

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1996

---

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

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Sommaire**

#### **Volume 2 Numéro 2**

[Nécessité d'une troisième Stratégie sur le VIH/sida](#)  
[Proposition d'infraction criminelle spécifique au VIH](#)  
[Interventions dans la transmission périnatale du VIH](#)

#### **Justice pénale**

[Projet conjoint sur la criminalisation de la transmission du VIH](#)  
[Criminalisation de la transmission du VIH: enquête bibliographique](#)  
[Droit criminel et VIH/sida: survol de la jurisprudence](#)  
[Voleur séropositif condamné à un emprisonnement de douze ans](#)

#### **Sang et produits sanguins**

[Japon: offre d'indemnité à des hémophiles dans le scandale du sang contaminé](#)  
[David, Goliath et le sang contaminé](#)

#### **Informations canadiennes**

[Ouverture de la Clinique juridique VIH/sida de l'Ontario](#)

#### **Prostitution**

[Prostitution et VIH/sida](#)

## **Séjour et immigration**

[Rapport sur les politiques canadiennes d'entrée au pays et d'immigration des personnes vivant avec le VIH/sida](#)

## **Dépistage et déclaration**

[État de New York: dépistage du VIH chez les nouveau-nés](#)

## **Femmes et VIH/sida**

[La situation globale](#)

## **Détenus et VIH/sida**

[Publication d'un document de travail sur le sida dans les prisons](#)

[Hépatites B et C, tuberculose et sida: risques et défis en milieu carcéral](#)

[Des prisons allemandes adoptent aussi l'échange d'aiguilles](#)

[Nouvelles études sur le VIH/sida dans les prisons](#)

[Zambie: prisonniers séropositifs libérés](#)

[Réseau européen de services aux détenus usagers de drogue](#)

[L'histoire d'un Écossais](#)

[Prisons: Premier atelier national VIH/sida et prisons](#)

[Sida, prisons et libération conditionnelle](#)

## **Politiques sur les drogues**

[Proposition d'un modèle de réduction des méfaits](#)

## **Droits de la personne**

[APCASO: droits de la personne et VIH/sida](#)

## **Droit de la famille**

[Un tribunal américain laisse un enfant dans une famille d'accueil où la mère est séropositive](#)

## **Nouvelle publication**

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Nécessité d'une troisième Stratégie sur le VIH/sida**

**Alors que le Canada se demande encore s'il devrait lancer une Phase 3 de sa Stratégie nationale sur le sida, le Premier ministre australien Paul Keating engage son gouvernement pour 5 ans dans une troisième stratégie sur le VIH/sida. Le Canada devrait emboîter le pas et mettre un terme à l'incertitude quant au financement futur de la lutte contre le VIH/sida au pays.**

"Il est clair pour le gouvernement qu'une stratégie nationale sur le VIH/sida constitue un besoin retentissant" déclarait Keating, ajoutant que son gouvernement "y accordera un financement exclusif, certain et approprié" pour les cinq années à venir.[1]

La stratégie australienne actuelle, qui oriente l'action de ce pays contre l'épidémie, se terminera en juin 1996. Le ministre australien de la Santé a sollicité en octobre 1994 les services d'un évaluateur indépendant, le prof. Richard Feachem, afin qu'il examine la nécessité de mettre en place une troisième stratégie nationale lorsque prendrait fin la phase actuelle. En septembre 1995, Feachem a déposé un rapport de 232 pages intitulé "Considérer le passé, investir dans l'avenir".[2] Le rapport offre une analyse poussée de la réaction australienne à l'épidémie, allant des programmes de soins et traitements jusqu'au financement et à la responsabilité. Il conclut que la deuxième stratégie nationale de 3 ans de l'Australie constitue un succès et une utilisation efficace des ressources de santé publique, et que les acquis de ces années devraient se poursuivre avec un troisième schéma directeur national. Feachem y souligne que "à moins de faire un effort concerté dans la troisième stratégie contre l'épidémie de VIH qui se poursuit [...], les gains et investissements faits jusqu'à présent pourraient être perdus." Il se dit particulièrement préoccupé par la persistance de l'épidémie chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, et dans les populations autochtones de l'Australie. L'auteur recommande que les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes constituent la principale priorité des programmes d'éducation et de prévention de cette troisième stratégie, qui devraient être davantage à l'écoute du public visé. En ce qui concerne les populations autochtones de l'Australie, Feachem prévient qu'à l'heure actuelle, il y a "presque certainement" chez elles une épidémie de VIH aux premiers stades. Il recommande l'allocation de sommes accrues pour des programmes d'éducation et de prévention auprès de ces communautés, soulignant l'importance que ces programmes soient appliqués d'une manière qui aide les autochtones à prendre eux-mêmes le problème en mains, et que la reconnaissance de la diversité

des peuples autochtones "constitue l'un des points de départ de toute action."

Les organisations communautaires australiennes ont bien accueilli le rapport, soulignant l'évidence du besoin d'une troisième Stratégie nationale sur le VIH/sida et le fait que "ni la communauté en général ni les communautés les plus exposées au risque de contracter le VIH ne peuvent se permettre le moindre relâchement dans l'élan atteint par l'Australie dans la lutte contre le virus." [3]

## Réforme du droit

Déjà à sa publication en août 1989, la première Stratégie nationale australienne sur le VIH/sida incluait un plan pour une réforme nécessaire de la législation à la lumière des défis que représente le VIH/sida pour les lois en place et les approches traditionnelles de santé publique. L'étape suivante consistait en la mise sur pied d'un Groupe de travail juridique du Comité intergouvernemental australien sur le sida, qui a publié neuf (9) documents de discussion entre février 1991 et avril 1992, documents largement distribués que la population était invitée à commenter. Plus de 300 réactions étaient déposées et les recommandations des documents de discussion ont été réexaminées pour refléter les points de vue exprimés. Un rapport final paru en 1992 présente plusieurs recommandations pour une réforme du droit. [4] Ces recommandations et le processus utilisé servent présentement de modèle au Projet conjoint de la Société canadienne du sida et du Réseau juridique canadien VIH/sida sur les questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida.

Le rapport du prof. Feachem met l'accent sur le besoin de pousser le travail non encore achevé sur plusieurs aspects du plan de réforme du droit lié au VIH/sida, notamment l'accès à des seringues dans les prisons, la réforme des lois en matière de prostitution et l'amélioration de l'accès des communautés autochtones à l'appareil judiciaire. Le rapport recommande spécifiquement que "soit établie une entité responsable d'examiner les questions de réforme juridique qui concernent le VIH/sida et d'autres infections transmissibles."

## Des leçons pour le Canada

Au Canada, le Sous-comité sur le VIH/sida a déposé le 4 décembre 1995 un rapport intitulé *Une étude de la Stratégie nationale sur le sida: Rapport du Sous-comité sur le VIH/sida*. Le rapport contient 23 recommandations relatives à la Stratégie nationale sur le sida, Phase II, et sur le rôle que pourrait jouer le gouvernement fédéral dans la lutte contre le sida. Le Rapport aborde brièvement les problèmes de la pauvreté et de la discrimination, sans toutefois présenter de recommandations pour y réagir. Des audiences supplémentaires ont été prévues pour se concentrer spécialement sur ces questions. On trouve en annexe au Rapport l'opinion dissidente du Parti réformiste. La recommandation la plus importante du Rapport est probablement celle que Santé Canada maintienne une Stratégie nationale intégrée et un budget correspondant.

Le Rapport a été déposé devant la Chambre des communes et une réponse du gouvernement a été sollicitée. On s'attend à cette réponse au début d'avril. On espère vivement qu'à ce moment l'engagement

à l'égard de la Stratégie nationale sur le sida sera renouvelé, et que le gouvernement canadien mettra un terme à l'incertitude quant au financement de la lutte contre le VIH/sida. Les ressemblances sont frappantes entre la situation en Australie et celle au Canada: chacun des pays a adopté deux stratégies nationales sur le VIH/sida, qui ont réussi à prévenir une explosion de cas de VIH/sida, mais ils demeurent aux prises avec une épidémie qui se poursuit parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes et un taux croissant d'infection dans certaines populations telles les communautés autochtones et, particulièrement au Canada, les utilisateurs de drogues injectables et les détenus.

Il est indéniable que des stratégies nationales comme celles de l'Australie et du Canada sur le VIH/sida comportent certains problèmes mais, en même temps, elles ont été cruciales pour assurer un financement stable et adéquat des programmes relatifs au VIH/sida, sans lequel la lutte contre l'épidémie serait beaucoup plus ardue. Au moment où le Canada évalue la phase II de sa Stratégie nationale sur le sida et doit prendre une décision sur le lancement d'une troisième phase, il devrait prendre en considération le fait qu'il y a au Canada des épidémies de VIH/sida qui se poursuivent et d'autres qui émergent. À moins d'une concertation des efforts pour les contenir, les acquis et les investissements effectués jusqu'à ce jour pourraient être perdus. Une troisième phase de notre Stratégie nationale sur le sida peut constituer un usage efficace des ressources publiques. À ce moment, si des coupures dans le financement de la lutte contre le sida présentaient des avantages budgétaires, ce ne serait qu'à très court terme: à long terme, elles résulteraient en l'infection évitable et la mort de nombreux Canadiens, entraînant des coûts humains et financiers immenses.

- Ralf Jürgens

Pour recevoir copie de *Une étude de la Stratégie nationale sur le sida: Rapport du Sous-comité sur le VIH/sida*, contactez Nancy Hall, greffière du Sous-comité: (613) 992-1775.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Tel que rapporté dans «Independent Evaluator Recommends Third National HIV AIDS Strategy». National AIDS Bulletin [Australie], 1995, 9(6): 8-11, à la p. 8. Des portions du présent texte proviennent de cet article.

[2] Valuing the Past ... Investing in the Future: The Evaluation of the National HIV/AIDS Strategy, 1993-94 to 1995-96. Canberra, Australian Government Publishing Service, 1995.

[3] Ibid., déclaration du président national de la Australian Federation of AIDS Organisations, Bill O'Loughlin.

[4] Intergovernmental Committee on AIDS, Legal Working Party, The Final Report of the Legal Working Party of the Intergovernmental Committee on AIDS, Canberra, Department of Health, Housing and Community Services, 1992.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### **Proposition d'infraction criminelle spécifique au VIH**

**Le député réformiste Garry Breitkreuz (Yorkton-Melville) a présenté un projet de loi (C-354) visant à créer deux nouvelles infractions criminelles "d'actes commis volontairement ou par insouciance par une personne porteuse du VIH ou atteinte du sida." Le projet a été déposé pour première lecture le 25 octobre 1995.**

#### **Résumé**

Le projet de loi proposé "a pour objet d'établir deux nouvelles infractions d'actes commis volontairement ou par insouciance par une personne porteuse du VIH ou atteinte du sida. Si l'acte a pour effet de transmettre l'infection par le VIH, l'infraction est celle de transmission criminelle de l'infection par le VIH et elle est punissable de l'emprisonnement à perpétuité. Si la transmission de l'infection par le VIH n'est pas prouvée, l'infraction est celle d'exposition à la transmission de l'infection par le VIH par insouciance et elle est punissable d'une peine maximale de sept ans d'emprisonnement." Selon le sommaire qui précède le texte du projet, "[l]e consentement pourrait entrer en ligne de compte en vertu de certaines autres dispositions du *Code criminel*. Puisque le projet de loi établit que le consentement ne constitue un moyen de défense à ni l'une ni l'autre de ces deux nouvelles infractions, on élimine le difficile problème de déterminer si le consentement a été vicié par la contrainte, le stress psychologique ou si le consentement a été donné en connaissance du risque ou des conséquences de l'acte."

#### **Projet de loi C-354: loi modifiant le Code criminel**

Le projet implique la modification du *Code criminel* par l'adjonction, après l'article 221, de ce qui suit (en vertu de l'art. 221, "est coupable d'un acte criminel et passible d'un emprisonnement de 10 ans, quiconque, par négligence criminelle, cause des lésions corporelles à autrui"):

(2) Quiconque accomplit volontairement ou par insouciance un acte, alors qu'il sait ou aurait dû savoir qu'il est porteur du VIH ou qu'il est atteint du sida, est coupable:

(a) soit d'une infraction appelée transmission de l'infection par le VIH et passible de l'emprisonnement à perpétuité si cet acte a occasionné la transmission de l'infection par le VIH à une autre personne;

(b) soit d'une infraction appelée exposition par insouciance d'une autre personne à l'infection par le VIH et passible d'un emprisonnement de sept ans si cet acte n'a pas occasionné la transmission de l'infection par le VIH à une autre personne.

(3) Le consentement d'une personne à l'accomplissement par une autre personne d'un acte susceptible de lui transmettre l'infection par le VIH ne constitue pas un moyen de défense pour la personne accusée d'une infraction visée au paragraphe (2).

En vertu de l'article 221.1(1) du projet de loi, "transmission de l'infection par le VIH" pour l'application de cet article "s'entend des actes suivants, qu'ils soient ou non accompagnés de mesures susceptibles de réduire le risque de transmission ou de mesures ayant pour effet de la réduire réellement:

(i) les rapports sexuels;

(ii) toute forme de contact physique, sexuel ou non, à l'occasion duquel il peut y avoir transmission d'un liquide organique d'une personne dans le circulation sanguine d'une autre personne;

(iii) le don de sang, de tout autre liquide organique, de matériel biologique ou d'organe;

(iv) l'utilisation par une personne d'une chose qu'elle laisse utiliser par une autre personne de manière à ce qu'il puisse y avoir transmission, de la première personne à l'autre, d'un liquide organique ou de l'infection par le VIH;

(v) tout autre acte au sujet duquel le tribunal estime que la personne qui l'a accompli aurait dû savoir qu'il était susceptible de transmettre l'infection par le VIH à une autre personne."

## Commentaire

S'il était adopté, ce projet de loi aurait pour effet de presque criminaliser le fait d'être séropositif. Par exemple, toute forme de relation sexuelle avec une personne séronégative constituerait un acte criminel pour une personne qui se sait séropositive ou qui "aurait dû savoir" [la version anglaise du projet précise "raisonnablement"] qu'elle vit avec le VIH ou le sida, peu importe si les précautions appropriées ont été prises ou si la personne séronégative, connaissant la séropositivité de l'autre personne, a consenti à cette relation sexuelle. Outre ceci, toute une gamme d'autres actes, incluant "tout autre acte au sujet duquel le tribunal estime que la personne qui l'a accompli aurait dû savoir qu'il était susceptible de transmettre l'infection par le VIH à une autre personne", constituerait un acte criminel lorsqu'il est posé par une

personne qui sait ou "aurait dû savoir" qu'elle était porteuse du VIH.

Tous les experts s'opposent à l'adoption d'une loi aussi radicalement généralisante.[1] Quoiqu'elle vise prétendument à protéger la population contre la propagation du VIH, elle crée une toute nouvelle catégorie de criminels - les personnes vivant avec le VIH/sida - tout en détournant l'attention des solutions qui fonctionnent.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Voir par exemple «Le ministre de la Justice envisage la création d'une infraction spécifique à la transmission du VIH/sida», Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1995, 1(3): 6-7, avec plusieurs références. Voir aussi, dans le présent numéro, «Projet conjoint sur la criminalisation de la transmission du VIH»; et «Criminalisation de la transmission du VIH: enquête bibliographique».

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### **Interventions dans la transmission périnatale du VIH**

**Les discussions entourant le dépistage du VIH chez les femmes enceintes ont repris de plus belle à la lumière des résultats de l'ACTG 076 et d'autres études récentes sur la transmission périnatale.**

**Le présent article aborde les implications de ces études pour les services de consultation et le dépistage du VIH chez les femmes enceintes.**

#### **Ce qu'a démontré l'ACTG 076**

L'ACTG 076 était une étude clinique aléatoire à double insu, contrôlée contre placebo et pratiquée dans plusieurs centres, financée par les *National Institutes of Health* aux États-Unis.[1] Commencée en avril 1991, l'ACTG 076 portait sur 477 femmes enceintes séropositives et 421 nouveau-nés. L'étude a été interrompue en décembre 1993 quand une analyse intérimaire démontra que l'administration d'AZT à un groupe choisi de femmes enceintes séropositives et à leurs enfants réduisait le risque de transmission périnatale d'environ deux tiers.

Les femmes admissibles à l'étude étaient des femmes enceintes séropositives dont le taux de CD4 était supérieur à 200 au moment de leur admission, dont la durée de grossesse se situait entre 14 et 34 semaines, qui n'avaient pas subi de thérapie antirétrovirale pendant leur grossesse actuelle, et pour lesquelles il n'existait aucune indication clinique suggérant qu'elles devraient entreprendre un traitement à l'AZT tout de suite après le test de grossesse positif.

L'ACTG 076 comportait trois étapes: (1) l'administration d'AZT par voie orale commençant entre la quatorzième et la trente-quatrième semaine de gestation et se poursuivant pendant toute la grossesse; (2) l'administration d'AZT par voie intraveineuse pendant le travail jusqu'au moment de l'accouchement; et (3) l'administration d'AZT à l'enfant pendant six semaines après la naissance.

La toxicité attribuable à l'AZT observée chez les femmes qui participaient à cette étude était minimale. Les évaluations de la croissance foetale et du volume du liquide amniotique ne montraient pas de différence entre les grossesses des femmes qui recevaient l'AZT et celles qui recevaient le placebo. Les

paramètres de naissance, les poids des nouveau-nés et les anomalies congénitales majeures et mineures étaient approximativement égales pour les deux groupes. Les nouveau-nés supportaient bien l'AZT. On nota des taux d'hémoglobine peu élevés et une légère anémie passagère, mais ces deux phénomènes disparurent d'eux-mêmes après que la thérapie fut complétée; il faut toutefois noter qu'une étude connue sous le nom de ACTG 152, qui comparait l'AZT au ddI et à une combinaison AZT/ddI chez des nouveau-nés séropositifs, a été interrompue rapidement à cause de toxicités chez ceux qui recevaient seulement l'AZT.[2]

## **Ce que n'a pas démontré l'ACTG 076**

Les résultats de l'ACTG 076 sont applicables seulement aux femmes séropositives qui ont les mêmes caractéristiques que celles qui ont participé à cette étude clinique. Cela signifie que l'efficacité de l'AZT n'a pas été démontrée pour:

les femmes enceintes séropositives dont la maladie est avancée;

celles qui avaient précédemment eu recours à une thérapie antirétrovirale; et

celles dont le VIH est résistant à l'AZT.

Il est également important de noter que:

l'utilisation de l'AZT dans le cadre de l'ACTG 076 n'a pas arrêté la transmission périnatale, bien qu'elle l'ait réduite: dans certains cas la transmission s'est produite en dépit de la thérapie antirétrovirale;

l'on ne sait pas quelle partie du protocole AZT a joué le rôle le plus important dans la réduction de la transmission;

les risques à long terme pour les nouveau-nés exposés à l'AZT *in utero* et pendant la tendre enfance ne sont pas encore connus (un registre a été établi pour suivre les enfants qui ont été exposés à des médicaments antirétroviraux jusqu'à l'âge de 21 ans); et

les implications futures pour l'efficacité de thérapies antirétrovirales sont inconnues tant pour les femmes séropositives que pour les nouveau-nés séropositifs plus tard dans la progression de la maladie. Des effets à court terme sérieux pourraient se manifester avec un usage plus répandu.

## **La charge virale: un indicateur de transmission périnatale**

L'ACTG 076 n'a recueilli aucune information sur la charge virale maternelle, la présence de résistance antirétrovirale chez les femmes ou les enfants nouveau-nés, ou sur les phénotypes de cultures cellulaires

(à induction syncytiale ou non). L'ACTG 076 ne permet pas de prédire si une grossesse particulière est associée à la transmission du VIH.

Toutefois, une étude plus récente menée par le ministère de la Santé publique de l'État de New York et SUNY [l'université d'État] à Stony Brook, a révélé que les chercheurs pouvaient prédire, en se basant sur la charge virale maternelle, quelles femmes séropositives étaient les plus susceptibles de transmettre le VIH à leurs enfants.[3] Dans cette étude menée auprès de 19 couples mère/enfant, six des femmes avaient une charge virale très élevée (définie comme supérieure à 125 unités infectieuses VIH-1 par 106 cellules sanguines mononucléaires périphériques). Parmi celles-ci, quatre femmes (67%) transmettent le VIH à leur enfant. Sur les treize femmes dont la charge virale était basse, seulement une transmet le VIH à son enfant. En d'autres termes, parmi les femmes qui transmettent le VIH à leur enfant, 80% (4 sur 5) avaient une charge virale élevée. La charge virale maternelle est donc efficace pour identifier les femmes séropositives pour qui le risque de transmission périnatale est élevé. (L'étude a également déterminé que la charge virale de la femme n'est pas affectée par la grossesse. Parmi les 19 couples mère/enfant qui ont participé à l'étude, les marqueurs cliniques et immunologiques variaient largement.)

L'information rassemblée dans le cadre de l'ACTG 076 et dans l'étude de New York fournit aux femmes séropositives et aux personnes qui leur prodiguent des soins (1) un outil pour évaluer le risque individuel de transmission périnatale et (2) une intervention pour réduire les risques de transmission.

### **La vitamine A: un facteur prédictif suggérant l'intervention**

Une étude réalisée au Malawi auprès d'un groupe de 338 femmes enceintes séropositives avait pour objet d'examiner la relation entre les taux de vitamine A dans les sérums et la transmission périnatale.[4] Les femmes étaient divisées en quatre groupes selon le taux de vitamine A dans leur sérum sanguin. Le taux de vitamine A adéquat fut défini comme étant supérieur à 1,05 micromoles de vitamine A par litre. Les occurrences de transmission étaient beaucoup plus élevées chez les femmes qui présentaient une carence en vitamine A. L'étude n'a pas écarté l'incidence possible d'autres carences en micronutriments dans la transmission, évoquant le rôle de la bonne nutrition et des suppléments vitaminiques dans la réduction de la transmission périnatale.

