez soi présente des bénéfices qui surpassent le risque de détournement, on devrait permettre d'apporter une certaine quantité de méthadone à la maison;
- puisque les médecins déclarent que les responsabilités régulatrices liées au permis de méthadone et aux standards de surveillance, de déclaration et de pratique requièrent de

leur part un degré de contrôle indésirable sur leurs patients et représentent une barrière importante dans la provision des services de maintenance, il faudrait assouplir cette réglementation;

- puisqu'il existe peu de raisons pour un médecin d'assumer le travail supplémentaire nécessité par la maintenance à la méthadone, il faudrait prendre des mesures qui incitent les praticiens privés à devenir qualifiés pour la prescription de méthadone.

Des changements à plus grande échelle pour améliorer la provision de méthadone au Canada impliqueraient:

- une formation accrue sur la maintenance à la méthadone, et un programme d'éducation sur la réduction des méfaits (*harm reduction*) pour tous les centres de traitement ou de désintoxication, et pour les médecins;
- une révision approfondie de la législation existante et des politiques et pratiques concernant les programmes de méthadone;
- une analyse des manières possibles de réduire les coûts non nécessaires (diminution des tests d'urine, remplacement du contact avec un médecin par un contact avec un conseiller, etc.);
- une conscientisation du public à l'égard des risques associés à l'usage de l'héroïne, et une éducation sur les bienfaits et la rentabilité des approches de réduction des méfaits;
- l'application de programmes de méthadone dans les prisons et la possibilité d'offrir le traitement à la méthadone comme une alternative à l'emprisonnement;
- l'expérimentation d'alternatives à la méthadone, incluant la prescription de l'héroïne (comme il se fait déjà en Angleterre et en Suisse, et comme on considère de faire en Australie, en Allemagne et aux Pays-Bas – on est d'ailleurs à considérer la faisabilité d'un programme expérimental à cet effet en Colombie-Britannique); la provision de préparations de substituts à l'héroïne qui peuvent être fumés devrait être considérée comme une option pour certains usagers;
- l'accès direct à du matériel d'injection stérile dans le cadre de tous les programmes de méthadone, incluant des services médicaux, de l'éducation et du counselling sur le sida, à l'intention des usagers, de leurs partenaires et de leurs proches;
- l'accroissement des liens entre cliniques de méthadone, hôpitaux généralistes et cliniques pour le sida, afin de répondre aux besoins présents et futurs des usagers séropositifs; la formation du personnel des programmes de méthadone et les médecins qui traitent des

patients à la méthadone devrait inclure des compétences à l'égard des besoins spécifiques des personnes vivant avec le VIH ou le sida;

- l'aide à la formation d'organismes regroupant des héroïnomanes et des ex-usagers, pour l'entraide, le développement de l'autonomie, et l'action sociale.

Conclusion

L'application de ces recommandations contribuerait pour beaucoup à réduire les méfaits de l'usage de drogues au Canada. Elle aiderait à réduire la propagation de l'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogues et dans la population en général. Les programmes de méthadone étaient déjà importants avant l'avènement du VIH. Ils sont maintenant devenus un besoin urgent. Enfin, puisque l'un des principaux facteurs sous-jacents aux méfaits de la consommation de drogues réside dans leur prohibition légale, il est impératif que nous songions à modifier nos lois sur les drogues, sans quoi plusieurs de nos solutions seront réduites au rang de cataplasmes. Le Projet de loi C-7, nouvelle proposition de loi canadienne sur les drogues, revient devant le Parlement pour une troisième et dernière lecture cet automne.^[12] S'il est adopté comme loi, il ne diminuera en rien les méfaits de la drogue: il ne servira qu'à les maintenir en place, et même à les aggraver. Le Canada n'a pas besoin d'un projet de loi C-7, il a besoin d'une révision complète, et indépendante, de ses lois et politiques sur les drogues.

- Diane Riley

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Voir infra, Résultats du Premier atelier national VIH/sida et prisons.

[2] Pour une analyse plus détaillée, voir D. Riley. *The Role of Methadone in the Treatment of Opiate Dependence*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 1991; D. Riley, *The Policy and Practice of Harm Reduction.*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 1993.

[3] Division de Protection de la santé, *L'utilisation des opioïdes dans le traitement de la dépendance aux opioïdes*, Ottawa, Santé et Bien-Être Canada, 1992.

[4] Task Force into Illicit Narcotic Overdose Deaths in British Columbia, *Report*, Burnaby (C.-B.) Ministry of Attorney General, 1994.

[5] Pour une mise à jour sur les taux d'infection à VIH, voir les *Actes* du Deuxième Atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 1995.

[6] Fazey, C., "Heroin Addiction, Crime and Treatment", in P.A. O'Hare, R. Newcombe et al. (éd.), *The Reduction of Drug-Related Harm*, New York, Routledge, 1992, p. 154-161; Schuckit, M., "Methadone Maintenance: Is It Worth the Price?", *Drug Abuse & Alcoholism Newsletter*, vol. XXI, no 4, 1992, p. 1-3.

[7] Schuckit, M., supra, note 6; pour un examen détaillé, voir D. Riley, 1991 et 1993, supra, note 2.

[8] Organisation Mondiale de la Santé, *The Use of Methadone in the Treatment and Management of Opioid Dependence*, M. Gossop, M. Grant, A. Wodak (éd.), Genève, OMS, 1989; Organisation Mondiale de la Santé, *The Content and Structure of Methadone Treatment Programmes: A Study in Six Countries*, M. Gossop, M. Grant (éd.), Genève, OMS, 1990. Pour un examen détaillé, voir aussi D. Riley, 1991 et 1993, supra, note 2.

[9] Riley, D., 1993, supra, note 2; Nadelman, E., "Switzerland's Heroin Experiment", *National Review*, 10 juillet 1995, p. 46-47.

[10] Buning, E., "AIDS-Related Interventions among Drug Users in the Netherlands", *The International Journal of Drug Policy*, no 1, 1990, p. 10-13; Springer, E., "AIDS Prevention with Drug Users Supplanted by The War on Drugs or What Happens when You Don't Use Harm Reduction Models", *The International Journal on Drug Policy*, no 2, 1990, p. 18-21.

[11] Voir OMS, supra, note 8.

[12] Voir D. Riley, E. O'Connell, "Le projet de loi C-7. Incidences sur la prévention du VIH/sida", *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 2, 1995, p.1, 13-14.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Le droit criminel et le VIH/sida

Devrait-on avoir recours au droit criminel face au comportement des personnes séropositives qui mettent les autres en danger de contracter le VIH? Voilà une des questions les plus chaudement débattues à l'heure actuelle. Elle a fait l'objet de beaucoup d'attention dans les médias et de la part des décideurs et des législateurs.

Comme l'a fait remarquer Patterson dans un numéro précédent du *Bulletin*,^[1] le Canada a résisté jusqu'à maintenant à la tentation de modifier le *Code criminel* pour y ajouter une disposition portant spécialement sur la transmission du VIH ou le fait d'y exposer quelqu'un. Cependant, en janvier 1995, le ministre fédéral de la Justice, Allan Rock annonçait qu'il envisageait de modifier le *Code criminel* pour criminaliser la «transmission volontaire» du VIH.^[2] En l'absence d'une telle disposition, il y a eu au moins onze affaires dans lesquelles on a eu recours aux dispositions actuelles du *Code criminel* pour sanctionner la transmission du VIH ou le fait d'y exposer quelqu'un. Dans la plupart de ces affaires, les accusés ont été reconnus coupables et condamnés à des peines d'emprisonnement allant jusqu'à onze ans.

Voici la première partie d'un examen de ces affaires. La deuxième partie et une enquête bibliographique sur la criminalisation de la transmission du VIH seront publiées dans le prochain numéro du *Bulletin*.

La nuisance publique

En vertu de l'article 180 du *Code criminel*, commet une nuisance publique quiconque accomplit un acte illégal ou omet d'accomplir une obligation légale, et par là met en danger la vie, la sécurité ou la santé du public, ou cause une lésion physique à quelqu'un.

La «nuisance publique» était une accusation que l'on portait habituellement pour punir les gens qui dérangeaient le public par des activités ou actes comme bloquer une route ou une voie publique. Cependant, depuis quelque temps, cette accusation a été portée dans au moins quatre cas intéressant des gens vivant avec le VIH/sida qui mettent autrui en danger de contracter le VIH. Certains ont affirmé que

L'on ne devait pas avoir recours à l'art. 180 dans ces cas. Comme l'a fait remarquer Shekter, «avant l'avènement du sida, les tribunaux avaient jugé que la nuisance publique devait être dirigée contre le public en général et que l'on ne pouvait reconnaître coupable de cette infraction l'accusé dont les activités étaient dirigées contre des particuliers, par opposition à la collectivité.»^[3] D'après Shekter, on peut donc «effectivement se demander si des rapports sexuels en particulier peuvent constituer une "nuisance publique", au sens du *Code criminel*.» Ce point de vue rejoint le jugement du juge Livingstone, au stade de l'enquête préliminaire, dans l'affaire Ssenyonga.^[4] Dans cette affaire, le juge a conclu que le fait que Ssenyonga ait eu des rapports sexuels non protégés avec trois femmes, qui ont toutes été diagnostiquées séropositives par la suite, ne constituait pas une preuve comme quoi le prévenu avait mis en danger la santé du public: «Contrairement au cas où il y a eu don de sang infecté...il n'y a aucune preuve selon laquelle Ssenyonga se soit offert au grand public. D'après la preuve, le prévenu a eu des relations sexuelles avec certains individus avec qui il avait développé des rapports et l'on ne peut pas dire que ces individus représentaient la collectivité dans son ensemble.»^[5] Par ailleurs, dans l'affaire *Napora*, la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta a statué qu'il y avait suffisamment de preuve pour établir «un aspect public de la transmission du VIH.»^[6]

• **R. v. Summer**^[7]

Summer est un bisexuel dont les nombreux antécédents criminels remontent à 1981. Entre 1987 et 1989, il a eu des rapports sexuels non protégés avec un certain nombre de personnes, se sachant infecté par le VIH. Il n'avait pas averti ses partenaires de son sérodiagnostic et n'avait pas employé de mesures de protection.

Summer a plaidé coupable à l'accusation fondée sur l'article 180 et il a été condamné à un an d'emprisonnement et trois ans de probation. Le juge Dinkel s'est appuyé sur le principe de la dissuasion pour justifier le message non équivoque, adressé à l'accusé et à la population en général, que ce type d'infraction ne saurait demeurer impuni. Il n'a pas accepté la thèse de la défense selon laquelle une telle peine risquait de pousser à la clandestinité ceux qui pourraient autrement demander de l'aide aux autorités publiques. En outre, il a invoqué la question des coûts de la santé publique, faisant remarquer que ceux qui contribuaient à la propagation du VIH devaient assumer leur part de responsabilité pour les coûts considérables liés à son traitement. Enfin, le juge Dinkel a exprimé de profondes réserves quant aux chances que l'accusé puisse modifier son comportement à l'avenir.

L'appel de la sentence a été rejeté. La Cour d'appel de l'Alberta a noté qu'il s'agissait d'une affaire grave, bien qu'il y en ait des pires. Elle a souligné que quiconque expose sciemment autrui au danger de contracter le VIH doit s'attendre à être condamné à une peine d'emprisonnement considérable.

• **R. v. Thornton**^[8]

Thornton avait donné du sang en sachant qu'il était infecté par le VIH. Il a plaidé coupable à une accusation fondée sur l'art. 180 (2) du *Code criminel*. Dans son témoignage, il a affirmé avoir donné de son sang comme une forme de saignée et avoir souhaité qu'en se débarrassant d'une partie de son sang

contaminé, ses chances de développer le sida seraient moindres. Il a en outre affirmé qu'il croyait le processus de dépistage du sang de la Croix-Rouge infaillible et que son sang «serait intercepté.» Cependant, la Cour de district de l'Ontario n'a pas accordé foi à son témoignage. Jugeant que Thornton savait qu'il ne devait pas donner de son sang parce qu'il risquait de causer un grave préjudice à la collectivité, elle l'a condamné à une peine d'emprisonnement de quinze mois.

Thornton a interjeté appel de sa condamnation et de sa sentence. La Cour d'appel de l'Ontario a confirmé que sa conduite équivalait au défaut d'avoir accompli une «obligation légale», au sens de l'art. 180 (2). Bien que la Cour ait noté qu'il n'existe aucune obligation légale de s'abstenir de donner du sang porteur du VIH, elle a souligné que la common law reconnaît l'existence d'une obligation de ne pas agir de manière susceptible de causer un préjudice grave à autrui. La Cour a jugé que le fait de donner du sang que l'on sait infecté par le VIH constitue clairement un manquement à cette obligation, et elle a rejeté l'appel de Thornton.

En appel devant la Cour suprême du Canada, la condamnation et la peine ont été maintenues. À l'unanimité, la Cour a jugé que Thornton avait manqué à son obligation de diligence en ne révélant pas qu'il était séropositif, mettant ainsi la vie, la sécurité et la santé du public en danger. (82 C.C.C. (3d) 530, 21 C.R. (4th) 215, [1993] 2 R.C.S. 445).

• ***R. v. Kreider***^[9]

L'accusé a plaidé coupable d'avoir commis une nuisance publique. Il avait été diagnostiqué séropositif en février 1991 et par la suite, il a eu à trois occasions des rapports sexuels non protégés avec la plaignante, sans lui dire qu'il était séropositif. Cependant, il lui a dit par la suite et les deux ont consulté un médecin; on dit que l'accusé aurait alors été «en larmes et aurait montré beaucoup de remords pour ce qu'il avait fait». La plaignante a été diagnostiquée séronégative six mois après les derniers rapports sexuels et, par la suite, elle a eu des rapports sexuels protégés avec l'accusé.

De l'avis du tribunal, le plaidoyer de culpabilité de l'accusé confirmait qu'il éprouvait véritablement du remords pour ce qu'il avait fait. Même s'il savait clairement qu'il n'aurait pas dû avoir des rapports sexuels non protégés, la preuve a révélé qu'au moment de l'infraction, il passait peut-être par une phase de déni de la maladie. D'après le tribunal, cette preuve ne suffisait pas à exonérer complètement l'accusé. Cependant, il a statué que d'autres circonstances atténuantes, y compris le fait qu'il n'y avait qu'une seule victime, faisaient en sorte qu'il n'y avait pas lieu, en l'espèce, d'imposer la peine la plus lourde. Par ailleurs, le tribunal a noté la gravité du danger que courait la victime et a affirmé qu'il fallait transmettre un message non équivoque aux autres personnes séropositives qui risquaient de mettre leurs partenaires en danger. L'accusé a été condamné à une peine d'emprisonnement d'un an.

• ***R. v. Napora***^[10]

Napora, un ancien prostitué, a été diagnostiqué séropositif en 1989. Il a été accusé sous deux chefs de nuisance publique pour avoir eu des relations sexuelles anales consensuelles avec d'autres hommes, sans

avoir porté de condom, sachant qu'il était séropositif.

Napora a été jugé non coupable. Il est ressorti de la preuve que son partenaire avait très bien pu être déjà infecté à l'époque où ont eu lieu les relations sexuelles non protégées en cause.

Bien que le consentement ne fût pas une question sur laquelle il fallait se prononcer au procès, le tribunal a noté que si le consentement avait été en cause, il aurait statué que «le consentement éclairé d'une personne à avoir des rapports sexuels non protégés à haut risque ne dégagerait pas la personne séropositive de la responsabilité criminelle.» Le tribunal a affirmé qu'il «ne permettrait pas à quelqu'un d'exposer autrui au risque de contracter une maladie mortelle.»

La négligence criminelle

En vertu de l'art. 219 du *Code criminel*, est coupable de négligence criminelle quiconque, en faisant quelque chose, ou en omettant de faire quelque chose qu'il est de son devoir d'accomplir, montre un insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui.

On a eu recours à cet article dans au moins deux affaires intéressant la transmission du VIH.

• R. v. Wentzell^[11]

Il s'agit du premier arrêt en droit pénal canadien portant sur la question de la transmission du VIH. Wentzell a été diagnostiqué séropositif en janvier 1988 et on lui a conseillé de ne pas avoir de rapports sexuels non protégés. En juillet et août 1988, sans révéler son sérodiagnostic, Wentzell a eu des rapports sexuels non protégés à environ quarante reprises avec une femme enceinte de six mois à l'époque. La femme a été diagnostiquée séropositive par la suite. Au moment du jugement, on ignorait encore si le bébé avait contracté lui aussi le VIH.

Wentzell a plaidé coupable de négligence criminelle causant des lésions corporelles. Le tribunal a noté qu'il n'était pas coupable d'avoir délibérément transmis le virus. Cependant, en ayant eu quarante relations sexuelles non protégées avec la plaignante, il avait montré une insouciance déréglée et téméraire à l'égard de sa vie. Le tribunal a reconnu que les seuls moyens de réduire la propagation du VIH étaient l'éducation et la sensibilisation, et que le droit pénal n'a qu'un rôle mineur à jouer à cet égard. Cependant, invoquant le principe de la dissuasion, il a condamné Wentzell à une peine d'emprisonnement de trois ans et a recommandé qu'il reçoive, en prison, tous les traitements et counseling nécessaires. Le tribunal a conclu qu'il fallait donner un message clair et non équivoque comme quoi un crime grave avait été commis.

• R. v. Mercer^[12]

Mercer a plaidé coupable à deux accusations de négligence criminelle causant des lésions corporelles par la transmission du VIH. En première instance, il a été condamné à vingt-sept mois

d'emprisonnement. Le ministère public a interjeté appel de la sentence.

En avril 1991, un médecin a informé Mercer qu'il avait été le partenaire d'une femme séropositive. Le médecin lui a dit qu'il a pu être infecté et lui a demandé de subir un test. Mercer a également été averti et conseillé au sujet des risques de transmission. En juin 1991, avant de recevoir le résultat de son test, il a eu des rapports sexuels non protégés avec une adolescente de seize ans, sans l'informer qu'il était peut-être séropositif. L'adolescente lui a demandé de porter un condom, mais Mercer a refusé, lui disant qu'il n'y avait aucun risque.

En juillet 1991, Mercer a reçu le résultat positif de son test et, encore une fois, il a été informé des dangers des rapports sexuels non protégés. Lorsqu'on l'a interrogé sur ses partenaires récents, il n'a pas mentionné l'adolescente de seize ans. Mercer a continué à avoir des rapports sexuels non protégés avec cette dernière, qui a été diagnostiquée séropositive par la suite. Toujours en juillet 1991, il a eu des rapports sexuels non protégés avec une autre femme qui a également contracté le VIH.

En appel, la peine a été portée à onze ans et trois mois. Le tribunal, soulignant la gravité du préjudice causé et la nature délibérée des actes, a conclu qu'une peine beaucoup plus longue était justifiée. Il a rejeté l'argument selon lequel l'imposition d'une si longue peine à quelqu'un qui avait eu des rapports sexuels non protégés, sachant qu'il était séropositif et sans en informer ses partenaires, risquait de dissuader d'autres personnes de subir des tests de dépistage. Le tribunal a choisi de donner un message clair, pour dissuader d'autres personnes de commettre de tels actes. Il a conclu en affirmant que toute compassion, à l'égard du fait que cette peine risquait fort bien d'être une peine à vie, devait céder le pas à l'impératif de la protection publique.

- *Bruno Guillot-Hurtubise*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] D. Patterson, "Le Canada devrait-il criminaliser le fait d'exposer quelqu'un au VIH?", *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 2 (1995), aux p. 1, 16 et 17.

[2] Reportage paru dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 3 (avril 1995), à la p. 6.

- [3] R.H. Shekter, "The Criminalisation of AIDS in Canada", dans Association du Barreau canadien - Ontario (Formation juridique continue), *AIDS*, Toronto, l'Association, compte rendu d'un atelier tenu le 24 octobre 1992.
- [4] *R. v. Ssenyonga* (1992), 73 C.C.C. (3d) 216 (Cour de l'Ont., div. prov.), enquête préliminaire présidée par le juge Livingstone.
- [5] W.H. Holland, "HIV/AIDS and the Criminal Law", *Criminal Law Quarterly* 1994, 36, 279-316, à la p. 306.
- [6] Jugement inédit du 27 février 1995 (Cour du Banc de la Reine de l'Alberta, district judiciaire d'Edmonton). Voir infra.
- [7](1989), 73 C.R. (3d) 32, 99 A.R. 29, 69, 69 Alta. L.R. (2d) 303 (C.A.)
- [8] (1991), 3 C.R. (4th) 381, 1 O.R. (3d) 480 (C.A.)
- [9] (1993) 140 AR 81 (Cour prov. Alb.), [1993] AWLD 560.
- [10] Voir supra, note 6; pour un résumé plus détaillé, voir R. Jürgens, "Homme séropositif acquitté relativement à deux accusations de nuisance publique", *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 3 (avril 1995), à la p. 9.
- [11] No. de dossier C.R. 10888 (le 8 décembre 1989, Cour de comté de la N.-É.).
- [12] (1993), 84 C.C.C. (3d) 41, 110 Nfld. & P.E.I.R. 41 (C.A.), permission d'en appeler à la C.S.C. refusée, Bull. de la C. S.C., le 4 mars 1994, à la p. 348.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

PROSTITUTION

Les particuliers et les groupes consultés pendant la phase I du projet ont recommandé que le projet examine la question de savoir si on devrait décriminaliser ou légaliser la prostitution pour permettre aux travailleurs du sexe de s'affranchir.^[1] Ce qui suit est une version^[2] Le prochain numéro du *Bulletin* ...

