

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

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

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Sommaire

Volume 2 Numéro 3

[Sida et morts par surdose en C.-B.](#)

[Lois sur les drogues et VIH/sida](#)

[Santé publique: refus ou incapacité de prendre des précautions](#)

Politiques sur les drogues

[Seringues stériles pour les moins de 14 ans](#)

[Avis éthique sur l'accès aux seringues stériles pour les jeunes de moins de 14 ans](#)

[Projet de loi C-7: mise à jour](#)

Discrimination

[Transsexualisme, discrimination et VIH/sida](#)

[É.-U.: dentiste reconnu coupable de discrimination illicite](#)

[VIH et services de garde](#)

[É.-U.: les militaires séropositifs seront renvoyés](#)

Sang et produits sanguins

[Nouvelles de la Commission Krever](#)

Responsabilité civile

[Négligence ou simple ignorance: l'affaire Ter Neuzen](#)

Justice pénale

[É.-U.: Lourde peine à une personne séropositive pour agression sexuelle](#)

[Canada: Opposition à l'infraction criminelle portant spécialement sur le VIH](#)

[Le droit criminel et le VIH/sida: survol de la jurisprudence \(Partie III\)](#)

Détenus et VIH/sida

[Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse](#)

[Australie: Échange de seringues en prison](#)

[Soutien spirituel aux détenus vivant avec le VIH](#)

Séjour et immigration

[Australie: résidence permanente accordée à des personnes séropositives](#)

Enfants et VIH/sida

[Les enfants touchés par le sida](#)

[Le sida dans le monde: son impact sur les bébés, les enfants et les adolescents](#)

Euthanasie

[L'euthanasie: une réplique](#)

Soins, soutien et traitement

[Prise en charge de la phase terminale du sida](#)

Nouvelles internationales

[Sommet de Paris: un an plus tard](#)

[É.-U.: Nouveau test bientôt breveté](#)

[Vatican: Opposition à la promotion des relations sexuelles protégées](#)

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

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

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Sida et morts par surdose en C.-B.

En janvier 1995, le gouvernement de la Colombie-Britannique (C.-B.) rendait public le Rapport du coroner en chef^[1] sur l'augmentation du nombre de décès par surdose de drogue illicite sur une période de 6 ans. En 1993, on rapportait 356 décès de ce genre, une augmentation de 800% du nombre rapporté en 1988.

En 1993, la mort par surdose attribuable à l'usage de drogue illicite constituait la principale cause de mort parmi les résidents de la C.-B. âgés de 30 à 44 ans, dépassant dans ce groupe le sida chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes. Les hommes étaient 4 fois plus susceptibles que les femmes de mourir de surdose de drogue illicite. Environ les deux tiers des décès par surdose de drogue illicite ont eu lieu dans le Vancouver métropolitain, quoique quatre autres communautés de la province présentaient aussi des taux élevés. La plupart des décès impliquaient l'héroïne et la cocaïne, séparément, conjointement, ou en combinaison avec d'autres drogues. Dans près de la moitié de ces cas, on détectait également des taux élevés d'alcool. La méthadone n'était associée qu'à 2% des décès.

Augmentation du taux de séroconversion au VIH

Depuis la publication du Rapport du coroner en chef, les épidémiologistes des services de santé provinciaux ont conclu que le taux de séroconversion au VIH dans la population d'utilisateurs de drogues par injection (UDI) est maintenant au moins aussi élevé que le taux de séroconversion chez les hommes gais. Quoique la transmission du VIH soit fréquemment attribuable à des aiguilles et seringues contaminées, les partenaires sexuels des UDI sont aussi exposés à un risque.^[2] Par conséquent, si l'on ne s'empresse pas d'amorcer des interventions de santé publique, le VIH pourrait se répandre rapidement dans la population en général.

Recommandations

Le Rapport du coroner en chef adresse 63 recommandations à plusieurs ministères gouvernementaux et

municipaux, et au Collège des médecins et chirurgiens. De manière générale, il suggère une meilleure coordination des services en place à l'intention des UDI, ainsi que l'exploration de divers modèles de traitement, incluant l'entretien à la méthadone, la réduction des méfaits et l'abstinence. Le Rapport recommande aussi de passer en revue la législation sur le contrôle des substances licites et illicites, de manière à amender les lois qui ne sont pas appropriées. Il recommande en outre que le Solliciteur général de la C.-B. examine la possibilité de décriminaliser l'usage de certaines drogues illicites afin de réduire le risque qui leur est associé, et de rediriger vers des programmes de prévention et de traitement les sommes actuellement consacrées à l'application des lois.

Échange d'aiguilles et méthadone

En réponse au Rapport, le gouvernement provincial a déjà pris des mesures pour améliorer l'accès aux programmes d'échange de seringues et d'entretien à la méthadone. La province entend offrir l'échange de seringues dans toutes ses régions, via une combinaison de services d'échange subventionnés, d'unités de santé publiques existantes et de pharmacies privées. Le gouvernement provincial gère déjà 14 programmes d'échange de seringues, pour lesquels il effectue au prix de 0,55 million de dollars par année des achats groupés de seringues et d'aiguilles qu'il offre gratuitement aux clients de ces services, avec des condoms et du lubrifiant. Hormis les services d'échange de seringues et d'aiguilles, toutes les unités de santé publique de la province ont l'accès gratuit à ces lots de seringues, d'aiguilles, de condoms et de lubrifiant, et plusieurs de ces unités ont commencé à distribuer ce matériel à leur clientèle. En ce qui concerne les pharmacies privées, la Loi sur les pharmacies a été amendée de manière à leur permettre de vendre des seringues et des aiguilles, de les étaler et d'en faire la publicité.

En juin 1995, le Collège des médecins et chirurgiens, instance responsable de la formation et de la supervision des permis de prescrire la méthadone, a reçu du financement pour améliorer le recrutement et la formation de nouveaux médecins titulaires du permis de prescrire, et pour améliorer leur répartition géographique. On compte actuellement en C.-B. 215 médecins qui prescrivent la méthadone à un total d'environ 1650 patients. Le Collège des médecins et chirurgiens vise à augmenter ce nombre à 300 médecins au cours des 2 prochaines années. En outre, le gouvernement provincial, en collaboration avec le Collège des médecins et chirurgiens, recrute actuellement des pharmacies qui pourront répondre aux prescriptions de méthadone en province.

Réaction aux recommandations

Outre ce que nous venons de mentionner, le gouvernement de la C.-B. a formé un Groupe de travail interministériel pour développer une réaction coordonnée aux recommandations contenues dans le Rapport. Ce Groupe est constitué de représentants de chacun des ministères auxquels le coroner a adressé des recommandations, ainsi que d'autres ministères pour lesquels certaines recommandations sont pertinentes. Le but de ce processus est d'examiner les recommandations et de développer des actions qui amélioreront la prévention et les services de traitement aux UDI, afin de réduire le risque et la mortalité associés à l'usage de drogues par voie d'injection. Le Groupe de travail est conscient de vagues similaires de décès par surdose de drogues intraveineuses dans d'autres pays, notamment en

Allemagne,[3] et d'interventions spécifiques[4] qui ont considérablement réduit les taux de mortalité et de morbidité. C'est dans cette optique que le Groupe a porté son attention sur le développement de politiques et stratégies visant à promouvoir:

- l'inclusion des principes de la réduction des risques dans le développement de politiques et services à l'intention des UDI;
- l'accroissement de l'accès aux services sociaux et au logement;
- l'accroissement de l'accès aux services de santé et de traitement des dépendances.

On s'attend à ce que ces améliorations nécessitent des sommes supplémentaires; il faudra donc examiner certaines possibilités de financement supplémentaire. Le budget des services de traitement des dépendances en C.-B. était de 51,14 millions de dollars en 1994-95, ce qui représente moins de 1% du budget total du ministère de la Santé. En 1993-94, le nombre total d'admissions aux services de traitement des dépendances était de 38 781. Avec le financement actuel, ces services fonctionnent à pleine capacité et, si l'on n'en augmente pas le nombre, toute initiative qui y créera une affluence supplémentaire d'UDI aura fort probablement pour effet de placer un fardeau sur les services existants.

Réduire les dépenses d'application des lois sur les drogues

Le coroner en chef aimerait voir réduire les dépenses d'application des lois en matière de drogues, spécialement des dispositions dirigées contre les utilisateurs, afin de rediriger ces fonds vers les programmes de prévention et de traitement. Actuellement, les dépenses d'application des lois sur les drogues dépassent celles effectuées pour la prévention et le traitement dans un rapport de 3 pour 1. Cette répartition des dépenses ne se limite pas à la C.-B.: en 1992, 69% des dépenses fédérales des États-Unis en matière de contrôle des drogues allaient à l'application des lois, 17% au traitement, 14% à la prévention.[5] En combinant les dépenses fédérales et celles des États, le ratio demeure le même. Cette formule de financement persiste en dépit du manque de preuves sur l'efficacité des mesures d'application de la loi pour contrôler la vente et la consommation des drogues illicites. En réalité, des études ont montré que le traitement constitue le moyen le plus rentable de réduire la consommation.[6] D'autres études suggèrent en outre que la législation actuelle en matière de drogues illicites est la source de méfaits indésirables, en resserrant les liens entre drogue et crime.[7] Par conséquent, il est nécessaire de revoir la législation afin de développer des politiques et des lois qui permettent un usage efficace et humain des fonds publics sans compromettre la sécurité publique. Une telle stratégie nécessite l'éducation et la consultation du public, un dialogue sérieux entre les divers paliers provinciaux et fédéraux, ainsi qu'un débat international entre les nations qui produisent des drogues illicites et celles qui en consomment.

Toutefois, vu les coûts potentiellement énormes des soins de santé liés au traitement de nouveaux cas de VIH/sida, les gouvernements doivent élaborer des stratégies dépassant les objectifs de contrôle du trafic et de la consommation de drogues illicites. L'Organisation mondiale de la santé estime à 500 milliards

de dollars américains la valeur annuelle du commerce mondial des drogues illicites au détail,[8] ce qui classe l'importance de ce commerce au deuxième rang, entre celui des armes et celui du pétrole. Il est peu probable que des lois et politiques prohibitionnistes puissent enrayer une entreprise multinationale de cette envergure.

La réponse coordonnée au Rapport du coroner en chef est sensée être soumise au Cabinet au printemps 1996. Le Cabinet provincial se penchera alors sur les options présentées par le Groupe de travail interministériel, afin de décider des orientations à adopter.

- Dr JF Anderson

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1]Office of the Chief Coroner, *Report of the task force into illicit narcotic overdose deaths in British Columbia*, Victoria (C.-B.), Ministère du Solliciteur général, 1994.

[2]T. Myers et coll., «A comparison of the determinants of safe injecting and condom use among injecting drug users», *Addiction*, 1995, 90: 217-226.

[3]B. Fisher, «Drugs, communities and *harm reduction* in Germany — the new relevance of *public health* principles in local responses», *Journal of Public Health Policy*, 1995, 16(4).

[4]W. Heckman, communication personnelle, 37th International Congress on Alcohol and Drug Dependence, San Diego (É.-U.), 20-25 août 1995.

[5]P. Murphy, «Keeping Score: the frailties of the federal drug budget», *Issue Paper*, Rand Institution, 1995.

[6]The Rand institution, «Projecting future cocaine use and evaluating control strategies», *Issue Paper*, Rand Institution, 1995.

[7]R.J. MacCoun et coll., «A content analysis of the drug legalization debate», *Journal of Drug Issues*, 1993, 23 (4): 615-629; voir aussi C.E. Faupel, *Shooting dope: career patterns of hard-core heroin users*, Gainesville, University of Florida Press, 1991, p. 148-168.

[8]United Nations Research Institute for social Development, *Illicit drugs, social impacts and policy responses*, Genève, UNRISD, 1994.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Lois sur les drogues et VIH/sida

Quel est l'impact des lois actuelles sur les efforts de prévention de l'infection à VIH et de soins aux UDI séropositifs?

Plusieurs des particuliers et groupes consultés pendant la Phase I du Projet conjoint sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida (Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida) se préoccupent des faits que:

- les consommateurs de drogue soient «poussés à la clandestinité», plutôt que de se voir offrir un accès facile aux traitements pour leur toxicomanie et pour le VIH/sida;
- que les lois et les politiques rendent encore plus difficile la tâche de les atteindre et de les sensibiliser; et
- que la consommation de drogue soit traitée comme une activité criminelle plutôt qu'une question de santé.

On a signalé des incohérences entre les lois et les politiques réglementant l'usage de drogues illicites et celles sur les drogues licites, dont la consommation est acceptée, voire souvent encouragée. Les autres préoccupations portaient notamment sur:

- l'accès limité à la méthadone;
- la disponibilité limitée des traitements de la toxicomanie;
- le dépistage obligatoire du VIH pour les personnes qui demandent l'accès à certains programmes de traitement de la toxicomanie;

- le fait que les consommatrices de drogue, séropositives ou non, se voient conseiller de se faire avorter;
- l'accès limité aux programmes d'échange de seringues, qui n'existent souvent qu'au centre de grandes agglomérations urbaines; et
- l'exclusion des consommateurs de drogues des essais cliniques.