### **Autres facteurs influant sur la transmission périnatale**

Plusieurs autres facteurs sont associés à l'augmentation du risque de transmission périnatale. Citons entre autres la faible numération en CD4, l'antigénémie p24, l'inflammation de la membrane placentaire, l'exposition plus élevée du fœtus au sang maternel, la rupture prématurée de la membrane, l'accouchement prématuré, l'allaitement, la séropositivité du père et la mauvaise alimentation de la mère. La connaissance de ces facteurs peut être utilisée pour minimiser les risques de transmission maternelle ou pour faire une évaluation individualisée du risque, susceptible d'aider la femme enceinte séropositive à prendre une décision concernant la poursuite de sa grossesse.

Les interventions visant à diminuer la transmission périnatale comprennent le nettoyage du canal

cervical, la césarienne et des soins prénataux appropriés.

## **Implications pour les services de consultation et le dépistage du VIH auprès des femmes enceintes**

L'ACTG 076 présente une intervention éprouvée, quoique problématique, pour réduire la transmission périnatale, savoir l'administration d'AZT pendant la grossesse, au moins pour certaines femmes. En conséquence, les législateurs et les décideurs en Amérique du Nord et ailleurs se demandent comment offrir des services de consultation et de dépistage du VIH aux femmes enceintes. Trois options ont été examinées:

### Consultation systématique, dépistage sur consentement et libre choix quant à l'intervention

Actuellement, les professionnels de la santé versés en matière de VIH informent systématiquement les femmes enceintes de l'existence d'un test de dépistage du VIH et laissent à celles-ci le choix de le subir ou non. Si la femme désire subir le test et qu'elle se révèle séropositive, c'est à elle de choisir comment elle veut poursuivre sa grossesse. Elle peut choisir l'avortement ou des interventions visant à réduire le risque de transmission périnatale. La décision prise par la femme au sujet du test de dépistage ou sa réaction au résultat positif ne devrait avoir aucune influence sur la qualité des soins de santé qu'elle recevra.

Les critiques de cette approche allèguent que, en pratique, seules les femmes perçues par les professionnels de la santé comme présentant un risque de séropositivité sont informées "systématiquement" de l'existence des tests de dépistage; celles qui ne semblent pas présenter de risque ne reçoivent pas d'information à ce sujet. Ces critiques alimentent les demandes favorisant la consultation obligatoire.

### Consultation obligatoire, dépistage facultatif et libre choix quant à l'intervention

La consultation obligatoire obligerait tous les professionnels de la santé à informer toutes les femmes enceintes de la possibilité de subir un test de dépistage du VIH. Idéalement, des directives sur la consultation prénatale et le VIH devraient être élaborées. Les consultations seraient offertes d'une manière non coercitive et seraient adaptées au langage, à la culture et au degré d'éducation de chaque femme. Des directives sur les consultations antérieures et postérieures au test seraient établies spécifiquement pour la grossesse. La décision prise par la femme de subir ou non le test de dépistage n'aurait aucune influence sur la qualité des soins qu'elle pourrait recevoir par la suite. Si une femme désire subir le test et qu'elle se révèle séropositive, elle choisirait elle-même la façon dont elle voudrait poursuivre sa grossesse, c'est-à-dire qu'elle aurait le choix de subir un avortement ou de subir des interventions visant à réduire le risque de transmission périnatale.

### Consultation, dépistage et intervention obligatoires

Aux États-Unis, le débat sur la question de savoir si les enfants nouveau-nés ou les femmes enceintes devraient subir un test de dépistage du VIH se poursuit depuis des années. Des initiatives de nature législative concernant le dépistage obligatoire, surtout des nouveau-nés, ont été entreprises tant au niveau des États qu'au niveau fédéral. Dans l'État de New York, où on compte le nombre le plus élevé de femmes enceintes et de nouveau-nés séropositifs aux États-Unis, le gouverneur Pataki a récemment accepté d'instaurer de nouvelles procédures régissant le dépistage du VIH chez les nouveau-nés (voir *infra*, L'État de New York adopte une politique sur le dépistage du VIH chez les nouveau-nés). Au niveau fédéral, plusieurs tentatives ont été entreprises pour faire adopter des textes de loi visant à obliger la divulgation aux pères, mères ou tuteurs des nouveau-nés des résultats de tests obtenus dans le cadre d'un programme de dépistage anonyme du VIH pour les nouveau-nés. (En mai 1995, les services de santé de 45 États, le district de Columbia, Puerto Rico et les Îles Vierges effectuaient des tests de dépistage au hasard sur les échantillons de sang prélevés chez les nouveau-nés dans le cadre d'une étude anonyme "à insu" entreprise par les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) en 1988. Pendant l'été de 1995, le gouvernement fédéral annonçait que le programme de dépistage anonyme du VIH serait interrompu, alors qu'un membre du Congrès présentait un projet de loi pour forcer la divulgation des résultats.)

Les opposants du dépistage et du traitement obligatoires considèrent que la femme a le droit de contrôler son corps. Chaque femme individuellement a le droit de décider si elle veut subir un test de dépistage du VIH durant sa grossesse, si elle veut prendre de l'AZT quand elle est séropositive et si elle veut que son enfant subisse un test de dépistage. La femme devrait prendre ces décisions après avoir été bien informée de ses options et des risques et bénéfices associés à chacune d'elles. Les opposants du dépistage obligatoire croient que la solution réside dans la consultation et l'information individuelles et que, si les femmes sont adéquatement informées et appuyées dans leur prise de décision, elles choisiront sans contrainte ce qu'il y a de mieux pour elles-mêmes et pour leurs enfants.

## **Vers un modèle canadien visant à réduire la transmission périnatale**

Le système de santé publique canadien est moins préoccupé par le problème de transmission périnatale du VIH que son pendant américain. Les études de séroprévalence indiquent un taux beaucoup moins élevé d'infection à VIH chez les femmes canadiennes: pour 400 000 naissances annuelles au Canada, on ne compte qu'entre 140 et 150 mères séropositives.[5] Les programmes de dépistage du VIH relèvent des provinces et des territoires et "les autorités concernées devront analyser les approches les plus rentables pour offrir les tests de dépistage aux femmes enceintes." [6] Par ailleurs, "les provinces, les associations médicales et les médecins doivent s'assurer que des services de consultation sont disponibles avant et après les tests de dépistage, que les tests sont confidentiels et subis en toute connaissance de cause, et que les tests sont conformes aux procédures prévues dans *Sérodiagnostic du virus de l'immunodéficience humaine: lignes directrices aux consultants*, édition 1993, publié par l'Association médicale canadienne." [7] Le 29 juin 1994, la Colombie-Britannique était la première province à "recommander fortement" que toutes les femmes enceintes subissent un test de dépistage du VIH dans le cadre des examens de routine faisant partie des soins prénataux. Un communiqué de presse paru le 29 juin 1994 invitait les médecins de la Colombie-Britannique à conseiller toutes les femmes enceintes sur l'opportunité de subir un test de dépistage du VIH au début de chaque grossesse. Le

communiqué indiquait de plus qu'il était "imprudent de présumer qu'une femme qui n'était pas séropositive lors d'une grossesse antérieure ne l'est toujours pas au moment d'une nouvelle grossesse." Le communiqué insistait sur le fait que le dépistage devait s'accompagner de services de consultation adéquats et reposer sur le consentement éclairé de la femme." [8] D'autres provinces ont adopté ou envisagent des politiques similaires.

## Commentaire

La décision d'une femme enceinte de subir un test de dépistage du VIH et les décisions qu'elle doit prendre suite à des résultats positifs reposent sur un équilibre délicat des avantages et des risques individuels. Au Canada on semble privilégier le modèle de la consultation de routine et de dépistage prénatal volontaire du VIH chez les femmes enceintes, mais il reste encore à assurer que les consultations ne comportent aucune contrainte, aucune indiscretion et respectent les droits de la femme. Les consultations doivent être adaptées à la situation de chacune et tenir compte du fait que certaines femmes ont besoin de plus de renseignements et de conseils divers que d'autres. La recherche et la pratique relatives au VIH doivent continuer de viser à concevoir des outils susceptibles de rendre plus exacte l'évaluation du risque individuel et de favoriser la réduction des risques eu égard aux diverses capacités et convictions des femmes. Par ailleurs, ceci ne peut être accompli à la place ou au détriment:

de programmes qui favorisent la prévention primaire du VIH chez les femmes dans un contexte large de promotion de la santé;

de la disponibilité des tests de dépistage pour toutes les femmes;

de la progression des soins et traitements offerts aux femmes séropositives et aux nouveau-nés; et

de la recherche, incluant la recherche sur les facteurs déterminants de la transmission périnatale du VIH et sur les interventions de nature préventive.

La consultation, le dépistage et les interventions médicales ci-décrites ont pour objet la réduction de la transmission périnatale du VIH; elles ne visent pas essentiellement l'amélioration de la santé des femmes enceintes. Les interventions visant l'amélioration de la santé de toutes les femmes sont également nécessaires: les femmes vont en bénéficier, et grâce à un meilleur état de santé des femmes les risques de transmission périnatale seront également réduits. Malheureusement, en période de réduction de budget dans les soins de santé, on favorise souvent les approches qui produisent des résultats ciblés, rapidement démontrés et relativement peu coûteux, au détriment de stratégies qui produiraient des avantages à long terme.

- *Darien Taylor et Julie Levene*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Pour une discussion de l'ACTG 076, voir Centers for Disease Prevention and Control, Recommendations of the US Public Health Service Task Force on the Use of Zidovudine to Reduce Perinatal Transmission of Human Immunodeficiency Virus. *Pediatric AIDS and HIV Infection: Fetus to Adolescent*, 1994, 5(6): 387-398.

[2] N. Ostrom, Study of AZT in Children Dismantled Early, *New York Native*, 27 février 1995, p. 13.

[3] B. Weiser et coll., «Quantification of HIV type 1 during pregnancy: relationship of viral load titer to mother to child transmission and stability of viral load», *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, août 1994, 91: 8037-8041.

[4] R.D. Semba et coll., «Maternal Vitamin A deficiency and mother-to-child transmission of HIV-1», *The Lancet*, 25 juin 1994, 343: 1593-1597.

[5] Santé Canada, «Réduction de la transmission verticale du VIH», *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 30 juin 1994, 20-12: 97-100.

[6] Ibid.

[7] Ibid.

[8] B.C. First Province to Advise HIV Test for Pregnant Women, Victoria: Office of the Provincial Health Officer, 29 juin 1994.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

---

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### Justice pénale

#### Projet conjoint sur la criminalisation de la transmission du VIH

**Un grand nombre de particuliers et de groupes consultés pendant la Phase I 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 se sont dits préoccupés face aux propositions de modifier le *Code criminel* pour créer une infraction portant spécialement sur le VIH.**

En particulier, ils étaient préoccupés quant au message que véhiculerait cette mesure:

que toutes les personnes vivant avec le VIH/sida sont des criminels potentiels;

que les personnes non infectées sont d'innocentes victimes éventuelles; et

qu'il n'est pas nécessaire de se protéger parce que la loi est là pour le faire.

Ils ont également soulevé la question de savoir si les lois de santé publique ne seraient pas mieux adaptées que le droit criminel pour composer avec les individus qui, se sachant infectés, ont des comportements susceptibles de transmettre le VIH sans prendre de précautions et sans informer préalablement leurs partenaires de leur sérodiagnostic. Certains ont parlé du besoin de sensibiliser l'appareil judiciaire au VIH et à la manière dont il est transmissible ou non.

Grâce au financement accordé au Projet par Justice Canada, le travail sur la criminalisation de la transmission du VIH s'est amorcé en novembre 1995. Un document de travail est actuellement en préparation et sera disponible en mars 1996. Il abordera les questions soulevées par ce sujet et présentera diverses avenues possibles pour résoudre le problème.

Pour obtenir davantage d'information, contactez Ralf Jürgens, coordonnateur du Projet

484 rue McGill  
4 ième étage  
Montréal, Québec  
H2Y 2H2  
Tél.: (514) 397-6828 Téléc.: (514) 397-8570

Courriel: [info@aidslaw.ca](mailto:info@aidslaw.ca)

## **Criminalisation de la transmission du VIH: enquête bibliographique**

**La question de savoir si l'on doit ou non avoir recours au droit criminel pour s'occuper du comportement des gens vivant avec le VIH/sida qui mettent autrui en danger de contracter le VIH est l'un des sujets les plus vivement débattus et elle a attiré beaucoup d'attention dans les médias et de la part de décideurs et de législateurs.**

On le constate dans les ouvrages juridiques, qui comprennent de nombreux articles sur cette question.[1] Bien que la plupart ait été rédigée aux États-Unis, il existe un nombre assez important et croissant d'ouvrages canadiens. Les articles américains sont particulièrement utiles dans ce domaine parce que plusieurs États américains ont édicté des lois criminelles qui portent spécialement sur la transmission du VIH ou l'exposition d'autrui à ce virus, alors que le Canada considère actuellement la possibilité d'amender le *Code criminel* pour criminaliser la "transmission volontaire" du VIH.[2] L'expérience américaine en ce qui a trait à certaines des lois édictées dans ce pays peut être utile au Canada, et les conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs qui ont examiné ces lois devraient être prises en compte avant de décider s'il y a lieu d'édicter une telle infraction au Canada et la forme que doit prendre cette infraction, le cas échéant.

La plupart des articles sont rédigés selon un même schéma. Les auteurs commencent par examiner les infractions classiques du droit criminel auxquelles on a eu recours dans certaines affaires liées au VIH, puis ils discutent de la question de savoir s'il y a lieu d'édicter une loi pénale qui porte spécialement sur le VIH et ce que serait la forme la plus appropriée d'interdiction criminelle, si le droit criminel devait être appliqué.[3]

### **Utiliser les lois criminelles actuelles ou créer des lois intéressant spécialement le VIH?**

La plupart des auteurs affirment que les lois criminelles classiques sont mal adaptées au contexte:

Après avoir examiné la jurisprudence canadienne et les infractions prévues au *Code criminel*, Holland conclut que les infractions actuelles "ne sont pas adéquates: elles doivent être étendues et elles donnent souvent le mauvais message".[4]

Hermann affirme que les lois criminelles classiques sont inefficaces et mal adaptées pour

traiter la conduite susceptible de transmettre le VIH.[5]

D'après Dalton, les lois intéressant spécialement le VIH, contrairement aux lois pénales classiques, n'exigent pas la preuve d'un préjudice, d'un lien de causalité ou d'un état d'esprit. Il suffit que l'accusé ait eu un comportement interdit. D'après l'auteur, de telles lois comportent plusieurs avantages par rapport aux lois classiques, notamment en donnant un avertissement beaucoup plus clair de ce que constitue un crime.[6]

Après avoir examiné une affaire dans laquelle un détenu a été reconnu coupable de deux chefs d'agression avec une arme meurtrière ou dangereuse pour avoir mordu deux agents de correction fédéraux américains, Stauter affirme que, plutôt que d'avoir recours aux infractions classiques, l'on devrait créer des infractions criminelles particulières au VIH/sida pour réprimer les comportements véritablement susceptibles de mettre les autres en danger de contracter le VIH.[7]

Sullivan et Field affirment que le recours aux infractions classiques du droit criminel risque de donner lieu à des jugements arbitraires et injustes et qu'il est possible de réduire ce risque et d'accroître la valeur éducative du droit criminel en créant une loi particulière au VIH/sida.[8]

Certains auteurs proposent des "lois criminelles modèles". En vertu de l'une de ces lois, proposée par Closen et Deutschman,[9] commettrait un acte criminel quiconque, sachant qu'il est infecté par le VIH, a des rapports sexuels ou d'autres activités qui risquent de transmettre le VIH sans informer au préalable son partenaire de sa séropositivité.[10]

## **Faut-il avoir recours au droit criminel?**

Il y a désaccord sur la question même du recours au droit criminel. Certains auteurs affirment son importance, signalant que la menace que pose le VIH est telle qu'il faut "examiner sérieusement toutes les mesures raisonnables pour l'endiguer, y compris le recours au droit criminel".[11] D'après Holland, il existe de bonnes raisons pour lesquelles la criminalisation peut être appropriée dans "certains cas". Selon elle, quiconque se livre sciemment à un comportement à haut risque sans informer son partenaire mérite d'être condamné et la manière la plus vigoureuse d'exprimer cette condamnation est le recours au droit criminel. Elle poursuit en affirmant que "les conséquences de l'infection sont tellement graves qu'il y a un besoin urgent d'une telle condamnation qui aura un effet salutaire de dénonciation". D'après Holland, si l'on n'a pas recours au droit criminel, il y aura indignation du public face aux affaires spectaculaires "où des individus ont infecté autrui de façon insouciance". D'après l'auteur, une telle indignation serait "dirigée indistinctement contre tous ceux qui sont infectés par le VIH. Nous avons besoin d'une soupape pour exprimer l'indignation à l'égard d'un tel comportement volontaire ou insouciant". Holland conclut en affirmant que "la protection de la société est un but bien reconnu du sentencing", et que "les individus qui sont reconnus coupables et incarcérés seront effectivement mis en quarantaine pour un certain temps".[12]

## Limites du droit criminel

Même s'ils soutiennent qu'en principe, l'on doit avoir recours au droit criminel face aux "comportements irresponsables", plusieurs auteurs en signalent également les limites. Par exemple, Hermann croit que dans une affaire où l'individu, sachant qu'il est infecté, choisit de se comporter d'une manière qui aura vraisemblablement pour effet d'infecter les autres, il est justifié d'avoir recours à une poursuite pénale pour punir et dissuader.[13] Cependant, il admet que le recours aux sanctions pénales pour punir et réprimer un comportement susceptible de transmettre le VIH soulève de sérieux doutes sur les objectifs du droit pénal et son efficacité dans le traitement de problèmes comme la transmission du VIH. D'après Shekter, le droit pénal ne peut jouer qu'un rôle limité. Après avoir examiné la jurisprudence canadienne, il conclut que "dans des cas tout à fait exceptionnels, lorsqu'un individu agit manifestement de façon déréglée et téméraire, on pourrait sans doute prétendre qu'une infraction nouvelle et bien conçue serait justifiée". Par ailleurs, il met en garde contre la création d'une disposition qui porterait uniquement sur le VIH/sida, à l'exclusion des autres maladies contagieuses graves.[14] Le Conseil de l'Europe affirme que sa principale préoccupation concerne la prévention par la sensibilisation et les renseignements adéquats, plutôt que la possibilité d'imposer des peines à chaque fois que celles-ci peuvent sembler nécessaires. [15]

## Arguments contre la criminalisation

Plusieurs auteurs s'opposent au recours au droit criminel. La *American Civil Liberties Union* est allée jusqu'à publier un énoncé de principe renfermant les "meilleurs arguments contre la criminalisation".[16] Dans l'un des premiers articles sur le sujet, Gostin et Curran expriment des réserves quant au recours au droit criminel dans le domaine privé et, généralement, doutent de son efficacité pour endiguer la propagation du VIH. Ils concluent que des interventions juridiques coercitives ne fourniront pas un moyen équitable ni efficace de stopper la propagation du VIH.[17] En outre, Jackson croit que le système de justice criminelle "n'est pas un mécanisme approprié pour combattre la crise du sida". D'après lui, des poursuivants individuels "éparpillés un peu partout au pays, sans formation quant à la complexité médicale du VIH ne devraient pas employer de mesures coercitives [...] particulièrement lorsque le système de santé publique a, dans une large mesure, rejeté de telles mesures".[18] Dalton conclut que "les arguments en faveur de la criminalisation du comportement à risque sont hautement suspects". D'après elle, "un État sage se demanderait si, ce faisant [poursuivre des individus qui, pour toutes sortes de raisons, mettent les autres en danger de contracter le VIH], nous favorisons la santé publique".[19] Sullivan et Field sont eux aussi contre la criminalisation, signalant les nombreux désavantages du recours au droit criminel pour endiguer la propagation du VIH. À leur avis, la criminalisation pousserait certaines personnes à éviter les tests de dépistage, elle menacerait le caractère privé des rapports sexuels et elle créerait un risque de harcèlement et d'abus étatiques: "Bref, ce serait une erreur que d'édicter [...] des mesures criminelles [...] pour s'attaquer au problème de la transmission du sida".[20] Toutefois, Holland, soutient que les gens ne seront pas dissuadés de subir des tests de dépistage simplement parce qu'ils risquent éventuellement d'être poursuivis au criminel.[21]

La plupart des organisations et institutions canadiennes s'opposent au recours au droit criminel, y

compris le Comité consultatif national sur le sida,[22] la Société royale du Canada,[23] l'Association du Barreau canadien - Ontario,[24] et le *AIDS Committee of Toronto*. [25] Par exemple, l'Association du Barreau canadien - Ontario affirme qu'elle n'est pas convaincue que le recours au droit pénal est la bonne façon de lutter contre le VIH/sida et que la législation provinciale en matière de santé publique accorde une protection suffisante contre la "personne irresponsable". Partagent également cette opinion:

le *AIDS Committee of Toronto*, qui a élaboré la première politique d'un organisme communautaire canadien sur le recours aux sanctions pénales en cas de transmission - ou de menace de transmission - du VIH;

le Comité consultatif national sur le sida, qui considère que "dans le très petit nombre de cas où des mesures coercitives sont essentielles et fondées sur des motifs raisonnables et démontrables, le recours à des mesures de santé publique coercitives soigneusement contrôlées est généralement préférable aux sanctions pénales"; et

la Société royale du Canada, qui affirme qu'il ne serait pas raisonnable de criminaliser les rapports sexuels sur le seul fondement de la séropositivité au VIH, et qu'il faut avoir recours aux lois pénales ou aux lois provinciales de santé publique existantes pour composer, sur une base individuelle, avec "ces personnes intransigeantes qui ont abandonné tout sens de responsabilité sociale" et qui mettent les autres en danger de contracter le VIH.