Prostitution et VIH/sida: Enquête bibliographique

Généralement, les femmes et les hommes qui font le commerce du sexe ont été considérés comme des vecteurs de transmission plutôt que des gens qui, pour plusieurs motifs, y compris des motifs d'ordre juridique, sont vulnérables au VIH : «partout au monde, on blâme les prostitué(e)s pour le sida contracté par les hétérosexuels».^[3]

On blâme les prostituées parce que les femmes sont généralement considérées comme les vecteurs de transmission de la maladie à leurs partenaires sexuels mâles [...] et à leurs bébés.^[4] Des lois ont été adoptées en vue de protéger les intérêts des clients des prostituées, considérées comme d'éventuelles victimes innocentes du sida, aux dépens des prostituées sur qui retombe la culpabilité.^[5] Les médias ont également réagi de façon hystérique, faisant ressortir le rôle des prostituées comme vecteurs d'infection et blâmant les prostituées pour la transmission du sida parmi la population hétérosexuelle. Comme l'a affirmé Brock, lorsque nous blâmons les prostitué(e)s pour la transmission du sida parmi la population hétérosexuelle, «nous oublions que ce sont des hommes et des femmes au travail qui tentent d'exercer autant de contrôle que possible sur leurs conditions de travail, y compris l'hygiène».^[6]

La réaction des gouvernements

On a affirmé que le gouvernement réagit de deux façons principales à la question des prostitué(e)s et du sida : le dépistage obligatoire appuyé par la quarantaine, ou rien du tout.^[7] Cette situation trouve son pendant dans les ouvrages, où beaucoup d'attention est consacrée à la question de savoir si les prostitué(e)s devraient faire l'objet de tests de dépistage obligatoires pour les anticorps du VIH.^[8] La plupart des

auteurs rejettent les tests de dépistage obligatoires et d'autres mesures obligatoires qui visent à «contrôler» les prostitué(e)s et suggèrent d'autres façons de réduire la propagation du VIH parmi les prostitué(e)s et leurs clients. La politique établie par l'*AIDS and Civil Liberties Project* de l'*American Civil Liberties Union* (ACLU) signale, entre autres, que sur le plan purement pratique, «cibler les prostitué(e)s pour le dépistage obligatoire ne fonctionnera pas comme stratégie de prévention», affirmant que «s'il y a un groupe qui sera poussé à la clandestinité par une telle politique, c'est bien celui des prostitué(e)s».^[9] Généralement, les auteurs critiquent les raisons pour lesquelles on prend des mesures obligatoires, qui portent exclusivement sur les prostitué(e)s, mais non leurs clients. Alexander affirme que «les gouvernements sont plus intéressés à blâmer les prostitué(e)s et ainsi avoir l'air de faire quelque chose pour endiguer la propagation du VIH, qu'ils le sont à élaborer des programmes fonctionnels qui aideront les gens à se protéger».^[10] Les lois par lesquelles les prostitué(e)s peuvent être obligé(e)s de s'abstenir de certains comportements, de subir un certain traitement ou counseling, de se soumettre à la surveillance, de subir des traitements pendant leur détention ou, si elles sont infectées par le VIH, d'être détenues pendant l'application de l'ordonnance, peuvent être nuisibles : les prostitué(e)s ne se présenteront pas aux tests de dépistage du VIH imposés par le gouvernement. Les clients seront relevés de toute responsabilité concernant l'utilisation de méthodes prudentes dans leurs rapports sexuels parce que l'existence des lois les portera à croire que les prostitué(e)s au travail sont clean.^[11] Bowleg recommande que tout programme de prévention du VIH pour les femmes inclue aussi les hommes.^[12]

Des stratégies alternatives

Plutôt que des mesures coercitives, on propose des interventions qui donneraient aux prostituées les moyens de se protéger contre la transmission du VIH et leur donnerait le pouvoir de les utiliser. Par exemple, Cohen préconise l'élaboration de stratégies de sensibilisation pour atteindre les prostituées, leur donner de l'information exacte sur les façons de prévenir la transmission et soutenir leurs efforts pour utiliser ces mesures régulièrement.^[13] Leigh recommande d'accorder des prestations d'invalidité aux prostituées infectées, et d'octroyer un revenu et de la formation professionnelle pour celles qui désirent sortir de l'industrie du sexe.^[14] Pareillement, le *English Collective of Prostitutes* formule une liste de revendications, notamment la provision d'argent et d'autres ressources telles que les allocations aux enfants, les allocations de supplément de revenu et autres prestations d'aide sociale pour que les femmes ne soient pas contraintes à la prostitution par besoin économique et pour aider les femmes qui veulent sortir du métier.^[15]

Les lois actuelles réglementant la prostitution

D'après M. Neave, les lois qui portent sur la vente et l'achat de sexe peuvent faire partie de trois principales catégories : les lois qui punissent ceux qui travaillent comme prostitué(e)s; les lois qui punissent ceux qui participent à la gestion de la prostitution; et, beaucoup plus rarement, les lois qui punissent ceux qui achètent du sexe.^[16] Plusieurs auteurs critiquent les lois actuelles réglementant la prostitution,^[17] et signalent que la discrimination envers les prostituées et l'opprobre dont elles sont l'objet accroît la vulnérabilité à l'infection des prostituées elles-mêmes, de leurs clients et de la population en général. On soutient que:

- en criminalisant les prostitué(e)s, on se trouve à supprimer les renseignements concernant leur expérience du sida, sa prévention et son traitement;
- les lois concernant la prostitution devraient être modifiées en se fondant sur des questions de libertés civiles et de prévention de l'exploitation, et dans le but de protéger la santé publique.

D'après Kirby, «la collectivité peut certainement avoir un intérêt légitime à réglementer, et, en certains endroits, à restreindre et prohiber la sollicitation publique à l'infraction dans le quartier. Cependant, ces préoccupations mises à part, on peut se demander pourquoi le droit essaierait d'enrayer les activités sexuelles consensuelles entre adultes. Ces lois n'atteindront jamais leur but. Tout ce qu'elles feront, c'est d'armer la police et toute une série de fonctionnaires et autres de pouvoirs d'oppression, d'intimidation, de chantage, d'humiliation et de harcèlement. Elles conduiront l'industrie du sexe à la clandestinité. Elles favoriseront l'oppression des travailleurs du sexe et elles nuiront à la lutte contre le VIH.^[18] Comme le signale Loff, «la bonne santé ne peut pas être atteinte dans un environnement où les gens se sentent stigmatisés et craintifs».^[19] Le sida nous oblige à réévaluer les méthodes classiques de réagir à la prostitution: il est une bien plus grande menace à la société que la prostitution.^[20]

La décriminalisation

La décriminalisation has been defined as l'abrogation de toutes les lois portant spécialement sur la prostitution et aucune réglementation gouvernementale de cette activité; in contrast, la décriminalisation «assortie de contrôles» correspond à la reconnaissance juridique de l'activité et la réglementation gouvernementale de certains aspects de la prostitution.^[21] Plusieurs auteurs appuient la décriminalisation de la prostitution et une forme quelconque de réglementation de l'industrie du sexe : «s'il en était ainsi, les conditions de travail pourraient être régies et des condoms pourraient être fournis en tout temps. Les prostitué(e)s pourraient alors obtenir de l'assurance-santé, des indemnités d'accidents du travail, l'assistance sociale et l'assurance-invalidité comme les autres travailleurs, ce qui leur permettrait de cesser de travailler lorsqu'ils sont malades ou blessés».^[22] L'ACLU suggère que la décriminalisation de la prostitution réduirait les problèmes de la clandestinité et des activités criminelles connexes à la prostitution,^[23] et d'après un représentant de la *Canadian Organization for Canadian Prostitutes Rights*, les «lois qui empêchent les prostitué(e)s de travailler légalement empêchent aussi l'éducation sur la prostitution plus sûre. À son avis, la prostitution au Canada «doit être décriminalisée» pour promouvoir effectivement une prostitution plus sûre et «les intervenants qui travaillent avec les prostitué(e)s doivent faire de la décriminalisation une priorité».^[24]

L'importance d'examiner les lois actuelles sur la prostitution a également été reconnue par l'Organisation mondiale de la santé, qui a recommandé d'organiser une assemblée pour étudier des questions telles que les lois qui portent atteinte aux droits sociaux, économiques et juridiques des prostitué(e)s et nuisent aussi aux efforts de prévention du VIH».^[25]

L'analyse la plus complète des questions d'ordre juridique ayant rapport avec les travailleurs du sexe et

le VIH/sida, notamment les répercussions des lois qui réglementent ou pénalisent la prostitution sur les efforts en vue de prévenir l'infection par le VIH se trouve dans le rapport de l'*Intergovernmental Committee on AIDS' Legal Working Party*.^[26] Les auteurs du rapport proposent les objectifs suivants de santé publique qui devraient guider une réforme du droit relatif à la prostitution :

- supprimer les dispositions qui compliquent, pour les travailleurs du sexe et leurs clients, la tâche de se protéger contre l'infection;
- promouvoir des comportements responsables chez les travailleurs et leurs clients;
- diminuer l'opprobre rattaché à l'industrie;
- promouvoir des circonstances au sein même de la culture de l'industrie du sexe qui permettront et encourageront des activités sexuelles plus prudentes;
- améliorer les conditions de travail dans l'industrie.

Le rapport renferme une liste «d'options à privilégier» dans la réforme du droit, notamment la décriminalisation de la prostitution et la réglementation des conditions de travail par l'État.

L'opposition à la légalisation

Certains auteurs affirment que même si l'on devrait décriminaliser la sollicitation aux fins de la prostitution, cette activité ne devrait pas être légalisée (la légalisation = reconnaissance juridique de la prostitution assujettie à un contrôle gouvernemental complet). Comme l'a affirmé une avocate canadienne, «J'aimerais que les femmes puissent travailler chez elles. Ce serait la situation idéale, tant sur le plan de la sécurité que celui de la dignité. Cependant, je ne veux pas que la prostitution soit légalisée.» À son avis, partout où la prostitution a été légalisée, les femmes ont perdu le contrôle et elles subissent des conditions de travail oppressives.^[27] Le *English Collective of Prostitutes* est également opposé à la légalisation, au motif que les prostitué(e)s devraient pouvoir faire de la publicité et entrer légalement en rapport avec leurs clients, sans entrave ou proxénétisme étatique. ^[28] D'après Overs, «il faut abroger inconditionnellement toutes les lois pénales pertinentes et introduire des règlements fondés sur une compréhension et une analyse exactes» et non faire la légalisation partielle, dont la conséquence projetée est de fournir un bassin de femmes non infectées.^[29]

Conclusion

L'approche suivie par ceux qui demandent des réformes du droit devrait combiner l'abrogation des peines criminelles pour ceux qui travaillent comme prostitué(e)s et des efforts pour habiliter ceux qui travaillent dans ce domaine, minimiser la prostitution et empêcher les jeunes d'être exploités.^[30] Toutes les femmes doivent être convaincues que la réforme du droit de la prostitution les intéresse : «le

véritable objet des lois qui punissent les prostituées est de renforcer les valeurs mâles à l'égard du sexe, de maintenir le régime de deux poids deux mesures et de discipliner et diviser les femmes en traitant certaines d'entre elles d'épouses respectables et d'autres de putains. Les femmes doivent prendre position contre ce processus et reconnaître qu'elles, comme leurs soeurs stigmatisées, sont touchées par les lois qui criminalisent ceux qui vendent leurs services sexuels».[31]

- Ralf Jürgens

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Pour plus de détails, voir Jürgens, R., "Projet conjoint identifie les priorités juridiques et éthiques liées au VIH/sida", *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 4 (juillet 1995), p. 7-9.

[2] La version complète se trouve sous Jürgens, R., *Questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida: enquête bibliographique et bibliographie annotée*, Montréal, Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995.

[3] Alexander, P., *Response to AIDS: Scapegoating of Prostitutes*, San Francisco (CA), National Task Force on Prostitution, 1988.

[4] Ibid.

[5] Wills, A. E., *Public Health, AIDS and Sex Workers in New South Wales*, *National AIDS Bulletin* [Australie], novembre 1991, p. 39-43.

[6] Brock, D., *Prostitutes are Scapegoats in the AIDS Panic*, *RFR/DFR*, 1989, 18(2), p. 13-16.

[7] Alexander 1988, *supra*, note 3.

[8] Alexander, P., *Mandatory Testing of Prostitutes Will Not Prevent AIDS*, dans Abt, C. C., Hardy, K. M. (eds), *AIDS and the Courts*, Cambridge (MA), Abt Books Inc., 1990, p. 132-139; Bowleg, L., *Unjust Punishments: Mandatory HIV Testing of Women Sex Workers and Pregnant Women*, Washington (DC), Center for Women Policy Studies, National Resource Center on Women and AIDS, 1992; Cohen, J., Alexander, P., Wofsky, C., *Prostitutes and AIDS: Public Policy Issues*, dans Blumberg, M. (ed), *AIDS. The Impact on the Criminal Justice System* (est paru également dans *AIDS &*

Public Policy Journal, 1988, 3(2), p. 16-22); Leigh, C., No Mandatory Testing! A Feminist Prostitute Speaks Out, *On the Issues*, 1988, 10, p. 10, 24.

[9] AIDS and Civil Liberties Project, American Civil Liberties Union Foundation, Mandatory HIV Testing of Female Prostitutes: Policy Statement of the American Civil Liberties Union, dans Blumberg, M. (ed), *AIDS. The Impact on the Criminal Justice System*.

[10] Alexander 1988, supra, note 3.

[11] Wills, supra, note 5.

[12] Bowleg, supra, note 8.

[13]Cohen et al, supra, note 8.

[14] Leigh, supra, note 8.

[15] English Collective of Prostitutes, Prostitute Women and AIDS: Resisting the Virus of Repression, San Francisco (CA), US PROStitutes Collective, 1988 (édition américaine).

[16] Neave, M. Dans: Sex Industry and the AIDS Debate '88, Rapport et articles de conférence présentés à la First National Sex Industry Conference, Melbourne, Australie, du 25 au 27 octobre 1988, St Kilda (Vic), Prostitutes Collective of Victoria, 1988.

[17] Loff, B., AIDS Legal Workshop, Criminal Laws Impeding HIV/AIDS Prevention, *National AIDS Bulletin* [Australie], juillet 1990, p. 18-20; Plant, M., Sex Work, Alcohol, Drugs, and AIDS, dans Plant, M. (ed), *AIDS, Drugs, and Prostitution*, Londres et New York, Tavistock/Routledge, 1990, p. 1-17.

[18] Kirby, M., Sex, Drugs and the Family, *National AIDS Bulletin* [Australie], 1994, 7(12), p. 20-22.

[19] Loff, supra, note 17.

[20] Plant, M., Conclusions and Strategies, dans Plant, M., (ed), *AIDS, Drugs, and Prostitution*, Londres et New York, Tavistock/Routledge, 1990, p. 198-204.

[21] Rogan, P., dans: Sex Industry and the AIDS Debate, supra, note 16.

[22] Alexander 1990, supra, note 8.

[23] ACLU, supra, note 9.

[24] Voir Scott, dans *Sex Industry and the AIDS Debate*, supra, note 16.

[25] Programme mondial de lutte contre le SIDA et Programme des MTS : déclaration par consensus adoptée à l'issue de la Consultation sur l'épidémiologie du VIH et la prostitution (Genève, du 3 au 6 juillet 1989), Genève, Organisation

mondiale de la santé, 1989.

[26] Intergovernmental Committee on AIDS, Legal Working Party, *Legal Issues Relating to HIV/AIDS, Sex Workers and Their Clients*, Canberra, Department of Health, Housing and Community Services, 1991.

[27] Derrick, A., citée dans Fraser, S., *Defending the Right to Do the Work They Do*, *Atlantic Insight*, juin 1988, p. 14-19.

[28] *Supra*, note 15.

[29] Overs, dans *Sex Industry and the AIDS Debate*, *supra*, note 16.

[30] Neave, M., dans *Sex Industry and the AIDS Debate*, *supra*, note 16.

[31] *Ibid.*

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

DÉPISTAGE

L'article suivant fait état des développements de l'affaire ontarienne sur l'obligation d'aviser les donneurs de sang de leur séropositivité

Tel que rapporté dans les deuxième et troisième numéros du *Bulletin*, plusieurs mois après le début de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (la Commission Krever), l'on a découvert que la Société canadienne de la Croix-Rouge (la «Croix-Rouge») avait 175 000 échantillons de sang congelé. Les échantillons avaient été prélevés auprès de donneurs au Centre de la Croix-Rouge à Toronto entre le 1^{er} décembre 1984 et le 31 octobre 1985. À la fin de 1994 et au début de 1995, ces échantillons ont subi un test de dépistage du VIH pour permettre à la Croix-Rouge de retracer les échantillons contaminés aux transfusés de sang contaminé. Depuis, des mesures ont été prises pour aviser les transfusés. Les tests ont révélé qu'il y avait vingt-deux donneurs séropositifs; de ce nombre, neuf avaient déjà été identifiés parce qu'ils donnaient régulièrement du sang et qu'ils en avaient donné encore, après la mise en oeuvre des procédures de dépistage et de notification, à l'automne 1985. La Croix-Rouge ne connaissait pas auparavant les treize autres donneurs séropositifs. La question était la suivante: les treize donneurs devaient-ils être avisés de leur sérodiagnostic et leur identité devait-elle être signalée au ministère de la Santé de l'Ontario?

Dans son action, la Société canadienne du sida (SCS) a tenté d'empêcher cette divulgation, plaidant que seuls les donneurs qui avaient expressément demandé leurs résultats devaient être informés que le test de dépistage du VIH qui avait été administré sans leur consentement était positif.

Dans un jugement rendu le 10 novembre 1994, le juge Carruthers, de la Cour de l'Ontario (Division générale) a rejeté la demande d'injonction visant à empêcher la Croix-Rouge de révéler les noms des donneurs séropositifs.^[1] La SCS a immédiatement interjeté appel de cette décision. Le 18 janvier 1995, la Cour d'appel a ordonné une nouvelle audition de la demande et la SCS a obtenu une injonction provisoire pour maintenir le statu quo empêchant la communication des résultats des tests aux autorités de santé publique en attendant une nouvelle audition de la demande. Or, à peine une semaine avant la date fixée pour l'audition de l'appel, la Croix-Rouge a révélé que même si les tests initiaux de dépistage

auxquels on soumettait ces échantillons de donneurs étaient effectués aux divers centres de sang de la Croix-Rouge, les tests de confirmation étaient faits au Laboratoire (fédéral) de lutte contre la maladie (LLCM) à Ottawa. À la lumière de ce nouveau renseignement, la Cour d'appel a renvoyé l'affaire devant la Cour de l'Ontario (Division générale) afin qu'elle entende de nouveau la requête initiale.^[2] La nouvelle audition a commencé le 5 juin 1995.

Canadian AIDS Society v. Ontario: nouveaux développements

Le 4 août, la Cour de l'Ontario (Division de l'Ontario) a rejeté la demande de la SCS.^[3]

La première question dont la Cour était saisie était de savoir si les dispositions de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario, L.R.O. 1990, c. H.& (la LPPS) ou la *Loi autorisant des laboratoires médicaux et des centres de prélèvement*, L.R.O. 1990, c. L.1 (la LALMCP) obligent la communication, aux donneurs et aux autorités de santé publique, de la séropositivité des donneurs. La SCS a demandé un jugement déclaratoire comme quoi ces lois ne s'appliquent pas parce que les tests de confirmation étaient faits au Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM). La Société a plaidé que le LLCM n'était pas assujéti aux exigences provinciales en matière de déclaration parce qu'il s'agit d'un laboratoire fédéral. À titre subsidiaire, elle a plaidé que l'application, en l'espèce, des dispositions de ces lois relatives aux déclarations contrevient aux droits des donneurs reconnus aux articles 7 et 8 de la *Charte canadienne des droits et libertés*.

La «qualité pour agir»

La Cour devait d'abord se demander si la SCS avait la qualité voulue pour présenter cette demande au nom des donneurs. (Un tribunal a le pouvoir discrétionnaire de reconnaître à une partie la «qualité pour agir» au nom de l'intérêt public; il n'est pas nécessaire que la loi en cause ait causé un préjudice réel à cette partie). Après avoir appliqué le critère en trois parties employé par la Cour suprême du Canada,^[4] la Cour a conclu que la SCS avait la qualité voulue pour agir :

- la SCS «agissait clairement pour un groupe d'individus non identifiés afin de contester une question susceptible d'être tranchée par les tribunaux»;
- elle avait un «véritable intérêt» à ce que la question soit tranchée;
- n'eut été de la demande de la SCS, il n'y aurait aucun autre moyen de soumettre la question au tribunal.

La communication des renseignements en cause

La Cour a admis que le laboratoire fédéral n'avait aucune obligation de communiquer les résultats positifs des tests puisque la loi provinciale ne pouvait lier l'État fédéral.^[5] Cependant, elle a statué que la Croix-Rouge avait une obligation de communiquer les renseignements en cause conformément à la LPPS et ce, même si la deuxième étape des tests de confirmation était effectuée au laboratoire fédéral. Les faits étaient les suivants:

- les laboratoires de la Croix-Rouge soumettaient les échantillons à des tests ELISA;
- la Croix-Rouge demandait au laboratoire fédéral de soumettre à des tests de confirmation les échantillons qui réagissaient constamment à ELISA;
- le laboratoire fédéral effectuait des tests de dépistage ELISA supplémentaires, des tests de transfert Western et des tests RIPA;
- il communiquait ensuite, sous forme codée, les résultats de ces tests au laboratoire d'origine de la Croix-Rouge;
- la Croix-rouge appariait les résultats de tests codés avec les noms des donneurs.

La Cour devait trancher deux questions: (1) la Croix-Rouge a-t-elle l'obligation de communiquer les résultats des tests du laboratoire fédéral en l'espèce? (2) à titre subsidiaire, le résultat positif au test ELISA crée-t-il, pour la Croix-Rouge, l'obligation de communiquer ces renseignements sans le besoin de test de confirmation?

(1) En vertu de l'article 29 de la LPPS, «l'exploitant d'un laboratoire signale les tests de laboratoire positifs» au médecin-hygiéniste de l'unité locale de santé. La Cour a statué que l'établissement de dépistage de la Croix-Rouge est un laboratoire, au sens de la loi, et que la Croix-Rouge, en faisant le lien entre le résultat positif du test et l'identité du donneur, avait obtenu «un test de laboratoire positif» qui crée l'obligation de communiquer ces renseignements conformément à la LPPS.

(2) La Cour a statué qu'une série de résultats positifs au test ELISA ne suffisait pas à créer l'obligation de déclarer; en effet, parce que les résultats de tests ELISA sont trop imprécis, ils ne constituent pas un «un test de laboratoire sûr à l'égard d'une maladie à déclaration obligatoire.»

Consentement éclairé

La SCS a soutenu qu'au moment de donner du sang, les donneurs n'avaient pas donné leur consentement éclairé pour que leur sang soit soumis à des tests de dépistage d'anticorps au VIH. À cette époque, la Croix-Rouge ne soumettait pas les dons de sang à un dépistage.

- **Le consentement éclairé était-il nécessaire?**

Alors que la SCS a soutenu que le consentement était nécessaire, la province d'Ontario a plaidé qu'en donnant du sang, les donateurs faisaient un «don de la vie» et renonçaient à tous les droits à l'égard de leur sang, en particulier leur droit de s'opposer à ce qu'il soit soumis à des tests de dépistage et que les résultats de ceux-ci soient rendus publics.

La Cour a statué que lorsque les donateurs ont fait le «don de la vie», ils ont «librement et généreusement donné leur sang pour que la Croix-Rouge s'en serve à des fins de transfusion et de maintien de la vie.» Cependant, «les donateurs ne pouvaient pas prévoir, en faisant ce don, que dix ans plus tard, des renseignements personnels à leur sujet seraient retenus et que des échantillons de leur sang seraient soumis à des tests de dépistage. Au moment où ils ont donné de leur sang, on a expressément dit aux donateurs qu'il n'existait aucun test pour dépister le sida.» La Cour a reconnu qu'un sérodiagnostic positif pouvait avoir «des effets dévastateurs sur quelqu'un» et a conclu que le «don de la vie» ne comprenait pas le droit de soumettre, dix ans plus tard, l'échantillon de sang à un test de dépistage.

• Y a-t-il eu consentement éclairé ou implicite au test de dépistage?

La question était la suivante: les circonstances à l'époque pouvaient-elles faire présumer d'un consentement? La Cour a statué que les donateurs n'avaient pas donné leur consentement, exprès ou implicite, au stockage des échantillons donnés et au fait qu'ils soient soumis à des tests de dépistage.

Charte des droits et libertés

La SCS a soutenu que les exigences relatives à la déclaration prévues par les lois en cause, dans la situation particulière de l'espèce, portent atteinte aux droits à la vie privée protégés par les articles 7 et 8 de la *Charte*.

• L'article 7 de la *Charte*

En vertu de l'article 7, «chacun a droit à la vie, à la liberté et à la liberté de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale.»

La Cour a statué qu'il y avait eu atteinte au droit à la sécurité de la personne des donateurs, reconnu à l'art. 7. Elle a conclu que la divulgation des noms des donateurs aux autorités de santé publique «angoisserait certains donateurs, particulièrement les donateurs gais. Les donateurs ignorent peut-être leur sérodiagnostic positif. Il y a plus de dix ans, la Croix-Rouge leur a dit que leur sang ne pouvait pas être soumis à des test de dépistage du VIH. Depuis lors, on a beaucoup plus conscience du sida et du VIH. À cette époque, et c'est malheureusement encore le cas aujourd'hui, les personnes séropositives étaient considérablement stigmatisées.»

La Cour devait ensuite se demander si les «principes de justice fondamentale» avaient été violés. La Cour a soupesé l'objectif de l'État de promouvoir la santé publique et les droits de l'individu. Jugeant très important l'objectif de l'État de «promouvoir la santé publique pour la sécurité de la collectivité», elle a

conclu (1) que la SCS n'avait pas démontré que la LPPS allait à l'encontre des principes de justice fondamentale; (2) que par conséquent, la SCS n'avait pas fait la preuve d'un manquement à l'art. 7.