Demandes de changements aux lois sur les drogues^[1]

Déjà au début des années 1970, la Commission LeDain recommandait des changements radicaux aux lois canadiennes en matière de drogue,^[2] y compris la décriminalisation de la possession du cannabis. Quelques commissaires demandaient même de décriminaliser la possession de toutes les drogues et de rendre les drogues «dures» disponibles aux toxicomanes.^[3] On arrivait à ces conclusions à une époque où le VIH/sida était inconnu. Elles demeurent controversées: pour certains, elles n'allaient pas assez loin et auraient dû comprendre une recommandation sans équivoque de décriminaliser la possession de toutes les drogues; pour d'autres, ses conclusions allaient trop loin. Les tenants de la décriminalisation de l'usage de la drogue et ceux de la «guerre contre les drogues» continuent d'écrire articles et rapports dans lesquels ils expliquent les principaux arguments en faveur de leurs thèses respectives, qui semblent tout à fait irréconciliables et sont défendues toutes deux avec ardeur:

- Mitchell affirme que les lois de contrôle de la drogue sont fondées sur des mythes et des préjugés plutôt que sur des principes de justice et de validité scientifique);^[4] il demande des changements majeurs à la loi pour réduire les coûts sociaux liés à la drogue et pour promouvoir au Canada une société plus civilisée et tolérante envers la drogue;^[5]
- Hadaway et coll., soutiennent que «nos politiques anti-drogue causent à la société et aux individus un tort plus grand que les avantages promis par les législateurs qui les établissent. Par ces politiques, nous [...] sacrifions nos droits sociaux et individuels plutôt que d'appuyer un effort rationnel en vue de réduire l'abus de la drogue»;^[6]
- Erickson est plus prudente: bien qu'elle admette que «les coûts élevés et les avantages douteux des politiques prohibitionnistes soient bien connus, il ne serait pas utile d'abandonner les contrôles juridiques actuels simplement par frustration ou par défaitisme». À son avis, il faut fournir des solutions de rechange positives.^[7]

L'impact du sida

Toutefois, depuis quelques années, en partie à cause de l'épidémie du VIH/sida, plusieurs ont abandonné le débat serré sur la décriminalisation pour porter attention aux méfaits causés par l'usage de la drogue, en vue d'élaborer des façons pragmatiques de les réduire. Il n'y a aucun doute: les inquiétudes au sujet du VIH/sida, surtout en ce qui concerne le rapport entre le partage des seringues contaminées et la

propagation du VIH/sida, ont des répercussions importantes sur l'évolution des politiques de lutte contre la drogue.[8] L'établissement de programmes d'échange de seringues financés par le gouvernement est probablement l'exemple le plus important des grands changements en cours. D'après O'Brien, ces programmes représentent une reconnaissance explicite de la réalité sociale de l'usage de la drogue, de la futilité et de l'impraticabilité des efforts conçus pour éliminer le problème, et de la nécessité pour la santé publique d'adopter des mesures pour endiguer le taux rapidement croissant de l'infection à VIH chez les utilisateurs de drogues injectables.[9] Plusieurs gouvernements, y compris le gouvernement canadien, adoptent officiellement le principe dit «de la réduction des méfaits» de l'usage de la drogue. En vertu de ce principe, la première priorité est de réduire les conséquences néfastes de l'usage de la drogue plutôt que sa prévalence. La réduction des méfaits «établit une hiérarchie d'objectifs, où il s'agit d'atteindre les plus pressants et les plus réalistes d'entre eux comme premières étapes vers l'usage sans risque ou, s'il y a lieu, l'abstinence».[10] Bien que certains ne fassent pas de distinction entre les principes de réduction des méfaits et les thèses en faveur de la décriminalisation, elle est claire: le principe de la réduction des méfaits peut comprendre ou non l'objectif de la décriminalisation de l'usage de la drogue; cependant, même s'il comprend cet objectif, celui-ci ne sera qu'un des nombreux éléments d'une stratégie en vue de réduire les méfaits de l'usage de la drogue, plutôt que d'en être l'objectif principal.

En pratique, comme le soulignent de nombreux auteurs, les lois et politiques relatives aux drogues, déjà en place ou à l'état de projets, ont souvent pour effet de rendre plus difficile la réduction des méfaits causés par l'usage de la drogue, notamment, la propagation du VIH/sida. Dans un numéro précédent du *Bulletin*, Riley et Oscapella examinaient le projet de loi C-7 (devenu C-8), introduit en février 1994 pour réformer les lois canadiennes actuelles sur la drogue. Soutenant que ce projet de loi promet d'exacerber l'irrationalité, d'augmenter la confusion et d'alourdir les peines dans certains cas, les auteurs concluaient que: «Si le projet de loi est adopté, les ressources continueront d'être mal affectées, on continuera de mettre l'emphase sur la criminalisation des consommateurs de drogue et plusieurs Canadiens seront regrettamment infectés — et tués — par le VIH».[11] Ils donnent une longue liste de raisons pour lesquelles «les lois canadiennes sur les drogues contribuent à la mort de milliers de personnes par la propagation évitable du VIH et d'autres infections, comme l'hépatite et la tuberculose». Ces lois ont:

- créé une culture de personnes marginalisées, les éloignant des réseaux classiques de soutien social;
- favorisé une réticence à sensibiliser les gens aux pratiques sûres de consommation de la drogue, de peur de sanctionner ou d'encourager l'usage de drogues illégales;
- favorisé des attitudes publiques qui sont «véhémentement contre les consommateurs de drogue», créant ainsi un climat «dans lequel il est difficile de convaincre les Canadiens de se soucier de ce qui arrive à leurs concitoyens qui font usage de la drogue»; et
- fait porter l'attention sur la punition des Canadiens qui font usage de la drogue, «ce qui a eu pour effet de minimiser des questions extrêmement importantes comme la raison pour laquelle les personnes consomment de la drogue et ce qui peut être fait pour aider à mettre

fin aux pratiques dangereuses de consommation de la drogue».

D'après les auteurs, nous devrions réévaluer dès maintenant les lois canadiennes contre la drogue et en rédiger de nouvelles, fondées sur les principes de santé publique et de réduction des méfaits. D'après eux, le Canada devrait aborder la consommation de drogue comme une question de santé plutôt que de droit criminel.

Usage de drogue: une question de santé

Ce point de vue est partagé par de nombreux auteurs. Gostin affirme qu'en matière d'usage de la drogue, le gouvernement devrait privilégier une politique qui donne explicitement priorité aux buts thérapeutique et de santé publique, plutôt qu'à l'application de la loi, lorsque ces buts sont en conflit.[12] À son avis, il faut accorder cette priorité au but thérapeutique à cause de la gravité de l'épidémie du VIH et parce que l'étendue des prohibitions criminelles et de la réglementation gouvernementale a souvent pour effet de rendre inefficaces les mesures de santé publique. Il conclut que «l'usage de la drogue et la propagation de l'infection par l'usage d'aiguilles sont essentiellement des problèmes de santé publique. Les personnes sérieusement accoutumées à une drogue se soucient des effets de son usage et du VIH sur eux et sur leurs partenaires; ils peuvent changer leurs comportements si on leur fournit l'éducation, les moyens et les services pour le faire». Power et coll. recommandent que toutes les lois touchant la politique en matière de drogue tiennent compte des conséquences sur les stratégies de prévention de l'infection à VIH, pour éviter que ces lois n'entravent les activités de prévention du VIH/sida.[13] Comme l'a affirmé O'Connell, aujourd'hui encore plus qu'il y a vingt et un ans (époque de la Commission LeDain), il importe de traiter les drogues comme une question de santé et non comme une question pénale, principalement à cause de l'avènement du VIH/sida — une nouvelle Commission LeDain devrait s'interroger «sur le bien-fondé des lois et des politiques qui favorisent une propagation accrue de cette maladie mortelle en s'acharnant à préserver une notion déformée de moralité publique».[14]

Drogues et droit de la personne

Kirby mentionne un autre élément qui devrait guider l'établissement des lois et politiques relatives à la drogue: il faut non seulement qu'elles soient pragmatiques, elles doivent être respectueuses des droits de la personne des utilisateurs de drogues. Kirby signale que jusqu'à maintenant la plupart des avocats sérieux, et pratiquement tous les juges, ont passé outre la question des droits de la personne de ceux qui font usage de la drogue:

Nous avons tous été entraînés par le modèle prohibitionniste de lutte contre la drogue [...] L'avènement de la pandémie du sida nous oblige à complètement revoir cette stratégie, tant sur le plan mondial que sur le plan national. Il faut aborder la question de façon pragmatique, en tenant compte des droits de la personne. Pour dire les choses comme elles sont, il est barbare de punir, par de longues périodes d'emprisonnement, des personnes accoutumées à une drogue. Il s'agit d'un problème de santé publique et non de droit pénal et il doit être traité comme tel ... L'usage de la drogue ne disparaîtra pas. Une stratégie

juridique sensée visera à réduire les méfaits et non le but chimérique de la prohibition juridique absolue. Le VIH/sida finira par nous l'apprendre^[15].

McCarthy,^[16] de même que Silvis et coll.,^[17] soulignent aussi que les droits humains des personnes qui s'injectent des drogues ont été oubliés. Selon McCarthy, pour plusieurs raisons il est plus difficile de réduire la discrimination contre les consommateurs de drogues injectables que de réduire celle envers les personnes vivant avec le VIH/sida ou les gais. Selon elle, il est devenu évident que la société accepte généralement la discrimination contre les consommateurs de drogue «parce que le principe de l'équité ne s'applique pas». L'usage de drogue injectable est considéré comme un simple choix personnel, quelque chose que l'on peut arrêter, modifier ou changer; les gens considèrent que «si [les utilisateurs de drogues] n'aiment pas la manière dont ils sont traités, ils peuvent arrêter». McCarthy signale que les cas de discrimination contre les utilisateurs de drogues injectables sont tellement fréquents que la plupart d'entre eux ne se rendent même plus compte qu'ils en sont victimes. Pour eux, il est devenu «normal» d'être maltraité, dénigré, et la peur de recevoir des mauvais traitements en empêche plusieurs d'avoir recours aux services dont ils ont besoin. McCarthy confie avoir été bouleversée de voir à quel point la discrimination contre les consommateurs de drogues injectables est répandue:

J'estime qu'il y a de quoi avoir honte de notre société, lorsqu'un des groupes qui souvent a le plus besoin de services s'en voit refuser l'accès ou est activement dissuadé d'y avoir recours. Il est encore plus troublant de constater que ce traitement réservé aux consommateurs de drogues injectables semble si acceptable aux yeux de notre société.^[18]

Recommandations

Conscient que «sur le plan individuel comme sur le plan collectif, la propagation du VIH constitue une menace beaucoup plus grande pour la santé que la consommation de drogues par injection comme telle», le Groupe de travail sur l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection du Comité consultatif national sur le sida (CCN-SIDA), a formulé en 1990 une liste de recommandations, dont plusieurs n'ont pas encore été adoptées. Le Groupe soulignait que «de profonds changements dans l'attitude du public et des professionnels de la santé à l'égard de la consommation de drogues par injection, voire des usagers de drogues par injection, sont nécessaires car toute politique ou intervention qui ne respecte pas les droits humains et la dignité des toxicomanes peut les inciter à taire leur accoutumance, ce qui ne manquerait pas de nuire à l'efficacité des mesures mises en oeuvre pour contrer la propagation du VIH».^[19]

En 1994, à l'occasion du Deuxième Atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues, les participants ont convenu d'adopter et de faire valoir ces mêmes recommandations comme le fondement d'un plan d'action global sur le VIH et l'usage de drogues. Ils ont cependant discuté d'un certain nombre de recommandations allant plus loin que celles présentées dans le document du CCN-SIDA, se concentrant sur les droits de la personne des UDI et/ou remettant en question certains aspects du traitement de l'abus des stupéfiants par le régime de droit pénal canadien. On a recommandé entre autres:

- la décriminalisation de facto de la possession de cannabis pour usage personnel, accompagné d'un contrôle soutenu des narco-traficants;
- la modification des lois sur les narco-dispositifs pour autoriser la vente de seringues dans les piqueries;
- la recherche de solutions de remplacement à l'emprisonnement des narco-criminels: les contrevenants devraient être normalement dirigés vers des services communautaires d'aide et de traitement plutôt que traduits en justice;
- la reconnaissance, par le gouvernement canadien, des nombreux méfaits liés au traitement des problèmes de drogue par le droit pénal, notamment: un risque accru d'infection à VIH pour les consommateurs de drogues par injection, la population en général et les détenus; la criminalisation injustifiée des consommateurs de drogues; et le tort causé aux droits fondamentaux de la personne pour tous les Canadiens;
- l'interruption des projets de modifications législatives actuelles (notamment le projet de loi C-7, devenu C-8) visant à renforcer et à maintenir le recours au droit pénal. Les gouvernements devraient plutôt se consacrer à l'adoption de politiques sociales et de mesures de santé permettant de réduire les méfaits de la drogue aux niveaux individuel et social.

L'appui de ces recommandations n'était pas unanime, mais les délégués s'entendaient pour dire que la préoccupation première des lois et politiques canadiennes en matière de drogue doit viser la réduction des méfaits. Ils soulignaient que ceci nécessite de revoir les lois et politiques actuelles et de considérer l'usage de drogue comme une question de santé, non pas de droit pénal.

- *Ralf Jürgens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1]Le présent texte est une version révisée de l'enquête bibliographique et bibliographie annotée publiée dans le

cadre du Projet sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida. Voir R. Jürgens, Questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida, Enquête bibliographique et bibliographie annotée, Montréal, Société canadienne du sida et Réseau juridique canadien VIH/sida, 1995.

[2] Pour une revue de la législation canadienne en matière de drogue, voir R. M. Solomon, S. J. Usprich, «Canadian Drug Laws», *Journal of Drug Issues*, 1991, 21(1), p. 17-40.

[3] E. Oscapella, «Le Dain Revisited - 21 Years Later», *The Lawyers Weekly*, 1995, 14(35) 5.