## Conclusion

Le droit criminel n'a qu'un rôle mineur dans la prévention de la propagation du VIH. Comme l'a affirmé Johnston, "c'est l'éducation qui se révélera la meilleure manière d'atteindre les porteurs du VIH et la manière douce sera vraisemblablement plus efficace que la manière forte". [26] La criminalisation de la transmission ou de l'exposition consciente au VIH aurait peu d'impact contre la propagation du virus: "Pire, elle donnerait l'impression de mesures vigoureuses, tout en détournant l'attention des solutions qui fonctionnent". [27]

- *Ralf Jürgens*

---

Ce texte est une version abrégée de l'enquête bibliographique du Projet conjoint de la Société canadienne du sida et du Réseau. La version intégrale se trouve sous R. Jürgens, *Questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida: Enquête bibliographique et bibliographie annotée*, Montréal, Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Ce texte est une version abrégée de l'enquête bibliographique du Projet conjoint de la Société canadienne du sida et du Réseau. La version intégrale se trouve sous R. Jürgens, Questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida: Enquête bibliographique et bibliographie annotée, Montréal, Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995.

[2] R. Jürgens, «Le ministre de la Justice envisage la création d'une infraction criminelle spécifique à la transmission du VIH/sida», Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1995, 1(3): 6-7.

[3] Voir, par exemple, M.A. Field, K.M. Sullivan, «AIDS and the Criminal Law», Law, Medicine & Health Care, 1987, 15(1-2): 46-60.

[4] W.H. Holland, «HIV/AIDS and the Criminal Law», Criminal Law Quarterly, 1994, 36(3): 279-316; voir également R.H. Shekter, The Criminalization 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.

[5] D.H.J. Hermann, «Criminalizing Conduct Related to HIV Transmission», Saint Louis University Public Law Review, 1990, 9: 351-378.

[6] H.L. Dalton, Criminal Law, dans S. Burris, H.L. Dalton, J.L. Miller (éds), AIDS Law Today A New Guide for the Public, New Haven, Yale University Press, 1993, p. 242-262.

[7] R.L. Stauter, «United States v. Moore: AIDS and the Criminal Law. The Witch Hunt Begins», Akron Law Review, 1989, 22(4): 503-524.

[8] Supra, note 3.

[9] M.L. Closen, J.S. Deutschman, «A Proposal to Repeal the Illinois HIV Transmission Statute», Illinois Bar Journal, décembre 1990, p. 592-600.

[10] Voir également M.L. Closen, S. Isaacman, M. Wojcik, «Criminalization of HIV Transmission in the USA», Abstract PO-D27-4188, présenté à la IXe Conférence internationale sur le sida, Berlin (6-11 juin 1993); Field & Sullivan, supra, note 3; T.W. Tierney, «Criminalizing the Sexual Transmission of HIV: an International Analysis», Hastings International and Comparative Law Review, 1992, 15: 475.

- [11] Note, «Sexual Etiquette, Public Interest and the Criminal Law», Northern Ireland Legal Quarterly, 1991, 42(4): 309-331.
- [12] Supra, note 4.
- [13] Supra, note 5.
- [14] Sheckter, supra, note 4.
- [15] Conseil de l'Europe, Comité restreint d'experts sur les aspects criminologiques et pénitentiaires du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA et les problèmes connexes de santé en prison (y compris les problèmes du traitement des détenus drogués ou malades du SIDA), Synthèse des réponses au questionnaire, Conseil de l'Europe, Doc. PC-R-SI (89) 4.
- [16] American Civil Liberties Union Foundation, AIDS and Civil Liberties Project, Criminalizing Transmission of the Virus, New-York (NY), la Fondation, aucune date.
- [17] L. Gostin, W.J. Curran, «The Limits of Compulsion in Controlling AIDS», Hastings Center Report, décembre 1986, 24-29: 28-29.
- [18] M.H. Jackson, The Criminalization of HIV, dans N.D. Hunter, W.B. Rubenstein (éds), AIDS Agenda. Emerging Issues in Civil Rights, New-York (NY), The New Press, 1992, p. 239-270.
- [19] Supra, note 6.
- [20] Supra, note 3.
- [21] Supra, note 4.
- [22] Comité consultatif national sur le SIDA, Le VIH et les droits de la personne au Canada, Ottawa, le Comité, 1992 p. 15.
- [23] Société royale du Canada, Le sida — l'état de la question au pays, Ottawa, la Société, 1988, p. 354-355.
- [24] Association du Barreau canadien — Ontario, Report of the AIDS Committee, Toronto, l'Association, 1986, p. 60-61.
- [25] AIDS Committee of Toronto, «Le ACT prépare sa politique sur la criminalisation de la transmission du VIH», Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1995, 1(3): 7-9.

[26] C. Johnston, «AIDS and the Law: Do Courts Have a Place in the Bedrooms of the Nation?», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992, 146(11): 2065-2070.

[27] D. Patterson, «Le Canada devrait-il criminaliser le fait d'exposer quelqu'un au VIH?», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(2): 1,16-17.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1996

---

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### Justice pénale

#### Projet conjoint sur la criminalisation de la transmission du VIH

**Un grand nombre de particuliers et de groupes consultés pendant la Phase I 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 se sont dits préoccupés face aux propositions de modifier le *Code criminel* pour créer une infraction portant spécialement sur le VIH.**

En particulier, ils étaient préoccupés quant au message que véhiculerait cette mesure:

que toutes les personnes vivant avec le VIH/sida sont des criminels potentiels;

que les personnes non infectées sont d'innocentes victimes éventuelles; et

qu'il n'est pas nécessaire de se protéger parce que la loi est là pour le faire.

Ils ont également soulevé la question de savoir si les lois de santé publique ne seraient pas mieux adaptées que le droit criminel pour composer avec les individus qui, se sachant infectés, ont des comportements susceptibles de transmettre le VIH sans prendre de précautions et sans informer préalablement leurs partenaires de leur sérodiagnostic. Certains ont parlé du besoin de sensibiliser l'appareil judiciaire au VIH et à la manière dont il est transmissible ou non.

Grâce au financement accordé au Projet par Justice Canada, le travail sur la criminalisation de la transmission du VIH s'est amorcé en novembre 1995. Un document de travail est actuellement en préparation et sera disponible en mars 1996. Il abordera les questions soulevées par ce sujet et présentera diverses avenues possibles pour résoudre le problème.

Pour obtenir davantage d'information, contactez Ralf Jürgens, coordonnateur du Projet

484 rue McGill  
4 ième étage  
Montréal, Québec  
H2Y 2H2  
Tél.: (514) 397-6828 Téléc.: (514) 397-8570

Courriel: [info@aidslaw.ca](mailto:info@aidslaw.ca)

## **Criminalisation de la transmission du VIH: enquête bibliographique**

**La question de savoir si l'on doit ou non avoir recours au droit criminel pour s'occuper du comportement des gens vivant avec le VIH/sida qui mettent autrui en danger de contracter le VIH est l'un des sujets les plus vivement débattus et elle a attiré beaucoup d'attention dans les médias et de la part de décideurs et de législateurs.**

On le constate dans les ouvrages juridiques, qui comprennent de nombreux articles sur cette question.[1] Bien que la plupart ait été rédigée aux États-Unis, il existe un nombre assez important et croissant d'ouvrages canadiens. Les articles américains sont particulièrement utiles dans ce domaine parce que plusieurs États américains ont édicté des lois criminelles qui portent spécialement sur la transmission du VIH ou l'exposition d'autrui à ce virus, alors que le Canada considère actuellement la possibilité d'amender le *Code criminel* pour criminaliser la "transmission volontaire" du VIH.[2] L'expérience américaine en ce qui a trait à certaines des lois édictées dans ce pays peut être utile au Canada, et les conclusions auxquelles sont arrivés les auteurs qui ont examiné ces lois devraient être prises en compte avant de décider s'il y a lieu d'édicter une telle infraction au Canada et la forme que doit prendre cette infraction, le cas échéant.

La plupart des articles sont rédigés selon un même schéma. Les auteurs commencent par examiner les infractions classiques du droit criminel auxquelles on a eu recours dans certaines affaires liées au VIH, puis ils discutent de la question de savoir s'il y a lieu d'édicter une loi pénale qui porte spécialement sur le VIH et ce que serait la forme la plus appropriée d'interdiction criminelle, si le droit criminel devait être appliqué.[3]

### **Utiliser les lois criminelles actuelles ou créer des lois intéressant spécialement le VIH?**

La plupart des auteurs affirment que les lois criminelles classiques sont mal adaptées au contexte:

Après avoir examiné la jurisprudence canadienne et les infractions prévues au *Code criminel*, Holland conclut que les infractions actuelles "ne sont pas adéquates: elles doivent être étendues et elles donnent souvent le mauvais message".[4]

Hermann affirme que les lois criminelles classiques sont inefficaces et mal adaptées pour

traiter la conduite susceptible de transmettre le VIH.[5]

D'après Dalton, les lois intéressant spécialement le VIH, contrairement aux lois pénales classiques, n'exigent pas la preuve d'un préjudice, d'un lien de causalité ou d'un état d'esprit. Il suffit que l'accusé ait eu un comportement interdit. D'après l'auteur, de telles lois comportent plusieurs avantages par rapport aux lois classiques, notamment en donnant un avertissement beaucoup plus clair de ce que constitue un crime.[6]

Après avoir examiné une affaire dans laquelle un détenu a été reconnu coupable de deux chefs d'agression avec une arme meurtrière ou dangereuse pour avoir mordu deux agents de correction fédéraux américains, Stauter affirme que, plutôt que d'avoir recours aux infractions classiques, l'on devrait créer des infractions criminelles particulières au VIH/sida pour réprimer les comportements véritablement susceptibles de mettre les autres en danger de contracter le VIH.[7]

Sullivan et Field affirment que le recours aux infractions classiques du droit criminel risque de donner lieu à des jugements arbitraires et injustes et qu'il est possible de réduire ce risque et d'accroître la valeur éducative du droit criminel en créant une loi particulière au VIH/sida.[8]

Certains auteurs proposent des "lois criminelles modèles". En vertu de l'une de ces lois, proposée par Closen et Deutschman,[9] commettrait un acte criminel quiconque, sachant qu'il est infecté par le VIH, a des rapports sexuels ou d'autres activités qui risquent de transmettre le VIH sans informer au préalable son partenaire de sa séropositivité.[10]

## **Faut-il avoir recours au droit criminel?**

Il y a désaccord sur la question même du recours au droit criminel. Certains auteurs affirment son importance, signalant que la menace que pose le VIH est telle qu'il faut "examiner sérieusement toutes les mesures raisonnables pour l'endiguer, y compris le recours au droit criminel".[11] D'après Holland, il existe de bonnes raisons pour lesquelles la criminalisation peut être appropriée dans "certains cas". Selon elle, quiconque se livre sciemment à un comportement à haut risque sans informer son partenaire mérite d'être condamné et la manière la plus vigoureuse d'exprimer cette condamnation est le recours au droit criminel. Elle poursuit en affirmant que "les conséquences de l'infection sont tellement graves qu'il y a un besoin urgent d'une telle condamnation qui aura un effet salutaire de dénonciation". D'après Holland, si l'on n'a pas recours au droit criminel, il y aura indignation du public face aux affaires spectaculaires "où des individus ont infecté autrui de façon insouciance". D'après l'auteur, une telle indignation serait "dirigée indistinctement contre tous ceux qui sont infectés par le VIH. Nous avons besoin d'une soupape pour exprimer l'indignation à l'égard d'un tel comportement volontaire ou insouciant". Holland conclut en affirmant que "la protection de la société est un but bien reconnu du sentencing", et que "les individus qui sont reconnus coupables et incarcérés seront effectivement mis en quarantaine pour un certain temps".[12]

## Limites du droit criminel

Même s'ils soutiennent qu'en principe, l'on doit avoir recours au droit criminel face aux "comportements irresponsables", plusieurs auteurs en signalent également les limites. Par exemple, Hermann croit que dans une affaire où l'individu, sachant qu'il est infecté, choisit de se comporter d'une manière qui aura vraisemblablement pour effet d'infecter les autres, il est justifié d'avoir recours à une poursuite pénale pour punir et dissuader.[13] Cependant, il admet que le recours aux sanctions pénales pour punir et réprimer un comportement susceptible de transmettre le VIH soulève de sérieux doutes sur les objectifs du droit pénal et son efficacité dans le traitement de problèmes comme la transmission du VIH. D'après Shekter, le droit pénal ne peut jouer qu'un rôle limité. Après avoir examiné la jurisprudence canadienne, il conclut que "dans des cas tout à fait exceptionnels, lorsqu'un individu agit manifestement de façon déréglée et téméraire, on pourrait sans doute prétendre qu'une infraction nouvelle et bien conçue serait justifiée". Par ailleurs, il met en garde contre la création d'une disposition qui porterait uniquement sur le VIH/sida, à l'exclusion des autres maladies contagieuses graves.[14] Le Conseil de l'Europe affirme que sa principale préoccupation concerne la prévention par la sensibilisation et les renseignements adéquats, plutôt que la possibilité d'imposer des peines à chaque fois que celles-ci peuvent sembler nécessaires. [15]

## Arguments contre la criminalisation

Plusieurs auteurs s'opposent au recours au droit criminel. La *American Civil Liberties Union* est allée jusqu'à publier un énoncé de principe renfermant les "meilleurs arguments contre la criminalisation".[16] Dans l'un des premiers articles sur le sujet, Gostin et Curran expriment des réserves quant au recours au droit criminel dans le domaine privé et, généralement, doutent de son efficacité pour endiguer la propagation du VIH. Ils concluent que des interventions juridiques coercitives ne fourniront pas un moyen équitable ni efficace de stopper la propagation du VIH.[17] En outre, Jackson croit que le système de justice criminelle "n'est pas un mécanisme approprié pour combattre la crise du sida". D'après lui, des poursuivants individuels "éparpillés un peu partout au pays, sans formation quant à la complexité médicale du VIH ne devraient pas employer de mesures coercitives [...] particulièrement lorsque le système de santé publique a, dans une large mesure, rejeté de telles mesures".[18] Dalton conclut que "les arguments en faveur de la criminalisation du comportement à risque sont hautement suspects". D'après elle, "un État sage se demanderait si, ce faisant [poursuivre des individus qui, pour toutes sortes de raisons, mettent les autres en danger de contracter le VIH], nous favorisons la santé publique".[19] Sullivan et Field sont eux aussi contre la criminalisation, signalant les nombreux désavantages du recours au droit criminel pour endiguer la propagation du VIH. À leur avis, la criminalisation pousserait certaines personnes à éviter les tests de dépistage, elle menacerait le caractère privé des rapports sexuels et elle créerait un risque de harcèlement et d'abus étatiques: "Bref, ce serait une erreur que d'édicter [...] des mesures criminelles [...] pour s'attaquer au problème de la transmission du sida".[20] Toutefois, Holland, soutient que les gens ne seront pas dissuadés de subir des tests de dépistage simplement parce qu'ils risquent éventuellement d'être poursuivis au criminel.[21]

La plupart des organisations et institutions canadiennes s'opposent au recours au droit criminel, y

compris le Comité consultatif national sur le sida,[22] la Société royale du Canada,[23] l'Association du Barreau canadien - Ontario,[24] et le *AIDS Committee of Toronto*. [25] Par exemple, l'Association du Barreau canadien - Ontario affirme qu'elle n'est pas convaincue que le recours au droit pénal est la bonne façon de lutter contre le VIH/sida et que la législation provinciale en matière de santé publique accorde une protection suffisante contre la "personne irresponsable". Partagent également cette opinion:

le *AIDS Committee of Toronto*, qui a élaboré la première politique d'un organisme communautaire canadien sur le recours aux sanctions pénales en cas de transmission - ou de menace de transmission - du VIH;

le Comité consultatif national sur le sida, qui considère que "dans le très petit nombre de cas où des mesures coercitives sont essentielles et fondées sur des motifs raisonnables et démontrables, le recours à des mesures de santé publique coercitives soigneusement contrôlées est généralement préférable aux sanctions pénales"; et

la Société royale du Canada, qui affirme qu'il ne serait pas raisonnable de criminaliser les rapports sexuels sur le seul fondement de la séropositivité au VIH, et qu'il faut avoir recours aux lois pénales ou aux lois provinciales de santé publique existantes pour composer, sur une base individuelle, avec "ces personnes intransigeantes qui ont abandonné tout sens de responsabilité sociale" et qui mettent les autres en danger de contracter le VIH.

## Conclusion

Le droit criminel n'a qu'un rôle mineur dans la prévention de la propagation du VIH. Comme l'a affirmé Johnston, "c'est l'éducation qui se révélera la meilleure manière d'atteindre les porteurs du VIH et la manière douce sera vraisemblablement plus efficace que la manière forte". [26] La criminalisation de la transmission ou de l'exposition consciente au VIH aurait peu d'impact contre la propagation du virus: "Pire, elle donnerait l'impression de mesures vigoureuses, tout en détournant l'attention des solutions qui fonctionnent". [27]

- Ralf Jürgens

---

Ce texte est une version abrégée de l'enquête bibliographique du Projet conjoint de la Société canadienne du sida et du Réseau. La version intégrale se trouve sous R. Jürgens, *Questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida: Enquête bibliographique et bibliographie annotée*, Montréal, Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Ce texte est une version abrégée de l'enquête bibliographique du Projet conjoint de la Société canadienne du sida et du Réseau. La version intégrale se trouve sous R. Jürgens, Questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida: Enquête bibliographique et bibliographie annotée, Montréal, Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995.

[2] R. Jürgens, «Le ministre de la Justice envisage la création d'une infraction criminelle spécifique à la transmission du VIH/sida», Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1995, 1(3): 6-7.

[3] Voir, par exemple, M.A. Field, K.M. Sullivan, «AIDS and the Criminal Law», Law, Medicine & Health Care, 1987, 15(1-2): 46-60.

[4] W.H. Holland, «HIV/AIDS and the Criminal Law», Criminal Law Quarterly, 1994, 36(3): 279-316; voir également R.H. Shekter, The Criminalization 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.

[5] D.H.J. Hermann, «Criminalizing Conduct Related to HIV Transmission», Saint Louis University Public Law Review, 1990, 9: 351-378.

[6] H.L. Dalton, Criminal Law, dans S. Burris, H.L. Dalton, J.L. Miller (éds), AIDS Law Today A New Guide for the Public, New Haven, Yale University Press, 1993, p. 242-262.

[7] R.L. Stauter, «United States v. Moore: AIDS and the Criminal Law. The Witch Hunt Begins», Akron Law Review, 1989, 22(4): 503-524.

[8] Supra, note 3.

[9] M.L. Closen, J.S. Deutschman, «A Proposal to Repeal the Illinois HIV Transmission Statute», Illinois Bar Journal, décembre 1990, p. 592-600.

[10] Voir également M.L. Closen, S. Isaacman, M. Wojcik, «Criminalization of HIV Transmission in the USA», Abstract PO-D27-4188, présenté à la IXe Conférence internationale sur le sida, Berlin (6-11 juin 1993); Field & Sullivan, supra, note 3; T.W. Tierney, «Criminalizing the Sexual Transmission of HIV: an International Analysis», Hastings International and Comparative Law Review, 1992, 15: 475.

- [11] Note, «Sexual Etiquette, Public Interest and the Criminal Law», Northern Ireland Legal Quarterly, 1991, 42(4): 309-331.
- [12] Supra, note 4.
- [13] Supra, note 5.
- [14] Sheckter, supra, note 4.
- [15] Conseil de l'Europe, Comité restreint d'experts sur les aspects criminologiques et pénitentiaires du contrôle des maladies transmissibles et notamment du SIDA et les problèmes connexes de santé en prison (y compris les problèmes du traitement des détenus drogués ou malades du SIDA), Synthèse des réponses au questionnaire, Conseil de l'Europe, Doc. PC-R-SI (89) 4.
- [16] American Civil Liberties Union Foundation, AIDS and Civil Liberties Project, Criminalizing Transmission of the Virus, New-York (NY), la Fondation, aucune date.
- [17] L. Gostin, W.J. Curran, «The Limits of Compulsion in Controlling AIDS», Hastings Center Report, décembre 1986, 24-29: 28-29.
- [18] M.H. Jackson, The Criminalization of HIV, dans N.D. Hunter, W.B. Rubenstein (éds), AIDS Agenda. Emerging Issues in Civil Rights, New-York (NY), The New Press, 1992, p. 239-270.
- [19] Supra, note 6.
- [20] Supra, note 3.
- [21] Supra, note 4.
- [22] Comité consultatif national sur le SIDA, Le VIH et les droits de la personne au Canada, Ottawa, le Comité, 1992 p. 15.
- [23] Société royale du Canada, Le sida — l'état de la question au pays, Ottawa, la Société, 1988, p. 354-355.
- [24] Association du Barreau canadien — Ontario, Report of the AIDS Committee, Toronto, l'Association, 1986, p. 60-61.
- [25] AIDS Committee of Toronto, «Le ACT prépare sa politique sur la criminalisation de la transmission du VIH», Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1995, 1(3): 7-9.

[26] C. Johnston, «AIDS and the Law: Do Courts Have a Place in the Bedrooms of the Nation?», *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1992, 146(11): 2065-2070.

[27] D. Patterson, «Le Canada devrait-il criminaliser le fait d'exposer quelqu'un au VIH?», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(2): 1,16-17.