• **L'article 8 de la *Charte***

En vertu de l'article 8, «chacun a droit à la protection contre les fouilles, les perquisitions ou les saisies abusives.»

La SCS a allégué que le droit des donneurs à la protection contre les fouilles, les perquisitions ou les saisies abusives avait été violé du fait que l'information contenue dans les échantillons de leur sang avait été utilisée sans leur consentement. La Cour a reconnu qu'il y avait eu saisie qui avait violé l'attente qu'avaient les donneurs que leur vie privée soit respectée. Cependant, elle a conclu que la saisie n'était pas abusive, jugeant que les objectifs de santé publique l'emportaient sur le droit à la vie privée de l'individu.

• **L'article premier de la *Charte***

Bien que la Cour ait conclu que l'on avait pas pu prouver de manquement aux droits des donneurs reconnus aux articles 7 et 8, elle a exposé ce qu'auraient été ses conclusions à l'égard de l'article premier de la *Charte* (en vertu de l'article premier, la *Charte* «garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique»). La Cour a conclu que même s'il y avait eu atteinte aux droits des donneurs, celle-ci aurait été justifiée comme il est prévu à l'article premier. En particulier, la Cour a statué que les dispositions de la LPPS sont «raisonnables et portent atteinte aux droits le moins possible. En outre, les effets de leur application ne sont pas nocifs par rapport aux avantages liés au fait de se conformer aux exigences de la LPPS en matière de déclaration.» La Cour a souligné qu'il était possible, «avec la collaboration des donneurs qui sont toujours en vie, de sauver des vies,» et elle a ajouté que la «santé des partenaires, et celle des partenaires des partenaires, est en jeu.» La Cour a conclu :

Il ne s'agit pas simplement d'un cas intéressant treize membres bien informés et peut-être décédés de la communauté gaie. Malheureusement, la toile mortelle de cette maladie s'est probablement étendue d'avantage. L'important droit à la vie privée des treize hommes qui ont donné par altruisme leur sang il y a plus de dix ans doit céder le pas aux objectifs plus importants de la sécurité publique.

La requérante plaide que les donneurs séropositifs ont le droit de ne pas connaître leur sérodiagnostic. Ce point de vue quelque peu étroit fait abstraction du droit qu'ont les donneurs séropositifs de connaître cette information capitale pour la santé. Par une bizarre succession d'événements, la Croix-Rouge est en possession de renseignements qui peuvent changer la vie d'une personne séropositive. L'on reconnaît qu'une minorité des treize donneurs séropositifs est asymptomatique aujourd'hui. Plusieurs parmi les treize sont peut-

être décédés. Il y a peut-être ici un ou plusieurs individus qui sont en train d'infecter des êtres chers sans le savoir. La requérante semble ne pas avoir tenu compte du droit des donneurs de connaître la vérité à propos de leur santé. Aussi important que puisse être, en l'espèce, la question relative à la communication publique des renseignements, le droit des donneurs de connaître ces renseignements dévastateurs, quoique vitaux, est aussi important, à mon avis. Le respect des dispositions de la LPPS relatives à la déclaration permettra aux donneurs de recevoir ces renseignements et d'obtenir du counseling.»

Appel

La décision a été portée en appel.

- *Patricia A. LeFebour et R. Douglas Elliott*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] [1994] O.J. No 2789 (QL). Voir P.A. LeFebour, D. Elliott, "Un tribunal ontarien statue sur la communication, aux donneurs de sang, de leur état sérologique", *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 2 (janvier 1995), aux p. 1, 15.

[2] Voir P.A. LeFebour, "Développements dans l'affaire sur la notification aux donneurs de sang", *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 3 (avril 1995) aux p. 4 et 5.

[3] *Canadian AIDS Society v. Ontario*, Cour de justice de l'Ontario (Division générale), 4 août 1995, numéro de dossier de la cour 4581/94, non encore publié.

[4] *Finlay c. Ministre des Finances du Canada*, [1986] 2 R.C.S. 407.

[5] *Alberta Government Telephone c. Procureur général du Canada* (1989), 61 D.L.R. (4th) 193 (C.S.C.).

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

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Réaction de la Société canadienne du sida

Selon la Société canadienne du sida (SCS), la décision de la Cour de l'Ontario d'exiger que la Croix-Rouge divulgue le nom des donneurs séropositifs aux autorités compliquera la prévention du VIH.^[1]

Brian Huskins, président de la SCS, a déclaré que la SCS était fort déçue de cette décision, expliquant que "Des personnes qui n'ont jamais consenti à subir un test de dépistage du VIH verront leur nom sur les listes de l'État. Le fait de divulguer ces noms ne servira pas l'intérêt public puisque la divulgation forcée n'a qu'un seul effet: décourager les gens de subir volontairement un test de dépistage."

Selon M. Huskins, cette décision compliquera la prévention en matière de sida: "Notre vaste expérience démontre que le seul moyen de favoriser la prévention à long terme est d'offrir aux gens la possibilité de subir le test de dépistage volontairement dans un milieu qui les appuie. La décision du tribunal est inquiétante puisqu'elle établit un précédent qui pourrait s'appliquer à d'autres cas de dépistage du VIH, voire à d'autres test effectués à l'insu des intéressés."

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Société canadienne du sida, "La décision des tribunaux dans l'affaire des échantillons de sang compromet la prévention du VIH, affirme la Société canadienne du sida", Ottawa, la Société, communiqué de presse émis le 8 août 1995.

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

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

États-Unis: dépistage administré aux jeunes accusés d'agression sexuelle

Le juge Fuentes, de la Cour supérieure du New Jersey, a récemment jugé inconstitutionnelle une loi de l'État qui obligeait les jeunes accusés d'agression sexuelle à subir un test de dépistage du VIH.^[1]

Le juge Fuentes a statué que l'administration d'un test de dépistage violait les droits à la vie privée des prévenus et qu'elle n'était en rien justifiée par les besoins médicaux des victimes, accordant foi aux témoignages d'experts selon lesquels «le sérodiagnostic de l'agresseur présumé ou même celui de l'agresseur véritable ne fournirait aucun renseignement utile à un médecin qui tente d'établir le diagnostic de la victime de l'agression.» En outre, le juge a statué que le dépistage chez l'agresseur pourrait être préjudiciable à la santé psychologique de la victime, puisqu'«un résultat positif chez l'agresseur ne signifierait pas nécessairement que la victime est séropositive et la victime devrait subir des test répétés, croyant qu'elle risque de contracter le sida, alors que ce n'est peut-être pas le cas.» Le juge a conclu que la meilleure manière de calmer les inquiétudes de la victime quant à sa santé était de faire subir des test à cette dernière.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] *State in the interest of J.G., N.S. and J.T.*, 1995 WL 251592 (N.J. Super. Ct., Chancery Div., Family Part, Hudson County). Reportage paru dans *Lesbian/Gay Law Notes*, été 1995, à la p. 110.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

EUTHANASIE

La légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté est l'une des questions d'ordre juridique et éthique les plus chaudement débattues. La plupart des groupes communautaires qui s'intéressent au sida appuient la légalisation, arguant que les personnes qui souffrent de maladies terminales ont le droit de choisir de mettre fin à leurs jours au moment de leur choix. Dans des numéros précédents du *Bulletin*, on a beaucoup traité les arguments en faveur de la légalisation de l'euthanasie et publié les positions de principe de divers groupes communautaires canadiens qui s'intéressent au sida. Dans le mouvement VIH/sida, on fait rarement valoir des arguments contre la légalisation. L'article qui suit expose certains d'entre eux, ce qui, nous l'espérons, suscitera un débat des plus nécessaires.^[1]

La légalisation de l'euthanasie

Les tenants de la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie défendent souvent leur thèse en associant deux types d'arguments. L'un est fondé sur la politique sociale, l'autre est lié aux individus - à leur liberté, dignité, douleur et souffrance.

À mon avis, certains de ces arguments sont imparfaits et ne suffisent pas à justifier la légalisation du suicide assisté et de l'euthanasie. La légalisation aurait de graves conséquences, surtout pour ceux qui méritent de l'appui et de la protection à cause de leur vulnérabilité. Bien que les groupes d'action sociale qui s'intéressent au sida se prononcent souvent en faveur de l'euthanasie et du suicide assisté, je crains que les personnes vivant avec le VIH/sida ne seraient gravement lésées par la légalisation de l'euthanasie.

Le «nouveau réalisme»

L'argument fondé sur la politique sociale reflète une forme de «nouveau réalisme» invoquée avec succès dans les discussions sur le VIH/sida. Ainsi, dans un précédent numéro du *Bulletin*^[2], Ogden soutient que l'interdiction qui frappe l'euthanasie oblige les gens à commettre des actes d'euthanasie ou d'assistance au suicide dans des conditions déplorables, «semblables à celles des avortements clandestins.» Cet

argument peut être exprimé comme suit:

- l'euthanasie est interdite;
- cette interdiction oblige les gens à commettre des actes d'euthanasie dans la clandestinité;
- par conséquent, il faut abolir l'interdiction.

Autrement dit, parce qu'il se commet effectivement des actes d'euthanasie, celle-ci devrait être légalisée pour pouvoir contrôler la manière dont on met fin à la vie des gens.

Cette approche «réaliste» n'est pas nouvelle. Elle a été un élément capital de la campagne pour contrôler la propagation du VIH/sida. Il a fallu lever plusieurs tabous relatifs à la sexualité pour informer les gens sur la manière dont ils pouvaient empêcher la transmission du virus. Les programmes d'échange d'aiguilles et la distribution d'eau de Javel sont également une reconnaissance explicite de pratiques cachées auparavant. Pour répondre à ceux qui s'opposaient à la distribution d'eau de Javel et d'aiguilles, on a affirmé que les avantages liés à la prévention de la propagation du VIH/sida l'emportaient sur toute objection à l'usage de la drogue.

Cet argument est-il valable dans le contexte de l'euthanasie? Comme argument fondé sur l'éthique, il n'est pas très solide. En éthique, il est un principe bien établi comme quoi la fin ne justifie pas les moyens. Bien qu'il soit souhaitable d'éviter l'euthanasie pratiquée dans la clandestinité, il est dangereux d'arguer que l'euthanasie doit être légalisée *pour cette raison*. On peut justifier la distribution d'aiguilles, mais pas uniquement parce qu'elle vise un objectif souhaitable. Cette mesure est plus défendable que le fait de permettre l'euthanasie, parce que faire usage de la drogue n'est pas la même chose que tuer quelqu'un ou demander à d'autres d'aider au suicide. Autre exemple: ce n'est pas parce que des jeunes filles souffrent et meurent pendant qu'on excise leur clitoris dans la clandestinité qu'il faut légaliser cette pratique et permettre aux médecins de le faire dans «des conditions idéales.» Une pratique peut être inacceptable, indépendamment de son objectif ultime. Il peut en être ainsi à cause du caractère révoltant de l'acte, mais également à cause des conséquences sociales de la légalisation.

La douleur et son soulagement

L'interdiction de l'euthanasie est-elle la véritable raison pour laquelle on la pratique dans la clandestinité? L'euthanasie est nécessaire, allègue-t-on, parce que de nombreux patients agonisent dans la douleur et sont contraints de subir des traitements destinés à prolonger la vie. Cependant, les gens ne sont pas forcés de subir un traitement. Il est tout à fait légitime, au Canada, de refuser un traitement, même si ce refus a manifestement pour effet de hâter la mort. Il est également légitime de refuser de la nourriture et des liquides. En outre, l'euthanasie n'est pas la seule méthode de soulagement de la douleur. On peut apporter un soulagement adéquat à la plupart des patients, même à ceux dont la maladie est en phase terminale. Qui plus est, même si l'idée de mourir de faim peut être terrible, on peut, sans grande difficulté, assurer le confort de ceux qui refusent de manger et de boire. Pour les patients qui ne

réagissent pas aux traitements classiques de soulagement de la douleur, c'est-à-dire environ 5% des patients, on peut pratiquer la sédation complète.

Cela ne veut pas dire que le soulagement de la douleur soit toujours apporté. Il arrive souvent que les professionnels de la santé n'apportent pas un soulagement adéquat de la douleur en raison d'une crainte non fondée et souvent absurde de toxicomanie. La solution n'est pas de légaliser l'euthanasie mais de sensibiliser les gens, y compris les professionnels de la santé, au refus de traitement et au soulagement de la douleur. Cette seule mesure suffirait à résoudre plusieurs problèmes de patients qui souffrent. Le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et l'aide au suicide, qui rejette la légalisation, recommande que l'on donne priorité aux soins palliatifs et que l'on améliore la formation en soulagement de la douleur pour tous les professionnels de la santé.^[3]

La perte de la dignité

Cependant, ceux qui préconisent l'euthanasie soutiennent que cette solution ne réduit pas la perte de dignité que les patients mourants peuvent connaître. Pourquoi, demandent-ils, la société devrait-elle imposer une façon de mourir? Les deux arguments sont fondés sur l'idée que la légalisation de l'euthanasie est une politique neutre qui permet aux gens de choisir leur façon de mourir. Selon ce point de vue, le consentement serait une protection adéquate. Cependant, comme je le soutiens ailleurs, la légalisation de l'euthanasie ne fait pas qu'offrir la liberté de choisir.^[4]

Des mots comme «dignité» et «déshumanisation» ne sont pas des termes neutres ou objectifs. La «dignité» réfère essentiellement à la manière dont les autres nous perçoivent. Si nous nous sentons atteints dans notre dignité, c'est parce que nous le sommes aux yeux de ceux qui nous entourent. La dignité est une notion conditionnée par la culture. Par exemple, la dépendance envers les autres est considérée comme une atteinte à la dignité dans une société qui valorise l'indépendance et l'autodétermination. Cependant, nous avons tous à faire face à la perte d'autonomie. Nous sommes dépendants comme enfants, et nous comptons sur les autres lorsque nous ne pouvons plus travailler et nous occuper de nous mêmes. Ceci n'a pas à être ressenti comme dégradant - à moins de présumer que nous perdons notre dignité lorsque nous sommes dépendants, sur le plan physique, ou inutiles, sur le plan économique. Cette présomption peut être favorisée par un système juridique.

Le message derrière la légalisation

La légalisation de l'euthanasie véhicule un message: lorsqu'une incapacité physique ou mentale mine l'autonomie, on perd effectivement sa dignité et la vie ne vaut plus la peine d'être vécue. L'approbation sociale de la mort comme solution à la dépendance et à la perte d'autonomie pourrait, à long terme, avoir de graves répercussions sur la manière dont les gens se perçoivent. Les lois ne sont pas des énoncés neutres des faits. Elles expriment des valeurs données. Elles ont également pour effet de rétablir, de renforcer et de changer progressivement les valeurs. Permettre aux médecins de demander à leurs patients s'ils veulent mettre fin à leur vie n'équivaut pas à leur offrir un choix: il montre plutôt que la vie des patients a déjà perdu de sa valeur.

Un fardeau pour la société?

D'autres arguments invoqués en faveur de la légalisation de l'euthanasie révèlent une pression croissante sur tous ceux qui sont devenus dépendants, que ce soit à cause de leur âge ou d'une incapacité mentale ou physique. Au soutien de l'euthanasie, on mentionne souvent les coûts financiers et les coûts émotifs liés au fait de voir ceux que l'on aime «privés de leur dignité». Les coupures dans les services de santé ont pour effet de réduire l'appui aux malades et leurs parents. Cela augmente les pressions sociales, de sorte qu'il est de plus en plus difficile d'accepter l'idée selon laquelle l'incapacité et la dépendance ne privent pas la vie de sa valeur. Encore une fois, la solution n'est pas d'encourager les gens à choisir d'être tués, mais d'augmenter l'appui psychologique, médical et financier qu'on leur donne. Il ne faut pas que les gens croient qu'ils sont un fardeau pour leur entourage. Au contraire, ils doivent croire qu'on leur doit respect et appui. Une étude britannique devrait nous servir d'avertissement. Selon cette étude, les parents (à l'exception des conjoints), les amis, les voisins et les autorités de santé sont plus en faveur de l'euthanasie que les patients.^[5] Fait intéressant: on a également conclu que la raison la plus probable pour laquelle les gens demandent l'euthanasie était, non pas la douleur, mais la peur d'être dépendant et d'être un fardeau pour les proches.

La «valeur de la vie»

Évidemment, il y a des occasions où «la valeur de la vie» peut sembler dérisoire. À l'article de la mort, prétendraient plusieurs, une heure, une journée, voire un mois n'a aucune importance si cette période est caractérisée par un déclin physique ou mental, par une existence quasi végétative qui fait souffrir les proches. Il n'y a aucun argument valable que l'on puisse opposer à ce sentiment, qui dépend des croyances de chacun. Cependant, faut-il pour autant, au nom de la liberté, donner une caution juridique à l'euthanasie ou au suicide assisté? Le seul fait de vivre en société a nécessairement pour effet de limiter la liberté. Il y aura toujours des limites raisonnables à l'exercice de la liberté.

Les conséquences de la légalisation: la pente glissante

Avant de permettre aux individus de demander l'aide d'autrui pour se donner la mort, nous devons en envisager les conséquences possibles. Il faut faire valoir, dans ce contexte, les arguments dits «de la pente glissante». La légalisation de l'euthanasie et du suicide assisté pourrait être le premier pas sur cette pente. J'ai mentionné l'influence que cette mesure pourrait avoir sur notre perception de ce que constitue une vie qui a de la valeur. Il se peut que nous soyons tous amenés à percevoir que la dépendance et le déclin physique diminuent la dignité humaine.

En outre, comme l'a affirmé le *New York Task Force on Life and the Law*: «une fois que le suicide assisté et l'euthanasie seront intégrés à la pratique médicale, les critères que l'on propose maintenant comme mécanismes de protection se révéleront élastiques et mouvants.»^[6] Dans son rapport sur le suicide assisté et l'euthanasie, il indique que les mécanismes de protection comme les notions de «consentement», de «maladie terminale» et de «douleur ou souffrance insupportable» seront probablement contestées et graduellement transgressées. Par exemple, si le soulagement de la souffrance

est un objectif important, il semble déraisonnable de le limiter à ceux qui peuvent donner leur consentement. «Une fois l'euthanasie devenue une "thérapie" acceptée», avertit le groupe de travail de New York, «il deviendrait logique, voire inévitable que l'on en vienne à l'administrer à ceux qui sont incapables de donner leur consentement.»^[7] Pareillement, la notion de «douleur ou souffrance insupportable» est essentiellement subjective et il est peu probable qu'elle demeure limitée à la souffrance physique. Enfin, que veut dire «maladie terminale»? À quel point les diagnostics médicaux sont-ils certains? Plusieurs vivent plusieurs mois, voire plusieurs années de plus que ce que leur diagnostic prévoyait.

Aux Pays-Bas, on voit déjà combien il est difficile de garder l'euthanasie dans certaines limites, une fois qu'elle est acceptée comme procédure exceptionnelle. Là-bas, les médecins ne s'exposent pas à des poursuites pénales pour avoir pratiqué l'euthanasie ou le suicide assisté s'ils respectent les lignes directrices établies. Ils peuvent pratiquer l'euthanasie sur demande expresse si les patients sont forcés à endurer des souffrances physiques ou mentales insupportables sans perspective d'amélioration. Cependant, d'après certaines études, entre 0,8 et 1,6% de tous les décès aux Pays-Bas sont des cas d'euthanasie sans le consentement des patients.^[8] Le groupe de travail de New York a calculé que si la même chose devait se produire aux États-Unis, il y aurait 16 000 cas d'euthanasie involontaire par année. En outre, la Cour suprême néerlandaise a statué, dans l'arrêt *Chabot*, rendu en 1994, que les personnes souffrant de dépression pouvaient avoir recours à l'euthanasie ou au suicide assisté. Chabot, un psychiatre, avait donné à une femme dépressive qui n'était pas sa patiente, un médicament mortel après l'avoir suivie pendant un mois. La Cour suprême a jugé qu'il aurait dû demander l'avis d'un autre psychiatre, mais a accepté l'idée que l'euthanasie ou le suicide assisté pouvait être pratiqué sur des patients qui «souffrent atrocement» de dépression. La politique néerlandaise, que l'on loue si souvent comme modèle, montre que la pente glissante représente un danger réel.

Conclusion

Est-ce dire que tout va pour le mieux dans le système canadien? Il est clair que non. Les «euthanasies clandestines» inquiètent. On ne soulage pas la souffrance des patients en incarcérant les médecins et les parents qui les aident à mourir. Les lois ne peuvent pas prévoir toutes les situations possibles, mais elles ne devraient pas traiter de la même façon tous les cas de mort provoquée. On devrait pouvoir faire preuve de plus de clémence envers ceux qui agissent par désespoir ou par compassion.^[9] Toutefois, il ne faut pas pour autant donner de caution juridique au fait de provoquer la mort. Par ailleurs, lorsque nous refusons de collaborer au suicide, nous devons rassurer les gens qu'ils ne sont pas un fardeau pour nous et que nous soulagerons leur souffrance. Cela implique un soulagement adéquat de la douleur, des soins palliatifs et le soutien des proches. Il ne faut l'oublier lorsque l'on prendra des décisions sur l'avenir des soins de santé.

- *Trudo Lemmens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Voir les articles de R. Ogden dans les deux premiers numéros, la position officielle sur l'euthanasie, de la *British Columbia Persons with AIDS Society*, dans le premier numéro et l'énoncé de position sur le suicide assisté, de l'*AIDS Committee of Toronto*, dans le quatrième numéro.

[2] R. Ogden, "L'émergence au grand jour de l'euthanasie liée au sida", *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 1 (octobre 1994), aux p. 14 et 15.

[3] *De la vie et de la mort : Rapport du Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté*, Sénat du Canada, 1995.

[4] T. Lemmens, "Euthanasia and the Good Life", *Perspectives in Biology and Medicine* 1995 (à paraître).

[5] L. Dillner, "Relatives Keener on Euthanasia than Patients", *British Medical Journal*, 1994, 309 (29 octobre), 1107.

[6] The New York State Task Force on Life and the Law, *When Death is sought: Assisted Suicide and Euthanasia in the Medical Context*. New York: The Task Force, 1994, à la p. 132.

[7] Ibid., à la p. 133.

[8] Ibid., à la p. 134.

[9] Voir supra, note 3.

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

La Mesure 16 de l'Oregon déclarée inconstitutionnelle

Le 3 août 1995, un juge de district fédéral de l'Oregon a déclaré inconstitutionnelle la Mesure 16 de cet État, qui légalisait l'aide au suicide par un médecin.^[1]

La Mesure 16 avait été approuvée par une majorité de 51% contre 49% du vote populaire pendant l'élection fédérale de 1994. Elle permettait aux médecins de prescrire des doses mortelles de médicaments à des patients adultes aptes et dont l'espérance de vie était inférieure à six mois. Des mécanismes de protection étaient prévus pour éviter les abus et assurer le libre arbitre des intéressés:

- il fallait qu'un second médecin confirme le diagnostic;
- le patient devait produire une demande écrite et deux demandes orales;
- la demande écrite devait être signée par deux témoins;
- il fallait respecter des périodes d'attente de quinze jours à compter de la première demande orale et de quarante-huit heures à compter de la demande écrite;
- les médecins traitants devaient référer à un spécialiste les patients souffrant de dépression ou d'un autre trouble psychologique.