[4] C. N. Mitchell, ««A Justice-Based Argument for the Uniform Regulation of Psychoactive Drugs», *McGill Law Journal*, 1986, 31, p. 212-263.

[5] C. N. Mitchell, «Introduction: A Canadian Perspective on Drug Issues», *Journal of Drug Issues*, 1991, 21(1), p. 9-16.

[6] P. Hadaway, B. L. Beyerstein, J. V. M. Youdale, «Canadian Drug Policies: Irrational, Futile and Unjust», *Journal of Drug Issues*, 1991, 21(2), p. 183-197.

[7] P. G. Erickson, «A Public Health Approach to Demand Reduction», *The Journal of Drug Issues*, 1990, 20(4), p. 563-575.

[8] R. Power, G. V. Stimson, J. Strang, «Drug Prevention and HIV Policy», *AIDS*, 1990, 4 (1^{er} supplément), p. S263-S267.

[9] M. O'Brien, «Needle Exchange Programs: Ethical and Policy Issues», *AIDS & Public Policy Journal*, 1989, 4 (2), p. 75-82.

[10] D. Riley, *Le modèle de réduction des méfaits: une approche pragmatique sur l'utilisation des drogues aux confins de l'intolérance et de l'apathie*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 1993.

[11] D. Riley, O. Oscapella, «Le projet de loi C-7: incidences sur la prévention du VIH/sida», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(2): 1, 13-14. Pour une mise à jour, voir *infra*, D. Riley, E. Oscapella, «Projet de loi C-7: mise à jour».

[12] L. Gostin, «The Interconnected Epidemics of Drug Dependency and AIDS», *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review*, 1991, 26, p. 113-184; L. Gostin, Drug Dependency and HIV, 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. 150-186.

[13] *Supra*, note 8.

[14] *Supra*, note 3.

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

[16] G. McCarthy, «Drug Use & Discrimination», *National AIDS Bulletin* [Australie], août 1994, p. 32-33.

[17] J. Silvis et coll., *Drug Use and Human Rights in Europe*, Utrecht et Montréal, Willem Pompe Institute for Criminal Law & Criminology et Centre de médecine, d'éthique et de droit de McGill, 1992.

[18] *Supra*, note 16.

[19] Groupe de travail sur l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection du CCN-SIDA, *Principes et recommandations concernant l'infection au VIH et la consommation de drogues par injection*, dans Deuxième Atelier national sur le VIH et l'esage de l'alcool et des autres drogues, Edmonton (Alberta), 6-9 février 1994, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 1994.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Santé publique: refus ou incapacité de prendre des précautions

Plusieurs provinces sont en train d'élaborer des mesures face aux individus vivant avec le VIH qui ne veulent ou ne peuvent pas prendre les précautions requises pour empêcher la transmission du virus. La Colombie-Britannique a émis des lignes directrices; Terre-Neuve et le Manitoba examinent la question. L'Ontario et le Québec ont produit des documents de travail détaillés, analysant la question et les solutions éventuelles. Le présent article examine la réaction ontarienne. Dans le prochain numéro, nous analyserons le document québécois.

Groupe de travail ontarien

En septembre 1995, un groupe de travail du Comité consultatif ontarien sur le VIH/sida a produit un document intitulé *Reducing HIV Transmission by People Who Are Unwilling or Unable to Take Appropriate Precautions*. Ce document est destiné aux fonctionnaires de santé publique, aux organismes communautaires de lutte anti-sida, aux personnes vivant avec le VIH/sida et aux intervenants oeuvrant auprès de personnes séropositives qui ne veulent ou ne peuvent pas prendre de précautions pour empêcher la transmission du VIH.

Le groupe de travail reconnaît expressément que «les gens qui ne veulent ou ne peuvent pas prendre de précautions représentent une infime minorité des personnes vivant avec le VIH ou le sida. Le fait de parler de la minorité a des répercussions sur la majorité et cette discussion a lieu alors que l'on jette l'opprobre sur les personnes vivant avec le VIH, parfois perçus comme une menace aux individus et à la société.»

Le document analyse les solutions actuellement mises en oeuvre pour réduire la transmission par ceux qui ne veulent ou ne peuvent pas le faire, des points de vue suivants: éducation, counselling et soutien, législation de santé publique, poursuites pénales et instances au civil. Le groupe de travail fait également des recommandations à caractère législatif ou non législatif.

Éducation

Des études indiquent que grâce à l'éducation, les gens sont plus conscients du VIH/sida et des manières d'empêcher sa transmission. Toutefois, le groupe de travail «reconnait que l'éducation générale n'aura probablement pas d'impact important sur les personnes séropositives qui ne veulent ou ne peuvent pas prendre de précautions.»

Counselling et tests de dépistage

Les auteurs du document signalent que, parce que la loi ontarienne rend obligatoires les services de counselling avant les tests de dépistage administrés dans le cadre de programmes de dépistage anonyme, les lignes directrices et la formation des conseillers pour ces programmes sont bien développées, ce qui assure des services de counselling de haute qualité. Toutefois, ce counselling n'est pas obligatoire dans le cas des tests de dépistage nominatifs et non-nominatifs, effectués principalement par des médecins et hôpitaux privés, donc la majorité des tests effectués en Ontario. Plusieurs médecins n'ont pas l'expérience voulue en ce qui concerne le VIH; «il se peut qu'ils n'aient pas le temps ou les compétences nécessaires pour faire le counselling et ils ne se sentent peut-être pas à l'aise pour parler à leurs patients des activités à risque», et «on croit que la plupart des médecins qui demandent des tests de dépistage du VIH pour leurs patients ne font pas de counselling avant ces tests...»

Soutien à plus long terme

Le groupe de travail reconnaît que «les programmes de soutien offerts par les organismes communautaires peuvent contribuer grandement aux efforts continus de prévention individuelle et à renforcer la capacité et la volonté des gens à protéger les autres.» En se fondant sur des études comme l'enquête menée en 1993 auprès des hommes gais et bisexuels[1], les auteurs concluent que les stratégies essentielles pour les programmes de counselling et de soutien destinés aux personnes vivant avec le VIH/sida consistent à élargir la gamme de choix offerts et à accroître l'estime de soi de ces personnes.

Législation en matière de santé publique

La *Loi sur la protection et la promotion de la santé* (Ontario)[2] (LPPS) renferme des dispositions relatives à la désignation des maladies, aux tests de dépistage, aux exigences en matière de déclaration, au dépistage des contacts et à l'intervention:

- **Désignation de la maladie**

Le sida est actuellement désigné maladie transmissible à déclaration obligatoire. Puisque les pouvoirs d'un médecin hygiéniste dépendent en partie de la désignation d'une maladie, certains ont demandé que le sida soit classé maladie «virulente». Toutefois, d'autres ont signalé que le VIH n'était pas «virulent» et ils s'inquiètent du message qu'une telle désignation donnerait sur la maladie et sur les personnes vivant avec le VIH/sida. Ils

soutiennent que les pouvoirs de santé publique qui découlent de la désignation actuelle suffisent dans la plupart des cas.

- **Déclaration**

Les médecins sont tenus de déclarer les résultats positifs de tests de dépistage du VIH et les diagnostics de sida. En vertu de l'article 34 de la *LPPS*, ils doivent aussi signaler tout patient ayant une maladie transmissible qui refuse un traitement. On a rarement recours aux dispositions de la loi. Toutefois, le Comité estime que le refus de donner suite à des conseils destinés à réduire la transmission du VIH satisferait aux critères légaux et constituerait un motif de déclaration d'une personne qui, de l'avis d'un médecin, met les autres en danger.

- **Avis aux partenaires**

Il incombe aux autorités de santé publique de veiller à ce qu'il y ait dépistage des contacts lorsqu'il y a test de dépistage nominatif et non-nominatif, bien que, dans les faits, la tâche d'aviser les partenaires soit généralement laissée au médecin et à la personne séropositive.

- **Divulgence, activités à risque et intervention**

Les personnes vivant avec le VIH n'ont aucune obligation légale expresse de divulguer leur diagnostic. Le groupe de travail est d'avis que les personnes conscientes de leur séropositivité ont la responsabilité, soit de divulguer leur diagnostic à leur partenaire, soit de s'abstenir d'avoir des comportements à risque élevé. S'il n'y a aucune possibilité de transmission du VIH dans une situation donnée, la personne séropositive n'a aucune obligation de divulguer son sérodiagnostic. Toutefois, il n'y a pas eu de consensus sur la responsabilité de divulgation dans le cas d'activités sexuelles à faible risque ou de partage de seringue.

- **Intervention des autorités de santé publique**

Le médecin hygiéniste peut délivrer une ordonnance écrite en application de l'article 22 de la *LPPS* contre toute personne ayant une maladie transmissible, pour l'obliger à prendre toute mesure ou à s'abstenir de toute activité, afin d'empêcher ou réduire la propagation de la maladie. Le médecin hygiéniste ne peut rendre une telle ordonnance que s'il est d'avis, pour des motifs «raisonnables et probables» qu'il existe une maladie transmissible, que cette maladie pose un danger pour la santé des gens de la région et que l'ordonnance est nécessaire pour réduire ou éliminer le risque. La *LPPS* affirme expressément que le médecin hygiéniste n'est pas tenu d'entendre la personne contre qui une ordonnance est délivrée.

Le recours aux ordonnances fondées sur l'article 22 varie énormément à travers l'Ontario. À la fin de 1993, 45 ordonnances avaient été rendues contre des personnes vivant avec le VIH/sida: 37 à Ottawa-Carleton, 5 à Toronto, le reste dans d'autres parties de la province. Les ordonnances ont généralement été limitées à l'obligation de modifier des comportements sexuels ou de consommation de drogue. L'article 22 permet également d'ordonner l'isolement d'une personne ayant une maladie transmissible; toutefois, les autorités de santé publique estiment généralement que de telles ordonnances sont déraisonnables pour le contrôle du VIH.

Le groupe de travail a constaté que dans les cas où l'on s'inquiétait de la transmission sexuelle, certaines ordonnances interdisaient «les rapports sexuels par pénétration» plutôt que d'interdire la pénétration sans condom. Le groupe de travail a recommandé que, dans tous les cas, l'on ait recours aux ordonnances les moins attentatoires aux droits des intéressés.

Le défaut d'obéir à une ordonnance du médecin hygiéniste est une infraction provinciale passible d'amendes pouvant atteindre 5 000\$. Par ailleurs, le médecin hygiéniste peut demander au tribunal de rendre une ordonnance de ne pas faire et ce, sans avis à la personne qui fait l'objet de l'ordonnance. Enfin, pour *toute* contravention à la *LPPS*, le ministre de la Santé peut demander au tribunal une ordonnance interdisant toute activité semblable; dans ce cas, il faut donner un avis à l'intéressé et celui-ci a le droit d'être entendu, d'être représenté par avocat et d'interjeter appel. Jusqu'à maintenant, aucune demande n'a été faite relativement à une personne vivant avec le VIH.

Dispositions du *Code criminel*

Comme on l'a déjà signalé dans des numéros antérieurs du *Bulletin*[3], il n'existe au Canada aucune législation pénale portant spécialement sur le VIH ou les MTS qui s'applique à ceux qui, sciemment, transmettent ou tentent de transmettre le VIH. En 1985, le Parlement a abrogé l'article du *Code criminel* qui interdisait à quiconque, sachant qu'il a une MTS, de transmettre cette maladie à autrui. En effet, on jugeait que la transmission de la maladie est une question de santé publique, plutôt qu'un acte criminel. Toutefois, il y a eu quelques affaires dans lesquelles des personnes séropositives ont fait l'objet de poursuites pénales en vertu de dispositions existantes du *Code* pour avoir, alléguait-on, infecté d'autres personnes ou les avoir exposées au risque d'infection.

D'après le groupe de travail, il y a plusieurs avantages à avoir recours aux lois de santé publique plutôt qu'au droit criminel pour s'occuper de cas où des personnes séropositives ne veulent ou ne peuvent pas prendre les précautions nécessaires:

- un processus pénal, fondé sur des plaintes, ne peut être utilisé comme mesure préventive;
- on arrivera rarement à satisfaire au critère de la preuve au-delà du doute raisonnable exigé en droit pénal, vu la difficulté de prouver que c'est véritablement l'accusé qui a infecté le plaignant;

- la confidentialité est mieux protégée dans le recours aux ordonnances de santé publique données par écrit, que dans un procès pénal public;
- les conséquences éventuelles d'une poursuite pénale sont plus attentatoires aux droits de l'intéressé qu'une ordonnance fondée sur l'article 22.

Toutefois, l'instance pénale offre de meilleures garanties de procédure que la *LPPS*: «avant de rendre une décision qui a pour effet de priver quelqu'un de sa liberté, le médecin hygiéniste n'est pas tenu de prouver que la personne vivant avec le VIH a infecté d'autres personnes; il n'a qu'à prouver que cette personne représente un danger pour autrui en se fondant sur des motifs "raisonnables et probables"».

Instances civiles

Jusqu'à maintenant, il n'y a eu aucune poursuite civile en Ontario contre une personne séropositive pour la transmission du virus par rapport sexuel ou partage de seringue. Dans l'affaire *Bell-Ginsberg v. Ginsberg*,^[4] une femme a accusé son mari de l'avoir peut-être exposée à l'infection parce qu'il ne lui avait pas révélé sa bisexualité. Bien qu'il n'eût aucune preuve comme quoi l'homme était séropositif, le juge a permis à l'action de suivre son cours.