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Violleur séropositif condamné à un emprisonnement de douze ans**

**Le 15 septembre 1995, la Cour ontarienne de Justice (Division provinciale) a condamné un homme séropositif reconnu coupable d'agression sexuelle grave à douze ans d'emprisonnement.**

Le prévenu était accusé d'avoir, le 1er octobre 1994, agressé sexuellement la victime, mettant ainsi la vie de celle-ci en danger. Le prévenu a avoué que pendant qu'il violait la victime et l'obligeait à lui faire une fellation, il l'avait frappée à la tête et au visage et lui avait causé des lésions corporelles graves. En outre, il a avoué que "parce qu'il est porteur du virus du sida et qu'il l'était au moment de l'infraction", il avait mis la vie de la victime en danger en éjaculant dans sa bouche et sur une plaie ouverte qu'il avait causée au visage, et en éjaculant dans son vagin pendant les rapports sexuels qu'il lui a fait subir par la force.

Le prévenu avait un lourd casier judiciaire; en 1993, il avait été condamné à neuf mois d'emprisonnement pour agression sexuelle, séquestration, vol et possession de stupéfiants; en 1994, il avait été condamné à huit mois d'emprisonnement pour trafic de stupéfiants.

Tous étaient d'avis qu'une longue peine d'incarcération était justifiée en l'espèce. Dans un mémoire conjoint, le ministère public et l'avocat du prévenu ont suggéré qu'une peine d'emprisonnement de sept ans serait appropriée. Cependant, de l'avis du juge Fairgrieve, la peine recommandée, bien que considérable, demeurerait insuffisante. D'après le juge, il y avait un ensemble inusité de facteurs aggravants en l'espèce et la peine recommandée n'en tenait pas suffisamment compte: "Bien qu'à mon avis, la peine de sept ans pût être suffisante s'il s'était uniquement s'agit d'actes de viol et de relations sexuelles bucco-génitales forcées commis par un contrevenant ayant des antécédents judiciaires comme le prévenu, il me semble que l'agression sauvage qui a causé des blessures corporelles graves et l'insouciance déréglée et téméraire dont a fait preuve le prévenu envers la vie de la plaignante, en ayant eu des rapports sexuels non protégés tout en sachant qu'il était séropositif, rendent ce crime autrement plus grave." Le juge Fairgrieve a souligné que le prévenu, en refusant de porter un condom alors que la victime le lui demandait, faisait preuve d'une indifférence totale à l'égard de la sécurité de la plaignante. Le juge a conclu qu'"il était difficile d'imaginer une menace plus grave qu'un violleur séropositif déchaîné et incorrigible."

Le tribunal était d'avis que, pour fixer la peine appropriée, "[l'état de santé du prévenu] importe peu lorsqu'il s'agit de fixer la peine, c'est-à-dire de décider s'il y a lieu de faire preuve de clémence en raison de sa tragédie personnelle." Adoptant le raisonnement du juge Marshall dans l'arrêt *Mercer*,<sup>[1]</sup> le tribunal a statué que tout sentiment de tristesse envers le prévenu à cause de son sérodiagnostic devait céder le pas à l'impératif de la protection du public. Le tribunal a conclu: "à notre avis, le tribunal doit présumer que la Commission nationale des libérations conditionnelles fera preuve de la compassion voulue lorsque la libération de M. Winn [le prévenu] ne sera plus une menace pour le public."

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] (1993), 84 CCC (3d) 41, 110 Nfld & PEIR 41 (CA); pour un résumé de l'affaire, voir Bulletin canadien VIH/sida et droit 1995, 2(1): 16.

[Return to HOME PAGE](#)

(Canadian HIV/AIDS Legal Network)

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

(Réseau juridique canadien VIH/sida)

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Violleur séropositif condamné à un emprisonnement de douze ans**

**Le 15 septembre 1995, la Cour ontarienne de Justice (Division provinciale) a condamné un homme séropositif reconnu coupable d'agression sexuelle grave à douze ans d'emprisonnement.**

Le prévenu était accusé d'avoir, le 1er octobre 1994, agressé sexuellement la victime, mettant ainsi la vie de celle-ci en danger. Le prévenu a avoué que pendant qu'il violait la victime et l'obligeait à lui faire une fellation, il l'avait frappée à la tête et au visage et lui avait causé des lésions corporelles graves. En outre, il a avoué que "parce qu'il est porteur du virus du sida et qu'il l'était au moment de l'infraction", il avait mis la vie de la victime en danger en éjaculant dans sa bouche et sur une plaie ouverte qu'il avait causée au visage, et en éjaculant dans son vagin pendant les rapports sexuels qu'il lui a fait subir par la force.

Le prévenu avait un lourd casier judiciaire; en 1993, il avait été condamné à neuf mois d'emprisonnement pour agression sexuelle, séquestration, vol et possession de stupéfiants; en 1994, il avait été condamné à huit mois d'emprisonnement pour trafic de stupéfiants.

Tous étaient d'avis qu'une longue peine d'incarcération était justifiée en l'espèce. Dans un mémoire conjoint, le ministère public et l'avocat du prévenu ont suggéré qu'une peine d'emprisonnement de sept ans serait appropriée. Cependant, de l'avis du juge Fairgrieve, la peine recommandée, bien que considérable, demeurait insuffisante. D'après le juge, il y avait un ensemble inusité de facteurs aggravants en l'espèce et la peine recommandée n'en tenait pas suffisamment compte: "Bien qu'à mon avis, la peine de sept ans pût être suffisante s'il s'était uniquement s'agit d'actes de viol et de relations sexuelles bucco-génitales forcées commis par un contrevenant ayant des antécédents judiciaires comme le prévenu, il me semble que l'agression sauvage qui a causé des blessures corporelles graves et l'insouciance déréglée et téméraire dont a fait preuve le prévenu envers la vie de la plaignante, en ayant eu des rapports sexuels non protégés tout en sachant qu'il était séropositif, rendent ce crime autrement plus grave." Le juge Fairgrieve a souligné que le prévenu, en refusant de porter un condom alors que la victime le lui demandait, faisait preuve d'une indifférence totale à l'égard de la sécurité de la plaignante. Le juge a conclu qu'"il était difficile d'imaginer une menace plus grave qu'un violleur séropositif déchaîné et incorrigible."

Le tribunal était d'avis que, pour fixer la peine appropriée, "[l'état de santé du prévenu] importe peu lorsqu'il s'agit de fixer la peine, c'est-à-dire de décider s'il y a lieu de faire preuve de clémence en raison de sa tragédie personnelle." Adoptant le raisonnement du juge Marshall dans l'arrêt *Mercer*,<sup>[1]</sup> le tribunal a statué que tout sentiment de tristesse envers le prévenu à cause de son sérodiagnostic devait céder le pas à l'impératif de la protection du public. Le tribunal a conclu: "à notre avis, le tribunal doit présumer que la Commission nationale des libérations conditionnelles fera preuve de la compassion voulue lorsque la libération de M. Winn [le prévenu] ne sera plus une menace pour le public."

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] (1993), 84 CCC (3d) 41, 110 Nfld & PEIR 41 (CA); pour un résumé de l'affaire, voir Bulletin canadien VIH/sida et droit 1995, 2(1): 16.

[Return to HOME PAGE](#)

(Canadian HIV/AIDS Legal Network)

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

(Réseau juridique canadien VIH/sida)

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### Sang et produits sanguins

#### **Japon: offre d'indemnité à des hémophiles dans le scandale du sang contaminé**

**Le gouvernement du Japon et cinq importantes sociétés pharmaceutiques ont offert plus d'un milliard de dollars australiens (environ un milliard de dollars canadiens) en paiement d'indemnités à des hémophiles qui ont contracté le VIH au moyen d'agents coagulants importés.**

[1]

Si le règlement négocié par des tribunaux de Tokyo et Osaka est accepté, il s'agira d'un des plus importants montants de dommages-intérêts jamais payé dans l'histoire, selon un article paru le 6 octobre 1995 dans le journal australien *Sidney Morning Herald*.

On sait qu'au moins 1003 personnes ont contracté le VIH par des produits sanguins contaminés au Japon. De ce nombre, 530 ont contracté le sida et 357 sont décédées. On croit que plusieurs centaines d'autres sont séropositives, mais n'en ont pas été informées par leur médecin. Selon le *Herald*, les médecins japonais refusent souvent de dire aux gens qu'ils sont atteints de maladie mortelle.

La plupart des personnes touchées par l'offre d'indemnité ont refusé de dire publiquement qu'elles sont séropositives par peur des préjugés. Les personnes vivant avec le VIH/sida au Japon perdent généralement leur emploi et sont victimes d'ostracisme, et l'on prétend que plus de 80 pour cent des hôpitaux refusent de les traiter.

L'offre de règlement, environ 600 000 \$CAD par personne, représente moins que la moitié du montant réclamé par environ 220 personnes visées par un recours collectif entrepris voilà près de six ans. Selon l'offre de règlement, le gouvernement en paierait 40% et les sociétés pharmaceutiques paieraient le reste.

Au milieu des années 1980, le gouvernement japonais refusait de reconnaître que les agents coagulants facteurs 8 et 9 pouvaient transmettre le VIH, en dépit du fait que les pays occidentaux avaient instauré des tests de dépistage du virus dans le sang. Les sociétés pharmaceutiques en ont profité pour vendre à

moitié prix des produits sanguins contaminés par le VIH sur le marché japonais, après qu'ils furent bannis dans d'autres pays. Les avocats allèguent que le chef du comité consultatif du gouvernement qui a autorisé la poursuite de ce marché lucratif a été soudoyé par les sociétés pharmaceutiques, lesquelles offraient des équipements de laboratoires valant plusieurs centaines de milliers de dollars.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Reportage paru dans le National AIDS Bulletin [Australie], 1995, 9(6): 4.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **David, Goliath et le sang contaminé**

**Environ 1200 Canadiens ont été contaminés par le VIH suite à l'utilisation de sang ou de produits sanguins au Canada entre 1978 et 1985. Certains d'entre eux ont reçu des transfusions au cours d'une intervention chirurgicale, la majorité étaient des hémophiles qui avaient besoin de concentrés coagulants. Plusieurs de ces personnes étaient déterminées à poursuivre le système qui les a laissé tomber. La tâche s'est révélé intimidante.**

### **Structure du système canadien d'approvisionnement en sang**

Selon le juge Krever, président de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada, il n'est pas tout à fait juste d'appeler "système" le système d'approvisionnement en sang, car on se demande bien qui en a la responsabilité. La Société canadienne de la Croix-Rouge gère le système, s'occupe de collecter le sang, de le transformer en ses divers constituants et de le distribuer dans les hôpitaux. Les gouvernements provinciaux lui allouent des fonds par les soins de l'Agence canadienne du sang (autrefois le Comité canadien du sang), un organisme composé de représentants des ministères provinciaux de la santé. Toutefois, l'Agence ne semble pas clairement avoir de rôle d'administration en dehors de la question des finances. Par ailleurs, en tant que produit biologique le sang est réglementé par le Bureau de biologie selon la *Loi sur les aliments et drogues*. Le rôle du Bureau n'est pas clair non plus. Avant 1989 il ne régissait pas la Croix-Rouge, s'en remettant plutôt à la bonne réputation de celle-ci. Le résultat est qu'une partie importante du système de santé du Canada a été déléguée à un organisme de charité n'ayant aucun compte à rendre à la population. L'absence de leadership s'est fait cruellement sentir en temps de crise.

### **Réactions tardives**

Au milieu de l'année 1982, quelques hémophiles contractaient le sida aux États-Unis. La possibilité que la maladie puisse être transmise par le sang comportait des implications évidentes pour le système d'approvisionnement en sang. En décembre 1982, on rapportait qu'un enfant de San Francisco avait contracté le VIH par une transfusion de sang; le donneur développait le sida plus tard. Les *Centers for Disease Control* d'Atlanta convoquaient une réunion d'urgence de représentants de l'industrie du sang.

Ceux-ci ont pris le parti de nier, refusant de croire qu'il existait un problème important. Au Canada, où l'incidence du sida était beaucoup moins élevée, la Croix-Rouge réagissait de la même manière. Les donateurs canadiens étaient des volontaires altruistes, et la maladie était rare. La Croix-Rouge refusait d'accepter que ses oeuvres charitables puissent être affectées par une chose comme le sida. Tandis que les États-Unis prenaient graduellement des mesures pour empêcher la contamination des réserves de sang par le VIH, l'industrie canadienne continuait de fermer les yeux. L'histoire a démontré que c'était une erreur.

## **Dénégation soutenue**

En 1985 les autorités canadiennes devaient admettre que certains cas de VIH/sida au Canada étaient associés à des transfusions de sang. Quand la Croix-Rouge canadienne a entrepris le dépistage du VIH auprès de ses donateurs, en novembre 1985, on découvrit que plusieurs donateurs réguliers étaient séropositifs. Les échantillons de sang contaminé furent détruits. Mais les échantillons de sang qui avaient été précédemment donnés par la même personne avaient déjà été divisés en globules rouges, plasma et plaquettes, et des transfusions de ceux-ci avaient été faites dans divers hôpitaux. Une partie du plasma pouvait avoir été envoyée à des fractionneurs et mêlée à des milliers d'autres échantillons destinés à la fabrication de divers produits du sang. L'étendue du problème et ses implications paralysèrent la Croix-Rouge, à qui les gouvernements fédéral et provinciaux avaient délégué leur responsabilité de protéger les réserves de sang. La Croix-Rouge était considérée comme experte dans le système d'approvisionnement en sang, et elle assurait aux gouvernements que la situation était bien contrôlée. Les gouvernements s'empressèrent d'accepter ces assurances: les ressources du système de santé publique étant limitées, ils étaient heureux de laisser à d'autres le soin de régler le problème.

Ce n'est qu'au printemps 1987 que la Croix-Rouge commençait finalement à retracer les transfusés de sang donné par des personnes séropositives. Ces transfusés vivaient depuis des années sans savoir qu'ils avaient été contaminés; en conséquence, leurs partenaires sexuels et leurs enfants à naître étaient en danger.

Ce "retour sur le passé" se heurtait à un nouvel obstacle en arrivant au réseau d'hôpitaux. La Croix-Rouge pouvait identifier l'hôpital à qui un échantillon particulier avait été envoyé, mais n'avait aucun moyen de savoir quel patient l'avait reçu. Les dossiers de chaque hôpital pouvaient être utilisés pour effectuer cette recherche finale, mais la plupart des hôpitaux avaient des dossiers sur papier classés manuellement en ordre alphabétique selon les noms des patients, et non en ordre numérique selon les numéros des échantillons de sang. Une longue recherche manuelle devait donc être entreprise pour découvrir quel patient spécifique avait reçu tel numéro d'échantillon de sang.

## **Indemnisation fédérale**

En 1989, en réponse principalement aux pressions de la Société canadienne de l'hémophilie, le gouvernement fédéral offrit une indemnisation forfaitaire à toute personne infectée par le VIH après avoir reçu du sang contaminé. Les personnes qui acceptaient l'offre devaient renoncer à toute forme de

poursuite contre le gouvernement fédéral. Selon certaines évaluations actuarielles, les dommages étaient en moyenne de l'ordre de 400 000\$. L'offre prévoyait quatre paiements annuels de 30 000\$ (non imposables). Le gouvernement fédéral se considérant uniquement comme l'un des trois acteurs dans le système, les deux autres étant la Croix-Rouge et les provinces; il offrait donc cette somme de 120 000\$, équivalant à environ un tiers des dommages estimés, et invitait les personnes intéressées à s'adresser aux provinces et à la Croix-Rouge pour obtenir le reste. Les deux autres acteurs refusaient toutefois, les provinces se solidarisant même pour refuser toute forme d'indemnisation.

## Poursuites

Les premières poursuites furent intentées en 1987, mais les procès ne commencèrent véritablement qu'en 1990. Parmi les défendeurs se trouvaient la Croix-Rouge, des hôpitaux, des médecins, les gouvernements fédéral et provinciaux et les sociétés pharmaceutiques qui transforment le sang, appuyées par d'importantes sociétés d'assurance - des adversaires de taille pour les personnes infectées par le VIH, dont plusieurs étaient malades et incapables de travailler, devant consacrer leurs maigres ressources à rester en vie. La première poursuite entendue par les tribunaux concernant le sang contaminé, et la seule à ce jour, fut l'affaire *Pittman c. Bain*, (1994) 19 CCLT (2d) 1 (Div. gén., Ont.). Le procès commença en mars 1993 et se poursuivit jusqu'en février 1994. Le jugement fut rendu le 14 mars 1994.[1]

La cause concernait un homme de Toronto qui avait reçu du sang infecté par le VIH pendant une opération pour le coeur au *Toronto General Hospital* en décembre 1984. M. Pittman est décédé des suites du sida en 1990, sans avoir jamais su qu'il était infecté. On découvrit qu'il était séropositif quelques semaines après sa mort. Sa femme, Rochelle Pittman, subit alors un examen et découvrit qu'elle aussi était séropositive. Elle entreprit une poursuite contre la Croix-Rouge et le Toronto General Hospital, alléguant qu'ils avaient été négligents, pour avoir transfusé du sang contaminé et pour n'avoir pas informé M. Pittman qu'il avait reçu du sang suspect.

L'enquête entreprise révéla un nouvel élément surprenant: le médecin de famille, Stanley Bain, avait été informé en 1989 par l'hôpital que M. Pittman avait reçu du sang d'un donneur qui s'était révélé plus tard séropositif. Le médecin ne l'avait jamais dit à M. Pittman. Une action fut intentée contre le docteur Bain et fut ensuite jointe à l'action précédente.

Les demandeurs ont rencontré une série d'obstacles dans leurs efforts pour établir la négligence des défendeurs. D'abord, il fallait déterminer pourquoi le donneur infecté par le VIH n'avait pas été détecté par la Croix-Rouge à la clinique des donneurs de sang, mais les demandeurs n'avaient aucun moyen d'identifier le donneur. La Croix-Rouge pouvait établir son identité, mais soutenait que l'information était confidentielle. À l'issue d'une série de requêtes, on en vint à un compromis. La Croix-Rouge communiqua avec le donneur et lui offrit les services d'un avocat indépendant. Il comparut ensuite devant le juge du procès pour subir un interrogatoire enregistré sur magnéto. Les demandeurs ne pouvaient ni apprendre son nom, ni obtenir d'information pouvant permettre de l'identifier.

Les demandeurs furent confrontés à un deuxième problème: constituer une preuve d'expertise sur la norme de diligence requise des défendeurs. La Croix-Rouge a le monopole sur les services de transfusion au Canada; par conséquent, les seuls experts au pays travaillent pour elle. Dès le début, la Croix-Rouge soutint que l'incidence du sida aux États-Unis différait de celle du Canada, et que les experts américains sur l'approvisionnement en sang n'étaient donc pas compétents pour se prononcer sur les normes de diligence requises dans le contexte canadien. La seule solution était de trouver un ex-employé de la Croix-Rouge. Le docteur Gail Rock, une experte mondialement reconnue dans le domaine de l'approvisionnement en sang et anciennement directrice du Centre de la Croix-Rouge à Ottawa, vint témoigner pour les demandeurs. Toutefois, elle n'avait pas quitté la Croix-Rouge en très bons termes, ayant été congédiée pour abus de confiance. Le docteur Rock soutint qu'elle avait été congédiée parce qu'elle n'avait pas suivi la "ligne du parti" sans poser de question. La défense l'a contre-interrogée pendant trois jours, l'accusant de parti pris contre la Croix-Rouge. (Le docteur Rock a depuis gagné un procès contre la Croix-Rouge pour congédiement illégal.)

Il fut également difficile de trouver des experts disposés à venir témoigner contre le médecin de famille. Le docteur Bain avait été président du Collège des médecins et chirurgiens de l'Ontario, et avait été membre de son comité de discipline. Heureusement pour les demandeurs, le docteur Philip Hebert, du *Sunnybrook Hospital* de Toronto, accepta de témoigner.

L'une des plus grandes difficultés des demandeurs était de prouver quand Mme Pittman avait été infectée. Comme le médecin de famille ne pouvait être reconnu responsable que s'il pouvait être démontré que Mme Pittman avait été infectée après qu'il eut été informé que le sang était contaminé, les demandeurs devaient prouver qu'il était plus probable qu'elle avait été infectée après 1989. Le docteur M. Lange, un spécialiste du VIH à New York, témoigna que la charge virale était la plus élevée chez une personne infectée immédiatement après qu'elle a été infectée et quand la personne devient malade. Il était donc hautement probable que Mme Pittman ait été infectée juste après l'opération de son mari en 1984, ou juste avant sa maladie terminale et sa mort en 1990. Comme M. Pittman avait subi une opération difficile du coeur en 1984, il fut considéré improbable que les contacts sexuels entre les époux aient été fréquents à cette époque. La conclusion du docteur Lange était que, selon toute probabilité, Mme Pittman avait été infectée après 1989.

Les demandeurs réussirent finalement à prouver certaines de leurs allégations. La cour conclut que le défaut par la Croix-Rouge de dépister le VIH chez le donneur particulier ne constituait pas de la négligence. Le donneur ne se déclarait pas gai, bien qu'il ait eu des relations sexuelles avec des hommes; la cour conclut qu'il avait rayé son activité homosexuelle de sa mémoire, et qu'il aurait donc fort probablement été inutile de lui poser des questions à ce sujet. Il est à noter que le sang contaminé avait été donné en novembre 1984, avant que les tests de dépistage du VIH soient disponibles.

Les demandeurs avaient également allégué que l'hôpital n'avait pas respecté sa garantie que le sang reçu par M. Pittman était sans défaut et de qualité marchande. La cour rejeta cette prétention; elle conclut que, bien qu'il y ait un lien contractuel entre l'hôpital et le patient, ce lien vise la fourniture de services professionnels et non la vente de sang. Par ailleurs il serait déraisonnable de supposer qu'un hôpital garantisse implicitement que le sang transfusé, fourni au besoin et sans frais, n'est pas contaminé, pas

plus que le donneur ne peut le faire en le donnant. Ce raisonnement a été soutenu récemment par la Cour suprême du Canada dans la décision *ter Neuzen c. Korn*, [1995] R.C.S. no 79 (QL).