La Mesure 16 de l'Oregon n'est jamais entrée en vigueur, à cause d'une injonction préliminaire accordée par le même tribunal il y a quelques mois. Certains patients souffrant de maladies terminales avec des antécédents de dépression, y compris un patient avec le sida, ont allégué que la mesure violait leur droit constitutionnel à la protection égale de la loi et à l'équité procédurale, reconnu dans la Constitution américaine et la *Americans with Disabilities Act*, et qu'elle portait atteinte aux libertés d'association et du culte. Relativement à la disposition garantissant la protection égale de la loi, ils ont soutenu qu'en tant que patients en phase terminale, ils n'étaient pas aussi bien protégés à l'égard du suicide que d'autres

personnes dans l'État. Le juge Hogan, qui ne s'est prononcé que sur la disposition garantissant la protection égale de la loi, a statué que la mesure avait pour effet de «priver arbitrairement les personnes souffrant d'une maladie terminale de la même protection à l'égard du suicide que celle dont jouit la majorité.» Il a souligné que le médecin traitant n'était pas qualifié pour évaluer les possibles troubles mentaux des demandeurs de suicide. «Puisque c'est la mort sanctionnée par l'État et assistée par les médecins qui est en cause» a averti le juge, «certains "bons résultats" ne peuvent l'emporter sur les autres vies perdues en raison d'erreurs et d'abus inconstitutionnels.»

- *Trudo Lemmens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] *Lee v. Oregon* [Civ. No. 94-6467-HO] 1995 WL 471792; 471797 (D. Or.).

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

États-Unis: condamnation maintenue d'un violeur séropositif

Un tribunal d'appel du Maryland a statué qu'un homme qui avait commis une agression sexuelle sachant qu'il était séropositif pouvait être reconnu coupable de tentative de meurtre ou d'agression avec l'intention de commettre un meurtre.^[1]

Pendant qu'il était incarcéré, en 1991, l'appelant Smallwood a été diagnostiqué séropositif et il a affirmé qu'il prendrait des précautions pour ne pas transmettre le virus pendant ses rapports sexuels. En 1993, Smallwood et un complice ont commis un vol à main armée contre une femme; d'après la preuve, Smallwood aurait alors agressé sexuellement la femme, avec «pénétration partielle» sans condom. Reconnu coupable au procès, Smallwood a été condamné à des peines concomitantes pour vol à main armée et tentative de viol. Vu son sérodiagnostic, Smallwood a également été condamné à des peines concomitantes pour tentative de meurtre, agression avec l'intention de commettre un meurtre et négligence criminelle. Smallwood a plaidé que la preuve ne permettait pas de le reconnaître coupable de tentative de meurtre ou d'agression avec l'intention de commettre un meurtre.

Le tribunal d'appel, sous la plume du juge Bishop, a maintenu les condamnations. Il a cité des arrêts rendus dans d'autres ressorts où l'on avait maintenu des condamnations de prévenus séropositifs reconnus coupables d'avoir craché sur leurs victimes^[2], de les avoir mordu^[3] ou de les avoir agressées autrement,^[4] et a affirmé que Smallwood savait qu'il risquait de transmettre un virus mortel en commettant un viol sans condom. Il a statué que le juge des faits pouvait en déduire qu'il avait voulu les conséquences prévisibles de ses actes.

Le juge Bloom, dissident, a soutenu que la preuve permettait de tirer deux conclusions contradictoires quant à l'état mental de Smallwood: l'intention spécifique de commettre un meurtre, qui permettrait de le reconnaître coupable de ces crimes, et l'indifférence déréglée et téméraire, qui permettrait de le reconnaître coupable de l'infraction moins grave de négligence criminelle. Le juge Bloom a ajouté que la deuxième présomption était plus convaincante puisque, si Bloom avait voulu tuer, il aurait utilisé son arme à feu plutôt que de s'en remettre à la possibilité de transmettre le VIH.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] *Smallwood v. State of Maryland*, 1995 WL 411379 (Ct. Special App. of Md., le 13 juillet 1995). Reportage paru dans *Lesbian/Gay Law Notes* (septembre 1995), aux p. 126-7.

[2] *Weeks v. State*, 834 S.W. 2d 559 (Tex. Ct. App. 1992).

[3] *State v. Smith*, 621 A. 2d 493 (N.J. Super. Ct. App. Div.) 1993).

[4] *State v. Haines*, 545 N.E. 2d 834 (Ind. Ct. App. 1989).

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

DROITS DE LA PERSONNE

Protéger les droits de la personne dans le monde

La International Gay and Lesbian Human Rights Commission (IGLHRC) a été fondée en 1991 pour lutter contre les violations des droits de la personne relatives à l'orientation sexuelle ou au statut immunitaire. Elle milite en faveur d'un monde où les droits fondamentaux des gais, des lesbiennes, des bisexuels et des personnes vivant avec le VIH/sida seront respectés, et où la loi internationale sur les droits de la personne y veillera.

La IGLHRC surveille et documente les violations des droits de ces personnes, en exposant les cas les plus insignes et en mobilisant des réactions à leur endroit. Depuis 1993, la IGLHRC est présente au Canada par le biais de son Groupe de travail canadien, un réseau de personnes qui travaille à l'évolution de la Commission, par sa collaboration avec les agences gouvernementales, les ONG sur les droits de la personne et les groupes de gais et de lesbiennes au pays.

En plus d'observer et d'enregistrer les cas de violations, la IGLHRC travaille à protéger les droits de la personne. Elle travaille aussi sur des aspects élémentaires d'organisation et de soutien, incluant la distribution d'aide matérielle à certains groupes dans des pays en développement. En dépit de l'accroissement d'un consensus international à l'effet que les droits des minorités sexuelles doivent être inclus à l'agenda du mouvement sur les droits de la personne, la IGLHRC demeure la seule organisation dédiée uniquement à l'avancement de ces droits.

Dans le domaine du VIH/sida, rares sont ceux qui ont répondu au défi de mettre à jour le lien entre les droits de la personne et l'état de santé. Les élaborateurs de politiques et ceux qui façonnent l'opinion outrepassent souvent les corrélations entre santé et droits de la personne. Il est donc important que les groupes qui s'en occupent insistent sur le fait que les abus liés à la séroprévalence, en plus de brimer les droits de la personne, mettent en danger la santé publique. À Bogota, par exemple, dans un cas de menaces et de violence à l'endroit d'un centre pour personnes vivant avec le sida, la IGLHRC a ciblé dans sa campagne non seulement le ministère colombien de la Justice, mais également celui de la Santé

publique. À Tegucigalpa (Honduras), dans une campagne contre un refus de procéder à l'enregistrement légal d'un ONG sur le sida, la IGLHRC soulignait la violation de la liberté d'association, mais aussi un obstacle à l'efficacité des efforts pour contrôler la maladie.

De telles actions nous forcent à bâtir de fortes coalitions, parfois inattendues. En même temps, elles nous permettent d'accroître le nombre d'instances et d'institutions devant lesquelles nous pouvons demander réparation pour les injustices subies. L'émancipation et la pleine intégration sociale des minorités sexuelles est en soi un objectif désirable: à cause du VIH/sida, cette intégration est devenue indispensable à la santé publique dans les régions où ces personnes sont exposées à un risque élevé de transmission du VIH. Car la mobilisation des ressources contre le sida est impossible si les gais, les usagers de drogues, les prostitués et autres groupes marginalisés se voient dénier leurs droits de membres d'une communauté, d'une culture et de la société.

Il faut surmonter les divisions entre les diverses actions dans les domaines du sida, des gais et lesbiennes, et des droit de la personne. La IGLHRC applique ce principe dans son travail et vise à agir sur ces trois terrains.

- *Jorge Cortiñas*

Pour plus d'information sur le Groupe canadien de travail de la IGLHRC: *Canadian Working Group*, 1-21 avenue Graham, Ottawa ON K1S 1X2. On peut aussi contacter le bureau central de la IGLHRC ou s'abonner à sa publication, *Réseau d'actions urgentes*, aussi disponible en anglais et en espagnol: IGLHRC, 1360 Mission Street (suite 200), San Francisco, CA 94103, USA. Téléphone (415) 255-8680 / fax (415) 255-8662/ e-mail: iglhrc@igc.apc.org

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Politiques sur les drogues

Fondation canadienne pour les politiques sur les drogues

La Fondation canadienne des politiques sur les drogues (*Canadian Foundation on Drug Policy*) est un organisme à but non lucratif fondé en 1993 par plusieurs spécialistes de pointe au Canada en matière de politiques sur les drogues.

Les objectifs de la Fondation sont de:

- tenir lieu de forum pour l'échange de points de vue entre les personnes qui s'intéressent à une réforme des politiques relatives aux drogues, légales et illégales;
- agir comme véhicule dans le partage de ces points de vue et la discussion de questions importantes de politiques sur les drogues avec le gouvernement, le public, d'autres organismes et les médias;
- rassembler l'expertise de partout dans le monde, en matière de politiques innovatrices sur les drogues et partager cette information avec les Canadiens et les Canadiennes;
- évaluer dans quelle mesure les lois et politiques sur les drogues rencontrent leurs objectifs;
- examiner les conséquences des lois et politiques sur les drogues pour les Canadiens et les Canadiennes, leurs communautés et la société canadienne dans son ensemble;
- examiner les effets réciproques entre les lois sur les drogues au niveau canadien et au niveau international;

- lorsque nécessaire, recommander des alternatives qui rendront plus efficaces et plus humaines les lois et politiques canadiennes sur les drogues.

La Fondation n'encourage pas la consommation de drogues nocives.

Pour en connaître davantage sur la Fondation ou pour en devenir membre, n'hésitez pas à nous contacter — Fondation canadienne des politiques sur les drogues, 70 rue Macdonald, Ottawa ON K2P 1H6, Canada / téléphone (613) 238-5909 / télécopieur (613) 238-2891 / e-mail: eoscapel@fox.nstn.ca

Vous pouvez également prendre connaissance des activités de la Fondation par le biais de notre site sur le réseau Internet: <http://fox.nstn.ca/~eoscapel/cfdp.html>

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

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

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

INFORMATIONS CANADIENNES

Développer une stratégie internationale du Canada sur le VIH/sida: l'occasion d'une participation communautaire accrue?

Les 5 et 6 octobre, 30 représentants d'organismes gouvernementaux et non gouvernementaux ainsi que des chercheurs dans le domaine du VIH/sida, participaient à un forum organisé par Santé Canada, afin d'élaborer la stratégie internationale du Canada en réponse à la pandémie de VIH/sida.

En 1993, le Canada annonçait la Phase II de sa Stratégie nationale sur le sida. La Stratégie inclut entre autres choses une attention particulière aux activités internationales. Le Canada n'a toutefois pas encore adopté sa propre Stratégie internationale à ce sujet. Le travail a commencé en avril 1995, lorsque le Secrétariat national sur le sida invitait un petit groupe d'individus (qui avait déjà travaillé ensemble à se préparer pour le Sommet de Paris sur le sida en décembre 1994), à commencer à développer un "cadre d'action" en vue de l'élaboration de la Stratégie internationale canadienne.

Cette Stratégie vise à améliorer l'approche canadienne face à la pandémie globale de VIH/sida, notamment:

- en établissant une collaboration entre les diverses organisations canadiennes actives sur le plan international en matière de sida;
- en coordonnant les interventions des programmes;
- en ciblant l'allocation des ressources;
- en unifiant les stratégies canadiennes de santé et de développement international, en matière de VIH/sida.

Les participants au forum — dont plus d'un tiers sera constitué de représentants d'ONG de développement international et de personnes vivant avec le VIH/sida — travaillera à partir dudit "cadre d'action", qui suggère des objectifs, des priorités, et une stratégie internationale commune aux intervenants gouvernementaux, non gouvernementaux, et aux personnes vivant avec le VIH/sida. Les participants auront la chance de formuler des recommandations au sujet du contenu de la Stratégie et des mécanismes de son application. On prévoit sa complétion cet automne; son application pourrait avoir lieu immédiatement après. Le Secrétariat national sur le sida, de Santé Canada, poursuivra le travail de soutien logistique et administratif de sa coordination.

Le forum est une initiative qui arrive à point: la tendance actuelle "d'approche internationale optimale" en réponse au VIH/sida met l'accent sur la coordination multisectorielle et le rapprochement des actions entre gouvernements et ONG. L'expérience a démontré l'importance d'établir un partenariat avec ceux qui sont les plus vulnérables à l'infection — personnes économiquement défavorisées, femmes, minorités sexuelles, prostitués, personnes migrantes — pour:

- s'attaquer aux facteurs sociaux et culturels qui alimentent la vulnérabilité individuelle à l'infection à VIH;
- œuvrer directement auprès de ces groupes, que les gouvernements ont peine à rejoindre.

Selon l'historien Dennis Altman, "chaque fois que possible, des réponses émergeront de la communauté locale face à l'épidémie, et aucun programme d'agence gouvernementale ou non gouvernementale ne pourrait être efficace sans soutenir ces initiatives et collaborer avec elles."^[1]

La plupart des intervenants internationaux majeurs dans le domaine du sida démontrent cette compréhension: UNAIDS, le nouveau Projet commun des Nations Unies sur le sida, qui rassemble 6 agences, est par définition multisectoriel, et la Banque mondiale, reconnaissant récemment l'importance des ONG dans l'action contre le sida, s'est engagée à renforcer l'apport communautaire.

Le forum abonde dans le même sens en rassemblant des représentants de divers secteurs gouvernementaux et non gouvernementaux afin de réunir leurs efforts. D'importantes occasions sont offertes de:

- mobiliser le soutien canadien à l'égard de la réponse communautaire au VIH/sida dans les pays en voie de développement où les ressources sont rares;
- développer une approche plus cohérente du travail international du Canada en matière de VIH/sida.

Même si ce travail est généralement bien vu, son évolution n'est pas encore basée sur les leçons tirées de la première décennie de la pandémie: jusqu'à maintenant, les départements gouvernementaux, les

universités et les ONG, établissent cas par cas les programmes internationaux du Canada et leurs priorités. Au mieux, chaque département, université, ou organisation, procède selon ses propres politiques; au pire, les politiques sont inexistantes, ou encore dépassées, et limitées par la perception du sida seulement comme un problème de santé.

En l'absence d'un engagement commun clair envers une approche multisectorielle basée sur la collaboration des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux, le soutien est déficient pour:

- les initiatives menées dans les pays en développement par les ONG, les groupes communautaires et les personnes vivant avec le VIH/sida, et
- les groupes canadiens désireux de travailler de pair avec les groupes des pays en développement.

Les ONG canadiennes, les groupes communautaires et les groupes de personnes vivant avec le VIH/sida ont peine à faire entendre leurs voix politiques, en comparaison avec les universités et institutions de santé qui ont un meilleur financement pour entreprendre du travail international sur le VIH. La plus grande partie de l'aide internationale canadienne en matière de sida — plus de 100 millions\$ depuis 1985 — a été octroyée soit de manière bilatérale (les universités et institutions de santé canadiennes agissant comme agences exécutives) ou de manière multilatérale. Parallèlement, le secteur non gouvernemental et communautaire est demeuré sous-financé: des organisations comme le Conseil international des ONG de lutte anti-sida (ICASO) et la Coalition interagence sida et développement (CISD), ont reçu un certain soutien, qui est à présent menacé de disparaître. D'autres, comme le *Global Network of People Living with HIV/AIDS* (GNP+) et la *International Community of Women Living with HIV/AIDS* (ICW), n'ont reçu aucun financement gouvernemental. Plusieurs ONG canadiennes de développement international se débattent pour survivre, à cause des coupures générales du gouvernement dans son soutien aux ONG.

Il est souhaitable que le développement de la Stratégie internationale du Canada sur le VIH/sida ait au moins deux conséquences: la reconnaissance explicite et formelle de l'important rôle que joue le secteur communautaire dans la lutte contre le sida, et un soutien financier accru pour les ONG afin qu'elles puissent aider de manière significative les actions communautaires en réponse au VIH/sida à travers le monde.

- Áine Costigan

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Altman, D., *Power and Community: Organizational and Cultural Responses to AIDS*, Taylor and Francis Ltd, 1994, p. 66.

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

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Informations internationales

Chine : nouvelle loi sur le mariage

La Chine a introduit une nouvelle loi en vertu de laquelle les personnes vivant avec le VIH/sida pourraient être empêchées de se marier. La loi est entrée en vigueur le 1^{er} juin 1995.^[1]

La *Loi sur la santé des mères et des enfants* oblige les couples qui prévoient se marier à subir une série de tests médicaux. Les personnes ayant des maladies transmises sexuellement, y compris la syphilis et le sida, peuvent être empêchées de se marier; les contrevenants seraient punis. La loi empêche également de se marier les gens ayant de graves maladies héréditaires à moins qu'ils ne soient stérilisés ou qu'ils ne prennent des moyens de contraception à long terme. Les foetus ayant des maladies héréditaires ou des malformations graves doivent être avortés.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Reportage paru dans le *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], vol. 6, no 2 (juin 1995), à la p. 24.

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

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Royaume-Uni: projet de loi sur la discrimination envers les personnes handicapées

Le gouvernement britannique a accepté d'inclure les personnes souffrant de VIH/sida symptomatique dans les dispositions du nouveau projet de loi interdisant la discrimination envers les personnes handicapées, qui est maintenant devant le Parlement.^[1]

Le gouvernement a assuré le «groupe parlementaire inter-partis sur le sida» que lorsque le Parlement reprendra ses activités en octobre, il présentera un amendement qui inclura dans les dispositions du projet de loi les personnes souffrant de VIH/sida symptomatique, pour qu'elles bénéficient des mêmes avantages et mesures de protection que les autres personnes handicapées: par exemple, elles pourraient poursuivre leur employeur en cas de renvoi injustifié et les compagnies d'assurances ne pourraient plus annuler les polices d'assurance-vie des gens chez qui se développe le sida par la suite.

Cette mesure suscitera probablement de la controverse chez certains députés conservateurs, qui ont exprimé le point de vue que «le sida n'est pas une déficience comme les autres et est fréquemment contracté à cause du comportement.»

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Voir G. Jones, "AIDS Victims Protected by Disabled Bill", London, *The Telegraph*, 1995.

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

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

NOUVELLES PUBLICATIONS

VIH/sida: enquête bibliographique et bibliographie annotée

Dans le cadre du Projet conjoint de la Société canadienne du sida et du Réseau juridique canadien VIH/sida sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida, une enquête bibliographique et bibliographie annotée, totalisant plus de 200 pages, viennent de voir le jour.

L'enquête bibliographique se concentre sur les huit aspects identifiés comme prioritaires par les 60 personnes et organisations consultées au cours du projet^[1]:

- l'accès aux soins et aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida;
- la criminalisation de la transmission du VIH;
- la discrimination;
- les lois sur les drogues et le VIH/sida;
- les questions d'ordre juridique intéressant les gais et les lesbiennes;
- les questions d'ordre juridique soulevées par le VIH/sida dans les prisons;
- les lois et politiques réglementant la prostitution;
- les tests de dépistage et la confidentialité.

Elle comprend deux autres chapitres: l'un examine le rôle du droit et de l'éthique dans la lutte contre le VIH/sida; l'autre aborde les questions touchant les femmes, dans le contexte du VIH/sida.

La bibliographie offre de brefs commentaires sur plusieurs centaines de volumes, articles et rapports, et présente par ailleurs un sommaire de la plupart des cas de jurisprudence au Canada jusqu'à ce jour, relativement au VIH/sida.

Pour en obtenir gratuitement une copie, en français ou en anglais, jusqu'à épuisement des stocks: Ralf Jürgens, Réseau juridique canadien VIH/sida, 484 rue McGill, 4e étage, Montréal, Québec, H2Y 2H2
Tél.: (514) 397-6828 Téléc.: (514) 397-8570 Courriel: info@aidslaw.ca

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Voir *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 4 (juillet 1995), p. 7, à 9.

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

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

ÉVÉNEMENTS PROCHAINS

International Conference on AIDS-Law and Humanity

Ce congrès aura lieu à New Delhi, Inde, du 6 au 10 décembre 1995. Figurent au programme préliminaire:

- objectifs et stratégie pour les programmes de contrôle du sida et le droit;
- sida et programmes de développement socio-économique;
- sida, industries et droit;
- questions de santé publique;
- santé publique et loi sur les droits de la personne;
- implications économiques du sida et droit;
- culture familiale et VIH;
- droit coutumier;
- population, sida et droit;
- femmes et enfants;
- questions d'assurances;

- communication et systèmes d'information.

Le Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'Université McGill compte parmi les commanditaires. Pour plus de renseignements, contactez: The Indian Law Institute, Bhagwan Das Road, New Delhi, 110 001 Inde / téléphone (91-11) 338-7256 / fax (91-11) 378-2140 / e-mail ILLINDLAW@aXess.net.in

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Résultats du Premier atelier national VIH/sida et prisons

Le Premier atelier national VIH/sida et prisons ne visait pas à formuler des recommandations: les participants s'entendaient pour dire que le Rapport final du Comité d'experts sur le sida dans les prisons (CESP)^[1] et la stratégie globale proposée en 1992 par PASAN^[2] contiennent les éléments nécessaires d'une stratégie de prévention et de soins du VIH/sida dans les prisons. Problème soulevé par plusieurs: les actions qui doivent donner suite à ces recommandations sont entreprises trop lentement ou inégalement, ou demeurent inexistantes.

Les participants à l'Atelier ont donc pressé les gouvernements provinciaux et fédéral d'agir immédiatement pour appliquer les recommandations du CESP et de PASAN. Par la même occasion, ils ont reconnu que certaines initiatives heureuses sont amorcées, notamment la distribution de condoms et d'eau de Javel, un programme pilote d'éducation par les pairs et la disponibilité du dépistage anonyme du VIH.

Voici un bref aperçu de certaines des questions majeures qui y ont été discutées.

Dépistage et confidentialité

Les participants appuient la récente décision du Service correctionnel du Canada (SCC) de rendre possible dans les prisons fédérales le dépistage anonyme du VIH.^[3] Cette initiative incitera au dépistage les détenus qui s'y montraient réfractaires par peur que leur résultat soit divulgué. On a toutefois souligné que le dépistage offert par le personnel de santé des prisons devrait être plus facilement accessible et mieux accepté par les détenus, entre autres via la possibilité de tests non-nominaux, la formation du personnel de santé en matière de counselling pré- et post-test, et l'amélioration de la protection de la confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus.

Programmes d'éducation à l'intention des détenus

Les participants se sont vu présenter le sommaire d'un programme efficace d'éducation à la santé dans le cadre duquel une professionnelle engagée conjointement par les services correctionnels du Canada et de la Colombie-Britannique a travaillé auprès des détenus et du personnel dans tous les établissements de cette province. Ils ont aussi reçu un compte-rendu d'un projet pilote d'éducation et de soutien par les pairs mené dans un établissement correctionnel du Nouveau-Brunswick.^[4] Par l'intermédiaire de la vidéo en différé, un groupe de détenus de l'institution de Matsqui a partagé avec les participants son expérience de plusieurs années en promotion de la santé et éducation par les pairs. Cependant, l'importance de tels programmes d'éducation par les détenus et pour les détenus ne semble pas comprise à fond par les systèmes correctionnels provinciaux et fédéral. Ceci a été démontré par le témoignage d'un détenu de l'établissement Frontenac qui était présent et racontait avoir soumis une proposition visant à développer un programme de formation à ce type d'éducation: sa proposition a été rejetée parce que les autorités de l'établissement "ne voient pas la nécessité qu'un détenu soit employé à temps plein à ce genre de travail avec les pairs ... l'accent étant plutôt mis sur les points fondamentaux, ce qui inclut l'alphabetisation, les programmes de développement d'habiletés de vie (*living skills*), les programmes sur l'abus de drogues, et le traitement de santé mentale pour ceux qui en ont besoin. Ce moment ne convient pas pour que nous examinions la possibilité de créer un nouvel emploi."^[5] Il en est ressorti clairement que les employés et administrateurs de prisons ont besoin d'information et d'éducation sur l'importance d'efforts sur l'éducation par les pairs, en mettant l'accent sur leur rentabilité administrative et sur le fait qu'ils peuvent effectivement sauver des vies. Il faut qu'un plan permette d'étendre l'expérience du Nouveau-Brunswick partout où cela est possible, et que les établissements reçoivent les moyens de créer des postes rémunérés pour des détenus qui travailleront à l'éducation de leurs pairs.