Recommandations

Le Comité conclut que des efforts accrus de la communauté et des médecins pourraient réduire le nombre de personnes signalées aux autorités de santé publique comme des personnes qui ne veulent ou ne peuvent pas prendre de précautions; il conclut également que des améliorations à court terme peuvent être apportées sans changements législatifs majeurs; enfin, le Comité conclut qu'à plus long terme, il faudrait envisager des changements législatifs pour rendre le système plus efficace et adapté au VIH/sida.

Le Comité souligne qu'il faut d'abord avoir recours aux méthodes non coercitives et qu'il ne faut pas s'attendre à des interventions coercitives subséquentes: «Le groupe de travail estime qu'il faut d'abord avoir recours au système de santé publique plutôt qu'au système de justice pénale ou autre législation en matière de santé», comme la *Loi sur la santé mentale*.

Le Comité fait notamment les recommandations suivantes:

• Éducation, counselling et soutien

- élaborer des lignes directrices sur le counselling avant et après le test de dépistage, de même que des séances de formation et d'information destinées aux médecins et conseillers;
- élaborer un cadre pour aider les organismes communautaires à intervenir auprès de bénéficiaires qui ne veulent ou ne peuvent pas prendre de

précautions.

- **Mesures de santé publique**

- émettre des lignes directrices provinciales sous le régime de la *LPPS* et établir un processus pour l'exercice de l'autorité de santé publique qui soit le moins attentatoire aux droits, le moins restrictif et le plus disponible possible; de telles lignes directrices devraient comprendre a) une liste des indicateurs pour évaluer la volonté et la capacité d'une personne à prendre les précautions voulues; b) les interventions devant précéder une ordonnance fondée sur l'article 22; c) l'obligation, pour le médecin hygiéniste, de rencontrer l'intéressé avant d'émettre une ordonnance; d) un processus à utiliser après la délivrance d'une ordonnance fondée sur l'article 22, y compris la possibilité d'interjeter appel.

- **Interventions pénales**

- émettre des directives aux procureurs de la Couronne, y compris une ferme recommandation de consulter les autorités de santé publique avant de déposer des accusations criminelles.

Recommandations législatives

Le Comité a également présenté certaines recommandations d'ordre législatif:

- le sida devrait demeurer une maladie transmissible à déclaration obligatoire, en vertu de la *LPPS* et il ne devrait pas être désigné maladie virulente; il faudrait envisager la création d'une nouvelle désignation qui comprendrait les maladies infectieuses permanentes comme le VIH;
- le counselling pré-test et post-test devrait être obligatoire pour tous les tests de dépistage du VIH;
- il faudrait légaliser la déclaration non nominative du VIH.

Enfin, le Comité a recommandé un certain nombre de précisions juridiques en ce qui a trait, notamment, au partage de renseignements entre les autorités de santé publique et le procureur général avant le dépôt d'accusations criminelles.

Conclusion

Selon le groupe de travail, «Les attentes à l'égard des personnes qui ne peuvent ou ne veulent pas

prendre de précautions devraient être les mêmes que les attentes à l'égard de quiconque vit avec le VIH. Dans certains cas, il peut être nécessaire d'avoir recours à des interventions plus attentatoires, pouvant comporter des interdictions qui ne sont pas généralement imposées.» Toutefois, le Comité a souligné à plusieurs reprises qu'à son avis, «les interventions les plus efficaces sont les moins attentatoires aux droits, les moins restrictives et les plus disponibles.»

Le groupe de travail a tenu une consultation sur le document en décembre 1995 et il examine actuellement ses recommandations à la lumière de ces discussions.

- *Richard Elliott*

La traduction de cet article a été rendue possible par la contribution financière du *AIDS Bureau*, ministère de la Santé de l'Ontario.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] T. Myers et coll., *L'enquête canadienne sur l'infection à VIH menée auprès des hommes gais et bisexuels: au masculin*, Ottawa, Société canadienne du sida, 1993.

[2] L.R.O., 1990, c. H. 7.

[3] D. Patterson, «Le Canada devrait-il criminaliser le fait d'exposer quelqu'un au VIH?», 1995, 1(2): 1; R. Jürgens, «Le ministre de la Justice envisage la création d'une infraction criminelle spécifique à la transmission du VIH/sida», 1995, 1(3), p. 6; B. Guillot-Hurtubise, «Le droit criminel et le VIH/sida», 1995, 2(1): 1, et 1996, 2(2): 5.

[4] (1993), 14 OR (3d) 217 (Div. Gén.)

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

POLITIQUES SUR LES DROGUES

Seringues stériles pour les moins de 14 ans

Plusieurs programmes de prévention de la transmission du VIH et du VHB chez les UDI ont été mis sur pied à travers le Québec. Près de 290 centres d'accès aux seringues sont officiellement répertoriés. Plusieurs sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux via le Centre québécois de coordination sur le sida (CQCS). Ces projets impliquent la distribution de seringues stériles ou l'échange de seringues utilisées contre des seringues stériles par des centres spécialisés comme CACTUS (Montréal) et Point de Repères (Québec), des organismes communautaires ou du réseau de la santé, comme les CLSC, des centres hospitaliers, ou encore des pharmacies et des cliniques privées. La distribution de seringues stériles se fait généralement sous le couvert de l'anonymat.

Certains responsables et intervenants de ces projets de prévention sont parfois confrontés à des demandes de seringues venant de jeunes de moins de 18 ans et même de moins de 14 ans. L'intervention consiste alors en un counselling auprès du client afin de connaître ses motifs d'utilisation d'une seringue et en tentant de le dissuader de s'injecter pour ensuite lui proposer des ressources spécifiques si nécessaire.

Toutefois, si la tentative de dissuasion des intervenants est sans succès, ils n'ont parfois d'autre choix que de leur donner des seringues. On sait en effet que les jeunes qui s'injectent pour la première fois n'ont généralement pas le matériel adéquat pour le faire et risquent particulièrement de s'infecter en empruntant des seringues usagées à des personnes plus âgées.

Plusieurs organisations se questionnent à savoir si elles respectent la loi en donnant de façon anonyme des seringues à des jeunes qui pourraient avoir moins de 14 ans.

La loi québécoise de la protection de la jeunesse pourrait laisser croire qu'il est nécessaire d'obtenir le consentement des parents ou encore signaler ces jeunes à la direction de la protection de la jeunesse. Par

contre, l'article 142 de la loi concernant la protection de la santé publique permet d'entreprendre ce genre d'action: le professionnel doit cependant pouvoir en justifier les circonstances. Ainsi, le professionnel qui donne des seringues à un jeune de moins de 14 ans pourrait se voir reproché de le faire, en fonction de la loi de la protection de la jeunesse, alors que celui qui refuse de le faire pourrait l'être en fonction de la loi sur la santé publique parce qu'il contribuerait ainsi à ce qu'un jeune puisse s'infecter.

Devant cette zone "grise", certains CLSC ont décidé unilatéralement de ne pas donner de seringues à des jeunes de moins de 14 ans alors que d'autres ont décidé de le faire, mais seulement lorsque le jeune a consulté un professionnel de la santé (certains CLSC donnent des seringues via les réceptionnistes).

C'est dans ce contexte que le CQCS a demandé un avis éthique au Dr David Roy de l'Institut de recherches cliniques de Montréal.

- *Richard Cloutier*

Nous reproduisons ici la réponse du Dr Roy à madame Laberge-Ferron, directrice du CQCS.

Avis éthique sur l'accès aux seringues stériles pour les jeunes de moins de 14 ans

Dans cet avis éthique concernant les problèmes associés aux programmes d'échange de seringues pour les très jeunes utilisateurs de drogues par injection (moins de 14 ans), je tenterai d'examiner les facteurs de première importance en vue d'établir une ligne de conduite qui se voudra viable tout en étant conforme à l'éthique.

Premièrement, il serait éthiquement inacceptable, voire même irresponsable, d'utiliser le conflit qui existe entre la loi sur la protection de la jeunesse et la loi sur la protection de la santé publique afin de justifier l'inaction lorsqu'il s'agit de protéger une jeunesse vulnérable contre la transmission du VIH.

Deuxièmement, dans un monde parfait, on ne donnerait certainement pas de seringues à des jeunes afin de les encourager dans l'utilisation de drogue par injection. Au contraire, on mettrait sur pied des programmes exhaustifs de réadaptation psychologique, sociale et familiale afin de protéger ces jeunes contre l'accoutumance à la drogue et la transmission du VIH. Mais — car il y a un mais — notre monde n'est pas parfait. Il nous faut donc composer avec des restrictions qui ne nous permettent tout simplement pas de trouver la solution idéale sur-le-champ.

Troisièmement, il va sans dire que si un jeune est apte et prêt à entreprendre une réadaptation et peut être convaincu d'éviter l'utilisation de drogues par injection, la question ne se pose plus. On ne donnerait certainement pas de seringue à une telle personne.

Quatrièmement, nous n'avons certainement pas le personnel et les ressources nécessaires présentement pour instaurer des programmes efficaces de réadaptation psychologique, familiale et sociale pour une

jeunesse troublée: les sans-famille, ceux qui sont mésestimés ou abandonnés; ceux qui vivent une crise d'identité; ceux qui sont exposés aux avances de souteneurs ou de revendeurs de drogues; ou ceux pour qui le seul refuge se trouve parmi les utilisateurs invétérés de drogues par injection — une jeunesse qui inclut des moins de 14 ans.

Cinquièmement, ce n'est pas l'âge de ces jeunes qui devrait dicter si oui ou non des mesures de protection s'imposent, mais bien le danger qu'ils courent d'être entraînés à utiliser des drogues qui impliquent un partage de seringues et les dangers qu'ils courent de contracter le VIH.

Sixièmement, dans le contexte actuel, il serait malavisé d'imposer des conditions (telles: tu dois rencontrer un conseiller professionnel, tu dois voir un médecin, etc.) avant d'accepter de donner des seringues stériles à une jeune personne. Une telle insistance pourrait l'éloigner à tout jamais et augmenterait le risque que cette personne recoure au partage, faute de mieux, pour se procurer les seringues qui lui sont nécessaires.

Septièmement, nous ne devons jamais perdre de vue l'objectif primordial de nos mesures de protection de ces jeunes dont les vies sont extrêmement perturbées et qui sont donc très vulnérables. Cet objectif primordial vise à les protéger avant tout contre une infection par le VIH qui entraîne la mort et il est impératif de tout faire pour atteindre ce but. Il se pourrait même que nous en venions à fournir à ces jeunes, quel que soit leur âge, des seringues stériles. Nous devrions peut-être envisager de nous servir de travailleurs de la rue pour le faire, ce qui pourrait éventuellement les aider à se sortir de leur impasse. Insister soudainement pour que ces jeunes changent leur façon d'agir pourrait avoir des conséquences désastreuses.

Huitièmement, il faut porter une attention toute spéciale aux jeunes qui utilisent des drogues par injection et qui habitent dans des villages ou en région rurale. Le danger que nous courons en empêchant ces jeunes d'avoir accès à des seringues stériles pourrait avoir deux conséquences: 1) ils pourraient se voir forcés de partager des seringues, d'où un risque accru d'infection par le VIH; 2) ils pourraient aussi chercher refuge dans une grande ville où il serait beaucoup plus difficile de garder le contact avec des intervenants que dans une petite ville. Les risques d'infection par le VIH sont certainement plus nombreux dans les grandes métropoles, surtout au sein des sous-cultures favorisant les comportements à risque.

Ces huit considérations sont fondées sur le principe éthique que de deux maux il faut choisir le moindre. Le plus important est de protéger ces jeunes contre l'infection par le VIH et peut-être de mort éventuelle; il est encore plus important d'avoir des êtres vivants qui pourront éventuellement être réadaptés que d'insister sur un changement immédiat de mode de vie qui leur semblera incompréhensible, inacceptable et impossible. En d'autres mots, c'est le principe de la réduction des méfaits. Dans le contexte de jeunes dont la vie est perturbée sur les plans psychologique, familial et social, ce principe justifie le programme d'échange de seringues pour ceux qui font déjà usage de drogues ou qui sont sur le point de le faire.

Il serait imprudent et éthiquement discutable d'annuler ou de contrecarrer un programme d'échange de

seringues alors que c'est la seule mesure de protection qui, dans l'immédiat, nous permettra d'aider ces jeunes qui risquent de se lancer dans un partage de seringues et de devenir la proie de l'infection par le VIH.

Il serait enfin incroyablement naïf et imprudent de croire que la simple distribution de seringues résoudrait le problème de la transmission du VIH parmi les personnes qui s'injectent des drogues. La consommation de drogues injectables fait partie d'un complexe de problèmes. Une solution simplement technique — l'échange de seringues — qui porte peu attention à l'humanité blessée de ces (jeunes) personnes est vouée à un échec à moyen ou long terme.

Finalement, dans la prévention de la transmission du VIH, nous ne devrions rien prendre pour acquis, incluant l'efficacité des programmes d'échange de seringues. Nous devons évaluer avec attention ces programmes dans notre propre société, avec un soin particulier à l'organisation du programme.

- *David Roy*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Projet de loi C-7: mise à jour

Dans un article précédent du *Bulletin* (vol. 1, no 2), Diane Riley et Eugene Oscapella commentaient le Projet de loi C-7, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* et soutenaient que «si le projet est adopté, les ressources continueront d’être mal affectées, on continuera de mettre l’emphase sur la criminalisation des consommateurs de drogue et plusieurs Canadiens seront regrettablement infectés — et tués — par le VIH».