Se penchant ensuite sur l'infection de Mme Pittman, la cour admit le témoignage du docteur Lange selon lequel cette infection aurait pu être prévenue si son mari avait été informé de sa propre infection. La responsabilité des trois défendeurs fut retenue. Le docteur Bain dut supporter 40% de la responsabilité pour ne pas avoir informé M. Pittman de la possibilité qu'il ait reçu du sang contaminé. La Croix-Rouge et le Toronto General Hospital durent supporter chacun 30% de la responsabilité pour avoir mis trop de temps à retracer l'échantillon de sang dans le système et pour ne pas s'être assurés que le docteur Bain possédait toute l'information nécessaire pour prendre des mesures appropriées.

Bien que certains aient souhaité que le procès *Pittman* crée un précédent et facilite le règlement de plusieurs autres causes, le juge Lang affirma clairement que sa décision s'appliquait uniquement aux faits de l'espèce et n'avait aucune portée générale.

## **Indemnisation provinciale**

Au cours du procès *Pittman*, la Nouvelle-Écosse se désolidarisa des autres provinces et offrit une indemnisation globale aux résidents de la province qui avaient été infectés à cause du système d'approvisionnement en sang. Les efforts de Randy et Janet Connors furent en grande partie à l'origine de ce résultat. Randy, un hémophile infecté par le VIH, avait, sans le savoir, transmis le virus à sa femme. Les Connors firent connaître publiquement leur histoire, et la pression publique obligea le gouvernement de la Nouvelle-Écosse à offrir une indemnisation. Le procès *Pittman* faisait les manchettes, d'autres poursuites attendaient dans les coulisses, et il était à prévoir qu'une enquête publique serait instituée. Ces développements alimentèrent les pressions dans d'autres régions du pays.

En septembre 1993, les autres gouvernements provinciaux et territoriaux offrirent une indemnisation forfaitaire, prévoyant la somme de 30 000\$ par année (non imposable) à vie pour les personnes infectées, 20 000\$ pendant cinq ans pour les époux survivants, et 4 000\$ pendant cinq ans pour les enfants survivants. Rien n'a été prévu pour les partenaires sexuels infectés. Aucune somme n'a été allouée pour payer le coût des médicaments, et les montants n'ont pas été indexés au coût de la vie. Pour plusieurs, cette indemnisation forfaitaire était très décevante.

L'acceptation de l'indemnisation était conditionnelle à la signature d'une renonciation complète à tout autre droit de poursuivre les provinces, la Croix-Rouge, les hôpitaux, les médecins et les divers assureurs. La disposition la plus controversée fut la date limite d'acceptation, le 15 mars 1994: les gens devaient décider d'accepter ou non l'indemnisation, et renoncer à leur droit de poursuivre, avant que la Commission Krever puisse présenter un tableau plus précis des faits. Il n'était pas certain non plus que la décision dans l'affaire *Pittman* serait rendue avant l'expiration du délai. Les gens étaient furieux. Les provinces soutenaient que leur offre constituait une "assistance humanitaire" sans lien avec la poursuite, mais refusaient de changer la date limite d'acceptation.

Le juge Lang travailla jour et nuit à son jugement dans l'affaire *Pittman* et rendit sa décision un jour avant la date limite. En moins de 24 heures, les avocats durent prendre connaissance de plus de 300 pages de notes et téléphoner à leurs clients pour leur conseiller d'accepter ou non l'offre des provinces.

La plupart des personnes infectées acceptèrent l'indemnisation, mais le moins qu'on puisse dire c'est que plusieurs signaient à contrecœur. Plusieurs eurent l'impression d'être achetés. Les poursuites étaient coûteuses, et plusieurs ne vivraient pas assez longtemps pour attendre le jugement. Ils n'avaient d'autre choix que de signer pour pouvoir au moins offrir quelque chose à leurs familles.

Il reste toutefois plusieurs douzaines de causes pendantes. Certains ont refusé de signer par principe; d'autres avaient une meilleure cause à faire valoir en raison de faits particuliers. Bien que la permission d'intenter un recours collectif ait été refusée au Québec et en Ontario, plusieurs causes ont été regroupées et seront entendues par des juges détachés à Toronto. Les prochains procès devraient commencer à l'automne 1996.

- *David Harvey*

**Note: Les indemnisations forfaitaires fédérale et provinciales sont encore offertes à toute personne qui n'a découvert son infection que depuis peu. Des informations peuvent être obtenues en communiquant avec l'Agence canadienne du sang au (613) 238-6606.**

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Voir aussi B. Guillot-Hurtubise, «Première décision rendue sur une question de sang contaminé», Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1994, 1(1): 8.

[Return to HOME PAGE](#)

(Canadian HIV/AIDS Legal Network)

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

(Réseau juridique canadien VIH/sida)

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Ouverture de la Clinique juridique VIH/sida de l'Ontario**

Le 1 décembre 1995, la Clinique juridique VIH/sida de l'Ontario (CJVSO) a ouvert ses portes à Toronto. [1] Le financement est procuré par le ministère du Procureur général de l'Ontario et le Bureau du sida du ministère ontarien de la Santé.

#### **Services juridiques**

Le mandat de la CJVSO est d'offrir des solutions viables aux besoins juridiques de toutes les personnes appartenant aux communautés affectées par le VIH/sida. La clinique compte offrir ses services dans des domaines comme les droits de la personne, l'emploi, l'assurance, les testaments et successions, et les soins de santé. Dans les cas où il ne lui sera pas possible de représenter les demandeurs, elle les référera aux services juridiques, communautaires ou gouvernementaux appropriés.

#### **Éducation**

Les personnes vivant avec le VIH/sida ont souvent besoin de connaître leurs droits dans diverses situations: emploi, soins de santé, logement, affaires avec les assurances, les banques, les agences de services sociaux ou leur propre famille. La CJVSO offre aux individus des renseignements adaptés à leur situation précise, mais elle constitue aussi une ressource pour les groupes communautaires qui dispensent des services aux personnes vivant avec le VIH/sida, les agences gouvernementales, les professionnels du domaine du droit, les employeurs et le public en général.

#### **Réforme juridique**

La CJVSO offrira son support aux initiatives ayant pour but de modifier la loi sur des aspects qu'elle aura jugé nécessaires à la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida.

#### **Énoncé de principes**

Le conseil de direction de la clinique a adopté le 19 juin 1995 l'énoncé de principes suivant:

1. Les personnes vivant avec le VIH/sida sont confrontées à des problèmes juridiques uniques, de proportions et d'une complexité énormes.
2. Les personnes les mieux placées pour faire des choix, en ce qui concerne les questions et problèmes relatifs au VIH/sida, sont les personnes séropositives elles-mêmes.
3. Les personnes vivant avec le VIH/sida doivent pouvoir exercer le contrôle sur leur vie.
4. Les communautés affectées par le VIH/sida sont d'une grande diversité et leurs priorités respectives ne sont pas du tout uniformes.
5. Il est nécessaire de créer et d'entretenir un climat de compréhension et de respect de la dignité et la valeur des personnes vivant avec le VIH/sida.
6. La confidentialité, la sécurité physique, l'autonomie et l'intimité des personnes vivant avec le VIH/sida doivent être respectées, ce qui, sans s'y limiter, inclut:
  - a) le droit des individus d'exercer un contrôle sur leur traitement médical;
  - b) le droit des individus aux décisions qui concernent leur situation socio-économique;
  - c) le droit des personnes vivant avec le VIH/sida d'être pleinement informées des démarches et procédures impliquant de quelque manière leurs intérêts;
  - d) le droit de toutes les personnes vivant avec le VIH/sida aux alternatives de consentir ou de refuser quoi que ce soit qui les affecte.

Pour plus d'information ou pour devenir membre: CJVSO, 399 Church (4e étage), TORONTO ON M5B 2J6 / tél. (416) 340-7790 poste 401 / fax (416) 340-7248.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

[1] Le présent texte est une version légèrement adaptée et abrégée du communiqué de presse «HIV/AIDS Legal Clinic Ontario. Assuring the Rights of Persons with HIV and AIDS through Legal Services, Education and Law Reform», Toronto, la Clinique, 13 décembre 1995.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Prostitution**

#### **Prostitution et VIH/sida**

**La réprobation juridique, morale et sociale à l'égard des prostitué(e)s a augmenté radicalement depuis l'avènement du VIH/sida. Comme cela a été le cas tout au long de l'histoire, les prostitué(e)s sont perçu(e)s comme des "vecteurs de maladie".**

Les prostituées, en particulier, sont perçues comme le pont entre un "monde clandestin" infecté par le VIH et la "population en général" (c'est-à-dire les hommes blancs hétérosexuels). D'après les décideurs et les médias, la protection de la santé publique justifie les mesures juridiques draconiennes et l'intolérance morale.[1] Or, peu de ces mesures - voire aucune - réduisent le risque que court la prostituée de contracter le VIH.[2] Des études ont révélé que la mise en oeuvre de mesures punitives pour contrôler la prostitution - par exemple, peines plus sévères, dépistage obligatoire et surveillance électronique - réduiront davantage la capacité des prostituées de négocier des rapports sexuels sûrs et les éloigneront davantage des initiatives de santé publique. Par conséquent, les risques liés au VIH augmenteront au lieu de diminuer.[3] Néanmoins, les gouvernements continuent à mettre en oeuvre de telles politiques.

Pour élaborer une politique qui favorise la santé publique plutôt que d'y porter atteinte, les décideurs doivent comprendre les facteurs qui mettent les populations en position de risque, ainsi que l'incidence potentielle d'initiatives à caractère juridique sur la propagation du VIH dans les communautés mises au ban.

#### **Taux de séroprévalence et risques de transmission**

Les premières études sur le sujet révèlent que les prostituées canadiennes ne sont pas plus susceptibles de contracter le VIH ou d'autres maladies transmissibles sexuellement que d'autres femmes, à moins qu'elles ne soient également des consommatrices de drogues injectables.[4] Des études révèlent également que les prostitué(e)s emploient le condom, lors de leurs rapports sexuels, plus régulièrement

que ne le font d'autres populations du même âge, de la même race et du même sexe.[5] En outre, en ce qui a trait aux prostituées, vu qu'il est moins probable qu'une femme transmette le VIH à un homme, la prostitution ne contribue vraisemblablement pas à la propagation du VIH/sida. Les premières études sur les hommes qui fréquentent les prostituées le confirment: elles n'ont pas révélé un seul cas de client infecté par une prostituée.[6] Il est beaucoup plus probable, particulièrement dans le contexte juridique actuel, qui prive les prostitué(e)s de la protection de la loi, que les prostitué(e)s soient exposés à un risque par des clients.

Vu le peu d'études sur le sujet, il est difficile d'évaluer le taux de séroprévalence chez les prostitués. Selon certains chercheurs américains ce taux atteindrait cinquante pour cent, d'autres affirment qu'il ne dépasse pas onze pour cent.[7] On a affirmé que les prostitués aux États-Unis courent un risque élevé d'être infectés par leurs clients et ce, en raison de plusieurs facteurs: le fait qu'ils acceptent d'avoir des relations sexuelles sans condom pour un supplément d'argent (plusieurs prostitués font également usage de drogues et ont besoin de plus d'argent pour se les procurer), le fait que l'un des services couramment offerts est de servir de partenaire récepteur dans les rapports sexuels anaux, et le jeune âge de plusieurs prostitués. Heureusement, il est loin d'être certain que l'on puisse transposer les données américaines au Canada: les prostitués torontois affirment que les activités sexuelles auxquelles ils se livrent le plus couramment sont les rapports sexuels bucco-génitaux. Viennent ensuite les rapports sexuels anaux, au cours desquels le prostitué donne plutôt que de recevoir.[8] Enfin, parmi toutes les personnes arrêtées pour prostitution au Canada en 1992, seulement trois pour cent étaient des jeunes de moins de dix-huit ans.[9]

## **Initiatives juridiques et politiques**

### **Emprisonnement**

L'emprisonnement est l'une des principales mesures appliquées pour réprimer la prostitution. Un pourcentage élevé de détenues sont incarcérées soit pour prostitution, soit pour usage de drogue.

### **Tests de dépistage obligatoires et détention**

Depuis l'avènement du VIH/sida, plusieurs États américains ont adopté des lois qui prévoient l'administration obligatoire de tests de dépistage du VIH à des prostituées reconnues coupables ou, dans certains cas, accusées de prostitution.[10] En vertu d'une loi californienne qui prévoit les tests de dépistage obligatoires, si une prostituée est diagnostiquée séropositive, les condamnations subséquentes pour prostitution entraînent des peines d'emprisonnement de trois ans, que la prostituée ait pris des mesures de protection ou non.[11] Cette a engendré des formes navrantes d'oppression étatique envers les prostitué(e)s séropositifs: par exemple, deux prostituées séropositives ont été libérées de la détention à la condition qu'elles acceptent d'être "surveillées électroniquement".[12] Dans un autre État américain, la Floride, une prostituée séropositive a été accusée d'homicide involontaire en dépit du fait que tous ses clients avaient été diagnostiqués séronégatifs et qu'elle avait régulièrement utilisé un condom.[13] De telles mesures draconiennes découragent les prostitué(e)s de subir des tests de dépistage du VIH ou une

cure de désintoxication.

Bien que le Canada n'ait pas de législation qui prescrive des tests de dépistage obligatoires, un prostitué de la C.-B. a été reconnu coupable de sollicitation et condamné à subir des tests mensuels obligatoires de dépistage du VIH et des MTS. Il a interjeté appel de sa peine, arguant qu'elle violait son droit de ne pas faire l'objet de fouilles, de perquisitions ou de saisies abusives (art. 8 de la *Charte canadienne des droits et libertés*). En appel, la Cour d'appel de la C.-B. a statué que, bien que des examens mensuels fussent excessifs, il était raisonnable d'exiger un examen et que cette mesure inciterait l'intéressé "à bien se comporter".[14] En outre, on a eu recours aux pouvoirs d'imposer la quarantaine, prévus dans les lois provinciales de santé publique, pour détenir des prostitué(e)s. À Victoria (C.-B.), les autorités locales de santé publique ont décerné une ordonnance pour garder en cure fermée à l'hôpital Victoria Royal Jubilee, pour une période indéterminée, une prostituée séropositive, parce qu'on la soupçonnait d'avoir des rapports sexuels non protégés avec ses clients.[15]

### **Réforme du droit en matière de prostitution**

Les décideurs canadiens veulent rendre plus sévères les lois relatives à la prostitution. En 1992, un groupe de travail sur la prostitution a été établi par les sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Justice. Le groupe de travail a fait paraître, en mars 1995, le rapport intitulé "Dealing with Prostitution in Canada - A Consultation Paper". Dans ce rapport, il est question d'un certain nombre d'options proposées par diverses parties pour faire face à la prostitution au Canada. Le rapport porte principalement sur deux questions: "les jeunes prostitué(e)s et la prostitution dans la rue".[16] La plupart des options abordées comprennent des modifications aux articles 212 et 213 du *Code criminel* (l'art. 212 prévoit diverses infractions appelées collectivement "proxénétisme" ou "vivre des produits de la prostitution", qui ne visent pas les prostitué(e)s mais qui sont destinées à empêcher quiconque d'être contraint de vivre dans la prostitution; en vertu de l'art. 213, il est interdit au client, comme à la prostituée, de communiquer en public aux fins de la prostitution). Ces options comprennent:

des peines d'emprisonnement plus lourdes ou obligatoires pour les souteneurs et les clients de jeunes prostitué(e)s;

faire en sorte que l'infraction prévue à l'article 213 soit une infraction mixte ou hybride pour que l'on puisse prendre les empreintes digitales et des photos de prostitué(e)s et des clients accusés en vertu de l'art. 213;

la surveillance électronique et l'interception des communications entre les prostitué(e)s, les souteneurs et les clients;

des peines obligatoires ou plus lourdes imposées aux clients;

permettre aux provinces, territoires ou municipalités d'autoriser et d'exploiter des établissements de prostitution ou des zones officielles de tolérance pour la prostitution de

rue.

L'article renferme également une liste "d'options d'intervention sociale". Pour les jeunes, on examine la possibilité de:

faire en sorte que les jeunes contrevenants soient pris en charge par les services sociaux à l'enfance;

élaborer des documents d'information et d'éducation pour mettre les jeunes en garde contre les dangers de la prostitution.

Une autre option consiste à les rejoindre par des programmes communautaires de santé, de formation et de réadaptation offerts dans des terminus d'autobus, restaurants ou magasins; il y aurait également création d'abris où l'on offrirait des programmes de counselling.

Dans un reportage paru le 6 novembre 1995 dans le *Globe and Mail*, on affirmait que le ministre de la Justice, M. Rock, prévoyait "des peines plus lourdes - et non la légalisation de la prostitution - pour s'attaquer aux problèmes liés à la prostitution dans la rue." [17]

### **Impact des lois relatives à prostitution sur la propagation du VIH**

Quelle est l'incidence des lois relatives à la prostitution sur la propagation du VIH parmi les prostitué(e)s? Le commerce sexuel étant criminalisé, les prostitué(e)s qui sont l'objet d'abus de la part de leurs clients sont moins en mesure de porter plainte contre ces derniers. En outre, il est difficile pour eux d'insister pour que leurs clients portent un condom, si bien qu'ils sont plus susceptibles d'être infectés. Dans des conversations que j'ai eues avec des femmes qui avaient été violées sans condom par des clients, elles ont affirmé que, parce que leur travail était illégal, elles n'étaient pas disposées à porter plainte contre ces hommes. Elles dressent plutôt une "liste noire" et la distribuent à d'autres prostituées. Par ailleurs, on a constaté que la décriminalisation de la prostitution permet aux prostitué(e)s d'avoir des relations sexuelles sécuritaires, ce qui réduira en bout de compte les taux d'infection. [18]

Il se peut que le législateur, en augmentant les peines prévues dans les lois sur la prostitution, ait voulu décourager la prostitution et réduire ainsi les risques pour la santé. Cependant, dans les faits, peu de prostitué(e)s sont dissuadé(e)s par des lois plus strictes, qui ont plutôt pour effet de les rendre encore plus vulnérables. Par exemple, des peines plus lourdes auront pour effet d'aggraver les antécédents judiciaires des prostitué(e)s, ce qui réduira les perspectives d'emploi de celles et ceux qui veulent renoncer à la prostitution.

Des questions de preuve ont également un effet sur la capacité des prostitué(e)s d'éviter de contracter le VIH de leurs clients. Par exemple, la possession de condoms sert parfois à faire la preuve de la prostitution. Par conséquent les prostitué(e)s sont moins susceptibles d'avoir des condoms sur eux.

Parce que plusieurs toxicomanes se prostituent pour payer leur drogue, les lois sur la drogue peuvent également avoir pour effet d'accroître leurs chances de contracter le VIH. Le projet de loi C-7, la nouvelle législation fédérale sur la drogue, a récemment été adopté en troisième lecture devant la Chambre des communes et il est actuellement devant le Sénat pour examen final. Si cette loi est adoptée, les "contenants" de drogues seraient criminalisés, ce qui comprendrait les seringues hypodermiques. La nouvelle loi découragerait les consommateurs de drogues de porter sur eux leurs propres aiguilles, de sorte qu'ils en partageraient, s'exposant ainsi au VIH, aux hépatites et autres infections transmissibles par le sang.

## **Règlements municipaux**

Le Groupe de travail fédéral provincial et territorial propose également de donner plus de pouvoir aux municipalités pour réglementer la prostitution par des règlements anti-nuisance. Il est certain que plusieurs municipalités envisageraient l'adoption de règlements visant à interdire complètement la prostitution sur leur territoire.

La Communauté urbaine de Toronto et la ville de Mississauga ont récemment adopté des règlements, censément dans une optique de santé publique - il y est expressément fait mention du VIH/sida - qui interdisent aux danseurs/danseuses et à leurs clients de se toucher.[19] Les "danseuses à dix piastres" ont simplement déménagé vers des municipalités qui n'avaient pas de telles restrictions.

L'effet des règlements anti-nuisance interdisant la sollicitation dans la rue serait de pousser les prostitué(e)s vers des quartiers non résidentiels, mal éclairés et désertés. Les prostitués seraient encore plus exposés à un risque par les clients violents. Limiter davantage les droits des prostitué(e)s n'aurait pas pour effet de favoriser des conditions de travail salubres et n'empêcherait pas la propagation du VIH.

## **Solutions de rechange**

Quelles sont les solutions de rechange à notre régime actuel et aux modifications proposées par le Groupe de travail fédéral, provincial et territorial?

De plus en plus de gens demandent la légalisation et la surveillance de la prostitution. Cependant, pour plusieurs raisons, la plupart des groupes de prostitué(e)s s'opposent vigoureusement à la légalisation.

La seule solution rationnelle consiste à décriminaliser la prostitution et à accorder aux prostitué(e)s les mêmes droits et protections, en ce qui a trait à leurs conditions de travail, que ceux dont jouissent les personnes ayant d'autres occupations.

Les décideurs doivent consulter les prostitué(e)s pour élaborer une politique qui empêchera et réduira véritablement la propagation du VIH.