Mesures préventives pour les détenus

- Condoms, digues dentaires et lubrifiant

Les participants à l'Atelier étaient outrés d'entendre que certains systèmes de prisons au Canada ne mettent encore ni condoms ni lubrifiant à la disposition des détenus, ni digues dentaires à l'intention des femmes détenues. Même incarcérés pour des sentences brèves, des détenus de prisons provinciales s'adonnent à des activités sexuelles et sont ainsi exposés au risque de contracter le VIH. Les participants ont critiqué la difficulté d'accès des détenus à ces accessoires de prévention dans de nombreuses prisons provinciales et certaines prisons fédérales, en dépit du principe officiel de leur disponibilité. Ils incitent tous les systèmes carcéraux et tous les directeurs de prisons à rendre facilement et discrètement accessibles les condoms, les digues dentaires et le lubrifiant, via divers moyens de distribution, tel que le recommandaient le CESP et PASAN.

- Eau de Javel

Les participants ont accueilli favorablement la récente décision du SCC de rendre l'eau de Javel facilement et discrètement accessible dans tous ses établissements.^[6] Ils ont insisté sur l'importance que le SCC émette des directives claires pour assurer une mise en application prompte et uniforme de cette distribution dans toutes les prisons. Ils ont aussi pressé les systèmes provinciaux de suivre l'exemple du

SCC et de rendre l'eau de Javel accessible.

- Aiguilles stériles

La vaste majorité des participants s'entendait pour dire que des aiguilles stériles devraient être disponibles dans les prisons. Après cette discussion, les participants – y compris les employés de prisons – se sont penchés sur la manière de procéder, en insistant sur l'occasion d'apprendre beaucoup de l'expertise de la Suisse, où dans le cadre d'un projet pilote on a entériné la disponibilité d'aiguilles et de seringues stériles.^[7] Plusieurs sont d'avis que le SCC et les systèmes provinciaux sont en face de l'inévitable: il est nécessaire de rendre disponible du matériel d'injection stérile en prison, dans l'intérêt des détenus, du personnel carcéral et du public en général. Par conséquent, tel que déjà recommandé par le CESP et par PASAN, les gouvernements et les systèmes carcéraux devraient commencer tout de suite à mettre en place les mesures qui permettront cette distribution. Selon les participants, ce processus devrait inclure: une vaste consultation des employés de prisons et de leurs syndicats; la préparation d'avis juridiques, tel qu'on l'a fait en Suisse^[8]; l'éducation du public sur (1) le fait que la disponibilité de matériel d'injection stérile n'équivaut pas à fermer les yeux sur l'usage des drogues, ni à céder aux détenus le droit d'en consommer, et (2) sur les bienfaits de cette mesure: la prévention de la propagation du VIH entre détenus et en bout de ligne au sein de la société, et l'évitement des frais de santé que cette propagation engendrerait. Quoiqu'ils s'entendaient largement sur la nécessité et la possibilité de rendre le matériel d'injection accessible aux détenus, les participants reconnaissaient que dans certaines prisons ceci pourrait ne pas être possible à cause de problèmes de sécurité, et que dans certaines autres ce pourrait ne pas être nécessaire à cause d'un très faible taux d'utilisation de drogues injectables.

- Méthadone

Une minorité de participants a exprimé avec véhémence son opposition à l'accessibilité de la méthadone en prison et à l'extérieur. Ils ont soutenu que "la méthadone n'aide pas réellement les gens à se défaire de leur dépendance aux drogues" et que "les personnes qui suivent des programmes d'entretien à la méthadone ne font qu'échanger leur dépendance à une drogue narcotique pour une nouvelle dépendance à un autre narcotique, la méthadone". Les tenants de la distribution de méthadone soulignaient que c'est une mesure pragmatique et nécessaire pour réduire la consommation de drogues par injection et le risque de transmission du VIH qui en résulte. En d'autres mots, l'entretien à la méthadone n'est peut-être pas complètement inoffensif, mais ses dangers possibles sont insignifiants en comparaison avec ceux, beaucoup plus importants, qui sont liés à l'injection de drogues. Certains ont rappelé l'abondance de données qui démontrent l'efficacité des programmes d'entretien à la méthadone, en regard de la réduction du risque de transmission du VIH^[9]. Ils ont ajouté que les patients qui doivent renoncer à la méthadone – parce qu'ils sont incarcérés – recommencent habituellement à consommer des narcotiques, souvent en prison même, et souvent par injection. Le consensus s'est donc fixé sur (1) la nécessité de mettre sur pied des programmes d'entretien à la méthadone dans les prisons, particulièrement pour les détenus qui suivaient de tels programmes à leur incarcération; (2) sur l'importance que les instances fédérales et provinciales de santé améliorent l'accessibilité de tels programmes à l'extérieur des prisons.

- **Matériel de tatouage**

Les participants ont critiqué la réponse du SCC aux recommandations du CESP et de PASAN sur la pratique du tatouage. Ils considéraient que le matériel et les fournitures de tatouage devraient faire partie des objets dont l'usage est permis en prison, sous la rubrique "passe-temps et artisanat", notamment à la lumière d'un sondage mené par Trudy Nichol, coordonnatrice du projet pilote de distribution d'eau de Javel à l'établissement de Matsqui, où 54% des répondants ont révélé s'être fait tatouer en prison.^[10]

Mesures préventives pour le personnel carcéral

Les employés de prisons présents à l'Atelier s'entendaient généralement pour dire qu'ils n'ont pas besoin de matériel supplémentaire de protection et que, dans le seul but de se protéger, il ne leur est pas nécessaire de savoir quels détenus sont infectés par le VIH, mais d'appliquer plutôt les précautions disponibles avec tous les détenus. Ils étaient aussi d'avis que les mesures de prévention de la transmission du VIH entre détenus servent également les intérêts du personnel en ce sens. Par exemple, dans l'établissement de Matsqui, où l'on conseille aux détenus de nettoyer leur matériel d'injection avant et après usage avec de l'eau de Javel, le risque qu'un agent de détention soit blessé par une aiguille contaminée est réduit considérablement. De même dans le cadre du projet pilote suisse, où des mesures ont été adoptées afin que les agents de détention rencontrent moins de risques d'accident avec des aiguilles au cours de la fouille des cellules: les détenus ont le droit d'être en possession d'une seule aiguille à la fois, qui doit être placée dans un verre rangé dans leur armoire.

Soins de santé

On était d'accord: les services de santé de la plupart des prisons font de leur mieux pour offrir les meilleurs soins possibles aux détenus qui vivent avec le VIH/sida, et ces derniers sont souvent référés à des spécialistes de l'extérieur pour des soins et diagnostics spécifiques à l'infection à VIH. Néanmoins, plusieurs participants se sont dit préoccupés par une augmentation marquée du nombre de détenus malades, soulignant que les prisons ne sont pas équipées pour prendre soin de détenus dont l'état requiert des soins ou traitements soutenus ou à long terme. D'autres ont déploré la difficulté d'accès aux thérapies alternatives et aux médicaments qui sont au stade d'essais cliniques, pour les détenus séropositifs ou atteints du sida – en dépit de la promesse du SCC, dans sa réponse au Rapport final du CESP, de faciliter l'accès des détenus aux traitements spécialisés ou expérimentaux. Autre préoccupation exprimée: la difficulté d'obtenir en prison des narcotiques anti-douleur couramment prescrits aux patients à l'extérieur; il a été dit qu'en prison, l'administration de tels narcotiques est souvent refusée, même à ceux qui souffrent de douleurs intenses.^[11]

Libération compassionnelle

Il a été question de détenus qui sont en train de mourir en prison ou qui sont libérés tout juste à la veille de leur mort. Les participants ont souligné qu'il faut prendre les mesures pour assurer que les détenus souffrant de maladies mortelles progressives qui ne présentent pas de menace pour la sécurité publique

soient libérés plus tôt dans le cours de leur maladie.

Femmes détenues

Les participants considèrent qu'en ce qui concerne les besoins des femmes détenues, trop de recommandations du CESP acceptées par le SCC n'ont pas encore été appliquées. Hormis leur insistance sur le besoin de programmes d'éducation et de prévention conçus spécialement à l'intention des détenues, la majorité des participants s'accordait à dire que la société et les systèmes correctionnels négligent de manière générale les besoins des femmes dans les prisons du Canada, dont plusieurs ont souffert d'abus.

Détenus autochtones

Comme pour les femmes, les participants remarquent un manque de préoccupation et d'action à l'endroit des besoins des détenus autochtones. Ils ont de plus exprimé leur préoccupation face aux taux très élevés d'incarcération d'autochtones dans les prisons provinciales et fédérales.

Jeunes contrevenants

Il est ressorti que plusieurs jeunes contrevenants sont exposés à un risque élevé de contracter le VIH mais que les prisons provinciales font peu pour réduire ce risque. PASAN a soumis un premier projet de stratégie globale à ce sujet, et espère recevoir des commentaires et suggestions.^[12]

Avis des détenus

Les participants trouvaient dommage que seulement quelques détenus aient obtenu une permission temporaire pour participer à l'Atelier, car les prisonniers qui vivent avec le VIH (ou qui risquent de le contracter) sont les vrais experts que nous devons entendre et de qui nous pourrions apprendre. Ceci a été mis en relief par l'incalculable contribution qu'ont apportée à cet atelier les détenus et ex-détenus présents ou par présentation vidéo différée.

Avis du personnel

Quoiqu'il y avait à l'Atelier beaucoup plus d'employés que de détenus, il aurait été souhaitable que davantage de personnel médical, d'agents de détention, d'administrateurs d'établissements et d'autres membres du personnel participent à ces discussions et en bénéficient. Nous avons besoin du point de vue des employés: les politiques carcérales ne peuvent être améliorées qu'avec eux, pas contre eux.

Questions d'ordre juridique et éthique

L'une des plénières était organisée par le Projet conjoint de la Société canadienne du sida et du Réseau

juridique canadien VIH/sida sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida.^[13] Deux présentations étaient dévolues à l'analyse de certaines questions liées au VIH/sida en prison.^[14] En l'occurrence, (1) l'accès aux condoms, à l'eau de Javel, au matériel d'injection stérile et à la méthadone: "Les détenus ont-ils droit aux moyens de se protéger contre la transmission du VIH et d'autres agents infectieux en prison?"; (2) "Les systèmes carcéraux peuvent-ils être forcés de fournir ces éléments préventifs aux détenus?" et "Peut-on et devrait-on avoir recours à la loi pour parvenir à modifier les politiques?".

Politiques sur les drogues

Dans l'une des présentations, on a examiné les politiques canadiennes en matière de drogues et leur impact sur la propagation du VIH en prison. Les participants s'entendaient pour dire que plusieurs des problèmes liés au VIH/sida dans les prisons résultent de ces politiques, qui mènent à l'incarcération de plusieurs usagers de drogues, par la criminalisation de leurs comportements, au lieu de leur offrir les traitements, les soins et le soutien dont ils ont vivement besoin. Comme les prisons se retrouvent aux prises avec un lourd problème que la société ne réussit pas à affronter et face auquel les systèmes carcéraux sont eux-mêmes encore moins bien outillés, les coûts financiers et humains entraînés ces politiques sont énormes.

Conclusion

L'Atelier a évidemment fait ressortir le besoin d'une action accrue des gouvernements et systèmes correctionnels de niveaux fédéral et provincial: plusieurs des recommandations du CESP et de PASAN n'ont pas encore été mises en application – incluant certaines avec lesquelles le SCC s'était prononcé en accord dans sa réponse au Rapport du CESP. Les participants ont sévèrement critiqué ce manque d'action qui place les détenus, le personnel carcéral et la population dans une situation de danger potentiellement mortel. Si les autorités gouvernementales et carcérales ne donnent pas suite aux recommandations du CESP et de PASAN, les tribunaux – ou une commission analogue à celle qui examine actuellement la fiabilité du système canadien de banque de sang – devront peut-être un jour examiner pourquoi on a fait trop peu pour la prévention de la transmission du VIH en prison, alors que tout le monde était bien conscient de l'ampleur des risques et savait pertinemment quelles mesures pouvaient les réduire. Parallèlement, les participants reconnaissaient que des progrès ont été faits au cours des dernières années, et ils exprimaient leur volonté de continuer à collaborer et à apprendre les uns des autres, afin de rendre possibles les changements qu'il faut encore apporter. Finalement, tous ont constaté l'apport informatif indispensable de cet Atelier et recommandé qu'il soit tenu de nouveau en 1997.

- *Ralf Jürgens et Julia Barnett*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Service correctionnel du Canada, *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.

[2] *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*. Mémoire présenté par le Prisoners with AIDS/HIV Support Action Network (PASAN) au ministre des Services correctionnels et au ministre de la Santé, Toronto, juin 1992.

[3] Voir le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 4 (juillet 1995), p. 1, 15.

[4] Voir Ploem, C. "Programme pilote d'éducation des détenus par les pairs au Nouveau-Brunswick", dans le présent numéro.

[5] Lettre de S. Sinclair à D. Foreman, en date du 28 octobre 1994.

[6] Supra, note 3, p. 1, 15.

[7] Supra, note 3, p. 2.

[8] Voir le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 3 (avril 1995), p. 2.

[9] Voir Riley, D. "La méthadone et le VIH/sida", dans le présent numéro.

[10] Supra, note 3, p. 15.

[11] Voir Ford, S., "Soins de santé pour les détenus vivant avec le VIH/sida", dans le présent numéro.

[12] Voir infra, "Jeunes contrevenants et VIH/sida: élaboration d'une politique".

[13] Supra, note 3, p. 7, à la p. 9.

[14] Voir les articles de Malkin, I. et Elliott, R., dans le présent numéro.

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

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

La responsabilité des gouvernements de faire en sorte que les détenus ne soient pas exposés au VIH en milieu carcéral

Les détenus ont-ils droit aux moyens qui leur permettraient de se prémunir contre le VIH et d'autres maladies en milieu carcéral? Peut-on contraindre les systèmes carcéraux à fournir des condoms, de l'eau de Javel et des aiguilles stériles? Peut-on et devrait-on avoir recours au droit pour modifier les politiques carcérales relatives au VIH/sida?

Ian Malkin et Richard Elliott traitent ces questions dans les articles qui suivent. Malkin se demande si l'on peut invoquer le délit de négligence pour faire en sorte que les détenus ne soient pas exposés au VIH. Pour sa part, Elliott traite la question de savoir si le fait d'empêcher les détenus d'avoir accès à des aiguilles stériles ou à de l'eau de Javel viole les droits que leur reconnaît la *Charte canadienne des droits et libertés*.

Le rôle du droit de la négligence dans la prévention de l'exposition au VIH pendant la détention

Chacun sait qu'il y a, dans les prisons, des consommateurs de drogues injectables, des gais, des lesbiennes et des individus qui s'identifient comme hétérosexuels mais qui se livrent à des activités homosexuelles. Ces individus comptent parmi les gens les plus marginalisés et les plus défavorisés de la société; l'incarcération accroît leur marginalisation. En s'adonnant à des activités non sécuritaires, plusieurs détenus risquent de contracter le VIH; on pourrait diminuer considérablement ce risque - et la propagation du virus - si ce n'était de la conduite et des choix négligents des gouvernements et des administrateurs d'établissements carcéraux.

Les autorités carcérales ne peuvent raisonnablement affirmer que, parce qu'elles ne veulent pas donner l'impression de cautionner les activités homosexuelles ou la consommation de drogues en milieu carcéral, elles peuvent faire comme si ces activités n'avaient pas lieu et ne pas prendre de mesures pour les endiguer. Parce que les administrateurs ne peuvent pas, de toute évidence, garantir un milieu sans

danger d'infection, ils ont une obligation morale, voire une obligation juridique, de faire face à ce danger et d'y réagir. Ne pas remplir cette obligation constitue de la négligence.

De récents développements montrent à quel point il est important, sur le plan juridique et politique, de chercher à obtenir un redressement juridique face à ce problème.

- La possibilité de séroconversion en milieu carcéral est devenue une réalité documentée: Dolan a rapporté le premier cas confirmé en Australie de séroconversion en milieu carcéral. «Un nombre troublant de transmissions du VIH a peut-être eu lieu» avertit-elle; elle ajoute que «vu la prévalence de l'infection et de comportement à risque, la possibilité qu'il y ait [d'autres cas de séroconversion] paraît énorme».^[1] En 1994 également, des chercheurs écossais ont documenté jusqu'à huit cas de séroconversion en milieu carcéral.^[2]
- On constate une propagation rapide, en milieu carcéral, des hépatites B et C et, par extension, de la transmission éventuellement rapide du VIH:
- De janvier à juillet 1995, 200 nouveaux cas d'hépatite C active et 18 nouveaux cas d'hépatite B ont été signalés dans les prisons fédérales au Canada.^[3]
- Des chiffres semblables ont été avancés pour d'autres systèmes carcéraux. Par exemple, dans les prisons de Victoria (Australie), 39 % des 3 627 détenus soumis à des tests de dépistage avaient été exposés à l'hépatite C; 46 % avaient déjà consommé des drogues par injection. La prévalence de l'hépatite atteint 50 % dans les prisons de la Nouvelle-Galles du Sud (N.-G.S.).^[4]
- Cinquante détenus ont intenté une action en justice contre l'État de la N.-G.S. pour défaut de fournir des condoms.^[5] Leur avocat a fait remarquer que «être privés des moyens préventifs ne fait pas partie de la punition infligée aux détenus».^[6]

Ces développements ne laissent aucune place à la complaisance et, combinés à la menace d'actions en justice que pourraient tenter des détenus qui contractent le VIH et d'autres infections en milieu carcéral, ils pourraient constituer le catalyseur nécessaire pour amener les autorités carcérales à mettre en oeuvre des changements recommandés depuis longtemps et à adopter des mesures raisonnables face au VIH.

L'utilité éventuelle d'une action en justice fondée sur la négligence

Étant donné le danger croissant que posent le VIH et l'hépatite en milieu carcéral, mis en évidence par les cas de séroconversion pendant la détention, il y a plus de raisons que jamais d'intenter un recours judiciaire éprouvé et capable d'une certaine souplesse d'application et ce, pour tenter d'amener des changements de fond à la politique correctionnelle: par une action en négligence, des détenus pourront

peut-être démontrer que les autorités carcérales et les gouvernements devront changer leur façon d'agir. Les détenus canadiens pourraient également soulever d'importants arguments de droit constitutionnel fondés sur des violations de la *Charte des droits et libertés*.^[7]

Le délit de négligence donne ouverture à une action privée, c'est-à-dire un recours civil. L'action en négligence est intentée par l'individu lésé qui allègue avoir un motif de plainte (et non par la police ou le ministère public, où l'incident donne lieu à un recours pénal). Le plaignant - la partie demanderesse - allègue avoir subi un préjudice ou un dommage causé par un acte - ou une omission - fautif, insouciant ou déraisonnable d'une autre personne, entité ou institution (la partie défenderesse en l'instance).

Le recours en négligence est uniquement une question d'équilibre de droits: la conduite du défendeur, d'une part, et les droits de ceux qui sont touchés par cette conduite, d'autre part. Depuis nombre d'années, le droit de la négligence est parvenu tant bien que mal à résoudre des litiges dans des contextes fort différents de ceux dans lesquels on avait l'habitude de le voir appliqué, c'est-à-dire à l'activité insouciance, comme les accidents de transport. Il en est arrivé à jouer le rôle du protecteur du citoyen^[8] et de créateur de normes, cherchant à formuler et à façonner la norme de comportement souhaitable. Il peut également jouer un rôle didactique, un rôle de dissuasion et un rôle d'indemnisation; de plus en plus, divers groupes sociaux qui n'ont aucun autre recours s'en servent pour obtenir un redressement. À tout le moins, ces individus marginalisés et privés de leurs droits intentent des actions en négligence pour faire d'importantes déclarations publiques.

Dans le contexte carcéral, le principal objectif n'est pas nécessairement d'obtenir des dommages-intérêts pour un détenu dont la séroconversion a été causée par la négligence d'une autorité carcérale, mais plutôt de voir apporter des améliorations sur le plan institutionnel. La notion de négligence peut servir de critère qui permet de mesurer à quel point on s'acquitte ou non de ses obligations; elle peut servir à déterminer s'il y a lieu de modifier un comportement. Ces considérations sont particulièrement importantes dans le contexte carcéral, où le rapport de dépendance - pour tous les besoins des détenus - est un élément fondamental de l'existence et de la survie. De fait, les autorités carcérales ont été reconnues négligentes dans plusieurs affaires, quoique fort différentes de celle qui nous intéresse.^[9]

Éléments de la négligence

Pour avoir gain de cause dans une action en négligence, la partie demanderesse doit prouver que la partie défenderesse avait envers elle une obligation de diligence, que la norme de diligence n'a pas été respectée et que le manquement a causé un préjudice réel.

- **Obligation de diligence**

Les autorités carcérales ont indéniablement, envers les détenus, une obligation de diligence fondée sur le rapport contigu entre gardien (system carcéral) et détenu. Cependant, il y a un obstacle éventuel, qui dépend de la manière dont le tribunal caractérise la décision particulière en cause : les autorités peuvent plaider que les plaintes des détenus concernent des décisions politiques ou de planification du

gouvernement, dictées par des questions relatives aux ressources ou à la politique, et qu'il n'y a aucun obligation de diligence. Bien que cet argument ait été soulevé dans l'affaire de la N.-G.S., il n'a pas entraîné le rejet de l'action.

- Manquement à l'obligation de diligence

Il peut être difficile d'établir le manquement à cette obligation, savoir le défaut d'avoir exercé le degré de diligence raisonnable, eu égard aux circonstances. La question fondamentale est la suivante : «que constitue un comportement raisonnable de la part des autorités carcérales?» Pour pouvoir y répondre, les autorités doivent abandonner leurs arguments moralisateurs et prendre part à un dialogue qui englobe les notions de responsabilité, de praticabilité et de lutte contre les méfaits.

Les mesures actuellement en place pour endiguer la propagation du VIH dans les prisons canadiennes sont les suivantes : tous les systèmes offrent des programmes d'éducation sous une forme ou une autre et offrent aux détenus la possibilité de subir des tests de dépistage du VIH; la plupart fournissent des condoms, mais il est rare qu'on y ait facilement et discrètement accès; dans certains systèmes, les condoms ne sont pas disponibles du tout; les lubrifiants sont rarement disponibles, même lorsque les condoms le sont; certains systèmes fournissent de l'eau de Javel; aucun système ne fournit de seringues ou d'aiguilles stériles. La question est la suivante : les autorités carcérales pourraient-elles être jugées responsables dans une action en négligence pour ne pas avoir respecté la norme de diligence raisonnable à laquelle elles sont astreintes, si elles continuent de refuser de donner ou faciliter l'accès à des condoms, à des digues dentaires, à du lubrifiant, à de l'eau de Javel et à des aiguilles stériles dans les prisons?

Contrairement aux litiges antérieurs liés au VIH, où les demandes portaient principalement sur ce que les hôpitaux et les banques de sang auraient dû savoir à certaines dates par le passé, dans le contexte qui nous intéresse, il n'y a aucun doute que les autorités carcérales étaient non seulement en mesure de prévoir, depuis plusieurs années, le tort que leurs politiques pouvaient vraisemblablement causer, mais elles *connaissaient effectivement* l'existence du VIH/sida et son mode de transmission en milieu carcéral. La question ne se limite donc pas à la connaissance qu'avaient les autorités carcérales du risque de transmission, mais touche également leur conduite réelle, qui semble être fondée sur un aveuglement volontaire face à ces dangers reconnus. Tous ces facteurs devraient jouer fortement en faveur des détenus.