Historique

Introduit en février 1994 par le gouvernement libéral, le Projet de loi C-7 était fort similaire au Projet de loi C-85, introduit en juin 1992 par le gouvernement conservateur et sévèrement critiqué par l’opposition officielle, le Parti libéral lui-même. Le projet C-85 est mort avec le gouvernement conservateur, mais les Libéraux l’ont ressuscité quelques mois après leur arrivée au pouvoir. Le Projet C-7 est en principe une loi de santé, présentée à la Chambre des communes par le ministre de la Santé, mais ses orientations punitives montrent que, en pratique, c’est un loi criminelle et qu’elle devrait relever du ministre de la Justice.

Le Projet C-7 est une refonte de plusieurs dispositions contenues dans la *Loi sur les stupéfiants* et la *Loi sur les aliments et les drogues*. Il abrogerait la première et certaines parties de la seconde, en créant un certain nombre de nouvelles infractions en matière de drogue et en prévoyant de nouveaux pouvoirs de perquisition et de saisie. De nombreux mémoires déposés devant le Sous-comité sur le Projet de loi C-7 au printemps de 1994, entre autres par la Fondation canadienne des politiques sur les drogues, la Fondation de recherche sur la toxicomanie de l’Ontario et l’Association du barreau canadien, exprimaient de vives critiques à l’égard de son approche de «guerre aux drogues», en particulier de sa position très sévère sur la possession de cannabis. Le Projet de loi a alors été révisé pour réduire les peines prévues pour possession de cannabis aux fins de consommation personnelle, faisant de la possession simple une offense sommaire.

Le Projet C-7 n'est revenu devant Chambre qu'en octobre 1995, pour troisième lecture: le 30 octobre, alors que l'attention du tout pays se portait sur le référendum québécois et que le Bloc québécois était absent de la Chambre, le Projet C-7 est tranquillement passé en troisième lecture et a été déposé au Sénat pour approbation.

Audiences du Sénat

Le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles commençait ses audiences en décembre 1995. Des députations ont été envoyées par la Law Union of Ontario, la Fondation de recherche sur les toxicomanies de l'Ontario et la Fondation canadienne des politiques sur les drogues (FCPD). Le Comité a demandé à la FCPD de soumettre une version amendée du Projet de loi, révisée sur la base des critiques exprimées dans son témoignage du 1 février 1996 au Sénat.

Amendements proposés

La FCPD a rédigé un certain nombre d'amendements, qui ne couvrent pas toutes ses préoccupations vis à vis du Projet C-7 mais permettraient à tout le moins d'aider à résoudre plusieurs des plus urgents problèmes. Elle suggère l'ajout d'une section prévoyant l'établissement d'un comité indépendant chargé d'examiner les lois et politiques canadiennes en matière de drogues et d'en faire rapport au gouvernement en un an. La demande d'évaluation indépendante est en continuité avec les promesses exprimées dans la Chambre des communes le 30 octobre 1995.

Les amendements proposés par la FCPD visent à:

- réduire la violence associée au marché noir de la drogue;
- réduire le risque de contracter le VIH et d'autres agents infectieux mortels transmissibles par le sang;
- réduire pour la société le fardeau financier issu de dépenses superflues en matière de drogues;
- souligner l'importance d'élaborer des solutions de rechange aux lois et politiques actuelles, de manière à réduire autant que possible les méfaits pour les utilisateurs de drogues et pour la société;
- respecter les ententes internationales en matière de droits de la personne;
- réduire la criminalisation, inutile et nuisible, de nombreux canadiens pour possession de substances.

Les principaux amendements proposés par la FCPD sont les suivants:

- inclure une déclaration de principe sur les buts et objectifs des lois et politiques en matière de drogue;
- confirmer que les dispositions du Code criminel relatives aux déficiences continuent de s'appliquer à toute déficience attribuable à une substance contrôlée par la loi;
- retirer la prohibition de la possession de petites quantités de substance par des adultes pour consommation personnelle (quantités à déterminer par un comité d'experts);
- clarifier la loi pour assurer que les programmes d'échange de seringues ne soient pas entravés par l'inclusion des "contenants" dans la définition des substances contrôlées;
- rationaliser les peines pour les infractions impliquant la possession de quantités plus importantes de substances;
- retirer la prohibition de l'échange gratuit, entre adultes, de petites quantités de substances;
- continuer d'interdire le trafic de substances à des mineurs, gratuit ou non;
- permettre la culture de jusqu'à 10 plants de cannabis sans permis, et de quantités supérieures avec un permis sujet à réglementation.

Avenir du projet de loi

Le 2 février 1996, le gouvernement a annoncé la fin de sa session parlementaire. Le Projet C-7 n'avait pas encore été adopté comme loi, il est mort du même coup. Néanmoins, l'Honorable Herb Gray, président de la Chambre et Solliciteur général du Canada, annonçait le 1 mars l'intention du gouvernement de rétablir le projet de loi à la nouvelle session parlementaire, amorcée le 26 février 1996. Le 6 mars, le nouveau ministre de la Santé, l'Honorable David Dingwall, a présenté une motion visant à réintégrer le Projet de loi, à changer son nom pour Projet de loi C-8, et à le considérer comme adopté par la Chambre. La motion a été adoptée, le Projet de loi C-8 du même coup. Outre son nouveau numéro, le Projet de loi C-8 est identique au C-7, qui avait été adopté par la Chambre le 30 octobre 1995. Il sera déposé au Sénat et l'on s'attend à ce que le Comité sénatorial permanent des affaires juridiques et constitutionnelles reprenne les audiences qui avaient été interrompues le 2 février en même temps que la session parlementaire.

La FCPD poursuit son travail d'élaboration d'un modèle de législation en matière de drogues pour que le Canada puisse disposer d'une solution de rechange, soit aux lois actuelles, soit à celles que le gouvernement décidera de sortir des cendres.

- *Diane Riley et Eugene Oscapella*

Cet article a été revu et mis à jour pour le *Bulletin*. On peut s'en procurer copie en contactant le Dr Diane Riley au Centre canadien contre les toxicomanies, 100 College Street, bureau 207), TORONTO ON M5G 1L5.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

DISCRIMINATION

Transsexualisme, discrimination et VIH/sida

L'histoire de Sandra

Quand j'ai décidé de tourner le dos à dix-sept années de prostitution, de dépendances et de motards, rien n'a été plus frustrant pour moi que l'incapacité de trouver des services spécifiquement destinés à répondre aux besoins des personnes transsexuelles.

Les quatre années suivantes, j'ai vécu secrètement au milieu de la communauté hétérosexuelle, dans la peur d'être découverte, rejetée et exclue. Comme plusieurs de mes frères et soeurs, je me sentais comme une erreur de la nature et j'avais l'impression de n'être nulle part à ma place. Quand j'étais dans la rue, j'étais acceptée et reconnue, et j'étais capable de fuir les réalités de ma transsexualité. Je n'avais pas à m'ajuster au vrai monde et à me conformer aux attentes des autres. Dans le monde conventionnel, nous étions abandonnés, oubliés, et nous occupions dans la société une place semblable à celle des lépreux dans les temps anciens. Dans le "vrai" monde, il n'y avait pas de protection des droits de la personne, et pas de dignité pour les personnes transsexuelles.

Quand je m'en suis sortie, je suis arrivée dans un monde où plusieurs services me traitaient comme un homme, bien que j'aie eu une opération de changement de sexe il y a 16 ans; dans un monde où même les professionnels connaissaient très peu les transsexuels. Je me sentais coupable de laisser le monde me dire qui j'étais supposée être. Alors j'ai cherché refuge dans la religion pendant ces quatre années, allant dans les bars pour prêcher l'évangile de notre Seigneur Jésus-Christ avec l'Armée du Salut. Je me suis engagée sur une longue route où j'ai éprouvé de la colère, de la souffrance et du ressentiment, au fond de moi. Du fait que je n'étais pas conforme au modèle de sexe binaire, je n'étais pas censée exister, penser ou éprouver des sentiments, et pourtant je craignais par-dessus tout le rejet de ceux pour qui je n'existais pas; j'ai commencé à faire tout pour plaire aux autres et je me suis perdue.

Un jour, un ange déguisé m'a dit qu'elle m'avait vue en rêve dans un uniforme blanc en train de m'adresser à un grand nombre de personnes. Elle m'a demandé si j'avais déjà pensé à retourner à l'école et à entreprendre une carrière. J'avais très peur et j'étais convaincue que c'était impossible – une attitude défaitiste que plusieurs d'entre nous adoptons si facilement. J'ai fait une demande d'inscription à un collège, et j'ai été acceptée dans le programme de soins infirmiers psychiatriques au Douglas College à Vancouver.

Pendant cette période, j'ai pris confiance en moi, et j'ai réalisé qu'il fallait faire quelque chose à propos du manque de soutien aux transsexuels. J'ai quitté l'Armée du Salut pour revenir à mes propres racines, qui sont amérindiennes, et plus spécifiquement Cri métis. J'ai découvert que j'avais une histoire et des traditions, auxquelles j'accorde maintenant une très grande valeur et que je pratique de mon mieux. J'ai également pris le risque de renseigner les étudiants sur les questions concernant le transsexualisme. Cette expérience s'est révélée extrêmement difficile, car la classe s'est scindée; j'ai commencé à ressentir les pressions de l'exclusion. Je me sentais parfois seule et déprimée, mais quelque chose en moi me disait que j'étais sur la bonne voie. Avant la fin de mes études, j'avais poursuivi un collègue étudiant pour discrimination sexuelle à mon endroit, et j'avais gagné. Suite à cela, Douglas College a adopté une politique exhaustive concernant le harcèlement sexuel qui est considérée comme une politique modèle au Canada. Cela m'a préparée à me battre pour faire respecter mes droits dans d'autres domaines, et je suis devenue une représentante des droits de mes frères et sœurs transsexuels, de même qu'un modèle pour eux.

Le High Risk Project

Après avoir obtenu mon diplôme d'infirmière en psychiatrie, j'ai découvert le High Risk Project (HRP), un projet adressé spécifiquement aux transsexuels de la rue. Le HRP avait été mis sur pied par un ex-travailleur de la rue et un membre séropositif de notre communauté. L'objectif était de former un groupe de soutien pour servir des repas chauds aux transsexuels de la rue, un soir par semaine. Quand je me suis jointe au projet, j'ai pris conscience de l'importance de ce service et de la nécessité d'élargir sa portée au-delà du groupe de soutien. J'ai commencé à établir un réseau de contacts avec des fournisseurs de services, et j'ai présenté un projet de plan de soins infirmiers holistiques à l'intention des transsexuels de la rue. À ma grande surprise, j'ai eu beaucoup d'appui: les travailleurs communautaires et les infirmières se demandaient depuis longtemps comment rejoindre les transsexuels et avaient reconnu que ceux-ci avaient des besoins spécifiques qui nécessitaient une approche par des pairs. J'ai pu disposer gratuitement d'un local; j'ai frappé aux portes et j'ai obtenu de la nourriture gratuite; j'ai sollicité la participation de bénévoles parmi les pairs, et j'ai créé le premier centre d'accueil canadien pour s'occuper des problèmes de santé de nos frères et sœurs transsexuels.

À ce stade, les deux fondateurs du HRP étaient partis, et j'ai continué le projet avec Deborah Brady. Nous avons constitué un organisme à but non lucratif et à des fins de bienfaisance en janvier 1995, et à l'origine nous avons financé le centre d'accueil grâce à nos occupations d'infirmières. Quand nous avons commencé à demander des subventions au gouvernement, nous étions en mesure d'informer le public à travers les médias, et nous étions en contact direct avec des professionnels, des fonctionnaires et des non-professionnels.

Nous avons maintenant un centre d'accueil avec douche, buanderie et cuisine, salon, services de soutien, repas chauds et autres services pour les transsexuels qui travaillent dans la rue. Nous donnons de l'information sur l'utilisation sécuritaire des seringues, sur l'atténuation des risques dans les relations sexuelles, nous mettons en garde contre certains clients et nous donnons des préservatifs. Une centaine de personnes transsexuelles utilisent le centre régulièrement, des personnes qui ne se rendraient jamais aux bureaux des organisations de service traditionnelles pour les personnes séropositives.

La discrimination

Le High Risk Project a présenté une demande de bourse à la Law Foundation of British Columbia et préparé un rapport sur le manque de protection des droits de la personne pour les transsexuels.[1] Barbara Findlay a fait au nom de Deborah Brady une demande au Programme de contestation judiciaire du Canada pour qu'une cause type soit entreprise pour faire ajouter l'«identité sexuelle» à la *Charte canadienne des droits et libertés*.

Bien que la discrimination sur l'«identité sexuelle» ne soit pas officiellement interdite dans les textes de loi concernant les droits de la personne, nous recommandons aux personnes transsexuelles de porter plainte pour violation des droits de la personne si elles sont victimes de discrimination. J'ai porté plainte contre la police de la ville de Vancouver, qui a refusé de m'aider dans le cadre de violence domestique et s'est moquée de moi, disant que j'étais un homme. Une autre femme a été incapable de se faire admettre dans une institution d'enseignement, parce que «son apparence risquait de troubler les étudiants et le personnel»; on lui a répondu de revenir quand elle aurait complété sa transition d'homme à femme.

Selon barbara findlay, nous devrions porter plainte en invoquant tous les motifs de discrimination possibles – le sexe, le handicap physique et psychologique, l'orientation sexuelle – parce qu'il est plus facile de laisser tomber un motif à une étape ultérieure que d'en ajouter un.

- *Deborah Brady, Sandra Laframboise, barbara findlay*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1]b. findlay et coll., Finding our Place: The Transgendered Law Reform Project, Vancouver, The High Risk Project (449 East Hastings Street, Vancouver BC V6A 1P5).