- *Karen Bastow*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

- [1] D. Brock, «Scapegoating Prostitutes in the AIDS Epidemic», *Broadside*, 10(4): 6.
- [2] M. Plant, *Conclusions and Strategies*, dans M. Plant (éd.), *AIDS, Drugs and Prostitution*, London et New York, Tavistock/Routledge 1990, à la p. 198.
- [3] Policy Paper on the Forced Testing and Quarantining of Prostitutes, Prostitutes Safe Sex Project (Maggies), Toronto: The Project, 1993; English Collective of Prostitutes, *Prostitute Women and AIDS, Resisting the Virus of Repression*, San Francisco, CA, Prostitutes Collective, 1988 (US Edition). Voir également *Sex Industry and the AIDS Debate '88, Report and Conference Papers from the First National Sex Industry Conference*, Melbourne, Australie, du 25 au 27 octobre 1988, St-Kilda, Victoria, Prostitutes Collective of Victoria, 1988.
- [4] D. Brock, «Prostitutes are Scapegoats in the AIDS Panic», *Resources for Feminist Research*, 1989, 18 (2): 13-16; N. Padian, «Prostitute Women and AIDS: Epidemiology», *AIDS*, 1988, 2: 413-419; W. Darrow, *Prostitution, Intravenous Drug Use and HIV-1 in the United States*, dans M. Plant, *supra*, note 2.
- [5] P. Alexander, «Prostitutes and AIDS: Women as Alleged Vectors», *National Now Times*, février/mars 1991, à la p. 12.
- [6] P. Alexander, *Response to AIDS: Scapegoating of Prostitutes*, San Francisco, CA: National Task Force on Prostitution, 1988; Brock, *supra*, note 4.
- [7] D. Waldorf & S. Murphy, *Call Men and Hustlers in California*, dans M. Plant, *supra*, note 2; W. Darrow, *ibid.*
- [8] Conversations de l'auteure avec des prostitués dans le «Boystown» de Toronto, 1995.
- [9] *Dealing with Prostitution in Canada: A Consultation Paper*, le Groupe de travail fédéral, provincial et territorial sur la prostitution, mars 1995, à la p. 1.
- [10] P. Alexander, *supra*, note 5, à la p. 12.

- [11] «Awful New Prostitution Laws», COYOTE (Call off your old tired ethics) Howls, janvier 1989, aux p. 1-2.
- [12] Stiletto 1991, 1(3): 6.
- [13] Prostitution and HIV Infection, dans: Women, AIDS & Activism NY: The Act Up/NY Women & AIDS Book Group, 1990, à la p. 180.
- [14] R. v. Cornier, inédit, 1991, CA 12803 CACB.
- [15] J. Miller, «AIDS project News», Kinesis, juin 1980 (Vancouver), à la p. 5.
- [16] Le résumé qui suit est une version abrégée de l'article de R. Achilles, The Regulation of Prostitution, documentation, mis à jour le 14 avril 1995.
- [17] «Tougher Sex Trade Penalties Planned - Rock to propose Changes in Code», The Globe and Mail, le 6 novembre 1995, à la p. A4.
- [18] R. Perkins, «AIDS Preventative Practices among Prostitutes in New South Wales», National AIDS Bulletin, septembre 1991, à la p. 28; voir également C.A. Campbell, «Women and AIDS», Soc. Sci. Med, 30(4): 411.
- [19] Règlement de la Communauté urbaine de Toronto no. 20-85, adopté le 16 août 1995, actuellement inexécutoire en attendant l'issue d'une affaire dont est saisie la Cour d'appel de l'Ontario (R. v. Patrick Mara and Allan East, court file # C18057; règlement 572-9 de la ville de Mississauga, adopté le 14 septembre 1995).

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### Séjour et immigration

#### Rapport sur les politiques canadiennes d'entrée au pays et d'immigration des personnes vivant avec le VIH/sida

**Ce rapport a été publié le 25 septembre 1995 par la Société canadienne du sida (SCS), en vue de la XIe Conférence internationale sur le sida (Vancouver, 7-12 juillet 96). Il offre de l'information sur les politiques canadiennes de séjour et d'immigration des personnes vivant avec le VIH/sida.**

Le rapport porte uniquement sur les dispositions qui touchent les personnes vivant avec le VIH/sida. Il ne contient aucun renseignement sur les dispositions touchant les prostitués, les utilisateurs de drogues injectables et les personnes ayant un casier judiciaire. On y fait remarquer que le Canada n'impose aucune restriction particulière aux gais et lesbiennes qui visitent le Canada ou veulent y immigrer: ils doivent remplir les mêmes conditions d'entrée que tout autre visiteur ou immigrant.

Le présent texte est une version légèrement abrégée de ce rapport.

#### Les visiteurs au Canada

La *Loi sur l'immigration* du Canada ne mentionne pas précisément le VIH/sida ni aucune autre maladie. L'alinéa 19(1)a) de la *Loi* précise que les personnes qui visitent le Canada doivent remplir deux conditions d'ordre médical:

elles ne doivent pas représenter un danger pour la santé ou la sécurité publiques;

leur présence ne doit pas représenter un fardeau excessif pour les services sociaux et de santé du Canada.

Avant 1991, le gouvernement canadien croyait que le VIH/sida représentait un danger pour la santé publique et il refusait l'entrée aux visiteurs vivant avec le VIH/sida. Le gouvernement a fait exception à

la règle à l'occasion de la Ve Conférence internationale sur le sida, tenue à Montréal en 1989, afin de permettre aux délégués séropositifs d'y participer.

Par la suite, la SCS a demandé au gouvernement de lever toutes les restrictions d'entrée au pays imposées aux personnes vivant avec le VIH/sida. En avril 1991, le gouvernement a annoncé qu'il ne considérait plus le VIH/sida comme un danger pour la santé publique. Le ministre de la Santé a déclaré que les visiteurs infectés par le VIH ou atteints du sida seraient traités comme tous les autres visiteurs.

Cette nouvelle politique n'a pas empêché les autorités de refuser l'entrée au Canada à certains d'entre eux. La SCS a donc redoublé d'efforts jusqu'à ce que, le 3 août 1994, le ministre de l'Immigration Sergio Marchi précise dans une lettre à la SCS les politiques du gouvernement.

Le ministre explique que:

un diagnostic de VIH/sida n'est pas en soi un obstacle au séjour au Canada;

en règle générale, les personnes vivant avec le VIH/sida ne représentent pas un danger pour la santé publique en vertu de l'art. 19 de la *Loi sur l'Immigration*;

il s'agit donc seulement de déterminer si la présence du visiteur séropositif imposera un fardeau excessif au système canadien de soins de santé;

les autorités ne croient pas que les visiteurs séropositifs imposent habituellement un fardeau au système de soins de santé;

par conséquent, dans la plupart des cas, les autorités n'invoqueront probablement pas le critère du fardeau excessif en ce qui concerne les personnes vivant avec le VIH/sida qui entrent au Canada pour un séjour de courte durée;

le critère du fardeau ne sera invoqué que si les autorités ont raison de croire que la personne aura besoin de soins médicaux durant son séjour, mais même en pareil cas, une personne ayant pris les dispositions nécessaires pour se faire soigner et payer les traitements pourrait obtenir un permis ministériel;

la possession de médicaments pour le traitement du VIH/sida ne justifie pas l'interdiction d'entrer au pays;

le gouvernement donnera des renseignements détaillés sur la politique aux agents d'immigration et mettra en oeuvre un programme de formation des agents d'immigration sur le sujet.

Le programme de formation est lancé et l'on s'attend à ce que tous les agents soient formés d'ici la XIe

Conférence.

## **Position de la SCS**

La Société canadienne du sida est d'avis que la politique décrite dans le lettre de M. Marchi représente le meilleur compromis possible, compte tenu des circonstances. Le gouvernement ne donne aucune garantie absolue en ce qui concerne l'entrée au pays de toute personne vivant avec le VIH/sida. Il exige que tous les visiteurs, y compris les personnes vivant avec le VIH/sida, remplissent les deux conditions d'ordre médical décrites dans la *Loi sur l'Immigration* et que chaque cas soit évalué en fonction de ces conditions. La déclaration de M. Marchi rencontrait les trois objectifs de la SCS en cette matière:

une clarification de la politique et une déclaration claire à l'effet que (1) les visiteurs ne seraient pas exclus en raison de leur état sérologique et que (2) la grande majorité des personnes vivant avec le VIH/sida pourraient visiter le Canada;

un engagement à expliquer clairement la politique aux agents d'immigration;

un engagement à former les agents d'immigration sur le VIH/sida.

## **Immigration**

Les personnes qui désirent immigrer au Canada doivent répondre aux mêmes critères que les visiteurs: il ne doivent pas représenter un danger pour la santé ou la sécurité publiques, et leur présence ne doit pas représenter un fardeau excessif pour les services sociaux et de santé du Canada.

À l'heure actuelle, le gouvernement canadien soutient que les personnes vivant avec le VIH/sida représenteraient un fardeau excessif pour les services sociaux et de santé du pays et, par conséquent, n'accepte pas d'immigrants séropositifs. Il n'existe toutefois aucun programme universel de dépistage du VIH chez les immigrants éventuels.

Contrairement au statut d'immigrant, celui de réfugié n'impose pas de conditions d'ordre médical. On sait que le gouvernement a accordé le statut de réfugié à au moins une personne vivant avec le VIH qui avait elle-même divulgué son sérodiagnostic.[1]

Les autorités gouvernementales préparent depuis peu des directives afin de préciser la définition de "fardeau excessif", un terme qui n'est pas défini dans la Loi sur l'Immigration.[2] Selon la SCS, il est possible que cette définition puisse permettre à certaines personnes vivant avec le VIH/sida d'immigrer au Canada, "mais rien n'est certain."

## **Position de la SCS**

La SCS s'oppose aux tests routiniers ou obligatoires de dépistage du VIH pour les immigrants et soutient que "il n'est pas approprié de refuser systématiquement l'entrée au pays à tous les immigrants vivant avec le VIH. Il faudrait plutôt étudier chaque demande individuellement."

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Voir S. Wilson, «Réfugié séropositif admis au Canada», Bulletin canadien VIH/sida et droit 1995, 1 (3): 5.

[2] Pour plus de détails, voir S. Wilson, «Développements récents en droit de l'immigration», Bulletin canadien VIH/sida et droit 1995, 1(1): 10-11.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

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

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### Dépistage et déclaration

#### **L'État de New York: politique sur le dépistage du VIH chez les nouveau-nés**

**En vertu d'un accord de règlement annoncé le 10 octobre 1995, l'administration de George Pataki, gouverneur de l'État de New York, a accepté de promulguer des règlements et directives visant à modifier les procédures régissant le dépistage du VIH chez les nouveau-nés de cet État.[1]**

Auparavant, tous les enfants qui naissaient dans l'État de New York étaient soumis à un test de dépistage anonyme, le résultat étant utilisé uniquement à des fins épidémiologiques. Un organisme sans but lucratif, l'*Association to Benefit Children*, a intenté un recours au nom des enfants nouveau-nés de l'État de New York pour obtenir que les résultats des tests soient divulgués à leurs mères.

L'Article 27-F de la *Public Health Law* de l'État de New York, exige qu'il y ait consentement éclairé avant tout test de dépistage du VIH, et que les résultats soient traités en toute confidentialité. Un texte de loi réalisant les objets poursuivis par le recours en justice de l'*Association* a été adopté par le Sénat, mais l'Assemblée législative y a fait obstruction.

Aux termes de l'accord de règlement, les modifications suivantes - qui, selon les parties, n'imposent pas de modification à l'Article 27-F - seront apportées à la procédure actuelle:

toutes les femmes enceintes qui s'adressent à un établissement de soins de la santé pour obtenir des soins prénataux seront conseillées et encouragées à se soumettre volontairement à un test de dépistage du VIH dans le but de prévenir par un traitement à l'AZT la transmission du VIH au fœtus;

après l'accouchement, les nouvelles mères recevront des conseils en ce qui a trait au dépistage du VIH chez leur enfant nouveau-né, et un formulaire de consentement leur sera offert. Si elles consentent, un test sera effectué et leur médecin leur transmettra le résultat.

L'État accepte également d'établir un mécanisme pour assurer un traitement approprié en cas de séropositivité. L'accord ne dit pas clairement ce qui arrive si la mère ne donne pas son consentement. Il prévoit toutefois qu'un médecin "devra déterminer si la présence d'un ou plusieurs facteurs de risque constitue une urgence nécessitant l'administration d'un test de dépistage du VIH au nouveau-né." Il semble ainsi que l'obtention d'un consentement écrit soit une formalité inutile si le médecin détermine qu'il y a un risque que la mère soit séropositive.

À l'annonce de l'accord, le bureau du gouverneur et l'*Association* ont tous deux souligné que l'accord ne signifiait pas que l'État devait procéder au dépistage obligatoire des nouveau-nés sans le consentement de leur mère. Toutefois, la disposition concernant le dépistage "d'urgence" peut être interprétée comme établissant un dépistage obligatoire automatique pour les enfants nés dans des hôpitaux dont la clientèle est en majorité constituée de membres de populations ethniques minoritaires.

Madame Mayersohn, membre de l'assemblée législative, qui a présenté à l'assemblée le projet de loi sur le dépistage, a fait connaître sa déception concernant l'accord de règlement et a indiqué qu'elle présenterait de nouveau son projet de loi au cours de la prochaine session.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] «Baby Girl Doe v. Pataki, no 10661-95 (N.Y. Sup. Ct., N.Y. Co.)». Reportage paru dans Lesbian Gay/Law Notes, novembre 1995, p. 155-156.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Femmes et VIH/sida**

**Cet exposé de faits a été préparé par la Coalition interagence sida et développement (Ottawa).  
Nous le reproduisons avec son autorisation.**

#### **Les femmes atteintes**

D'ici l'an 2000, plus de 15 millions de femmes du monde entier auront contracté le VIH. Quatre millions de femmes seront mortes du sida. On évalue le nombre de personnes qui seront atteintes du VIH à 30 à 40 millions à l'échelle de la planète.

Chaque jour, près de 3 000 femmes sont infectées. En 1995, le nombre de séropositives se situe entre 7 et 8 millions dans le monde.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'il y a actuellement 115 000 séropositives en Amérique du Nord, 500 000 en Amérique latine et dans les Antilles, plus de 5,5 millions en Afrique et près de 1,8 million en Asie et dans le Pacifique.

Les femmes contractent le VIH à un plus jeune âge que les hommes. Elles deviennent infectées de 5 à 10 ans plus tôt, en moyenne, que les hommes: 70% des femmes nouvellement contaminées sont âgées de 15 à 24 ans.

#### **Pourquoi les femmes sont-elles plus vulnérables à l'infection à VIH?**

D'un point de vue strictement biologique, les femmes sont plus vulnérables à l'infection à VIH que les hommes. Des études ont révélé que la transmission d'un homme à une femme serait de 2 à 4 fois plus efficace qu'en sens inverse. Une des raisons de cette vulnérabilité est la grande concentration de VIH trouvé dans le sperme par rapport à la quantité renfermée dans le fluide vaginal. Les jeunes filles sont particulièrement vulnérables. L'immaturation de leur col et leur faible production de mucus vaginal offrent une barrière moins efficace contre le VIH.

L'écart significatif entre les pouvoirs économiques, sociaux et physiques des hommes et ceux des femmes contribue à un manque de sécurité dans les relations sexuelles et rend difficile la négociation de pratiques sexuelles à moindres risques. Si une femme prend une telle initiative, elle s'expose à de graves répercussions, pouvant aller de l'ostracisme à la peur de la violence ou du rejet.

Les différences d'âge compliquent davantage l'écart de pouvoir entre les sexes. Les femmes se marient ou ont généralement des relations sexuelles avec des hommes plus âgés qu'elles, qui ont une vie sexuelle active depuis plus longtemps et sont plus susceptibles d'avoir été exposés au VIH. Les hommes sont également à la recherche de partenaires sexuelles plus jeunes, croyant que ces jeunes filles risquent moins d'être atteintes du VIH.

Les femmes sont vulnérables aux relations sexuelles sous la contrainte, incluant le viol et d'autres agressions sexuelles - dans ou hors de la famille - et au travail forcé dans le milieu de la prostitution. Toute pénétration sexuelle non consensuelle ou forcée peut comporter des risques accrus de transmission du VIH, particulièrement quand on sait que les hommes qui commettent des viols n'utilisent généralement pas de condoms.

La subordination présente dans l'éducation, l'emploi, le statut social et juridique rend la femme plus vulnérable au VIH. Les femmes ayant un accès limité aux ressources financières sont plus portées à dépendre économiquement des hommes, à être reléguées au secteur de subsistance ou forcées de se prostituer.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

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

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

**[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)**

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

## © Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

---

### Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

#### **Publication d'un document de travail sur le sida dans les prisons**

**En novembre 1995, dix-huit mois après le dépôt du *Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons* (CESP),[1] on assiste à la publication d'un nouveau document de travail sur le sida dans les prisons. Ce document souligne que maintes recommandations du CESP - dont plusieurs avec lesquelles le Service correctionnel du Canada (SCC) s'était prononcé en accord, dans sa réponse au Rapport du CESP- sont restées sur les tablettes, ce qui met en danger la vie des détenus, du personnel et du public.**

#### **Historique**

Les questions soulevées par le VIH/sida dans les prisons ont été étudiées en profondeur au Canada, en particulier par le CESP et le Réseau de soutien et d'action des prisonniers/ères vivant avec le VIH/sida (PASAN). Les particuliers et les organisations consultés, pendant la Phase I du Projet conjoint de la Société canadienne du sida et du *Réseau* sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida, ont néanmoins affirmé que ces questions dans le contexte des prisons demeurent une priorité au Canada; ils se sont dits préoccupés par le peu d'empressement du SCC à mettre en oeuvre quelques-unes des principales recommandations du CESP, en particulier, celle d'entreprendre une étude pilote de la distribution d'aiguilles dans au moins une prison.

Ils ont suggéré que le projet examine (1) la question de savoir si les gouvernements et les systèmes carcéraux ont une obligation juridique de fournir aux détenus les moyens qui leur permettront de se protéger contre le VIH, même s'ils s'adonnent "volontairement" à des comportements illégaux (la consommation de drogue) ou interdits en prison (l'activité sexuelle, par exemple); (2) la question de la responsabilité éventuelle de l'État s'il ne fournit pas de condoms, d'eau de Javel et d'aiguilles stériles, et de la transmission du VIH dans les prisons qui s'ensuit.

#### **Activités à ce jour**

Le travail sur ce volet du projet a été amorcé en août 1995, suite à l'obtention de financement du SCC. À ce jour, le projet a:

organisé une plénière et une session en petits groupes, au Premier atelier national VIH/sida et prisons, tenu à Kingston;

publié les principales observations et conclusions de cet atelier, dans le numéro d'octobre 1995 du *Bulletin*;

entrepris une recherche approfondie sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida dans les prisons;

produit "VIH/sida et prisons: un document de travail".[2]

Le document de travail et ses annexes:

présentent un inventaire des nouveaux développements pertinents en matière de VIH/sida dans les prisons au Canada et ailleurs;

examinent la possibilité d'une obligation légale et/ou éthique de fournir aux détenus les moyens leur permettant de se protéger contre la transmission du VIH, même s'ils s'adonnent "volontairement" à des comportements illégaux ou prohibés en prison (consommation de drogue, activité sexuelle);

abordent la question de la responsabilité potentielle pour le refus de fournir condoms, eau de Javel, aiguilles stériles, et pour la transmission consécutive du VIH en prison.

## **But du projet**

Le document de travail a été envoyé à plus de 350 personnes et organisations actives dans le domaine du sida dans les prisons, les invitant à formuler leurs commentaires et suggestions. Un document final sera publié en mai 1996. On demandera aux systèmes correctionnels fédéral et provinciaux d'y réagir.

Le projet vise à assister le SCC et les systèmes correctionnels provinciaux dans leurs efforts pour prévenir la transmission du VIH dans les prisons, aux employés et au public: le document de travail les aidera à répondre aux défis issus des nouveaux développements intervenus depuis la publication du Rapport final du CESP.

## **Développements récents**

Les faits nouveaux abordés dans le document sont les suivants:

augmentation de 40% du taux de cas connus de VIH/sida dans les prisons fédérales, au cours d'une période de 18 mois;

augmentation du nombre de détenus qui vivent avec le sida ou une infection à VIH symptomatique, nécessitant des soins médicaux plus approfondis et plus coûteux;

preuves accrues de l'existence de comportements à risque élevé en prison;

évidence accrue du fait qu'en prison, ces comportements entraînent effectivement la propagation du VIH;

propagation rapide de l'hépatite C en prison, tel que le démontrent trois études récentes révélant des taux d'hépatite C allant de 28 à 40%;

poursuites légales intentées par des détenus contre les systèmes correctionnels, de deux états australiens pour ne pas avoir fourni les moyens de se protéger contre la propagation du VIH;

rapports publiés dans d'autres pays, renforçant le consensus sur le besoin d'augmenter les efforts pour limiter la propagation du VIH en prison et pour mieux s'occuper des détenus infectés;

succès d'un projet pilote de distribution d'aiguilles stériles dans des prisons suisses, démontrant la possibilité d'appliquer en prison un tel programme de manière sécuritaire et avec le soutien des détenus, du personnel, des autorités correctionnelles, des politiciens et du public en général.

## **Responsabilité morale et légale des systèmes correctionnels**

Le document conclut que, même si la prévalence du VIH parmi les détenus au Canada est d'au moins 10 fois supérieure à celle du reste de la population, nous sommes encore loin de faire le nécessaire pour prévenir la propagation du VIH en prison et d'offrir aux détenus vivant avec le VIH/sida des traitements, du soutien et des soins adéquats: "Les systèmes correctionnels provinciaux et fédéral ont entrepris quelques pas dans la bonne direction et on ne peut nier le fait que la situation relative au VIH/sida dans les prisons du Canada s'est améliorée au cours des récentes années. Toutefois, plusieurs des recommandations du CESP et de PASAN - incluant certaines avec lesquelles le SCC s'était prononcé en accord - n'ont pas été appliquées, en conséquence de quoi les vies des détenus, du personnel des prisons et des membres de la population canadienne sont mises en danger."

On y souligne que si les systèmes correctionnels de niveaux fédéral et provincial cherchent à remplir leurs obligations morales et légales, ils doivent reconsidérer leur réaction (ou leur non-réaction) aux

recommandations qui ont été formulées pour adopter une approche pragmatique face à la consommation de drogues dans les prisons. Partant du fait que l'idée de prisons sans drogues ne semble pas plus réaliste que l'idée d'une société sans drogue et que la stabilité serait peut-être en fait plus accessible si l'on allait plus loin que ce concept,[3] l'auteur indique que "[à] cause du VIH/sida, les prisons ne peuvent plus se permettre de concentrer leurs efforts sur la réduction de la consommation de drogues comme objectif premier de leurs politiques sur les drogues. La réduction de l'usage des drogues est certes un objectif important, mais la réduction de la propagation du VIH et d'autres agents infectieux est encore plus importante: à moins que les systèmes carcéraux combattent avec acharnement pour réduire la propagation du VIH, il y aura peut-être une réduction minime de la consommation de drogues en prison, mais beaucoup plus de détenus contracteront le VIH, l'hépatite C et d'autres infections."