Pour déterminer si une conduite est négligente ou non, on tient compte de valeurs non quantifiables comme les notions communautaires de justice, de santé, de vie et de liberté de comportement : ces notions jouent en faveur du détenu qui se dit lésé. Par ailleurs, les autorités peuvent prétendre que le besoin d'administrer efficacement les institutions - ce qui englobe les craintes de conflit de travail - justifie leur inaction. Cependant, la gravité du risque qu'il y a à ne pas prendre de mesures efficaces et peu dispendieuses favorise la thèse de l'insouciance : la gravité est telle qu'il faut adopter des mesures vigoureuses, axées sur la santé publique et la réduction des méfaits et qu'il s'agit là de la seule réaction raisonnable au risque de transmission.^[10]

On ne peut prévoir avec certitude comment les tribunaux vont statuer sur cette question. Pour pouvoir évaluer ce que constitue une réaction raisonnable au problème, il peut être utile de connaître les mesures prises ailleurs, ainsi que les recommandations d'organismes comme l'Organisation mondiale de la santé. On verrait que plusieurs prisons dans le monde donnent accès à des condoms et à de l'eau de Javel et qu'en Suisse, un projet pilote de fourniture d'aiguilles stériles connaît du succès. Ce projet est particulièrement important : le succès du programme suisse montre que la fourniture d'aiguilles stériles en milieu carcéral n'est pas uniquement le fruit de l'imagination délirante d'universitaires ou de comités détachés de la réalité dont on pourrait dire qu'ils n'ont qu'une petite idée des difficultés réelles liées à la mise en oeuvre d'une telle mesure. Nous savons maintenant qu'un programme de distribution d'aiguilles stériles en milieu carcéral peut être mis en oeuvre de façon réaliste et avec succès.^[11] En fait, parce que certains ont exprimé des préoccupations à l'égard de l'usage de l'eau de Javel^[12], la seule réaction raisonnable au risque de transmission par l'usage de drogues injectables est peut-être celle qui semble la plus difficile à accepter : faire en dedans ce que l'on fait en dehors, c'est-à-dire fournir des seringues propres. Le fait que la plupart des systèmes ne fournissent pas de seringues ne permet pas de réfuter l'allégation d'insouciance : bien que des exemples de comportements semblables puissent être utiles, elles ne conditionnent pas les conclusions du tribunal quant à la faute. Des pratiques déficientes n'excusent pas le défaut de faire ce qui est raisonnable.

- Le demandeur a-t-il subi un préjudice?

En principe, le demandeur doit avoir subi un préjudice réel pour pouvoir intenter une action en négligence; il s'agit d'un élément essentiel de l'action. Le redressement accordé a toujours pris la forme de dommages-intérêts. Cependant, dans l'action de la N.-G.S., le juge Dunford a fait des commentaires remarquables qui ont une incidence spectaculaire sur la nature de l'action : apparemment, rien n'empêche le tribunal d'accorder une injonction dans les cas appropriés, même sans la preuve de dommages.^[13] Cette approche serait certainement appropriée dans des cas comme celui-ci, où l'on demande des mesures préventives. Comme l'ont soutenu les avocats des demandeurs, «si les demandeurs contractent le VIH ou l'hépatite à cause du manquement continu à l'obligation de la demanderesse, leurs pertes seront irréparables, et les dommages-intérêts ne suffiront pas à redresser le tort subi. Les demandeurs ne devraient pas avoir à attendre de subir un préjudice susceptible d'indemnisation avant de pouvoir intenter une action à l'égard du manquement continu de la demanderesse à l'obligation de diligence.»^[14]

- Le lien de causalité : le préjudice résulte-t-il du manquement?

Les tribunaux auraient certainement la possibilité de trancher la question de la causalité en faveur de la partie demanderesse, selon les faits de l'espèce. Toutefois, il ne faudrait pas sous-estimer les obstacles éventuels. Dans les faits, le détenu aurait-il contracté le virus n'eut été du défaut de lui avoir fourni des aiguilles stériles, de l'eau de Javel, des digues dentaires ou des condoms, selon la nature du comportement dans un cas particulier? Non. Bien entendu, cela veut dire qu'il y a une preuve comme quoi le détenu était séronégatif avant l'incarcération et ce, pendant une période plus longue que la période d'incubation de six mois, et que l'infection a eu lieu en prison. Du point de vue de la stratégie, le détenu chez qui on a récemment observé la séroconversion pendant sa détention serait évidemment le

demandeur le mieux en mesure d'avoir gain de cause. On argué que les mesures n'auraient peut-être pas été employées : cependant, il n'empêche qu'elles n'étaient pas rendues *disponibles* - ce qui aurait permis à chaque détenu de prendre la décision de les employer ou non (plutôt que de s'en remettre aux autorités). Ces dernières peuvent également faire valoir que la véritable cause de l'infection est le propre comportement du demandeur, surtout lorsqu'on a fourni de l'information sur la réduction des risques; à cet argument on peut répondre qu'à défaut de fournir des condoms, de l'eau de Javel et des aiguilles, de tels programmes de sensibilisation sont inadéquats.

Moyens de défense

Même si le demandeur réussit à convaincre le tribunal de l'existence d'une cause d'action, la partie défenderesse peut encore faire échouer l'action en soulevant l'un des moyens de défense suivants :

- Acceptation du risque

L'obstacle le plus difficile à franchir dans l'action du demandeur sera peut-être l'argument selon lequel la victime aurait «accepté le risque» de subir un préjudice, un argument que les autorités invoqueront sans doute. Cependant, cette défense n'est pas insurmontable et les tribunaux répugnent à y donner effet à cause de sa rigueur quant au résultat. Par exemple, il n'est pas certain que le demandeur ait «librement et de son plein gré» accepté le risque en question. Si un détenu toxicomane a partagé une aiguille contaminée, on ne saurait prétendre qu'il a «accepté le risque» d'infection. Dans les situations où il y a eu rapports sexuels consensuels non protégés, la question est beaucoup plus complexe. Toutefois, par le passé, les tribunaux se sont montrés disposés à reconnaître la complexité de la volonté humaine et l'importance de bien comprendre les circonstances dans lesquelles des décisions sont prises. Bien entendu, les autorités (et peut-être aussi le public et les tribunaux) n'éprouvent-ils peut-être pas beaucoup de «sympathie» envers un demandeur qui se livre à un comportement risqué. Cependant, personne ne demande de la sympathie; on demande plutôt aux gardiens de se comporter de façon raisonnable et responsable. En outre, on ne peut faire abstraction de la vulnérabilité d'un détenu, par rapport au pouvoir dont jouit les administrateurs de l'établissement de détention, lorsque le comportement «libre et volontaire» du demandeur est en cause.

- Négligence contributive

Les autorités peuvent soutenir qu'il faut considérer le fait pour un détenu d'avoir eu des rapports sexuels non protégés ou d'avoir pris de la drogue par injection avec des instruments contaminés comme un défaut de diligence à l'égard de sa propre sécurité. Elles peuvent juger que le détenu a fait preuve de négligence contributive et répartir la faute. Toutefois, elles se trouveraient ainsi à faire une appréciation irréaliste de la véritable dynamique de la vie carcérale : parce qu'ils sont incarcérés, les détenus ont moins la possibilité de s'occuper véritablement de leur propre sécurité, puisqu'ils dépendent presque totalement des autorités pour leur soins.

- Illégalité

Parce que l'usage de la drogue et les rapports sexuels sont interdits en milieu carcéral, on pourrait soutenir que la conduite illégale du détenu fait échouer sa demande. Ce moyen de défense devrait être rejeté : à moins que la loi à laquelle il y a eu infraction ne prévoie, explicitement ou implicitement, qu'une action civile ne peut être intentée en raison d'un préjudice subi pendant la commission de l'acte interdit, le seul fait que le détenu ait agi illégalement ne rend pas l'action irrecevable. Les règlements carcéraux sont pris pour soutenir l'administration de l'établissement et non pas pour exclure des recours civils. La Cour suprême du Canada a strictement limité les cas d'ouverture de la défense d'illégalité : «Il s'agit d'un pouvoir limité dont l'application ne se justifie que lorsque la décision de faire droit à la demande introduirait une incohérence dans le droit, en permettant au demandeur soit de tirer profit d'un acte illégal ou fautif, soit d'échapper à une sanction pénale. Son application ne se justifie pas lorsque le demandeur cherche uniquement à être dédommagé pour des lésions corporelles découlant de la négligence du défendeur.»^[15] Dans le cas qui nous intéresse, le détenu ne profite pas du fait qu'il a enfreint les règles du régime, et il ne se soustrait pas à une peine ce faisant : la conduite illégale est manifestement sans rapport, sur le plan juridique. Comme l'affirme Jürgens, «le fait que les prisonniers s'exposent eux-mêmes au risque de contracter le VIH en s'adonnant à des activités sexuelles (ce qui est interdit en prison) et à l'usage de la drogue (interdit en prison et à l'extérieur), n'est pas une excuse suffisante pour ne pas agir, tel qu'on l'a compris à l'extérieur du milieu carcéral, où les programmes d'échange de seringues ont été établis avec l'approbation et le support financier gouvernementaux.»^[16]

L'importance de la common law - et ses limites

«Le plaignant aura-t-il gain de cause?» Peut-être. Toutefois, dans ces situations, il ne s'agit pas tout à fait de savoir si on aura gain de cause, comme on l'entend habituellement. Même si le détenu est débouté, les frais que doivent assumer les autorités pour contester des demandes de cette nature peuvent se révéler être un facteur suffisamment important pour amener des changements de politique. Bien entendu, il ne s'agit pas de minimiser des facteurs importants dans tous les litiges liés au VIH : «la personne qui souffre du sida n'a peut-être pas la force physique ou émotive voulue pour donner des directives à son avocat, assister à des interrogatoires et affronter les rigueurs d'un procès.»^[17] La possibilité qu'a le détenu de faire respecter «des obligations de common law est réduite par l'accès limité à l'aide juridique et probablement par sa propre réticence à pendre part à un litige judiciaire qui l'opposerait à son gardien. Si le détenu a le VIH/sida, cette voie peut être encore moins attrayante à cause des angoisses liées à la participation à des procédures judiciaires.»^[18]

Pourtant, pour faire bouger les choses, certains individus sont peut-être prêts à endurer les rigueurs d'un litige. En outre, même si la bien meilleure façon d'instituer des mesures de réduction des méfaits serait de légiférer en la matière, plutôt que de faire appel aux tribunaux, la crainte des litiges peut inciter le législateur à apporter des changements. L'action en elle-même ne peut forcer les autorités à prendre les initiatives suggérées qui s'imposent; cependant, parallèlement à d'autres stratégies, elle peut amener des réformes. Indépendamment de l'issue de ces actions, les politiques peuvent changer à la suite de publicité gênante : c'est à cause de la publicité générée par l'affaire des détenus et des condoms en N.-G. S. que certains politiciens ont laissé entendre que des changements pouvaient être apportés. Par exemple, le ministre fédéral de la Santé de l'Australie a critiqué la réticence des autorités carcérales à prendre des

mesures préventives, affirmant que «les gens sont condamnés à l'emprisonnement et non à l'infection» et «qu'ils méritent de recevoir la même qualité de soins que ceux que l'on reçoit à l'extérieur».[19]

On ne peut justifier le défaut de fournir des aiguilles stériles et l'accès souvent difficile à d'autres mesures de réduction des méfaits en milieu carcéral au Canada et dans d'autres pays : le fait d'adopter la même conduite que d'autres n'excuse pas les comportements coupables et insouciantes. Si une action en négligence peut aider à sensibiliser le public et les autorités au besoin de prendre des mesures face au risque de propagation du VIH et de l'hépatite dans les prisons, les procédures auront servi à quelque chose. Cependant, comme nous l'avons déjà fait remarquer, l'un des problèmes qu'occasionne le recours à l'action en négligence comme on l'entend habituellement, et non de la manière suggérée par le juge Dunford, est qu'il faut qu'il y ait eu préjudice. En Australie et en Écosse, où on a documenté des cas de séroconversion en milieu carcéral, cette exigence a été remplie : on peut maintenant demander un redressement après le fait, si les victimes le souhaitent. Il semble inévitable qu'une action type soit bientôt intentée, au Canada ou ailleurs, par un détenu ayant été victime de séroconversion pendant son incarcération et qui aurait employé des condoms, de l'eau de Javel ou des condoms s'il y en avait eu à sa disposition. Ce détenu poursuivra les autorités pour ne pas avoir fait preuve, à son égard, du niveau raisonnable de diligence qu'elles lui devaient en refusant de prendre des mesures préventives. Le problème est réel. Seuls les autorités et les gouvernements les plus irresponsables persisteraient - au risque de se voir poursuivre en justice - à refuser de prendre des mesures qui empêcheraient le grave préjudice de la séroconversion carcérale. Les tribunaux sont maintenant en mesure de condamner juridiquement l'inaction des autorités.

- Ian Malkin

L'auteur remercie Ralf Jürgens pour son aide, et Simon Chesterman pour son précieux travail comme assistant de recherche et pour avoir contribué à la rédaction de certains passages de la version détaillée du présent article, qui sera publiée dans le numéro de décembre 1995 de la *Melbourne University Law Review*. On trouvera également une version plus longue du présent article dans *Le VIH/sida en milieu carcéral - un document de discussion*, qui sera publié par le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida, en novembre 1995.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

- [1] K. Dolan, W. Hall, et coll., "Letter to the Editor: Evidence of HIV Transmission in an Australian Prison". *Medical Law Journal of Australia* 1994; 160; 734.
- [2] B. Christie, Scotland: "Learning from Experience", *British Medical Journal*, 1995, 310 (6975), 279, A. Taylor, D. Goldberg, et coll., "Outbreak of HIV Infection in a Scottish Prison", *British Medical Journal*, 1995, 310 (6975), 289.
- [3] Statistiques des services de santé. Le Service correctionnel du Canada, juillet 1995.
- [4] Voir N. Crofts, T. Stewart, et coll., "Spread of Bloodborne Viruses among Australian Prison Entrants", *British Medical Journal*, 1995, 310 (6975), 285, et P. Brown, cité dans C. Zinn, Australia: "Climbing the Political Agenda", *British Medical Journal*, 1995; 310 (6975): 279.
- [5] *Prisoners A to XX inclusive v. State of NSW* (Cour suprême de la N.-G.S., le juge Dunford, le 5 octobre 1994); voir R. Jürgens, "Australie: des prisonniers poursuivent pour avoir droit au condom", *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 1 (octobre 1994), à la p. 6; "Australie: suivi de l'affaire des condoms dans les prisons", *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 3 (avril 1995), à la p. 3.
- [6] Éditeur. "Prisoners Sue for the Right to Condoms", *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1994, 5(1), 1.
- [7] Ces arguments sont traités infra, dans le texte de R. Elliott.
- [8] Voir A. Linden, Reconsidering Tort Law as Ombudsman, dans F. Steel, S. Rodgers-Magnet (eds., *Issues in Tort Law*. Toronto: Carswell, 1983, aux p. 1 à 23; A. Linden, *Canadian Tort Law*. Toronto: Butterworths, 1993, aux p. 1 à 29.
- [9] Par exemple, ne pas avoir empêché un détenu d'en blesser un autre (*Dixon v. State of Western Australia* [1974] WAR 69; *L. v. Commonwealth* (1977) 10 ALR 269; *Nada v. Knight* (1990) Aust Torts Reports 81-032) et ne pas avoir protégé les détenus contre les blessures qu'ils pourraient se causer (*Howard v. Jarvis* (1958) 98 CLR 177).
- [10] R. Jürgens, N. Gilmore, "Canadian Expert Committee on AIDS and Prisons Releases Final Report", *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1994, 5(3), 12.
- [11] Voir *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 1 (octobre 1994), à la p. 1 et le vol. 1, no 4, à la p. 2.
- [12] Voir, par exemple, Service correctionnel du Canada, *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, aux p. 81 et 82; K. Dolan, Évaluation of a Program of Syringe Decontamination for NSW Prisoners. Document inédit présenté à la dixième conférence annuelle de la Australian and New Zealand Society of Criminology, 28 septembre 1994, à la p. 7.
- [13] *Supra*, note XXX, paragraphes 14 et 15.
- [14] Mémoire des demandeurs, paragraphe 1.7.

[15] Le juge McLachlin dans l'arrêt *Hall c. Hébert* (1993) 101 D.L.R. (4th) 129.

[16] *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, no 2 (janvier 1995).

[17] L. Rozovsky, F. Rozovsky, *AIDS and Canadian Law*, Toronto, Butterworths, 1992, à la p. 54.

[18] J. Norberry, HIV/AIDS, Prisons and the Law, dans J. Fortuin (ed), *Issues in HIV/AIDS in the Australian Prison System*, Canberra, Australian Institute of Criminology, 1992, aux p. 83, 92.

[19] *Melbourne Age*, le 7 juin 1994; *The Australian*, le 7 juin 1994; *Melbourne Age*, le 3 février 1995.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Droit constitutionnel des détenus à des aiguilles propres et à de l'eau de Javel

On sait que les détenus se partagent souvent des aiguilles contaminées pour l'injection de drogues intraveineuses, mais le Service correctionnel du Canada (SCS) et tous les systèmes carcéraux provinciaux refusent encore aux détenus l'accès à des aiguilles propres; plusieurs systèmes refusent même l'accès à de l'eau de Javel. Peut-on soutenir que le fait de refuser aux détenus l'accès à des aiguilles propres et à de l'eau de Javel est une violation de leur droits constitutionnels?

On peut soutenir que trois articles de la *Charte* garantissent le droit à la protection des détenus et pourraient être invoqués pour obtenir la mise en oeuvre d'échanges d'aiguilles et de distribution de troussees d'eau de Javel dans les prisons.

Article 7 : droits à la vie et à la sécurité de la personne

Deux arrêts importants de la Cour suprême du Canada laissent entendre que le droit des détenus d'être protégés contre l'infection à VIH pourrait être considéré comme un aspect du droit «à la sécurité de la personne» (en vertu de l'art. 7 de la *Charte*, «chacun a le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale»).

Dans l'arrêt *Singh c. Ministre de l'Emploi et de l'Immigration*, [1985] 1 R.C.S. 177, le juge Wilson a statué que l'art. 7 englobe tout autant la protection contre la menace d'un châtement corporel ou de souffrances physiques, que la protection contre le châtement lui-même; le juge a cité en l'approuvant la conclusion à laquelle était arrivé le tribunal dans le jugement *Collin c. Lussier*, [1983] 1 C.F. 218 (1^{ère} inst.), suivant lequel il est porté atteinte à la sécurité de la personne non seulement par l'atteinte réelle à la santé, mais également par la probabilité d'une atteinte à la santé.

Dans l'arrêt *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30, le juge Wilson a statué que l'ingérence de l'État dans

l'intégrité corporelle porte atteinte au droit à la sécurité de la personne et le juge en chef Dickson a également jugé que l'art. 7 s'étend aux limitations, imposées par l'État, de la possibilité d'obtenir des soins médicaux bénéfiques lorsque ces limitations ne tiennent pas suffisamment compte des besoins, des priorités et des aspirations des intéressés. Le juge Beetz a souscrit à la conclusion selon laquelle il y a violation de l'art. 7 lorsqu'une telle limitation met en danger la vie ou la santé de quelqu'un.

À la lumière de ces arrêts, on pourrait soutenir que le fait de refuser l'accès à des aiguilles propres ou à de l'eau de Javel viole la sécurité de la personne des détenus en augmentant le risque d'infection à VIH. (La violation du droit à la vie n'est que la suite logique de cet argument, puisque l'infection à VIH est considérée comme ultimement mortelle.) Il faudrait présenter une preuve établissant le lien de causalité entre le refus de fournir des aiguilles et de l'eau de Javel et ce risque accru; or, de nombreuses recherches le démontrent.

L'article 7 offre un recours juridique «préventif». Il peut être invoqué pour prévenir un préjudice futur résultant du fait de l'État (par exemple, la transmission future, parmi les détenus, du VIH ou d'autres maladies transmissibles par le sang, comme l'hépatite C). Il est vrai que, d'après l'arrêt *Operation Dismantle Inc. c. R.* (1988), 45 C.C.C. (3d) 57 (C.S.C.), l'art. 7 n'impose pas au gouvernement l'obligation de s'abstenir de tout acte susceptible d'entraîner des conséquences qui privent ou qui menacent de priver la vie ou la sécurité de la personne de certains individus. Pourtant, le juge Dickson a pris la peine de faire remarquer que le redressement judiciaire demeure possible lorsque l'on peut prouver le lien entre l'acte et le préjudice futur que l'on allègue. Par conséquent, le succès de cet argument dépendra en grande partie de la preuve présentée pour établir le rapport entre l'usage de drogue(s) injectable(s), le partage d'aiguilles et la transmission du VIH en milieu carcéral, et pour établir que le fait de refuser l'accès à des aiguilles propres et à de l'eau de Javel contribue directement au risque d'infection à VIH.

Une fois établi le lien entre l'action étatique contestée et le risque accru d'infection à VIH, la prochaine étape consiste à démontrer que cette atteinte aux droits à la vie et à la sécurité de la personne n'est pas «en conformité avec les principes de justice fondamentale.» Ce qu'il faut entendre au juste par ces principes n'est pas tout à fait clair. Toutefois, dans l'arrêt *Renvoi : Motor Vehicle Act de la C.-B.*, [1985] 2 R.C.S. 486, la Cour suprême a affirmé qu'ils «se trouvent dans les préceptes fondamentaux de notre système juridique.» Si ces principes sont censés promouvoir la dignité et le bien-être de l'individu et de la société - et l'on présume qu'il s'agit là d'un but fondamental des droits constitutionnels comme la liberté et la sécurité de la personne - comment l'État peut-il justifier une politique qui, en plus d'empêcher les gens de se protéger contre l'infection par un virus mortel, contribue au risque de sa propagation? Le fait de priver les gens du droit de se protéger eux-mêmes est-il compatible avec la notion de «justice fondamentale»?

Article 12 : peines cruelles et inusitées

On pourrait aussi soutenir que le fait de refuser aux détenus des aiguilles propres et de l'eau de Javel constitue un «traitement ou peine cruel et inusité» (en vertu de l'art. 12 de la *Charte*, chacun a droit à la

protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités»). D'après la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Miller et Cockriell c. La Reine*, [1977] 2 R.C.S. 680, une peine viole l'art. 12 si elle est «à ce point excessive qu'elle va à l'encontre de ce qui est acceptable». Ce critère de «disproportion exagérée» entre l'effet d'une peine et ce qui aurait été approprié a été affirmé dans des arrêts subséquents.

Dans *R. c. Smith*, [1987] 1 R.C.S. 1045, la Cour suprême a statué qu'une peine viole l'art. 12 de la *Charte* si elle a) «choque la conscience collective» ou «porte atteinte à la dignité humaine» ou encore si elle b) «va au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre un objectif social régulier, compte tenu des objectifs pénaux légitimes et du caractère adéquat des solutions de rechange possibles». Dans l'arrêt subséquent *R. c. Goltz* (1991), 67 C.C.C. (3d) 418 (C.S.C.), la Cour a noté qu'il faut examiner la nature et les conditions d'une peine, et non simplement sa durée, pour déterminer si elle est cruelle et inusitée.