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

É.-U.: dentiste reconnu coupable de discrimination illicite

Se ralliant au nombre croissant de décisions judiciaires canadiennes^[1] et américaines^[2] sur la question, un tribunal du Maine a jugé le 22 décembre 1995 qu'un dentiste avait enfreint le *American With Disabilities Act* (ADA) et le *Human Rights Act* du Maine en refusant de traiter un patient séropositif.^[3]

L'opinion du juge Brody, de la US District Court du Maine, portait principalement sur deux aspects: la question de savoir si une personne séropositive asymptomatique était atteinte d'une déficience (*disability*) au sens du ADA, et celle de savoir si une telle personne présentait un risque direct d'infection par le VIH pour le dentiste.

Selon Brody, il est clair que l'infection à VIH doit être considérée comme un «handicap physique» au sens du ADA. Ce qui ne fait pas l'unanimité c'est la question de savoir si l'infection asymptomatique à VIH, en tant que telle, «limite substantiellement» la personne infectée dans une ou plusieurs «activités importantes de la vie» [pour qu'une personne soit considérée atteinte d'une déficience au sens du ADA, elle doit souffrir d'un handicap qui la limite substantiellement («substantially limits») dans une ou plusieurs activités importantes de la vie («major life activities»)]. Le juge a considéré crédible l'allégation de la demanderesse, Sidney Abbott, selon laquelle l'infection à VIH a un effet suffisant sur sa capacité de reproduction pour qu'elle soit jugée atteinte d'une déficience au sens de la loi. Prenant note du nombre croissant de décisions judiciaires dans ce sens, le juge a analysé la question de façon détaillée pour conclure que la demanderesse souffrait d'une déficience «au sens de la loi».

Abordant ensuite la question plus litigieuse du risque pour le dentiste, le juge a conclu que le défendeur n'avait pas soumis suffisamment de preuve pour soutenir qu'il aurait couru un risque réel d'être infecté en traitant la demanderesse à son cabinet. La demanderesse a cité à témoigner le directeur de la division de l'hygiène buccale du Center for Disease Control (CDC), qui a affirmé que l'application des recommandations du CDC [visant la réduction des risques] réduit le risque déjà fort peu élevé de transmission de la maladie dans le cadre de traitements dentaires, aussi bien de patient à dentiste, que de dentiste à patient, ou de patient à patient. Le juge Brody a expressément refusé les tentatives de Bragdon

d'utiliser des décisions judiciaires rendues à l'encontre de professionnels de l'hygiène buccale qui poursuivaient leurs employeurs, auxquels ils reprochaient des infractions au ADA. Selon le juge, ces décisions n'étaient pas la position de Bragdon.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Voir, par exemple, *Hamel c. Malaxos*, Cour des petites créances, Joliette, n° 730-32-000370-929, 25 novembre 1993, non rapportée (résumée dans *Bulletin canadien VIH/sida et Droit*, 1994, 1(1):1, 4); et *Commission des droits de la personne du Québec c. Dr. G.G.*, T.D.P.Q., Québec, n° 200-53-000002-944, 11 avril 1995, j. Michèle Rivet (résumée dans *Bulletin canadien VIH/sida et Droit*, 1995, (1)4: 1, 14-15).

[2] *D.B. c. Bloom*, 896 F. Supp. 166 (DNJ 1995), et *US c. Morvant*, 898 F. Supp. 1157 (ED La 1995).

[3] *Abbott c. Bragdon*, US District Court, Maine, n° 94-0273-B. Rapporté dans *Lesbian/Gay Law Notes*, janvier 1996, p. 10.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

VIH et services de garde

À la demande d'intervenants en matière de santé publique et de soins aux enfants, la Commission des droits de la personne du Québec a formulé un avis concernant l'exclusion d'enfants vivant avec le VIH, des services de garde à l'enfance. Nous résumons ici ce document intitulé *Le droit au service de garde pour les enfants vivant avec le VIH/sida*.^[1]

En dépit de l'information disponible, de la formation sur les maladies transmissibles par le sang, et des recommandations et conclusions d'un avis de santé publique envoyé aux garderies en 1994,^[2] il semble que «[m]ême si quelques enfants bénéficient présentement d'un service de garde alors que les responsables de la garderie sont informés de la séropositivité de ceux-ci, les autres n'y ont accès que parce que leurs parents ont décidé de cacher ce fait suite à des refus antérieurs plus ou moins explicites de certaines garderies». Car, tel que l'indique le signataire de l'avis de la Commission, les parents «trop fréquemment ... se voient refuser le droit au service de garde s'ils divulguent que leur enfant est porteur du VIH».^[3]

Avant d'examiner cette situation en regard de la *Charte des droits et libertés de la personne* (ci-après, la *Charte*) la Commission cite divers avis liés aux aspects médicaux et de santé publique au Québec et ailleurs. Constatant l'unanimité sur le fait que «le VIH ne se transmet pas dans le cadre des activités courantes à la maison ou au travail» et que «des avis spécifiques sur la situation dans les milieux de garde arrivent à la même conclusion», la Commission aborde deux questions du droit applicable en matière d'exclusion des enfants séropositifs:

- le droit au service de garde;
- le droit au respect de la confidentialité des informations personnelles.

Les avis de santé publique

Un avis de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre affirme que «le seul risque potentiel de transmission du VIH en garderie concerne le sang comme véhicule alors que la salive, l'urine, les larmes et la sueur ne représentent pas de risque».[4] L'avis contient les recommandations suivantes:[5]

- ***Il n'est pas indiqué d'exclure ou de refuser l'inscription d'un enfant en service de garde pour la seule raison d'une infection au VIH. Les enfants infectés ... ont les mêmes droits que tous...***
- ***Il serait souhaitable que le personnel concerné du service de garde soit informé de la situation tant pour la protection de l'enfant [séropositif] que celle des autres personnes en garderie.***
- ***Finalement, de manière générale, l'application des mesures d'hygiène de base est un élément crucial dans la prévention ... puisqu'il réduit le risque déjà très faible de transmission de ce virus. ... Des programmes de formation pour le personnel des garderies doivent être implantés.***

Ces recommandations s'inspiraient des travaux menés par le Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, qui concluait que «compte tenu de la faible prévalence de l'infection [à VIH], des faibles risques d'exposition au sang et des connaissances actuelles ... le risque de transmission du VIH en service de garde est presque nul».[6] D'ailleurs, aucun cas de transmission en milieu de garde n'a jamais été rapporté.

Les principes d'une politique en services de garde proposés par le Comité, en regard des maladies transmissibles par le sang, sont similaires aux recommandations de la Direction de la santé publique:[7]

- il n'est pas indiqué d'exclure ou de refuser l'inscription d'un enfant en service de garde pour la seule raison d'une infection par le VHB ou le VIH;
- les parents sont encouragés à aviser une personne ressource de leur choix au service de garde, de l'infection de leur enfant. Cependant, il n'y a aucune obligation à divulguer cette information;
- la mise en application de précautions universelles;
- la vaccination contre l'hépatite B.

L'exclusion des enfants séropositifs est-elle discriminatoire?

La Commission cite et explique que: «[e]n vertu de l'article 10 de la *Charte des droits et libertés de la personne*, constitue une atteinte au droit à l'égalité une exclusion fondée sur le handicap, exclusion qui

aurait pour effet de détruire ou de compromettre le droit à la reconnaissance et à l'exercice, en pleine égalité, d'un droit ou d'une liberté de la personne. Pour que l'exclusion des enfants séropositifs des services de garde à l'enfance soit considérée discriminatoire, il faut démontrer que ces services sont visés à l'art. 12 de la Charte^[8] et que l'exclusion est fondée sur un handicap.»

Selon la Commission, «il est clair que le fait d'être porteur du VIH constitue un handicap.^[9] Cette opinion a été confirmée par les tribunaux.»^[10]

«Quant à la question de déterminer si les services de garde sont des services ordinairement offerts au public, l'article 2 de la Loi sur les services de garde à l'enfance...^[11] confère aux enfants le droit (exercé par les parents) de recevoir des services de garde.» Le même article «prévoit également que l'on peut refuser un enfant sans autre motif. Toutefois un tel refus ne pourrait être fondé sur un critère de discrimination énuméré à l'article 10 de la *Charte* ... Une garderie ne pourrait refuser l'accès à ses services à moins que cela représente un risque de transmission **réel et sérieux**».

La Commission conclut donc «qu'en présence d'un risque de transmission du VIH en garderie presque nul, ce qui équivaut à une absence de risque réel et sérieux de transmission, une exclusion d'un enfant séropositif sur ce seul motif constituerait de la discrimination fondée sur le handicap de cet enfant».

Confidentialité de l'information sur la séropositivité

«[I]l n'y a pas d'obligation [pour les parents] de divulguer qu'un enfant qui fréquente une garderie est infecté par le VIH. ... La *Charte* reconnaît à toute personne le droit au respect de sa vie privée, à son article 5, et le droit au respect du secret professionnel, à son article 9.»

Par ailleurs, si les parents choisissent de joindre le renseignement de la séropositivité de leur enfant à sa fiche d'inscription, le service de garde est tenu d'en préserver la confidentialité en vertu de l'article 22 de la *Loi sur les services de garde à l'enfance*: «Ces renseignements sont confidentiels et nul ne peut donner ou recevoir communication écrite ou verbale ou y avoir autrement accès, si ce n'est avec l'autorisation expresse du titulaire de l'autorité parentale sur cet enfant ou sur l'ordre d'un tribunal». Le personnel de garde doit aussi tenir confidentiel le fait qu'un enfant prend certains médicaments généralement associés au VIH.

Conclusion

Selon la Commission, «[m]ême si des recours d'ordre juridique existent, c'est d'abord par l'information que ces situations de crise peuvent être évitées ou à tout le moins atténuées».

Elle affirme que les parents d'enfants qui fréquentent les établissements de services de garde devraient être informés qu'une garderie ne peut refuser ses services à un enfant vivant avec le VIH: «Il revient au médecin traitant, en concertation avec les autorités de santé publique, d'évaluer la présence d'un risque pour les autres enfants d'un service de garde en fonction de l'état de santé ou du comportement d'un

enfant ayant une maladie transmissible par le sang».

Les recommandations de la Direction de la santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre^[12] demeurent donc fort appropriées, notamment celles de:

- respecter le droit des enfants infectés par le VHB ou le VIH de recevoir des services de garde de qualité et que ceux-ci soient admis sans discrimination;
- informer les parents sur la politique du service de garde et sur les considérations qui ont mené à son adoption;
- comprendre que les politiques et recommandations ne préviennent pas à elles seules les situations éventuelles de crise ou de panique;
- prévoir à l'avance des mécanismes internes, notamment la désignation d'une personne ressource apte à rassurer les parents.

Afin d'aider les éducateurs et les parents à accueillir en milieu de garde les enfants vivant avec le VIH, et de favoriser le développement de politiques qui servent le meilleur intérêt de tous les enfants qui fréquentent ces services, la Fédération canadienne des services de garde à l'enfance (FCSGA) a élaboré une trousse de formation sur le VIH/sida, en collaboration avec Santé Canada. La trousse «VIH/sida et garde à l'enfance»^[13] comprend un aide-mémoire, un guide à l'animatrice, une affiche des précautions universelles et une feuille-ressources destinée aux parents. Elle présente les faits sur le VIH/sida et la garde à l'enfance, et suggère des stratégies spécifiques pour faire face aux questions et aux émotions qu'il peut susciter. Issu de consultations avec maints spécialistes, ce matériel s'accompagne de références à d'autres ressources et suggère des moyens concrets de faire face à la situation dans ce milieu et d'y endiguer la discrimination.

- *Jean Dussault*

On peut se procurer cette trousse de formation en contactant la FCSGA au (613) 729-5289 / télécopieur (613) 729-3159.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] D. Carpentier, *Le droit au service de garde pour les enfants atteints du VIH/sida*, document adopté à la 392e séance de la Commission des droits de la personne du Québec, résolution COM-392-6.1.2, la Commission, 19 mai 1995. Les citations non attribuées dans le présent texte proviennent de ce document.

[2] D. Lambert, *Avis aux services de garde: Virus de l'immunodéficience acquise (VIH) ou virus du sida et services de garde*, Office des services de garde à l'enfance, mars 1994.

[3] Voir K. Beaugé, «Garderies, un autre secteur de préoccupations», dans le *Bulletin*, 1995, 1(2), p. 5-6; on y fait état du cas de "Baby J" qui avait été expulsée par la Garderie Les Petits Lutins à Montréal.

[4] *Avis de santé publique, La transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) dans le contexte d'un service de garde à l'enfance*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, février 1994, p. 1.

[5] *Ibid.*, p. 2-3.

[6] *Avis de santé publique sur le contrôle des maladies transmissibles par le sang, dans le contexte d'un service de garde à l'enfance*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé publique en collaboration avec le Comité provincial des maladies infectieuses en service de garde, avril 1994, p.36.

[7] *Ibid.*, p. 51.

[8] Charte des droits de la personne, article 12: «Nul ne peut, par discrimination, refuser de conclure un acte juridique ayant pour objet des biens ou des services ordinairement offerts au public.»

[9] Commission des droits de la personne, *Le sida et le respect des droits et libertés de la personne*, 1988.

[10] Commission des droits de la personne c. Dr G.G., non rapporté, C.Q. (TDPQ), 200-53-000002-944, 11 avril 1995, j. Michèle Rivet. Hamel c. Malaxos, [1994] R.J.Q. 173 (C.Q.). Voir aussi Jerome c. DeMarco, (1992) 16 C. H.R.R. D/402, (Ontario Board of Inquiry) où l'on a reconnu que tant le fait d'être atteint du sida que celui d'être séropositif constituent un handicap.