Tel que précisé dans le document, le fait d'offrir aux détenus les moyens de se protéger contre la transmission du VIH n'équivaut pas à fermer les yeux sur l'usage de drogues en prisons: ce serait plutôt une action fondée sur le pragmatisme, reconnaissant que le besoin de protéger la santé des détenus doit constituer l'objectif premier des politiques carcérales à l'égard des drogues. L'auteur fait remarquer que "l'introduction de mesures de réduction des méfaits n'entre par ailleurs pas en contradiction avec l'objectif de réduire la consommation de drogues dans les prisons: la disponibilité d'aiguilles stériles n'a pas entraîné de hausse de l'usage des drogues, mais elle a réduit la transmission du VIH et d'autres agents infectieux entre les utilisateurs de drogues injectables.[4] De la même manière, la fourniture de méthadone à certains utilisateurs de drogues ne signifie pas qu'on oublie l'objectif ultime de les aider à en abandonner la consommation: c'est plutôt une reconnaissance du fait que ceci demande davantage de temps pour certaines personnes, et qu'elles ont besoin d'une option qui leur permette de rompre avec le cycle drogue-crime, de réduire leur contact avec le marché noir, de prendre contact avec des services de santé dont elles ont besoin et de réduire leur risque d'être infectées par le VIH."

On peut lire en conclusion que "[d]e toute évidence, les systèmes correctionnels sont aussi moralement et légalement responsables de faire tout en leur possible pour prévenir la propagation de maladies infectieuses entre les détenus, au personnel et à la population en général, et de prendre soin des détenus vivant avec le VIH et d'autres agents infectieux. À l'heure actuelle, ils ne remplissent pas cette responsabilité parce qu'ils ne font pas tout ce qui est en leur possible: des mesures appliquées avec succès à l'extérieur des prisons avec l'accord et le soutien financier des gouvernements, telles la fourniture de matériel d'injection et de programmes d'entretien à la méthadone pour les utilisateurs de drogues injectables, ne sont pas adoptées dans les prisons canadiennes même si des systèmes correctionnels d'autres pays les ont introduites avec succès et avec le soutien des détenus, des membres du personnel et de l'administration des prisons, des politiciens et du public."

L'auteur exprime l'espoir que les gouvernements et systèmes correctionnels au Canada agiront sans que les détenus doivent entreprendre des actions en justice pour les tenir responsables des méfaits résultant du refus de fournir des moyens préventifs adéquats, ajoutant que "les détenus, même s'ils sont derrière les barreaux, font partie de nos communautés et ils ont droit à la même qualité de soins et de protection que les gens de l'extérieur: les détenus sont condamnés à l'incarcération et non à contracter des infections."

Pour plus d'information sur le projet ou pour obtenir copie de *VIH/sida et prisons: un document de travail* (ISBN 1-896735-01-0), prendre contact avec le soussigné au  
484 rue McGill  
4 ième étage  
Montréal, Québec  
H2Y 2H2  
Tél.: (514) 397-6828 Téléc.: (514) 397-8570 e-mail [ralfj@aidslaw.ca](mailto:ralfj@aidslaw.ca)

- Ralf Jürgens

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] 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. Le Rapport comprend deux autres documents, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport sommaire et recommandations*; et *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: documentation*.

[2] Montréal, Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995.

[3] D. Shewan et coll., *Drug Use and Scottish Prisons: Summary Report*, Scottish Prison Service Occasional Paper no 5, 1994, à la p. 24.

[4] Voir par exemple, Centers for Disease Control and Prevention, *The Public Health Impact of Needle Exchange Programs in the United States and Abroad. Summary, Conclusions and Recommendations*, septembre 1993, aux p. iii-vii.

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Hépatites B et C, tuberculose et sida: risques et défis en milieu carcéral**

Un programme de formation sur ces thématiques à l'intention du personnel des services de santé oeuvrant dans les centres de détention sous juridiction provinciale au Québec a eu lieu le 23 novembre 1995 à Montréal. Le programme était organisé et coordonné par des représentants des ministères de la Sécurité publique (Direction générale des services correctionnels) et de la Santé et des Services sociaux (Centre québécois de coordination sur le sida).

Le but de la journée était de favoriser la concertation entre les équipes des services de santé du milieu carcéral en ce qui a trait aux stratégies à mettre en place pour la réduction des risques, et à la prise en charge des détenus infectés par le VIH, les hépatites B et C et la tuberculose.

Tel que le soulignait le docteur Catherine Hankins dans la conférence d'ouverture, "le taux d'infection par le VIH en milieu carcéral est à ce point élevé que l'incarcération devient, en elle-même, un facteur de risque pour les détenus." Selon Hankins, ce constat doit nous amener à une réflexion en profondeur quant aux choix à faire en matière de prévention; une réflexion qui concerne les détenus, le personnel de la santé et des services sociaux et les autorités correctionnelles. Hankins a réitéré l'importance de comprendre qu'en milieu carcéral les comportements à risques liés à l'infection à VIH - notamment les relations sexuelles non protégées et l'utilisation de seringues non stériles pour s'injecter de la drogue - "sous-tendent une responsabilité partagée entre ceux qui ont ces comportements et ceux qui, tout en connaissant l'existence et les risques liés à ces comportements, ne fournissent pas de moyens de prévention."

Plusieurs intervenants ont d'ailleurs insisté sur la nécessité de faciliter l'accès des détenus aux condoms, remarquant que leur structure actuelle de distribution (seulement à la demande expresse d'un détenu) ne valait "absolument rien"; et sur la nécessité de mettre des seringues et aiguilles propres à la disposition des détenus qui utilisent des drogues injectables. Le débat s'est concentré sur l'applicabilité du concept de réduction des risques en milieu carcéral, offrant les différents points de vue: santé publique, légal et éthique, politico-administratif, et communautaire.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

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

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

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

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

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

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### **Des prisons allemandes adoptent aussi l'échange d'aiguilles**

**Tel que rapporté dans le numéro 4 du *Bulletin*,<sup>[1]</sup> le projet pilote suisse de distribution d'aiguilles et seringues stériles aux détenus - le premier du genre - va bon train. L'Allemagne devient le deuxième pays à permettre la distribution de matériel d'injection à ses détenus.**

Des projets pilotes seront menés sur une période de deux ans dans deux établissements de la Basse-Saxe: Vechta (prison pour femmes) et Lingen-Gross-Hesepe (prison pour hommes). Un projet de recherche examinera et évaluera avec rigueur les effets de l'introduction de ces projets pilotes.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] «Nouvelles sur l'échange de seringues et d'aiguilles dans les prisons suisses», Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1995, 1(4): 2-3.

[Return to HOME PAGE](#)

(Canadian HIV/AIDS Legal Network)

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

(Réseau juridique canadien VIH/sida)

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

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Nouvelles études sur le VIH/sida dans les prisons**

#### **Allemagne: nouvelles preuves de transmission du VIH en prison**

**De plus en plus de données d'études scientifiques montrent le nombre de détenus qui deviennent infectés en prison.[1]**

Les résultats de la plus récente de ces études, menée dans la prison de femmes de Vechta, Basse-Saxe (Allemagne), montrent qu'au moins 20 femmes ont clairement été infectées durant leur séjour en prison. [2]

Dans le cadre de cette étude, on a examiné 1032 dossiers médicaux pour évaluer les données sur la prévalence du VIH, des hépatites A, B et C, et de la syphilis chez les détenues de 1992 à 1994. Environ un tiers de la population étudiée était constituée d'utilisatrices de drogues injectables (UDI), et 74% de l'ensemble avait déjà subi au moins un test de détection de ces infections. Les taux de prévalence observés sont les suivants:

VIH: 4,9% chez les UDI; 0,5% chez les autres;

hépatite A: 65,6% chez les UDI; 34,7% chez les autres;

hépatite B: 78% chez les UDI; 12,7% chez les autres;

hépatite C: 74,8% chez les UDI; 2,9% chez les autres;

syphilis: 4,5% chez les UDI; 5,1 chez les autres.

On a examiné les dossiers des détenues présentant au moins deux tests pour la même infection pour déterminer si des séroconversions avaient eu lieu pendant des sentences d'emprisonnement interrompues. Pour 41 UDI il était possible de documenter une séroconversion. Vingt d'entre elles

(48,8%) avaient clairement été infectées par le VIH en prison.

### **New York: comportement à risque élevé de transmission**

Mahon a mené une étude auprès de 50 détenus et ex-détenus de prisons d'État et de prisons de la ville de New York, au cours de laquelle on a signalé de nombreux cas tragiques de rapports sexuels non protégés et l'usage souvent désespéré de matériel d'injection contaminé en milieu carcéral.[3] Une femme a résumé la situation quant à la prévalence et à la diversité de l'activité sexuelle, en affirmant que: "Les agents de correction masculins ont des relations sexuelles avec les femmes, les agents de correction féminins en ont avec les femmes détenues, les détenus de sexe masculin en ont avec les détenues de sexe féminin. Il y en a de toutes les sortes, c'est une vraie fricassée là-dedans." [4]

Les participants à l'étude de Mahon affirmaient que l'utilisation de drogues injectables est "très courante" dans les prisons, et que les drogues pénètrent dans le système carcéral par une grande diversité de voies, incluant le personnel correctionnel et médical, les visiteurs et le courrier personnel de détenus. Les drogues et le matériel d'injection sont cependant plus difficile d'accès en prison que sur la rue, et cette rareté a accru le niveau d'acharnement et de "désespoir" chez les consommateurs actifs, rehaussant la valeur de ces marchandises et les transformant en une forme de monnaie d'échange. Était également mentionnée la possibilité de se procurer toute une diversité de drogues, incluant l'héroïne, la cocaïne et la marijuana. Les participants indiquaient que les seringues sont plutôt difficile à trouver en prison et que, en conséquence, elles sont presque toujours mises en partage. Plusieurs affirmaient croire qu'ils ont contracté l'infection à VIH en prison à cause du partage de seringues.

Mahon conclut que "parmi toutes les populations vulnérables au VIH, les détenus sont de plus en plus isolés et avilis dans l'esprit du public et des politiciens. L'évidence de comportements à risque élevés dans les prisons pourrait bien être mise à profit pour accroître cette marginalisation. Or, tel que l'indique cette étude, les détenus forment une communauté-pont largement composée d'UDI, qui va et vient de communautés des zones urbaines. Le défi pour la santé publique est alors de combattre activement la marginalisation et d'examiner les effets des comportements à risque élevé des détenus sur l'épidémie dans l'ensemble de la population. Compte tenu de la direction que prend l'épidémie, la capacité des É.-U. de contrôler l'épidémie du sida pourrait bien résider dans leur capacité de contrer de manière humaine et honnête l'épidémie derrière les barreaux. Car, lorsqu'il s'agit de prévention du VIH, la question n'est pas de savoir qui a raison et qui a tort, mais plutôt qui est en situation de risque."

### **Indiana: risque de transmission du VIH dans les prisons rurales**

Les recherches menées par Kane et Dorson indiquent que, même si leurs administrateurs et employés espéraient peut-être que leurs établissements soient à l'abri de l'épidémie qui sévit dans les établissements carcéraux plus grands et de régions plus urbaines, les prisons de régions rurales ne jouissent peut-être que d'un simple sursis et elle ne sont en rien exemptes des taux croissants d'infection à VIH chez les détenus.[5] Les données montrent que la population des prisons rurales de l'Indiana est en fait menacée par le VIH. Notamment, 23% de leurs détenus ont déjà utilisé des aiguilles pour

s'injecter de la drogue.

## **Delaware: étude sur le contact sexuel entre détenus**

Saum et coll. rapportent que les études sur le contact sexuel en prison ont montré que "l'implication des détenus varie énormément." [6] Dans l'étude de Saum sur la nature et la fréquence des relations sexuelles entre détenus de sexe masculin dans une prison de l'état du Delaware, les répondants étaient interrogés en détail sur les activités sexuelles dans lesquelles ils s'engagent, les activités dont ils ont été directement témoins et celles dont ils ont entendu parler "entre les branches". Saum a conclu que "quoique l'activité sexuelle ne soit pas largement répandue, elle existe tout de même" et que sa majeure partie est consensuelle.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Voir, par exemple, «Preuve inquiétante de la transmission du VIH en prison», Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1995, 1(2): 2-4.

[2] Transmission of Infectious Diseases in Prison — Results of a Study in the Prison for Women in Vechta, Lower-Saxony, Germany. (Abrégé transmis à l'auteur)

[3] N. Mahon, High Risk Behavior for HIV Transmission in New York State Prisons and City Jails. (À paraître, manuscrit transmis à l'auteur.)

[4] Ibid., avec référence à la transcription de la première rencontre du groupe-cible de femmes détenues, décembre 1993, à la p. 46.

[5] S. Kane, J. Dotson, HIV Risk in Rural Indiana Jails. (Manuscrit d'octobre 1995, à paraître, transmis à l'auteur.)

[6] C.A. Saum et coll., «Sex in Prison: Exploring the Myths and Realities», Prison Journal, décembre 1995.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

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

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### **Zambie: prisonniers séropositifs libérés**

**Préoccupées par la propagation du VIH en prison, les autorités carcérales de la Zambie ont commencé à libérer les détenus vivant avec le VIH/sida.[1]**

"Nous avons observé que l'infection se propage rapidement dans plusieurs prisons ... La prison n'est pas un endroit pour garder ces personnes" a déclaré un porte-parole du Services des prisons de la Zambie, M. Phiri.

La loi zambienne autorise les autorités carcérales à libérer les détenus en phase terminale d'une maladie. Entre la sentence et leur admission en prison, les détenus subissent un examen médical; s'ils s'avèrent souffrir d'une maladie incurable, comme le sida, les autorités ont la directive de les libérer.

Jusqu'à présent, 10 détenus ont été libérés et l'on prévoit augmenter ce chiffre. M. Phiri dit que le nombre de détenus vivant avec le VIH ou le sida n'est pas connu, mais qu'il a l'impression qu'il s'agit d'une quantité "assez importante". Le VIH se propage dans les prisons zambiennes par l'activité homosexuelle. Des campagnes de sensibilisation au sida ont été amorcées.

Certains ont critiqué la décision de libérer les détenus vivant avec le VIH/sida. Selon Raymond Muchindu, vice-président du mouvement *Family Life* de la Zambie, "ils ne devraient pas être libérés. La libération ne ralentit pas l'infection, elle ne fait que la transférer des prisons à la population."

La réaction de la population générale est partagée, mais plusieurs personnes ont salué cette décision. On a rapporté le commentaire que "Nous sommes une nation chrétienne, alors nous nous devons de faire preuve de clémence et libérer les personnes vraiment malades. De plus, nos prisons sont pratiquement inhabitables. On ne devrait pas permettre que des gens malades soient gardés là."

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Rapporté dans «Zambia Releases Prisoners with HIV», AIDS Analysis Africa, 1995, 5(5): 1. La majeure partie du présent texte est tirée de cet article.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

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

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### Réseau européen de services aux détenus usagers de drogue

Ce réseau a été formé afin de diffuser aux professionnels de l'Union européenne des renseignements sur l'usage des drogues et sur les traitements. Il est financé par la Commission de l'Union européenne et coordonné par le Prisoners Resource Service (PRS) du Cranstoun Projects. Le PRS est une agence indépendante qui offre éducation, information et counselling aux détenus aux prises avec des problèmes liés aux drogues, à l'alcool et/ou au VIH. Établi à Londres, il publie *Connections*, un bulletin informatif sur les politiques et les traitements en matière de drogue dans les prisons du monde entier.

Pour plus d'information sur l'organisme et ses activités, contactez Alex Stevens, coordonnateur du réseau européen, Prisoners Resources Services, P.O. Box 3689, Londres NW1 8QE, Royaume-Uni /tél. (44-171) 267-4446, fax (44-171) 482-5334, e-mail [prs@easynet.co.uk](mailto:prs@easynet.co.uk)

### L'histoire d'un Écossais

Alan est un détenu à long terme dans l'établissement de Perth, Écosse. Son dossier présente de nombreux crimes liés à la drogue. Il a raconté son expérience à *Connections*, dont nous tirons le passage suivant.[1]

"J'ai peur que le Service des prisons de l'Écosse ne fasse pas assez pour arrêter la propagation du VIH et des hépatites B et C. Le Service a beaucoup parlé de son introduction des tablettes désinfectantes [d'eau de Javel] en décembre 1993, mais ce processus de stérilisation de seringue prend 40 minutes. Les détenus n'ont pas le temps de commencer à faire ça. Donc nous nous retrouvons avec des "camps" de 6 à 12 détenus par cellule, qui partagent tous la même seringue pour s'injecter. Jusqu'à ce que le Service s'attaque sérieusement au problème et examine d'une manière réaliste d'organiser l'échange de seringues et d'aiguilles, j'ai bien peur que les prisons de l'Écosse continueront d'être un lieu de multiplication pour toutes sortes d'infections virales transmissibles par le sang."

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] «A Scotman's Tale», Connections, 1995, 1(2): 12.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Prisons: Premier atelier national VIH/sida et prisons**

Le dernier numéro du Bulletin consacrait une place importante aux conclusions du Premier atelier national VIH/sida et prisons, tenu à Kingston du 18 au 20 août 1995 et organisé par PASAN (Réseau d'action et soutien pour les prisonniers vivant avec le VIH/sida).

L'article suivant, un condensé d'un exposé présenté le 20 août 1995 à Kingston, conclut notre survol des thèmes abordés à l'atelier.

#### **Sida, prisons et libération conditionnelle**

**Le présent texte décrit les cas de deux prisonniers atteints du sida dans des établissements fédéraux et auxquels la libération conditionnelle a été refusée même en phase terminale de leur maladie.**

L'article soutient qu'il existe des lacunes dans les soins de santé aux détenus gravement malades, et suggère que la libération conditionnelle pour raisons humanitaires soit accordée aux détenus qui ont le sida. Selon les auteurs, "la détention prolongée d'un détenu atteint du sida dans les conditions actuelles" constitue un traitement "cruel et inusité".

#### **Le premier cas**

P.G. est décédé des suites du sida le 30 janvier 1995 dans un établissement de détention fédéral, seul dans son bain.

En février 1994, la Maison Amarylis, une maison d'hébergement pour les personnes vivant avec le sida, acceptait de recevoir P.G. mais la Commission nationale des libérations conditionnelles (CNLC) a jugé que son état de santé était assez bon pour qu'il se déplace avec suffisamment d'aisance. La révision du dossier a été reportée à janvier 1995. Ce moment venu, la CNLC a refusé à P.G. une libération conditionnelle totale pour raisons humanitaires. Ce refus était basé sur un manque d'information, le

Service correctionnel n'ayant pas soumis un dossier complet et à jour. P.G. est décédé quelques jours après cette décision.

## **Le deuxième cas**

En juillet 1994, R.L., un autre détenu vivant avec le sida, pesait 78kg et avait un taux de CD4 de 289/mm<sup>3</sup>. Ce taux a chuté à 60, en octobre, puis à 20 en mars 1995. En juillet 1995, lorsque la libération conditionnelle a été accordée à R.L., il pesait 55 kg et son taux de CD4 était de 0.

En examinant le dossier, on observe que:

Le 4 octobre 1994, le médecin institutionnel remettait un rapport à l'agent de gestion de cas, précisant que l'état de santé de R.L. était normal dans l'ensemble, malgré qu'un relevé médical précédent dénotait une candidose dans la gorge (muguet) et qu'une échographie abdominale récente avait montré une hépatosplénomégalie et une rate de plus de 13 cm de diamètre.

Le 2 novembre, dans une note de service à l'agent de gestion de cas, le médecin institutionnel communiquait que l'état de santé de R.L. était stable avec un CD4 de 289 en date de juillet, omettant le taux plus récemment observé de 60/mm<sup>3</sup>.

Dans son expertise du 16 janvier 1995, demandée pour l'audience de la CNLC du lendemain, le médecin institutionnel souligne que R.L. "ne présente pas de symptôme systématique laissant croire à un stade de sida". Pourtant, moins d'un mois plus tôt, ce même médecin écrivait que R.L. (qui avait déjà perdu plusieurs kilos) souffrait d'une infection opportuniste P.P.C. depuis quelques semaines.

Le 23 mars, un médecin indiquait que R.L. présentait un état de santé précaire et qu'un diagnostic de VIH avancé avait été rendu par la microbiologiste de Cité de la Santé, à Laval. Il a omis de dire que cette praticienne avait cependant précisé "en phase terminale".

Le 18 avril, dans le rapport récapitulatif sur l'évolution du dossier, la CNLC refusait de nouveau une libération conditionnelle pour raison humanitaire, parce que R.L. n'était pas en phase terminale.

Ce n'est que le 20 juillet 1995 que la CNLC accordait finalement une libération à R.L.

## **Un conflit d'intérêt?**

Plusieurs lacunes dans les soins de santé ont été déplorées par des détenus atteints du sida, mais aussi par le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP).[1] Harding et Schaller attribuent ces lacunes notamment au manque d'indépendance des médecins et à l'adoption de politiques qui servent d'abord les

besoins des institutions.[2] Les détenus atteints du VIH ou vivant avec le sida sont dépendants du médecin institutionnel et des initiatives du corps médical de la prison. Or, tel que le constatent Harding et Schaller, le lien contractuel des médecins avec les services correctionnels biaise la relation normale médecin/patient. En milieu carcéral, le médecin a des obligations envers son employeur, soit l'établissement pénitentiaire, et non seulement envers son patient, le détenu.