On pourrait soutenir que le fait de refuser aux détenus le droit de se protéger contre l'infection à VIH satisfait au critère du caractère «cruel et inusité»: ce refus porte atteinte à la dignité humaine, il va au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre l'objectif social de réduire l'usage de drogues injectables et il ne s'agit pas d'un objectif pénal légitime. En outre, des recherches indiquent que d'autres approches au problème de l'usage de drogues injectables en prison, fondées sur un modèle de la réduction des méfaits, sont plus rationnelles et efficaces qu'un refus global de l'accès à du matériel d'injection propre. L'interdiction semble encore plus excessive à la lumière de la *Loi (fédérale) sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, qui prévoit que le système correctionnel doit assurer la protection des détenus, assurer les soins sécuritaires et humanitaires des contrevenants et établir des programmes pour atteindre ces objectifs. La *Loi* prévoit également que les détenus conservent les droits et privilèges dont jouissent tous les membres de la société, à l'exception de ceux qui sont nécessairement limités en raison de leur sentence. Les gens à l'extérieur ont accès à des programmes d'échange de seringues; pourquoi le fait de refuser aux détenus l'accès à ces programmes serait-il une conséquence nécessaire de l'incarcération?

Article 15 : droits à l'égalité

Ce dernier argument est intimement lié à un éventuel argument fondé sur les droits à l'égalité: le fait de refuser aux détenus l'accès à des méthodes de protection qui sont offertes aux personnes de l'extérieur constitue-t-il de la discrimination au sens de l'article 15 de la *Charte*? En vertu de l'art. 15 (1), «la loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l'origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l'âge ou les déficiences mentales ou physiques.» Pour avoir gain de cause, il faudrait démontrer que le statut de détenu est un motif prohibé de discrimination analogue à ceux énumérés à l'art. 15. D'après la jurisprudence dans laquelle on interprète l'art. 15, il faudrait démontrer non seulement que les détenus sont traités différemment des non détenus, mais aussi que cette distinction impose des désavantages aux détenus ou les prive d'avantages auxquels d'autres ont accès.

On a constaté une tendance troublante, dans la jurisprudence récente, à limiter la protection accordée par

l'art. 15 aux «minorités discrètes et isolées» ou aux groupes ou individus qui pouvaient prouver qu'ils étaient l'objet de stéréotypes, de vulnérabilité aux préjugés ou de désavantage historique quelconques, mis à part la distinction contestée. Une telle méthode d'interprétation a pour effet de rendre l'art. 15 statique, ce qui permet aux tribunaux de redresser les cas de discrimination passée, mais les empêche de reconnaître de nouveaux groupes cibles ou de nouvelles catégories de discrimination. Ce résultat va à l'encontre des nombreuses affirmations comme quoi l'art. 15 doit être interprété en fonction du contexte et que tous les droits reconnus par la *Charte* doivent être l'objet d'une interprétation libérale et fondée sur l'objet visé.

Cependant, on peut tout de même soutenir que ces conditions ne sont pas des exigences absolues pour conclure qu'une distinction est «discriminatoire» au sens de l'art. 15, mais simplement des «signes de discrimination» (comme l'a affirmé le juge Wilson dans l'arrêt *R. v. Turpin*, [1989] 1 R.C.S. 1296, à la p. 1333) qui aident à l'interprétation. Même si l'on interprète restrictivement l'art. 15 de manière à exiger la preuve d'un désavantage historique pour pouvoir conclure qu'une distinction juridique donnée est «discriminatoire», on pourrait prouver que les détenus constituent effectivement un tel groupe.

Article premier : les atteintes de l'État aux droits que la *Charte* reconnaît aux détenus sont-elles justifiées?

Si l'on peut établir que l'un des droits susmentionnés a été violé, l'État tentera de justifier l'interdiction relative aux aiguilles et à l'eau de Javel en invoquant l'article premier de la *Charte*. Il plaidera probablement qu'il vise à empêcher l'usage de drogues injectables en milieu carcéral et à assurer la sécurité des agents de correction et des détenus (d'après l'article premier, la *Charte* «garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique.»).

Pour réfuter ces allégations, il faudra prouver qu'il n'y a aucun «lien rationnel» entre la politique qui consiste à interdire les aiguilles et l'eau de Javel, d'une part, et l'objectif d'empêcher l'usage de la drogue, d'autre part (un critère établi par la Cour suprême dans l'arrêt *R. c. Oakes* (1986), 24 C.C.C. (3d) 321). On peut faire cette preuve. Premièrement, les études montrent que, malgré l'absence de matériel propre, les détenus continuent de consommer de la drogue et que le partage d'aiguilles augmente à cause de la pénurie de matériel d'injection. Deuxièmement, la mise en oeuvre d'un programme d'échange d'aiguilles ne menacera pas la santé des agents de correction: (1) si les aiguilles étaient échangées une contre une (une aiguille utilisée contre une aiguille stérile), il n'y aurait pas d'augmentation nette du nombre d'aiguilles en milieu carcéral. En fait, un tel programme d'échange d'aiguilles augmenterait probablement la sécurité des agents de correction, réduisant leurs chances de se piquer ou d'être piqués avec une aiguille contaminée. (2) Même si le fait de fournir des aiguilles avait pour effet d'augmenter le nombre d'aiguilles en la possession des détenus, on pourrait établir des règles pour assurer la sécurité du personnel, comme l'a démontré le projet pilote suisse.^[1]

En outre, il convient de signaler que le fait de refuser aux détenus l'accès à des seringues propres et à de

l'eau de Javel risque de ne pas satisfaire à l'exigence formulée dans l'arrêt *Oakes*, à savoir qu'il faut «porter le moins possible» atteinte aux droits constitutionnels: le fait de placer des détenus dans une situation à risque accru d'infection au VIH n'est certainement pas une atteinte minimale au droit à la protection, qu'il s'agisse d'un droit prévu à l'art. 7, à l'art. 12, à l'art. 15 ou à ces trois articles. Dans l'arrêt *McKinney c. University of Guelph* (1990), 76 D.L.R. (4th) 545 (C.S.C.), la Cour suprême a statué que les tribunaux doivent s'appuyer sur les connaissances disponibles, y compris la preuve fondée sur les sciences sociales, pour apprécier la question de l'atteinte minimale: encore une fois, on peut présenter une preuve des effets de l'interdiction de la possession d'aiguilles propres ou d'eau de Javel pour établir la gravité de la violation contestée.

Bien que la *Charte* offre un recours juridique «préventif» et qu'une action en justice puisse être instituée pour empêcher des cas de transmission du VIH à l'avenir, il semble que la meilleure cause-type pour faire valoir les arguments fondés sur la *Charte* serait celle qu'intenterait un détenu qui avait été infecté à cause du partage d'aiguilles pendant son incarcération. Dans un tel cas, le tribunal serait en présence d'un préjudice actuel qui découlerait, en partie du moins, de l'interdiction de l'État - par opposition à un cas où on lui demanderait d'annuler la politique gouvernementale parce qu'elle risque éventuellement de causer du tort.

Enfin, indépendamment des dispositions de la *Charte* que l'on invoque pour faire valoir ces arguments, il est important de souligner que le droit constitutionnel que l'on plaide n'est pas le «droit» des détenus de consommer des drogues injectables, mais leur droit de se protéger contre l'infection à VIH, vu la réalité - reconnue par les systèmes correctionnels - que l'usage de la drogue et le partage des aiguilles ont lieu en milieu carcéral.

- *Richard Elliott*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Voir supra, l'article de Jürgens et Barnett.

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

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Action sociale en faveur de la réduction des méfaits dans les prisons américaines

Aux États-Unis, le nombre de personnes incarcérées dans les prisons fédérales, les prisons d'État et les prisons municipales ou de comté continue d'augmenter à des taux record. En 1994, les prisons d'État et les prisons fédérales comptaient plus de 83 200 nouveaux arrivants - la deuxième augmentation en importance de l'histoire - et presque 1,5 million de personnes étaient en détention à tout moment.^[1]

La «guerre contre la drogue» a été une véritable manne pour l'industrie carcérale aux États-Unis: en 1994, plus de 25% des détenus des établissements d'État et fédéraux purgeaient des peines pour des crimes liés à la drogue; en 1980, ce pourcentage était de 8%.^[2] Les minorités sont grandement sur-représentées: les Noirs représentaient plus de 50% de la population, et les Latinos comptaient pour 14% de la population totale des détenus masculins qui purgeaient une peine en 1993.^[3]

Parallèlement, l'épidémie du sida aux États-Unis frappe de plus en plus les usagers de drogues injectables (UDI) et leurs partenaires sexuels. Les taux très élevés d'infection à VIH chez les détenus résultent de l'incarcération à grande échelle d'UDI - dont plusieurs vivent avec le VIH/sida - pour avoir commis des crimes liés ou non à la drogue.

Des estimations conservatrices indiquent que le taux médian d'incidence du sida dans les établissements correctionnels en 1992-93 était 20 fois plus élevé que celui observé dans la population générale.^[4]

Dans les prisons, les activités sexuelles à haut risque et l'usage de la drogue sont monnaie courante. Les détenus et les intervenants en milieu carcéral, mais aussi le personnel et les responsables des services correctionnels, le savent depuis longtemps. Récemment, des chercheurs ont confirmé l'étendue des activités à haut risque et le risque de transmission du VIH qui s'ensuit:

- Mutter et coll. ont identifié 556 détenus du service correctionnel de Floride incarcérés continuellement depuis 1977. On a examiné les dossiers médicaux de ces détenus pour

savoir s'ils avaient subi un test de dépistage du VIH et, dans l'affirmative, s'ils étaient séropositifs. Quatre-vingt sept de ces 556 détenus avaient subi un tel test de dépistage. De ce nombre, 18 (21%) ont été diagnostiqués séropositifs, une preuve importante de transmission du VIH en milieu carcéral.^[5]

- La soussignée a mené une étude auprès d'un groupe cible à New York, au cours de laquelle des détenus et d'anciens détenus ont signalé de nombreux cas tragiques de rapports sexuels non protégés et l'usage souvent désespéré de matériel d'injection contaminé en milieu carcéral.^[6]

Néanmoins, l'on ne fait pas grand chose pour empêcher la transmission du VIH entre les détenus. Bien que le Bureau de la Maison-Blanche chargé de la politique sur le VIH/sida ait approuvé la distribution de condoms et de digues dentaires en milieu carcéral,^[7] seulement cinq circonscriptions (la ville de New York, Philadelphie, Washington (D.C.), le Vermont et le Mississippi) distribuent des condoms aux détenus masculins.^[8] Seulement deux circonscriptions (San Francisco et le district de Columbia) distribuent des digues dentaires et des condoms aux détenues.^[9] L'eau de Javel n'est à nulle part officiellement mis à la disposition des détenus. Par ailleurs, les détenus ont accès à des condoms et/ou digues dentaires et à de l'eau de Javel dans plusieurs pays où la prévalence du VIH en prison est inférieure à celle des É.-U.^[10]

Dans les systèmes carcéraux aux É.-U. où des préservatifs sont mis à la disposition des détenus, l'accès à ces préservatifs a généralement été rendu possible grâce à la détermination et à la persistance d'intervenants particuliers et de services locaux de santé. Travaillant conjointement, les intervenants et les agents de santé publique ont demandé aux autorités correctionnelles des modifications ou des exceptions aux règlements, qui permettraient de faire de la sensibilisation ou de la prévention à l'égard du VIH. Cette expérience devrait montrer aux intervenants de partout l'importance de s'allier avec les agents de santé publique et les autorités correctionnelles.

En grande partie à cause du sentiment croissant d'hostilité envers les détenus aux É.-U., la distribution, en milieu carcéral, de préservatifs et d'autres dispositifs de réduction des méfaits - par exemple, l'eau de Javel et les aiguilles stériles - est devenue un objectif de plus en plus difficile à atteindre. Comme dans plusieurs autres pays, les pouvoirs législatif et judiciaire du gouvernement américain donnent beaucoup de latitude dans le fonctionnement des prisons. Dans les circonscriptions où les autorités correctionnelles eux-mêmes refusent la distribution de dispositifs de réduction des méfaits, les intervenants font face à une opposition considérable, voire insurmontable.

Les actions en justice sont un des moyens de contester la résistance des autorités correctionnelles à cet égard. Depuis 1964, lorsque la Cour suprême de États-Unis a déclaré pour la première fois que les détenus avaient des droits constitutionnels, les actions en justice, en particulier les demandes fondées sur le Huitième Amendement à la Constitution américaine, qui interdit aux agents de correction d'imposer des «peines cruelles et inusitées» aux détenus, sont devenues le principal moyen de réformer les politiques et conditions correctionnelles aux États-Unis. Cependant, depuis quelques années, l'accès des

détenus aux tribunaux fédéraux est attaqué. Ceux qui proposent de limiter l'accès des détenus aux tribunaux invoquent souvent le grand nombre de demandes non fondées déposées par les détenus. Pourtant, dans un nombre étonnamment élevé de cas, les détenus ont gain de cause devant les tribunaux. Il suffit de dire que les prisons dans au moins 24 états^[11] sont actuellement l'objet d'ordonnances judiciaires pour violations des normes de soins de santé établies par la Cour suprême des États-Unis dans l'arrêt *Estelle v. Gamble*, en 1976.^[12] Dans cet arrêt, la Cour suprême a reconnu le droit d'un détenu à des soins de santé, affirmant que «l'indifférence délibérée» à l'égard des «besoins médicaux sérieux» d'un détenu violait le Huitième Amendement.

Des détenus pourraient poursuivre les autorités carcérales pour chercher à obtenir l'introduction de dispositifs de réduction des méfaits. Une telle action devrait être fondée sur le Huitième Amendement et alléguer que les autorités avaient fait preuve d'«indifférence délibérée» à l'égard de la sécurité des détenus en leur refusant l'accès aux moyens de réduire le risque de contracter le VIH. Une action semblable a été intentée par des détenus de la Nouvelle-Galles du Sud (Australie), en 1994.^[13]

Pour que l'action éventuelle devant les tribunaux américains réussisse, il faudrait que les demandeurs satisfassent au rigoureux critère établi pour les demandes relatives aux conditions carcérales fondées sur le Huitième Amendement. D'après l'interprétation qu'en donnent actuellement les tribunaux fédéraux, ce critère comporte deux volets :

- l'exigence objective selon laquelle les conditions contestées doivent poser un «risque considérable de préjudice grave» aux détenus
- l'exigence subjective selon laquelle les demandeurs doivent prouver que les autorités carcérales avaient connaissance d'un risque excessif pour la sécurité des détenus et qu'ils n'en ont pas tenu compte.

Une analyse approfondie d'une demande éventuelle fondée sur le Huitième Amendement dépasse le cadre du présent article. Cependant, une telle action aurait peu de chances de réussir à cause des deux facteurs suivants:

- l'attitude de plus en plus conservatrice des tribunaux à l'égard des demandes fondées sur le Huitième Amendement;
- l'énormité du fardeau des demandeurs qui doivent prouver que les autorités avaient personnellement connaissance du risque d'infection.

En outre, vu l'important sentiment d'hostilité envers les détenus dans le grand public, on doit s'interroger sur la viabilité et la sagesse d'une telle action, sur le plan politique. Dans le climat actuel, le dépôt d'une demande fondée sur le Huitième Amendement pourrait entraîner une réaction négative envers les détenus, les intervenants carcéraux et les services juridiques pour les détenus, lesquels font déjà l'objet d'attaques politiques et économiques.

Plutôt que l'action judiciaire, ceux qui préconisent l'introduction d'outils de réduction du risque du VIH en milieu carcéral aux É.-U. devraient créer des coalitions, particulièrement avec les intervenants de santé publique. Les résultats de recherches sur l'incidence et la prévalence de comportements à risque élevé en milieu carcéral, et des exemples de programmes de réduction de méfaits en milieu carcéral qui ont connu du succès dans d'autres pays (comme le Canada, la Suisse et l'Australie) seront précieux pour toute action sociale. En effet, on ne peut surestimer le besoin de collaboration internationale: les arguments qu'invoquent souvent les autorités carcérales contre l'introduction de moyens de réduction des méfaits - comme celui voulant que les détenus s'en servent comme armes - peuvent être réfutés par des exemples de programmes en milieu carcéral qui ont connu du succès, qui n'ont pas de conséquences négatives sur la sécurité des institutions et qui jouissent de l'appui des détenus, du personnel, de l'administration carcérale et du public.

- *Nancy Mahon*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] A.J. Beck et D.K. Gillard, *Prisoners in 1994* (1995), Bureau of Justice Statistics, Washington (D.C.) (NCJ - 151654).

[2] Ibid.

[3] Ibid, à la p. 9.

[4] Hammett, T.M., Harrold., L. et coll., *1992 Update: HIV/AIDS in Correctional Facilities*, Washington, D.C.: U.S. Dept. Of Justice, National Institute of Justice, janvier 1994, à la p. 14.

[5] Mutter, R.C., Grimes, R.M., Labarthe, D., "Evidence of Interprison Spread of HIV Infection", *Arch Intern Med.*, 1994, 154, 793-95.

[6] N. Mahon, "High Risk Behavior for HIV Transmission in New York State Prisons and City Jails", *American Journal of Public Health*, 1995 (à paraître).

[7] Remarques prononcées par M^e Ben Merrill, assistant spécial du directeur, White House Office of AIDS Policy, à la

First National HIV/AIDS in Prison Roundtable, 15 octobre 1993, San Francisco (Californie).

[8] Voir supra, note 4, p. 46-47.

[9] Voir id., à la p. 47.

[10] Pour plus de renseignements, voir Service correctionnel du Canada, *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, aux p. 66-69 et 79-80.

[11] N. Mahon, "Where Medical Treatment is Criminal", *The New York Times*, Op-Ed, le 2 juillet 1994.

[12] *Estelle v. Gamble*, 429 U.S. 97, 97 S. Ct. 285 (1976).

[13] *Prisoners A to XX inclusive v. New South Wales*, 1994. Voir également I. Malkin, supra; et le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 1, nos. 1 et 3.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

La voix des détenus

Malheureusement, peu de détenus ont pu assister au Premier atelier national VIH/sida et prisons. Michael Linhart, détenu séropositif dans un établissement fédéral de la Colombie-Britannique, a été l'un des rares à pouvoir participer: sa présentation par vidéo a été visionnée en différé lors de la plénière d'ouverture. Nous en reproduisons ici une version légèrement abrégée. Elle démontre l'importance de l'implication des détenus: ils sont, sans aucun doute, les vrais experts qui savent mieux que quiconque ce qui se passe en prison.

Le VIH/sida dans les prisons: point de vue d'un détenu

Il y a 4 ans, lorsque j'ai commencé à m'impliquer dans les questions de VIH/sida, il y avait presque seulement la Directive du commissaire sur la question des détenus vivant avec le VIH/sida^[1], et les recommandations de PASAN.^[2]

Peu après, le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) était formé. Le CESP a produit un rapport qui contient, selon moi, de bonnes recommandations, solides et bien fondées, sur la manière de s'attaquer au problème du VIH/sida dans les prisons.^[3] Avec les recommandations de PASAN et du CESP, le commissaire du Service correctionnel du Canada (SCC) dispose de toutes les recommandations nécessaires pour appliquer un plan efficace afin de réduire la propagation du VIH/sida dans les prisons jusqu'à ceux qui seront en contact avec les (ex-)détenus.

À l'heure actuelle, il y a malheureusement une grande inaction de la part des autorités correctionnelles et des détenus. Aucune recommandation, même réfléchie et réaliste, ne peut être efficace contre des esprits apathiques. Si l'on espère réduire la propagation du VIH dans nos prisons, il faut trouver un moyen de motiver les employés du SCC et les détenus à combattre ensemble.

Pour être juste, les détenus et les employés ne sont pas tous amorphes: plusieurs sont préoccupés et prêchent pour que les changements nécessaires soient faits. Mais il sont souvent frustrés par l'attitude

des nombreuses personnes indifférentes, autour d'eux. Il faut trouver une façon de faire comprendre à tout le monde — l'administration, le personnel, les détenus, le public — qu'on doit faire davantage pour prévenir la propagation du VIH et pour prendre soin de ceux qui sont déjà infectés: c'est dans l'intérêt de tous, pas seulement des détenus.

Une inquiétude récente et peut-être encore plus grande pour moi: le SCC a accepté plusieurs recommandations du CESP et déclare publiquement que les condoms sont disponibles dans les établissements, que l'eau de Javel est officiellement disponible dans un établissement, et que la confidentialité des renseignements médicaux sur les détenus est respectée. La vérité cachée est totalement différente. Par exemple, dans certaines prisons les condoms sont disponibles seulement à l'occasion, et il n'y a pas de lubrifiant à base d'eau. Et je pourrais en dire long sur la "confidentialité"; honnêtement, j'en ai assez de répéter l'importance de garder confidentiels les renseignements médicaux et combien elle n'a pas l'air d'être comprise, et de combien de façons elle n'est pas respectée.

Je trouve frustrant de constater que les recommandations du CESP qui ont été acceptées sont celles considérées comme "politically correct" et qui étaient les moins susceptibles de choquer les politiciens et l'opinion publique. Je ne crois pas que les décideurs ont considéré les vies de ceux qui seront les plus affectés par leurs décisions: à cause de leur refus d'accepter les autres recommandations, plusieurs détenus seront infectés.

Si on espère réduire la propagation du VIH dans nos prisons, il faudra que ces décisions soient revues. En tant qu'usager de drogue en convalescence, c'est difficile pour moi de militer pour un programme d'échange de seringues pour qui que ce soit, en particulier pour les détenus. Mais quand je pense à tous les partages d'aiguilles dont je suis témoin pendant ces années en prison, et au nombre d'infection qu'ils ont causées, je suis plus préoccupé par les vies humaines que par la "bienséance" de fournir des aiguilles aux prisonniers. L'histoire suivante aidera peut-être à illustrer mon inquiétude.

Dernièrement, j'ai appris qu'un détenu séropositif partageait des aiguilles avec d'autres. Ces autres détenus ne savaient pas qu'il était infecté. Parfois, ils utilisaient de l'eau de Javel pour nettoyer la seringue; mais certains détenus ne le faisaient pas, parce qu'il n'y pensaient pas ou à cause du temps que cela prend et du risque de se faire attraper à consommer de la drogue. Le détenu en question ne voulait pas dire aux autres qu'il était infecté, parce qu'il n'aurait alors plus de moyens de s'injecter — les aiguilles sont tellement rares en prison, que les détenus sont forcés de les partager.

Pour des politiciens sans expérience concrète de l'environnement carcéral, c'est très facile de décider quel genre de traitement on devrait fournir aux prisonniers. Trop souvent, ils oublient de considérer que la plupart des détenus seront un jour libérés. Ces individus qui sont assez irresponsables pour partager des aiguilles sans les désinfecter à l'eau de Javel, est-il raisonnable de s'attendre à ce qu'ils portent un condom pour leur première relation sexuelle après leur libération? J'en doute fortement! Après leur libération, les personnes qui ont contracté le VIH en prison vont très probablement le transmettre à d'autres. Si les gens qui ont le pouvoir — de mettre en place des programmes d'échange de seringue, d'entretien à la méthadone, et d'autres initiatives pour réduire le danger de propagation — ne sont pas

prêts à considérer que les détenus sont à leur charge, ils devraient peut-être au moins penser aux autres personnes qui risquent d'être infectés par les (ex-)détenus.

Il n'y a pas de recette magique face aux problèmes que je soulève, mais je suis certain d'une chose: les administrateurs de prisons, les employés, les détenus, tous devront mettre de côté les vieilles différences et collaborer à combattre agressivement la propagation du VIH. Les organismes communautaires devront s'impliquer davantage, travailler avec nous, continuer de recenser les efforts déployés et offrir du soutien et de l'aide. À moins que tous les gens concernés commencent à s'unir pour le bien commun, aucun rapport, aucune étude et aucune initiative ne sera plus efficace que ce qui se fait aujourd'hui. En tant qu'homme vivant avec le VIH et très préoccupé des effets pour les détenus et leurs familles, mon plus grand espoir est que l'on surmonte nos divergences d'opinion et que l'on comprenne qu'il s'agit de notre bien à tous, pour être enfin capables de travailler les uns avec les autres.