[11] L.R.Q., chapitre S-4.1.

[12] *Supra*, note 6, p. 56-60.

[13] B. Kaiser, J.S. Rasminsky, *VIH/sida et garde à l'enfance*, Ottawa, Fédération canadienne des services de garde à l'enfance, 1995.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Discrimination dans les forces armées

É.-U.: les militaires séropositifs seront renvoyés

Aux États-Unis, des Républicains conservateurs de la Chambre des représentants ont réussi à ajouter au projet de loi sur le budget de la Défense une disposition qui prévoit le renvoi de tous les militaires séropositifs.[1]

À la fin de 1994, il y avait plus de 1 200 militaires séropositifs dans les forces armées américaines. Ces dernières refusaient les nouvelles recrues séropositives. Toutefois, les militaires en service pouvaient demeurer en poste tant qu'ils en avaient la capacité; on leur assignait des tâches limitées et ils ne pouvaient être envoyés outre-mer.

En décembre 1995, le président Clinton a opposé son veto au projet de loi sur le budget de la Défense qui prévoyait le renvoi des militaires séropositifs, l'une des nombreuses dispositions avec lesquelles il était en désaccord. Toutefois, dans les négociations qui ont suivi relativement à un projet de loi modifié, les Républicains n'ont fait aucune concession sur cette disposition: le projet de loi a été adopté par le Congrès avec l'exigence relative au renvoi. À la fin de janvier 1996, la Maison Blanche a provoqué la colère des militants intéressés par la question du sida en annonçant que le président signerait le projet de loi avec réticence, vu que le veto retarderait davantage une augmentation de la solde des militaires, mesure qui s'imposait depuis longtemps. Selon les Républicains, le projet de loi était nécessaire parce que les militaires séropositifs ne peuvent être envoyés outre-mer. Le Pentagone a nié cette affirmation, signalant qu'il avait beaucoup investi dans leur formation et qu'il avait beaucoup de travail à leur donner. Il a cependant recommandé la signature du projet de loi pour obtenir l'augmentation de la solde et financer divers autres projets qui avaient été retardés.

Presque tous les journaux américains ont condamné cette disposition, signalant que des milliers de militaires souffrant d'autres maladies et états débilitants pouvaient demeurer en service jusqu'à ce qu'ils ne puissent plus remplir leurs tâches. Pour illustrer ce point, le *Washington Post* a fait paraître un article

le 1 février dans lequel il est question du cas d'une veuve, sergent d'état-major, qui avait contracté le VIH de son défunt époux, qui avait été dans l'armée pendant dix ans avec un excellent dossier, des enfants à charge et qui sera obligatoirement renvoyée en vertu de cette disposition.

Au moment de la rédaction du présent article, il était question qu'un groupe bipartite au Sénat tente d'introduire un projet de loi particulier pour abroger la disposition relative au renvoi avant que quiconque ne soit renvoyé.

Australie: politique des forces de défense jugée discriminatoire

En Australie, la *Human Rights and Equal Opportunity Commission* a statué, en juin 1995, que la politique de la *Australian Defense Force (ADF)* relative au VIH, laquelle renfermait une exigence semblable à celle qui vient d'être introduite aux États-Unis, violait la loi antidiscrimination.[2]

Suivant la politique de l'ADF, toutes les recrues subissent un test de dépistage du VIH à leur admission dans l'ADF et toutes les recrues diagnostiquées séropositives sont renvoyées. Les militaires en service subissent à l'occasion des tests de dépistage dans diverses situations prescrites par la politique. Les militaires diagnostiqués séropositifs sont renvoyés dès que leur santé se détériore. S'ils sont en bonne santé, un conseil médical évalue cas par cas leur aptitude à l'emploi. Au 30 décembre 1994, l'ADF a effectué 147 673 tests de dépistage. Quarante-six personnes ont été diagnostiquées séropositives: trois nouvelles recrues et 43 militaires en service. Toutes ces personnes, sauf onze, ont été renvoyées du service.

Le ministre australien de la Défense a réagi avec colère à la décision de la Commission, affirmant que les personnes obèses, de petite taille, atteintes d'hépatite B et C, et d'autres, sont exclues de l'ADF, et qu'il devrait en être de même pour les personnes séropositives. Par ailleurs, le président de la *Australian Federation of AIDS Organizations* a affirmé que la décision représentait une victoire importante pour les personnes vivant avec le VIH et toutes les personnes ayant des incapacités: «La force de défense, comme d'autres employeurs, doit respecter la loi. Les personnes vivant avec le VIH sont tout à fait capables de servir leur pays et l'on ne doit pas les en empêcher.»

Europe et Canada: d'autres approches

Comme on l'a signalé dans le *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], plusieurs pays européens ont adopté pour leurs forces armées des politiques progressistes à l'égard du VIH. En Allemagne, aux Pays-Bas et en France, les tests de dépistage du VIH ne sont pas obligatoires pour les nouvelles recrues et la séropositivité au VIH n'est pas un motif d'exclusion de l'armée. Toutefois, en France, les soldats qui souhaitent servir à l'étranger doivent être séronégatifs et ceux qui reviennent d'Afrique et de Guyane française subissent un test de dépistage obligatoire pour le VIH. La situation canadienne a été discutée dans un numéro précédent du *Bulletin*. [3]

{Mise en vedette: «La force de défense, comme d'autres employeurs, doit respecter la loi. Les personnes

vivant avec le VIH sont tout à fait capables de servir leur pays et l'on ne doit pas les en empêcher.» }

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Reportage paru dans le *Lesbian-Gay Law Notes*, février 1996, à la p. 29.

[2] *Human Rights and Equal Opportunity Commission*, n° H94/98, Décision en date du 29 juin 1995. Voir également Alexander, M., «Offensive Defense: Military HIV Policy Under Scrutiny», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie] 1995, 6(3): 7-8. Le texte qui suit est tiré en grande partie de son article et résumé de décision.

[3] Ellis, R. et P. Engelmann, «Le VIH/sida et les forces armées au Canada», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(3): 1, 15-16.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

SANG ET PRODUITS SANGUINS

Nouvelles de la Commission Krever

Le 21 décembre 1995 se terminaient les audiences de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (la «Commission Krever»). La plupart des parties intéressées s'attendaient à ce que les travaux de la Commission prennent fin vers la fin du mois de février et que la Commission remette son rapport définitif en septembre 1996.

Ce programme a été considérablement modifié par le processus de révision judiciaire entrepris par la Cour fédérale (division de première instance) le 19 janvier 1996, à la demande de certaines «parties institutionnelles» entendues devant la Commission. Les requêtes en révision judiciaire présentées par quelque 86 requérants allèguent en substance que le commissaire n'avait pas la compétence nécessaire pour formuler à leur égard des conclusions de «manquement», et que la Commission Krever ne leur accordait pas les garanties procédurales auxquelles ils avaient droit. Le temps requis pour répondre à ces procédures judiciaires va de toute évidence retarder la préparation et la présentation des mémoires des parties invitées à se faire entendre aux audiences, et le rapport définitif du commissaire lui-même. De plus, la forme et le contenu du rapport définitif risquent fort d'être affectés par le résultat des procédures judiciaires.

Toutes les parties convoquées aux audiences de la Commission ont comparu devant le juge Richard, de la Cour fédérale (division de première instance), le 2 février 1996 pour déterminer si les soi-disant «groupes de consommateurs» invités à se faire entendre devant la Commission devaient également avoir la possibilité d'être entendus dans le cadre des procédures de la Cour fédérale. Aucun des requérants n'avait désigné les groupes de consommateurs en tant qu'intimés dans leurs requêtes en révision judiciaire, et tous s'opposaient à la requête présentée par ces groupes, qui demandaient l'autorisation de prendre part aux procédures en tant qu'intimés ou intervenants. En dépit de l'opposition des requérants, les efforts des groupes de consommateurs ont été couronnés de succès, et ceux-ci ont obtenu le droit de participer sans restriction aux procédures de la Cour fédérale en qualité d'intervenants, ce qui inclut le droit d'en appeler de la décision définitive de la Cour (indépendamment des intentions du commissaire

intimé concernant l'appel).

À la fin de la journée, le juge Richard avait accordé la qualité d'intervenants aux parties suivantes: la Société canadienne de l'hémophilie, la Société canadienne du sida, le Service de soutien et d'information en matière de VIH-T (sang transfusé), Janet Connors (conjointes et enfants infectés), le Canadian Hemophiliacs Infected with HIV, le Committee for HIV-Affected and Transmitted, l'Association of Hemophilia Clinic Directors of Canada, la Hepatitis C Survivors Society, le groupe Gignac Sutts, Guy-Henri Godin et Jean-Daniel Couture, le Hepatitis C Group, et le Toronto and Central Ontario Regional Hemophilia Society.

Le juge Richard a aussi établi un calendrier pour la tenue des procédures de la Cour fédérale avant l'examen au fond des requêtes en révision judiciaire. L'audition des requêtes au fond commencera le 22 mai 1996 à Toronto.

- *Lori Stoltz*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

RESPONSABILITÉ CIVILE

Négligence ou simple ignorance: l'affaire Ter Neuzen

Madame Ter Neuzen a participé à un programme d'insémination artificielle du Dr. Korn, obstétricien et gynécologue, de 1981 à janvier 1985. Elle a été infectée par le VIH lors de la dernière insémination. L'intimé n'avait pas prévenu madame Ter Neuzen, à cet époque, du risque de transmission du VIH par insémination artificielle.

Procès de première instance

Le procès de première instance devant juge et juré (20 novembre 1991), avait condamné le Dr. Korn à des dommages de 883 000\$ pour négligence professionnelle. Les allégations de madame Ter Neuzen étaient les suivantes:

- Le Dr. Korn aurait dû être conscient du risque de transmission du VIH par insémination artificielle; et
- avec cette connaissance, il aurait dû mettre fin aux procédures d'insémination ou, au pire, protéger la patiente d'un tel risque ou l'en avertir.

Questions procédurales

Parallèlement, deux décisions étaient rendues, le 23 décembre 1991^[1] et le 10 janvier 1992^[2] sur des questions procédurales. La première touchait l'échelle des coûts judiciaires attribuables à la cause, la seconde à une ordonnance d'arrêt d'exécution du jugement sur la base d'instructions erronées du juge au juré concernant l'admissibilité de la preuve.

En effet, dans le procès de première instance, le juge avait omis d'exiger que le juré, dans l'éventualité de

négligence, identifie l'acte de négligence, avec évidemment, comme résultante, l'impossibilité de conclure que la négligence était, en soi, en droit, constituante d'un acte fautif.

Le juré pouvait conclure à une négligence malgré que le Dr. Korn se soit conformé aux pratiques courantes médicales canadiennes de l'époque, si ces mêmes pratiques ne correspondaient pas à un niveau de soin approprié. Mais les instructions nécessaires et les circonstances possibles où un tel principe puisse trouver application n'ont pas été données. De plus, le juge a permis la preuve d'experts australien et américain sur le niveau de soin d'un obstétricien gynécologue canadien pratiquant l'insémination artificielle, sans que ces derniers n'aient jamais pratiqué cette profession en Colombie-Britannique, ni même au Canada.

Enfin, les dommages non-pécuniaires attribués à madame Ter Neuzen excédaient largement le maximum établi par la trilogie de la Cour suprême depuis l'arrêt Andrews. Madame Ter Neuzen ne pouvait évidemment garantir qu'une partie du paiement du jugement dans le cas où un appel serait accepté. Pour ces motifs, un arrêt d'exécution du jugement a été rendu le 10 janvier 1992.

La preuve

Dans le procès de première instance, la preuve avait démontré que, malgré la progression rapide du VIH en 84-85, les connaissances étaient minimales et aucun test de dépistage du VIH dans le sperme ou le sang n'avait été mis en place au Canada avant la fin de 1985. Un praticien en insémination artificielle, contrairement à des spécialistes de santé publique, ne pouvait connaître ces récents développements. La preuve présentée a pris la forme de témoignages d'experts (au nombre de cinq), la question posée à chacun consistant à savoir si, en janvier 1985, la transmission du VIH par insémination artificielle pouvait être soupçonnée.

Le Dr. Stewart, spécialiste australien en immunologie clinique, a répondu à cette question par l'affirmative en basant sa réponse sur les possibilités de transmission du VIH par le sperme et sa similarité avec l'hépatite B (où la transmission par insémination artificielle pouvait être possible). On avait, depuis 1984, fait le constat de la présence possible du VIH dans le sperme. Cependant, à l'époque où le dépistage a été rendu possible au Canada, il n'était pas de commune renommée qu'un tel risque existe de transmission du VIH par insémination artificielle.

Le deuxième expert, le Dr. Mascola, physicien et épidémiologiste médical de Los Angeles, répondit par la négative:

«On n'attendait pas des obstétriciens qui pratiquaient l'insémination qu'ils aient des sous-spécialités, et il n'y avait pas de lignes directrices officielles, ni de réglementation, ni de commission de réglementation pour voir à ce que des procédures soient appliquées.» [traduction libre]

Le Dr. Mascola avait été la première à soulever la question du risque de transmission par insémination

artificielle, suite à un article du Dr. Stewart paru dans le *Lancet* de septembre 1985, plusieurs mois après que madame Ter Neuzen eut été infectée.

Pour sa part, le Dr. Gardiner, obstétricien et gynécologue montréalais, a considéré qu'un risque théorique pouvait exister en janvier 1985 puisqu'il n'y avait pas, à cette époque, de cas documenté de transmission par insémination artificielle. Cependant, il mit fin à ses activités d'insémination en mars 1985. De plus, il témoigna à l'effet qu'il n'y avait pas, à cette époque, de pratiques établies en insémination, malgré le fait qu'il était possible, dans de mêmes conditions, d'être infecté par d'autres maladies transmises sexuellement.