## **La libération conditionnelle pour raisons humanitaires**

Les détenus atteints du sida devraient pouvoir bénéficier de la libération conditionnelle pour raisons humanitaires, prévue par l'article 121 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, pour pouvoir aller mourir dans la dignité, entourés de soins physiques et psychologiques spécialisés et constants.

L'article 121 stipule que "[l]e délinquant peut bénéficier de la libération conditionnelle dans les cas suivants:

- a) il est malade en phase terminale;
- b) sa santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise si la détention se poursuit;
- c) l'incarcération constitue pour lui une contrainte excessive difficilement prévisible au moment de la condamnation [...]"

Il convient de noter que, dans certaines conditions - notamment lorsque le traitement médical offert à un détenu n'est pas équivalent à celui offert hors de la prison -, un détenu atteint du sida devrait être libéré non seulement lorsqu'il est en phase terminale comme l'indique l'alinéa a), mais aussi lorsque l'incarcération compromet sa santé - alinéa b) - ou lorsqu'elle constitue pour lui une contrainte excessive - alinéa c).

## **La protection contre tout traitement cruel et inusité**

On pourrait soutenir que, dans certaines conditions (telles des soins inappropriés ou insuffisants, une nutrition inadéquate, des conditions de détention favorisant l'apparition d'infections opportunistes, l'absence de support psychologique spécialisé, un stress intense, etc.), la détention prolongée d'un détenu vivant avec le sida constitue un traitement 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'ailleurs, une cour de district de l'Ontario a été saisie de la question en 1990. En effet, dans l'affaire *R. v. Downey*,[3] un détenu atteint du sida s'est présenté en plaidant l'article 12 de la *Charte*, invoquant le manque de traitements médicaux, le manque d'accessibilité à des traitements spécifiques et l'isolement dont il était victime. La Cour a jugé que les faits que l'accusé ne reçoive pas les traitements appropriés,

qu'il soit isolé dans une cellule 24 heures sur 24, qu'il soit la cible de menaces et qu'il n'ait pas accès à un régime alimentaire approprié, constituaient un traitement cruel et inusité. L'ordonnance de maintien en incarcération a été annulée et le détenu s'est vu accorder une mise en liberté sous condition.

Évidemment, la contestation judiciaire des conditions de détention n'est pas la solution idéale: le processus judiciaire est trop long, surtout pour une personne vivant avec le sida. De plus, la contestation cas par cas n'est pas le meilleur moyen pour faire changer une situation urgente dans le système carcéral.

- Jean Claude Bernheim et Julie Montreuil

### **Commentaire: la libération pour des raisons humanitaires**

Les participants à l'atelier de Kingston ont souligné qu'il faut prendre les mesures pour assurer que les détenus souffrant de maladies mortelles progressives et qui ne présentent pas de menace pour la sécurité publique soient libérés plus tôt dans le cours de leur maladie. Ceci correspond aux *Directives de l'Organisation mondiale de la santé sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, qui contiennent la recommandation suivante:

51. Si cela est compatible avec des considérations de sécurité et avec les procédures judiciaires, les détenus atteints de SIDA avancé devraient se voir accorder, dans toute la mesure du possible, une libération anticipée pour des raisons humanitaires, afin de leur faciliter les contacts avec leur famille et leurs amis et de leur permettre de faire face à la mort avec dignité et dans la liberté[4].

Le CESP déposait une recommandation similaire, ajoutant que "l'incarcération peut nuire davantage à la santé d'une personne infectée par le VIH ou atteinte du SIDA qu'à la santé des détenus dont le système immunitaire n'est pas en danger."[5]

Pourtant, tel que mis en évidence par des participants à l'atelier, il est souvent question de détenus en train de mourir en prison ou libérés tout juste à la veille de leur mort. Ceci correspond à ce qui avait été signalé au CESP et à ce qu'avait souligné PASAN: "La libération pour des raisons humanitaires n'est envisagée que pour les détenus en phase terminale dont la maladie est si avancée qu'ils en sont rendus à l'article de la mort, et à ce moment-là, la mise en liberté ne signifie rien d'autre qu'un transfert d'un pénitencier à une autre forme d'établissement - l'hôpital".[6]

En réponse à une lettre du député Svend Robinson, le commissaire du Service correctionnel du Canada (SCC) reconnaissait que très peu de détenus atteints de maladies pouvant causer la mort reçoivent la libération conditionnelle:

Entre le 1 janvier 1990 et le 31 décembre 1994, environ 66 détenus étaient diagnostiqués comme souffrant de maladie potentiellement mortelle, avec un pronostic statistique d'un an ou moins à vivre. Quarante-trois obtenaient un diagnostic de maladie les handicapant

au point qu'ils étaient incapables de faire du mal. De ces deux groupes (109 au total), 41 ont demandé la libération conditionnelle et 15 l'ont reçue.

Le commissaire ajoutait que certains détenus qui avaient obtenu la libération conditionnelle ont finalement refusé de s'en prévaloir à cause du manque de soutien à leur intention dans la communauté. Il cite un autre cas "d'un détenu à qui la libération conditionnelle avait été refusée parce qu'au moment de sa demande, il était encore considéré comme trop dangereux pour être libéré." [7]

Un détenu vivant avec le VIH dans une prison fédérale a confié au CESP que sa plus grande crainte est de devoir mourir en prison, sans amis ni famille à ses côtés. Afin de permettre aux détenus vivant avec le VIH/sida, ou d'autres maladies progressives pouvant causer la mort, la Commission nationale des libérations conditionnelles et le SCS doivent collaborer et assurer que ces détenus "soient normalement libérés plus tôt au cours de leur maladie, avant qu'ils ne soient en phase terminale, dans la mesure où ils ne représentent pas une menace pour la sécurité du public." [8]

- Ralf Jürgens

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[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] T.W. Harding, G. Schaller, HIV/AIDS Policy for Prisons or for Prisoners?, dans J.M. Mann, D. Tarantola et T. Netter (éds), AIDS in the World, Cambridge, Harvard University Press, 1992, p. 761-769, à la p. 762.

[3] [1990] C.R.R. 286.

[4] Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons, Genève, OMS, 1993.

[5] Supra, note 1, à la p. 127.

[6] PASAN, tel que cité dans le Rapport final du CESP, supra, note 1, à la p. 126.

[7] Lettre en date du 6 avril 1995, que l'auteur a en filière.

[8] Rapport final du CESP, à la p. 128.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### Politiques sur les drogues

#### Proposition d'un modèle de réduction des méfaits

***Le Redfern Legal Centre Drug Law Reform Project*, en Australie, a récemment publié un document sur un modèle de réduction des méfaits basé sur la provision contrôlée de drogue.[1]**

Tandis que le 30 octobre 1995 la Chambre des communes du Canada a adopté la loi C-7, la controversée *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (la loi est actuellement étudiée par le Comité sénatorial des affaires juridiques et constitutionnelles), un document vient de paraître dans l'état de la Nouvelle-Galles du Sud (Australie), qui recommande une discussion sur la réforme des lois en matière de consommation, possession, fabrication et provision de drogues.

Le Projet de réforme des lois sur les drogues souligne que le Groupe de travail juridique du Comité intergouvernemental australien sur le sida a invité toutes les autorités législatives à examiner leurs lois en matière de drogues, pour évaluer si ces lois aident à prévenir la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogues. Le Projet considère que l'approche prohibitionniste actuelle ne contribue pas à la prévention en matière de VIH et qu'elle constitue une entrave à la prévention et au soutien des personnes qui utilisent des drogues illicites et vivent avec le VIH ou le sida. Il propose un modèle qui contribuerait à réduire les méfaits de la consommation de drogue, en discutant des avantages et des inconvénients de l'application d'un modèle de réduction des méfaits.

Plus de 1 500 copies du modèle ont été distribuées pour commentaire. Le *Redfern Legal Centre Drug Law Reform Project* compte obtenir l'appui de nombreux professionnels et groupes communautaires. Une version finale du modèle sera publiée après compilation et intégration des commentaires reçus.

**Pour de plus amples renseignements sur le Modèle de réduction des méfaits, contactez Steve Bolt, Redfern Legal Centre, 73 Pitt Street, Redfern 2016, Australie / tél. (61-2) 698-7277 / fax (61-2) 310-3586.**

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Rapporté dans le HIV/AIDS Legal Link [Australie], 1995, 6(3): 20-21.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

**Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996**

---

### **Droits de la personne**

#### **APCASO: droits de la personne et VIH/sida**

**En juillet 1995, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait qu'il y avait en Asie 3,5 millions d'adultes infectés par le VIH, soit un million de plus qu'à peine un an plus tôt.**

Des violations des droits de la personne - telles la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH, le dépistage obligatoire ou sans consentement, les brèches à la confidentialité, le refus à des droits ou rites de funérailles ou d'enterrement, la recherche médicale inappropriée et l'accès inégal aux soins de santé - sont des préoccupations importantes pour les personnes les plus vulnérables au VIH/sida: femmes, enfants, utilisateurs de drogues injectables, prostitué(e)s, travailleurs contractuels à l'étranger et détenus.

Ce lien entre le VIH/sida, les droits de la personne et les questions éthiques et juridiques est récemment devenu une priorité en Asie du Sud-est, pour le Conseil d'organisations de services sur le VIH/sida de la Région Asie/Pacifique (APCASO), un réseau d'organisations non gouvernementales (ONG), d'organismes communautaires (OC) et de services liés au VIH/sida et aux droits de la personne. APCASO est la forme régionale du Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO), dont il partage la mission: soutenir les ONG et OC dans leur réaction au défi global que présentent le VIH et le sida, en mettant l'accent sur le renforcement de la lutte au sein des communautés disposant de moins de ressources ou particulièrement affectées. L'un des principes orienteurs réside dans la ferme conviction que la reconnaissance des droits de la personne est essentielle à toute stratégie intelligente de santé publique contre l'épidémie. L'emphase est placée sur le développement de réseau et sur le soutien des activités de communautés locales dans chaque pays - à l'opposé d'une structure bureaucratique lourde et onéreuse.

L'une des priorités fondamentales de APCASO vise à accroître les efforts à l'échelle locale pour sensibiliser et répondre aux préoccupations et problèmes relatifs aux droits de la personne en regard du VIH/sida. Dans cette optique, ses membres venant de l'Australie, de l'Indonésie, de la Malaisie, du Pakistan, des Philippines, du Sri Lanka et de la Thaïlande ont participé à une session de formation sur

les questions rattachées au VIH/sida. Cet atelier a fourni aux participants les connaissances et habiletés nécessaires pour documenter et surveiller adéquatement les problèmes spécifiques de droits de la personne liés au VIH/sida. Un comité de travail a été constitué pour maintenir la communication et préparer des mises à jour.

À partir de cette rencontre, les organisations participantes ont développé leurs propres plans d'action, une équipe régionale de travail a été mise sur pied et les responsabilités distribuées. Les plans nationaux se concentrent sur quatre domaines principaux: améliorer les outils de documentation et de cueillette de données sur les droits de la personne; établir des points de mire pour la dénonciation d'abus; développer des mandats et des ensembles de principes; entreprendre l'éducation populaire sur le lien entre les droits de la personne et le VIH/sida.

En avril 1995, une consultation de suivi a eu lieu à Langkawi (Malaisie) pour examiner où la situation en était par rapport aux objectifs posés lors de l'atelier initial, et pour planifier les activités suivantes. En continuant de se baser sur les efforts de ses membres pour surveiller et documenter les violations des droits de la personne, le réseau a déplacé sa préoccupation vers l'établissement de normes pour le respect des droits dans la région. À la conclusion de cet atelier, les participants s'entendaient pour poursuivre des programmes spécifiques à chaque pays et des activités axées sur les droits de la personne et le VIH/sida.

Cette consultation a également donné naissance à un plan d'action régional, dont faisait partie le lancement du *APCASO Compact on Human Rights*, à l'occasion du Forum communautaire tenu à Chiang Mai (Thaïlande) en septembre 95. Le *APCASO Compact on Human Rights* constitue une convention sur les aspects du sida relatifs aux droits de la personne, visant à répondre au besoin d'objectifs et de mandats communs des ONG et OC affiliées à APCASO, pour la reconnaissance de l'importance des droits de la personne pour l'efficacité de la lutte contre le sida. La convention se veut un cadre de travail que chaque pays peut améliorer et mettre en application pour évaluer et développer des réactions efficaces à l'épidémie.

Le préambule du document exprime le souhait de APCASO que soient reconnus et respectés les droits des personnes vivant avec le VIH ou le sida. Une section aborde les normes et précise les droits de toutes les personnes séropositives. On peut se procurer copie du *Compact* par l'entremise du secrétariat de APCASO aux Philippines, ou par son secrétariat central à Ottawa - aux adresses ci-dessous.

En septembre, APCASO co-commanditait la troisième Conférence internationale sur le sida en Asie et au Pacifique, qui a eu lieu à Chiang Mai (Thaïlande). Avant ce congrès, APCASO a convié les ONG, OC et personnes vivant avec le VIH/sida à discuter des questions prioritaires de leurs régions, notamment les besoins des personnes vivant avec le VIH, les questions relatives aux droits de la personne, aux sexes, aux pratiques sexuelles et aux travailleurs migrants.

Les initiatives de APCASO en matière de droits de la personne progressent: le Malaysian AIDS Council a adapté le *Compact* de APCASO; l'Indonésie tient actuellement une consultation avec les organismes locaux pour son Groupe de travail indonésien sur les droits de la personne; *ACT Human Rights* a été

traduit en indonésien; les Philippines ont réussi à faire que davantage d'organisations non gouvernementales intègrent les droits de la personne à leur programme.

APCASO a publié un annuaire des ONG et OC d'Asie du Sud et du Sud-est, du Pacifique, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande. Le recueil identifie 120 groupes de services dont bon nombre travaillent en faveur de l'un ou l'autre aspect lié aux droits de la personne. La liste de contacts de APCASO continue de croître par le bouche à oreille dans chaque région.

On peut lire plus en détail sur les développements de APCASO en matière de droits de la personne, dans le *ICASO Update*, dont on peut recevoir copie de: Yolanta Cwick, éditeur, ICASO - Secrétariat central, 100 rue Sparks (suite 400), OTTAWA ON K1P 5B7 Canada / fax (613) 563-4998, e-mail: [icaso@web.apc.org](mailto:icaso@web.apc.org) /

site 3W: <http://www.web.apc.org/~icaso/webpage.html>

Contact direct avec APCASO: Teresita Marie P Bagasao, APCASO Asia/Pacific, Kabalikat Ng Pamilyang, Philipino, 3rd Floor B&M Building, 116 Aguirre St., Legaspi Village, 1229 Makati, M.M. PHILIPPINES. Tél. (63-2) 813-6476; fax (63-2) 893-9535; e-mail: [kablikat@mozcom.com](mailto:kablikat@mozcom.com)

- *David Shanks*

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

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

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

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

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### Droit de la famille

#### **Un tribunal américain laisse un enfant dans une famille d'accueil où la mère est séropositive**

**Le 3 octobre 1995, la Cour d'appel de l'État du Nebraska a jugé qu'il n'était pas dans le meilleur intérêt d'un enfant de trois ans et demi qu'il soit retiré d'une famille d'accueil parce que la mère avait le sida[1].**

L'enfant, John, avait été placé dans sa famille d'accueil à l'âge de trois mois. Le placement pouvait vraisemblablement conduire à l'adoption par la famille d'accueil dès que John deviendrait admissible à l'adoption. Les services sociaux du Nebraska, en apprenant que la mère de la famille d'accueil était séropositive, décidèrent qu'il serait dans l'intérêt de l'enfant d'être placé dans une autre famille d'accueil. Ils se disaient que selon toute probabilité John verrait sa mère de famille d'accueil mourir, et qu'il était par conséquent préférable que celui-ci soit transféré dans une famille d'accueil où les parents étaient "en santé".

Les médecins experts ont présenté des témoignages contradictoires. Deux témoins ont affirmé que le fait de retirer John de sa famille d'accueil risquait d'entraîner des dommages à sa personnalité beaucoup plus importants que le fait de vivre la mort d'un parent, qui constitue "un événement ordinaire de la vie". Selon un psychiatre conseil des services sociaux, toutefois, retirer John de sa famille d'accueil ne lui ferait pas de mal.

Observant que l'évolution future de la maladie de la mère relevait de la conjecture et que de toute façon la mort, bien que pénible, faisait naturellement partie de la vie, la cour conclut qu'il n'était pas convenable, sous prétexte de protéger John d'une tragédie possible - la mort de sa mère - de lui faire subir une autre tragédie, la perte de ses deux parents. La cour nota que la mère n'avait pas perdu sa capacité d'agir comme parent, qu'il n'y avait aucun risque que la mère transmette le VIH à John, et que la

famille était très unie. Au sujet de l'omission de la mère de déclarer qu'elle était séropositive au moment où les parents se portaient candidats pour devenir la famille d'accueil de John, la cour considéra qu'il n'était pas dans l'intérêt de l'enfant de punir les parents pour cette faute admise.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] In Re John T; State v. Carraher, 1995 WL 578022. Reportage paru dans Lesbian/ Gay Law Notes, novembre 1995, p. 154-155.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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

## Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 2 - Janvier 1996

---

### Nouvelle publication

#### ***AIDS, Health and Human Rights: An Explanatory Manual*[1]**

Trois modèles rivalisent pour incarner le cadre conceptuel exhaustif et intégral pour comprendre l'épidémie de VIH et lutter contre elle:

le modèle biomédical, qui reconnaît le VIH comme un virus qui affecte le système immunitaire - la transmission étant facilitée par des facteurs biologiques tels la virulence et la coexistence de maladies transmissibles sexuellement, et par des facteurs comportementaux, l'élément humain déterminant;

le modèle de développement, pour lequel l'épidémie de VIH trouve ses causes initiales dans les conditions économiques et sociales disparates aux niveaux local et global - les conséquences se mesurant en termes de souffrance individuelle, d'effets micro-économiques et sociaux sur la vie familiale et communautaire, et enfin, d'impact majeur sur le développement humain d'un pays donné; et

le modèle des droits de la personne, qui a recours aux arguments de santé publique pour le respect, la protection et la promotion de la dignité et des droits de la personne pour réduire la vulnérabilité au VIH et mobiliser les populations afin d'arriver à une prévention efficace et d'alléger l'impact du VIH/sida.

Le manuel explicatif *AIDS, Health and Human Rights* aborde et examine ce troisième modèle. Ce document deviendra rapidement un *must* pour quiconque cherche à mettre sur pied des programmes de santé publique efficaces en regard du VIH. Cet ouvrage, écrit à l'intention des professionnels de la santé publique et des personnes intéressées par les aspects juridiques et éthiques des mesures actuelles ou proposées pour lutter contre l'épidémie, constitue en fait un ouvrage fondamental sur le lien entre les droits de la personne, la santé et le VIH. Résultat d'une collaboration entre la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et le *François-Xavier Bagnoud Center for Health*

*and Human Rights*, il a pour but de faire le pont dans la compréhension entre les activistes des droits de la personne et les professionnels de santé publique.

En plus d'offrir des renseignements essentiels à ces deux domaines et de contribuer à clarifier les principes sous-jacents à leurs discours respectifs, l'ouvrage présente trois sections principales illustrant un dialogue entre santé publique et droits de la personne sur le VIH/sida:

la prévention et le dépistage;

l'accès et les obstacles aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida;

le dépistage du VIH, les soins et la confidentialité.

On présente ensuite des scénarios types illustrant comment le dialogue peut parvenir à créer des situations où chacun gagne. Un graphe classique 2 X 2, bien connu des épidémiologistes et des spécialistes de santé publique, offre un cadre pour que les négociations permettent la meilleure harmonisation possible entre les objectifs de santé publique et le respect de la dignité et des droits de la personne.

Du zéro, deux axes sont tracés. L'axe SP (PH) représente la qualité de santé publique et l'axe DP (HR) représente celles des droits de la personne. Chaque secteur ou quadrant est marqué d'une lettre correspondant à une estimation de l'atteinte des buts des deux perspectives - santé publique et droits de la personne - pour une politique ou un programme proposé. Les critères d'évaluation d'une politique ou d'un programme selon chaque axe sont présentés en une série de questions visant l'atteinte optimale des objectifs des deux domaines et la résolution harmonieuse des conflits dans un climat de respect et de compréhension mutuelle. Une politique ou un programme atteignant le pointage maximal est placé dans le quadrant supérieur droit, qui reflète des qualités élevées en matière de santé publique et des droits de la personne.

Si cette approche peut sembler un peu "culinaire", ceux d'entre nous qui ont été impliqués dans les débats pour intégrer ce qui de prime abord apparaissait comme des valeurs concurrentes peuvent apprécier la clarté dont rend compte un graphe 2 X 2.

Enfin, un aspect particulièrement utile du manuel réside dans une annexe qui englobe tous les recueils, toutes les lois et déclarations majeures sur les droits de la personne, ainsi qu'une liste intégrative des dispositions en cette matière, présentée par sujets.

Les principes exposés dans cet ouvrage seraient utiles pour réagir aux problèmes de droits de la personne et de santé publique entourant n'importe quelle maladie. Ils sont d'une importance particulière pour réagir au VIH/sida, la première épidémie à faire surface en l'ère moderne des droits de la personne.

- *Catherine Hankins*

La version française est attendue pour la fin de mars 1996, mais on peut demander copie de *AIDS, Health and Human Rights: An Explanatory Manual* à Mme Pollie Dussan, Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge tél. (41-22)730-4222 / fax (41-22) 733-0395; ou à la Harvard School of Public Health, 8 Story Street, Cambridge, MA 02138, U.S.A.

---

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

---

[1] Fédération internationale des Sociétés de la Croix-rouge et du Croissant-rouge et François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, 1995.

[Return to HOME PAGE](#)

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

[Retour à la PAGE D'ACCUEIL](#)

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