- Michael Linhart

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Directive 821 du Commissaire du Service correctionnel du Canada.

[2] *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*. Mémoire présenté par le Prisoners with AIDS/HIV Support Action Network (PASAN) au ministre des Services correctionnels et au ministre de la Santé, Toronto, juin 1992.

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

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

SOINS DE SANTÉ EN PRISON

Cet article du Dr Sally Ford, de la clinique VIH/sida du *Kingston General Hospital*, décrit son expérience personnelle en tant que médecin responsable des soins aux personnes vivant avec le VIH/sida et qui sont incarcérées dans des prisons fédérales de la région de Kingston.

Soins de santé pour les détenus vivant avec le VIH/sida

La situation du VIH/sida dans les prisons est en train de changer. Jusqu'à récemment, la plupart des détenus séropositifs était encore aux premiers stades de la maladie. Maintenant, nous rencontrons de plus en plus de détenus — incarcérés nouvellement ou depuis longtemps — qui sont à un stade avancé du sida.

Ceci est représentatif de l'évolution de l'épidémie du VIH/sida au Canada, en reflétant l'accroissement du taux d'infection que l'on constate, depuis le milieu des années 1980, chez les usagers de drogues intraveineuses, dont plusieurs passent au moins une partie de leur vie en prison, développent le sida et deviennent plus malades.

Les détenus aux premiers stades de la maladie n'ont normalement pas de besoins autres que la surveillance de la progression de leur maladie et le soutien psychosocial. L'incarcération a pour effet d'améliorer l'état général de santé de plusieurs, en partie attribuable à la réduction de leur consommation de drogue, à une meilleure nutrition entraînant une augmentation de leur poids, et enfin à l'accès direct à des services médicaux et dentaires.

Maintenant, au milieu des années 1990, les services de santé des prisons doivent s'occuper de plus en plus fréquemment de cas présentant les manifestations de stades plus avancés de la maladie. Quoique les chiffres augmentent, ils sont encore relativement bas: dans la région de Kingston, où l'on compte environ 4 500 détenus, il y a présentement moins de 10 détenus qui présentent un compte de cellules CD4 inférieur à 200. Par conséquent, les médecins de prisons qui s'occupent de ces patients sont encore

plutôt inexpérimentés. Les problèmes conséquents peuvent être réglés seulement s'ils admettent ne pas pouvoir fournir les services et traitement spécialisés qui sont requis, et acceptent assez tôt de référer les détenus à la *HIV/AIDS Clinic* du *Kingston General Hospital*, qui offre des soins spécifiques pour les détenus vivant avec le VIH/sida.

Cependant, les problèmes ne sont pas toujours reconnus. Les détenus sont perçus en majorité comme des jeunes personnes en bonne forme dont le seul problème de santé réside dans la dépendance aux drogues. Tandis que les infirmiers et médecins soignent bien des maladies chroniques clairement démarquées — diabète, cancer, arthrite — et reconnaissent facilement des urgences comme un infarctus du myocarde ou un traumatisme, le patient séropositif qui présente un faible compte de cellules CD4 et qui peut avoir l'air bien mais ne pas l'être, constitue un défi. Par exemple, pour le personnel médical de la prison, il est difficile de vérifier chez un détenu qui a l'air en santé et soulève des haltères, si les maux de tête sont dus à une méningite cryptocoque potentiellement fatale. Cette difficulté est rehaussée par la tendance de certains détenus à tenter de manipuler le personnel carcéral de santé, ce qui peut entraîner une réticence à "croire" le détenu et à intervenir immédiatement en prescrivant des médicaments, par exemple, ou en référant le patient.

Les problèmes sont susceptibles d'augmenter dans les années à venir: malheureusement, l'accroissement du nombre de patients sérieusement malades — VIH/sida et/ou autres infections graves — coïncide avec des coupures dans les budgets de soins de santé.

D'autres problèmes graves existent.

- **Accomplir les choses:** les rouages bureaucratiques des prisons sont souvent lents et des erreurs de communication peuvent se produire. Je découvre parfois, seulement à la visite suivante d'un patient, que ce que j'avais suggéré n'a pas été fait.
- **L'accès aux médicaments:** la pharmacie du Service correctionnel du Canada dans la région de Kingston facilite beaucoup l'accès des prisonniers aux médicaments acceptés, même à certains médicaments chers qui ne sont pas inclus dans le *Ontario Drug Benefit Plan*. Néanmoins, il n'est pas possible de se procurer des traitements qui sont à l'essai clinique, tel le 3TC qui est largement utilisé à l'extérieur des prisons par les personnes vivant avec le VIH/sida. On se demande ce qui arriverait à un patient qui suit ce traitement au moment où il est incarcéré. En outre, l'accès des détenus aux thérapies alternatives est presque impossible.
- **Médicaments contre la douleur:** même hors des prisons, le personnel traitant a de la difficulté à reconnaître qu'un consommateur de drogue n'abusera pas automatiquement des narcotiques prescrits pour soulager la douleur. Cela peut être même plus difficile en prison. Il est également difficile de faire accepter au personnel médical le fait qu'un patient puisse souffrir intensément sans que des signes physiques extérieurs le démontrent clairement. Hors de l'hôpital régional, il n'existe pas de mécanisme pour apaiser

adéquatement la souffrance des détenus. Pourtant, ceux qui ont besoin d'anti-douleur n'ont pas nécessairement besoin d'être hospitalisés: un patient de notre clinique, qui souffrait d'une méningite chronique, a eu besoin de narcotiques pendant les 15 derniers mois de sa vie, alors qu'il menait une vie active. Je m'inquiète beaucoup de la façon dont sont traités les détenus qui ont besoin qu'on apaise leur douleur.

Que peut-on faire pour améliorer la situation? Voici quelques suggestions.

- **L'éducation du personnel** est nécessaire, "en classe", mais elle ne remplace pas l'expérience concrète.
- **L'éducation des patients** devrait faire partie de la solution. Mais sa valeur est limitée par les relations parfois adverses entre les détenus et le personnel.
- **La libération conditionnelle**: Nous passons beaucoup de temps à tenter d'obtenir une libération anticipée pour des patients atteints du sida. Toutefois, en raison de la crainte du public à l'égard des crimes violents, et vu la peur que les prisonniers libérés ne propagent leur maladie, la libération conditionnelle anticipée est souvent difficile à obtenir. Sur 5 demandes pour mes patients, seulement 2 ont été accordées; les trois autres ont été refusées pour des raisons de sécurité et parce que les patients n'étaient pas en phase terminale. Jusqu'à ce jour, trois de mes patients sont décédés en prison: deux sont morts peu après leur incarcération, le troisième s'est suicidé.

- *Sally Ford*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Programme pilote d'éducation des détenus par les pairs au Nouveau-Brunswick

Même si le taux exact de prévalence du VIH dans les prisons fédérales et provinciales au Canada n'est pas connu, on sait qu'en juillet 1995 au moins un détenu sur cent vivait avec le VIH/sida. Ceci représente une augmentation de 25% sur une période légèrement supérieure à un an, et le taux d'infection continue d'augmenter dans toutes les régions.^[1]

Les rapports sexuels non protégés, le partage de matériel pour s'injecter des drogues, les pratiques de perçage (*piercing*) et de tatouage, ainsi que l'injection de stéroïdes sont des vecteurs importants du risque de transmission du VIH en milieu carcéral.

L'éducation liée au VIH dans les prisons fédérales est traditionnellement de nature passive: présentations audiovisuelles, distribution de dépliants, séances d'information et entretiens avec le personnel de santé du Service correctionnel du Canada (SCC).^[2] Ce type d'éducation a été fréquemment critiqué comme incomplet^[3] et inefficace^[4]. Comme la plupart des activités à risque sont illégales ou constituent en prison des infractions institutionnelles, on peut comprendre que les détenus soient réticents à discuter de ces risques avec le personnel carcéral.

Plusieurs documents ont recommandé une approche d'éducation des détenus sur le sida, qui repose sur l'intervention de leurs pairs et on en a entendu de fréquents rappels à l'occasion du *Premier atelier national VIH/sida et prisons*.^[5] En mars 1994, le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) formulait d'ailleurs certaines recommandations à l'effet que "[l]es détenus devraient être encouragés et aidés à mettre eux-mêmes au point et à exécution leurs propres programmes d'information, de counselling et d'entraide" et que "[l]e SCC devrait créer, dans chaque établissement, un ou plusieurs postes de conseiller en matière de santé que remplira un détenu, lequel sera adéquatement formé, appuyé et évalué".^[6] Le besoin de programmes sur le sida menés par les pairs a également été souligné dans les recommandations du Réseau d'action et soutien pour les prisonniers qui vivent avec le sida (PASAN).^[7]

En réponse au Rapport du CESP, le SCC a accepté de piloter un programme rémunéré de promotion de

la santé par les pairs.^[8] Sida Nouveau-Brunswick (SNB) avait déjà accompli du travail d'éducation et de soutien à l'établissement Dorchester, une prison fédérale à sécurité moyenne de l'est du Nouveau-Brunswick, logeant quelque 400 détenus de sexe masculin. SNB a présenté une soumission au SCC pour son projet pilote. Le financement a été approuvé et le travail a été amorcé en février 1995.

Le Projet *CAN (Cons AIDS Network Peer Education Project)*, d'une durée de 15 mois, vise à développer, à mettre en application et à évaluer un modèle durable d'éducation par les pairs et un modèle de soutien où les détenus (1) transmettent à leurs codétenus l'information, la motivation et les aptitudes nécessaires à se protéger contre la transmission du VIH et d'autres agents infectieux et (2) offrent du soutien à ceux qui vivent avec le VIH ou le sida. Ce premier programme pilote du genre mené au Canada, s'il s'avère efficace, pourrait être adapté pour application dans les prisons à travers le pays.

Il implique le développement et la mise en application d'un programme de formation relatif au sida, à l'intention des détenus qui sont intéressés à devenir éducateurs de leurs pairs. Ces individus participeront à un stage de formation de 4 semaines, qui prendra une forme interactive et axée spécifiquement sur les détenus. On procédera ensuite à l'évaluation de l'intérêt et de la capacité de chaque participant à devenir éducateur ou coordonnateur du programme. Le détenu embauché comme coordonnateur recevra une préparation personnelle supplémentaire de 4 semaines. Il sera appelé à jouer un rôle important de supervision, qui consistera à coordonner l'éducation et à seconder les autres pairs éducateurs.

L'évaluation du programme sera effectuée par le biais d'un questionnaire-test portant sur les aspects de connaissances, d'attitudes et de comportements (triade *CAC*, en anglais *KAB*), effectué avant le début du programme et 3 mois après son application. On préparera aussi un manuel de formation à l'intention d'autres organisations communautaires et d'autres prisons, contenant des lignes directrices sur l'organisation, la mise en application, l'évaluation et le soutien de ces programmes dans les établissements correctionnels. En plus de présenter des stratégies de facilitation, le manuel comprendra un certain nombre d'éléments d'accompagnement (acétates, dépliants) et d'exercices développés spécialement pour l'éducation des détenus sur le sida.

Un aspect crucial au succès de ce projet réside dans l'implication d'une diversité d'intervenants-clés. La coordonnatrice du projet travaille en collaboration avec un comité aviseur national composé de représentants du SCC, de Santé Canada, de la *John Howard Society*, de divers groupes de services sur le VIH, et de détenus. Un comité aviseur a aussi été formé à l'établissement Dorchester, impliquant des représentants en gestion de cas, santé, psychologie, développement personnel, sécurité, ainsi que des détenus. Les détenus séropositifs et séronégatifs continueront de jouer un rôle essentiel dans toutes les phases du projet.

Il y a plusieurs raisons à l'efficacité particulière de l'éducation par les pairs dans la lutte contre la propagation du VIH/sida en prison:

- le dialogue ouvert à propos des comportements à risque – qui impliquent souvent des activités illégales ou prohibées – est généralement plus facile en face d'autres détenus

qu'en face de membres du personnel carcéral;

- les détenus se méfient souvent du personnel de la prison; l'information sur le VIH n'est pas perçue de la même manière lorsqu'elle provient de pairs;
- les détenus sont les seuls à pouvoir véritablement comprendre la culture carcérale et les codes ayant cours entre les détenus, de même que les stratégies propres à fonctionner dans le contexte de la prison;
- les pairs sont capables de répondre continuellement de manière à la fois formelle et informelle aux besoins éducationnels en prison, puisque c'est là leur propre milieu de vie [9];

Conclusion

Il est nécessaire, pour prévenir la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les prisons du Canada, de disposer de stratégies globales d'éducation efficace des détenus sur le sida. Les programmes d'éducation par les pairs, tel qu'en ont adoptés avec succès de nombreuses prisons à travers le monde, comptent pour une part importante de ces stratégies et offrent le plus grand espoir de réussite.

Pour de plus amples renseignements, contactez Caroline Ploem, Sida Nouveau-Brunswick, 1-800-561-4009 ou (506) 459-7518.

- *Caroline Ploem*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Service correctionnel du Canada, Services de santé, Cas de VIH/sida rapportés dans les pénitenciers fédéraux, juillet 1995.

[2] Service correctionnel du Canada, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*. Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1994, p. 51.

[3] *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*. Mémoire présenté par le Prisoners with HIV/AIDS Support Action Network (PASAN) au ministre des Services correctionnels et au ministre de la Santé, Toronto, juin 1992, p. 12.

[4] *Le SIDA: un défi, Rapport du Comité parlementaire sur le sida*, 1990.

[5] Voir supra, Jürgens et Barnett. "Résultats du *Premier atelier national VIH/sida et prisons*".

[6] Service correctionnel du Canada, supra, note 2, p. 61.

[7] PASAN, supra, note 3, p.3-4.

[8] Service correctionnel du Canada, Services de santé, Document d'information: Réponse du SCC au Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP), mars 1994, p. 2.

[9] Centre for Education and Information on Drugs and Alcohol, en association avec The Prison AIDS Project of the N.S. W. Department of Corrective Services, *National Prisons HIV Peer Education Program: Training Manual*, Sydney [Australie], 1991, p. 19.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Prisons: nouvelles canadiennes

Jeunes contrevenants et VIH/sida

Dans le cadre d'un projet d'élaboration d'une politique globale sur le VIH/sida relativement aux jeunes contrevenants, l'organisation torontoise PASAN (Réseau d'action et soutien pour les prisonniers vivant avec le VIH/sida) lance un appel aux communautés.

Selon le document préliminaire de PASAN, la recommandation de développer une stratégie globale sur le VIH/sida pour les jeunes contrevenants s'adresse à la fois aux gouvernements canadien et ontarien: "Au niveau provincial, nous proposons qu'un détachement spécial interministériel soit formé et inclue des membres des ministères des Communautés et Services sociaux, de la Santé, et des Services correctionnels, afin de consulter les jeunes contrevenants, les groupes communautaires et les syndicats d'employés de détention lors de l'adoption de nos recommandations. Nous proposons que le même processus soit adopté au niveau fédéral, auprès du Bureau du Solliciteur général, du Service correctionnel du Canada et du ministère de la Santé et du Bien-Être. Nous pressons ces ministères fédéraux de coordonner leurs réponses à nos recommandations avec le détachement spécial provincial."

Le document préliminaire de PASAN contient de l'information sur (1) la population des centres d'accueil pour jeunes contrevenants; (2) les motifs de la détention; (3) la vulnérabilité des jeunes au VIH; (4) la préoccupation à l'endroit des jeunes contrevenants en regard du VIH/sida. On y conclut qu'il n'est pas nécessaire d'effectuer des études de séroprévalence pour savoir que le VIH/sida menace la vie des jeunes contrevenants: "Le VIH/sida a déjà atteint les institutions pour adultes. Qu'ils soient en institution ou dans la rue, les jeunes sont exposés au risque."

PASAN recherche des contributions et des réactions à son document. Pour en obtenir copie, contactez PASAN: 517 College Street (suite 327), Toronto ON M6G 4A2 / téléphone (416) 920-9567 / fax (416) 928-2185 / sans frais 1-800-263-9534. (PASAN accepte les frais d'appels des détenus.)

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

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

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

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Prisons: nouvelles internationales

Rapport sur le VIH/sida dans les prisons britanniques

En juin 1995, le Service des prisons de l'Angleterre et du pays de Galles rendait public son Rapport sur le VIH/sida en prison.^[1]

Ce rapport a une longue histoire qui remonte à décembre 1991, lorsque le ministre des Prisons de cette époque annonçait une étude de la situation du VIH dans les prisons, en invitant les personnes et organisations concernées à déposer leurs mémoires au Comité consultatif sur le sida, du Service des prisons de l'Angleterre et du pays de Galles. Les résultats de l'étude sont maintenant publiés, quelque quatre années plus tard.

L'une des principales hypothèses de l'étude réside dans l'importance du travail de prévention et de soins en prison, comme une mesure importante de santé publique. Par conséquent, la stratégie du Service des prisons en matière de sida a été développée dans le contexte de la stratégie générale de santé du gouvernement britannique.

Rosemary J. Wool, directrice du Service des soins de santé aux détenus, souligne dans sa lettre d'accompagnement du rapport que le VIH/sida est un "phénomène auquel tous doivent réfléchir, dans le Service des prisons. Le rapport s'adresse donc à un vaste auditoire qui inclut les élaborateurs de politiques, les directeurs, les praticiens et le personnel d'opération."

Le document comprend 39 recommandations touchant la recherche, l'éducation du personnel et des détenus, la prévention, la réduction des risques et la limitation des méfaits (*harm reduction*), le counselling, les soins psychologiques et sociaux, et les aspects médicaux du VIH en prison. Il recommande entre autres que des agents nettoyants (désinfectant liquide et tablettes de stérilisation Milton), condoms, digues dentaires et lubrifiant à base d'eau soient rendus facilement accessibles aux détenus.

Toutes les recommandations du Comité ont été acceptées, sauf pour une exception étonnante: on ne facilitera pas l'accès général aux condoms, mais ces derniers demeureront disponibles uniquement sur prescription, seulement "si le jugement clinique du médecin établit qu'il y a un risque d'infection à VIH." Or, à une époque où de nombreux systèmes carcéraux, partout dans le monde, offrent aux détenus un accès facile à des condoms — et alors que l'expérience a prouvé que ceci peut être réalisé sans aucun problème et avec le soutien de la direction, du personnel et des détenus — cela est à peine compréhensible.

Par ailleurs, le rapport place l'emphase sur le travail d'équipe multidisciplinaire pour s'attaquer aux problèmes liés au VIH/sida en prison, ce qui est un indicateur du consensus international dans ce domaine. Plusieurs des recommandations de ce rapport sont identiques (ou du moins similaires) à celles déposées par d'autres comités et par l'OMS, à une exception près: il ne recommande pas de mettre sur pied des programmes d'échange de seringues dans les prisons de l'Angleterre et du pays de Galles. Le rapport ne réussit pas à aborder directement cette question: le Comité a considéré de recommander le développement de plans pour l'échange de seringues, mais "a trouvé qu'une telle approche serait chargée de difficultés et cadrerait difficilement dans le travail des autorités et du personnel carcéral de déceler le trafic des drogues en prison et d'empêcher leur usage. Le conflit entre le fait d'encourager les détenus à avoir recours à un dispositif d'échange de seringues et celui de détecter l'usage illicite de drogue ne serait pas résolu facilement." Toutefois, en complète contradiction avec cet argument, le Comité ajoute que "la probabilité d'infection par le VIH entre usagers de drogues en prison est telle que le Service des prisons devrait rendre disponibles les moyens de stériliser efficacement les aiguilles, pour les usagers clandestins de drogues injectables." Certes, il est plus difficile de rendre disponibles les aiguilles que l'eau de Javel; cependant, dans les termes du conflit invoqué par le Comité il n'y a pas de différence entre la disponibilité d'aiguilles et celle d'eau de Javel: les deux constituent une reconnaissance de l'usage de drogues en prison, et les deux créent un dilemme entre, d'une part, le mandat des systèmes carcéraux de prévenir l'usage de drogues et, d'autre part, leur responsabilité de prévenir la propagation du VIH. Plusieurs comités, au Canada et ailleurs dans le monde, ont été plus conséquents que le rapport britannique et ont recommandé qu'aiguilles et eau de Javel soient rendues disponibles, en soutenant que la prévention de la propagation du VIH doit être la principale priorité.

Des copies du rapport sont disponibles sur demande, au: Committee Secretary, DHC, Cleland House, Page Street, London SW 1N 4LP, Royaume-Uni.

- *Ralf Jürgens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] AIDS Advisory Committee, *The Review of HIV and AIDS in Prison*, Londres, HM Prison Service England and Wales, 1995.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 1 - Octobre 1995

Australie: une politique communautaire sur les maladies transmissibles par le sang en prison

Plusieurs groupes communautaires en Nouvelle-Galles du Sud (NGS) ont uni leurs forces pour présenter une politique sur la prévention et le traitement, dans le système carcéral, des maladies transmissibles par le sang, telles que l'infection à VIH et l'hépatite C.^[1]

Cette politique a été lancée le 18 septembre 1995. Elle reflète les préoccupations et les intérêts de nombreuses organisations communautaires, dont le Conseil du sida de la Nouvelle-Galles du Sud (ACON), une association d'usagers de drogues, le Conseil de l'Hépatite C de la Nouvelle-Galles du Sud, un groupe de détenus activistes et un groupe de personnes transsexuelles. Selon Geoffrey Bloom, conseiller en matières de politiques à ACON, toutes les mesures proposées dans cette politique "devront être appliquées avant que la NGS puisse dire qu'elle fait tout en son possible pour lutter contre l'épidémie."^[2]

La politique recommande, notamment:

- «l'accès libre et confidentiel [des détenus] à du matériel d'injection neuf, sur la base stricte d'échange»; que le matériel d'injection soit «prohibé dans les espaces communs dans la prison, sauf lors du déplacement nécessaire pour se rendre au point d'échange»; que les détenus «reçoivent de l'information et de l'éducation sur l'utilisation appropriée du matériel d'injection»; que les prisonniers «connus comme possédant déjà du tel matériel ne soient pas sujets à un traitement discriminatoire ou à des fouilles de cellule harcelantes»;
- l'accès des détenus à de l'eau de Javel et à du matériel de stérilisation d'usage clinique standard pour désinfecter le matériel de tatouage et de perçage (*body piercing*);
- l'absence d'une limite de nombre, dans les programmes d'entretien à la méthadone pour

les détenus ayant un historique d'usage d'opiacés;

- l'information et l'accès des détenus séropositifs à tous les traitements existants, thérapies complémentaires, thérapies alternatives et/ou naturelles;
- l'examen plus rapide des demandes de libération conditionnelle de détenus sérieusement malades.

La politique aborde aussi une question sous-jacente aux nombreux problèmes liés au VIH/sida dans les prisons: les lois actuelles sur les drogues, qui entraînent l'incarcération de nombreux consommateurs de drogues qui continueront de s'y adonner en prison et seront ainsi exposés à un risque accru de contracter le VIH. Afin de diminuer le nombre d'usagers de drogues condamnés à l'incarcération, la politique suggère diverses modifications aux lois sur les drogues.

Pour obtenir copie de cette politique, contactez Geoffrey Bloom, ACON, P.O. Box 350, Darlinghurst, NSW 2010, Australie / téléphone (61-2) 206-2042 / (61-2) 206-2069.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] The AIDS Council of NSW et al., Prisons and Blood Borne Communicable Diseases: the Community Policy, Darlinghurst, le Conseil, septembre 1995.

[2] Bloom, G., "The Community Policy: Prisons and Blood Borne Communicable Diseases", *HIV/AIDS Legal Link*, vol. 6, no 2 (juin 1995), p. 14-15.