Le Dr. Korn a fait témoigner le Dr. Wass, hématologue clinique pour lequel rien n'indiquait, en janvier 1985, que le VIH puisse être transmis par voie d'insémination artificielle. La transmission de l'hépatite B dans ces circonstances, n'était constatée qu'à la fin de 1986.

Le Dr. Scott, obstétricien, témoigna également pour la défense et arriva au même constat que la pratique de recrutement et de dépistage utilisée par le Dr. Korn étaient conformes à la pratique canadienne de l'époque.

Sur la base de tels témoignages, le tribunal de première instance avait conclu que le Dr. Korn avait été négligent dans sa pratique professionnelle.

L'appel

Un appel a été soulevé par le Dr. Korn à l'effet que le juge de première instance avait erré en droit en indiquant au juré que ces derniers pouvaient conclure à une négligence si le défendeur avait omis de respecter la pratique courante de l'époque. Subsidiairement, ils pouvaient également conclure que cette pratique constituait, en soi, de la négligence.

La Cour d'appel de la Colombie-Britannique a fait observer qu'il était bien établi en droit que: «Les médecins sont tenus de se conformer au moins à la norme professionnelle suivie par leurs pairs, mais ils ne sont pas censés garantir le succès du traitement ni la sécurité absolue de leurs patients.»[3] La Cour a fait une revue des principes de responsabilité applicables à un médecin, précisant que ce dernier n'a pas une obligation de résultat mais bien de moyens.

Elle a fait, de plus, une distinction entre deux aspects de la pratique suivie par le Dr. Korn:

- la façon de pratiquer l'insémination artificielle conformément aux données acquises de la science quant au risque de transmission du VIH par cet acte médical; et
- la sélection et le suivi des donneurs.

La Cour a précisé qu'il n'y avait pas de pratiques courantes en Colombie-Britannique en janvier 1985, ni

même au Canada, d'où la nécessité de constater une pratique possible en Amérique du Nord ou ailleurs dans le monde. La preuve de négligence n'était possible que si le Dr. Korn, ayant reconnu le risque de transmission, n'avait pas averti madame Ter Neuzen d'un tel risque et que la sélection et le suivi des donneurs étaient, en soi, négligents.

Quant au premier élément, la reconnaissance du risque, seul le Dr. Gardiner avait considéré comme "risque théorique" la transmission du VIH par insémination artificielle. Seuls les spécialistes de santé publique étaient conscients d'un risque de transmission et, vu l'absence d'une bonne communication d'information pertinente entre ces derniers et les praticiens, les praticiens n'en étaient pas informés. De plus, le test Elisa, pour dépister le VIH dans le sang ou le sperme, n'était pas encore disponible au Canada. La Cour a reconnu que si l'infection s'était produite seulement quelques mois plus tard, les droits et obligations des parties en litige aurait été fort différents.

Quant à la sélection et au suivi des donneurs, le Dr. Korn s'informait de savoir si le donneur était homosexuel ou non, basant sa décision sur l'honnêteté de ces derniers. Le Dr. Scott, autre praticien, utilisait un questionnaire allant dans le même sens.

La Cour a conclu que le juré ne pouvait en soi décider si, en l'absence d'une pratique générale et de connaissances médicales appropriées pour prendre une telle décision, le comportement du Dr. Korn avait constitué une négligence. De plus, il était impossible de vérifier si le juré avait condamné le Dr. Korn sur la base d'une négligence à cause d'une non conformité à la pratique générale canadienne de l'époque ou plutôt sur la base d'une négligence dans la sélection et le suivi des donneurs, ou encore sur la base de ces deux possibilités. C'est pourquoi la Cour a ordonné qu'un nouveau procès soit effectué sur ce point, en rappelant qu'à l'avenir il serait important que le juge exige du juré d'expliquer les raisons de son verdict.

Verdict de la Cour suprême^[4]

Un appel était ensuite présenté devant la Cour suprême du Canada pour les motifs suivants, à savoir si la Cour d'appel avait commis une erreur:

- en décidant que le juge de première instance n'aurait pas dû informer le juré que, même si l'intimé avait observé la pratique courante, le juré pouvait conclure que cette pratique constituait de la négligence;
- en rejetant la prétention de Madame Ter Neuzen fondée sur la garantie prévue dans la *Sale of Goods Act* de la Colombie-Britannique;
- en décidant qu'étant donné les circonstances de l'espèce, aucune garantie implicite de qualité ou d'adaptation à un usage particulier, reconnue en common law, n'était applicable;
- en décidant que le plafond des dommages non pécuniaires s'appliquait en l'espèce; et finalement

- si le plafond s'appliquait, fallait-il donner une directive au juré ou laisser à la Cour d'appel le soin d'ajuster le montant accordé par le jury s'il dépassait le plafond?

Nous laisserons de côté les motifs rattachés à la *Sale of Goods Act* et au plafond de dommages puisqu'ils pourraient, à eux seuls, constituer le cadre d'un autre commentaire.

La Cour suprême a conçu, tout comme la Cour d'Appel, que la négligence professionnelle comportait deux aspects. Les dérogations à une norme de prudence seraient, selon la Cour, les suivantes:

- le fait de ne pas avoir cessé la pratique d'insémination et de ne pas avoir prévenu madame Ter Neuzen du risque;
- une mauvaise sélection des donneurs et un manque de vérification du changement de leur style de vie;
- l'utilisation de sperme congelé au lieu de sperme frais.

La Cour suprême a considéré que le juré n'avait pas les connaissances nécessaires pour apprécier des questions hautement scientifiques et que le juge de première instance ne pouvait demander à un juré de rendre un verdict sur de telles données scientifiques sans toutefois être spécifique sur les directives appropriées pour prendre une telle décision. En effet, le juré ne pouvait que vérifier si le Dr. Korn s'en tenait aux pratiques courantes de l'époque. La question de transgression de la norme de prudence ne pouvait être tranchée sans l'aide d'experts.

C'est pourquoi la Cour suprême a considéré qu'un nouveau procès soit rendu possible, mais uniquement sur le deuxième élément en litige, soit la négligence dans la sélection et le suivi des donneurs. La preuve avait démontré l'absence d'une pratique courante et le juré pouvait ainsi fixer une norme appropriée selon ce qu'il estimait qu'une pratique prudente et diligente aurait dû être.

Vu l'impossibilité de connaître les véritables justifications du juré, on n'a pas pu conclure si la pratique courante de l'époque constituait, en soi, une négligence.

La Cour suprême vient de donner, dans cette affaire, une interprétation très restrictive des circonstances d'application où un médecin pourrait être condamné pour négligence professionnelle: dans de tels cas, il suffirait qu'une personne raisonnable ait pris des précautions nécessaires similaires pour que le premier ne soit pas considéré responsable. La marge entre la négligence et la défense d'ignorance se rétrécit de plus en plus.

- *Normand Halde*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1]Ter Neuzen v. Korn, (1992) 3 W.W.R. 469, 64 B.C.L.R. (2d) 125, (1991) B.C.J. No. 3849, British Columbia Supreme Court, (juge Hutchinson), 23 décembre 1991.

[2] Ter Neuzen v. Korn, (1992) B.C.J. No. 34, D.R.S. 93-08670, 10 B.C.A.C. 29, British Columbia Court of Appeal (In Chambers) (Juge MacDonald J.A.), 10 janvier 1992.

[3](1993), 81 B.C.L.R. (2d) 39, 103 D.L.R. (4th) 473, [1993] 6 W.W.R. 647, 29 B.C.A.C. 1, 48 W.A.C. 1, 16 C.C. L.T. (2d) 65 (Cour d'appel de la Colombie-Britannique), citant la Cour suprême dans Lapointe c. Hôpital Le Gardeur, [1992] 1 R.C.S. 351.

[4]Ter Neuzen c. Korn, No 23773, 19 octobre 1995.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

JUSTICE PÉNALE

É.-U.: Lourde peine à une personne séropositive pour agression sexuelle

Le 26 décembre 1995, la Cour d'appel du Minnesota a confirmé la décision d'un juge de première instance de condamner un défendeur séropositif à 30 ans de prison, peine que la cour a décrite comme étant trois fois plus élevée que ce que les critères habituels auraient normalement justifié.[1]

L'accusé faisait face à des accusations d'agression sexuelle brutale contre une victime de sexe féminin, accompagnée de violence et de menaces de mort qui, selon les critères de détermination de la peine, auraient justifié une peine de 105 à 115 mois d'emprisonnement. Le défendeur, contre qui un grand nombre d'accusations graves ont été portées suite à l'incident, a reconnu sa culpabilité à un chef d'agression sexuelle au premier degré. Les critères établis par l'État autorisent une augmentation de la peine quand la victime a été traitée avec une cruauté particulière.

La cour a conclu qu'il y avait eu cruauté particulière, parce que Perkins était infecté par le VIH, qu'il a menacé A.L. de mort, qu'il l'a étranglée au point de lui faire perdre connaissance, qu'il l'a étouffée avec un oreiller, et qu'il a menacé de tuer ses enfants. La cour a dit: «Je ne puis imaginer sur cette terre un crime plus dévastateur pour une victime que d'être agressée sexuellement par une personne qui a le sida. La victime de ce crime ne saura pas avant plusieurs mois si oui ou non elle a contracté le VIH. Si elle devient effectivement séropositive, elle est condamnée à mort. La preuve a clairement démontré que Perkins savait qu'il avait le sida quand il a commis son crime». Observant qu'un écart aussi marqué par rapport à la peine n'est justifié «que dans des cas extrêmement rares, où les circonstances aggravantes sont sérieuses», la Cour d'appel a conclu que c'était le cas en l'espèce et que le fait que Perkins avait le sida était un facteur sérieux qui, combiné aux actes de cruauté gratuite, justifiait une peine trois fois plus élevée que ce qu'auraient normalement permis les critères de détermination de la peine.

Une cause semblable a été jugée le 15 septembre 1995 par la Cour de justice de l'Ontario (division provinciale). Dans ce cas, un homme séropositif qui s'était rendu coupable d'agression sexuelle grave a

été condamné à un emprisonnement de 12 ans.[2]

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] *Perkins c. State*, 1995 WL 756698. Rapporté dans *Gay/Lesbian Law Notes*, janvier 1995, p. 11.

[2] Pour plus de détails, voir «Violeur séropositif condamné à un emprisonnement de 12 ans», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(2): 8.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Canada: Opposition à l'infraction criminelle portant spécialement sur le VIH

Tel que rapporté dans le dernier numéro du *Bulletin*, le député réformiste Gary Breitkreuz (Yorkton-Melville) a introduit un projet de loi d'initiative parlementaire (C-354) qui, s'il était adopté, créerait deux nouvelles infractions criminelles «liées à des actes commis sciemment ou par insouciance par une personne infectée par le VIH ou ayant le sida». Le projet de loi a franchi l'étape de la première lecture le 25 octobre 1995 et a été abandonné le 2 février 1996, lorsque le gouvernement a annoncé la prorogation de la session législative. Toutefois, le projet de loi peut être réintroduit pendant la nouvelle session parlementaire, qui a commencé le 26 février.

Nous reproduisons le texte légèrement modifié d'un mémoire sur le projet C-354 rédigé par Derek Scott de l'Unité de santé d'East York, pour une réunion récente des médecins hygiénistes de l'Ontario:

Ce projet de loi, s'il est adopté, en viendrait presque à criminaliser le fait d'être séropositif au VIH. Il criminaliserait pratiquement tous les rapports sexuels des personnes séropositives. En janvier 1995, le ministre de la Justice, M. Rock, a examiné une modification au *Code criminel* en réaction aux préoccupations du public sur la transmission volontaire du VIH. Toutefois, jusqu'ici, le gouvernement n'a pas introduit de législation dans ce domaine. Les instances les plus élevées du système judiciaire semblent avoir mis la question en veilleuse.

Il y a de plus en plus de jurisprudence sur ces questions. Les accusations de tentative de meurtre sont généralement abandonnées; toutefois, les tribunaux ont reconnu des gens coupables d'avoir mis en danger la vie d'autrui par insouciance et d'avoir commis des voies de fait causant des lésions corporelles. Des peines ont été infligées dans ces cas. Certains craignent que la loi n'offre pas suffisamment de protection contre la transmission volontaire du VIH.

Presque à l'unanimité, les personnes infectées ou affectées par le VIH/sida, de même que les organisations professionnelles, croient que la bonne façon d'endiguer la pandémie du VIH n'est pas par la criminalisation. Il existe beaucoup de raisonnements théoriques et certains éléments de preuve

empiriques qui indiquent que des sanctions criminelles auraient vraisemblablement pour effet de dissuader ceux qui pourraient être séropositifs de subir des tests de dépistage et d'obtenir des conseils adéquats relativement aux pratiques sexuelles sûres. En outre, la criminalisation mènerait à la marginalisation et à la stigmatisation des individus vivant avec le VIH/sida, ce qui aurait un effet négatif sur la santé de l'individu. La loi minerait les travaux actuellement effectués par les organisations de santé publique et les organismes communautaires de lutte contre le sida, en vue de créer un climat de confiance et de se concentrer sur le counselling et l'éducation comme les principales initiatives pour contrôler la pandémie. La plupart des spécialistes croient que l'on peut s'occuper des rares cas de comportement extrême en ayant recours aux lois de santé publique actuelles, comme celles de l'Ontario, lesquelles permettent toute une gamme de mesures. La criminalisation des rapports sexuels, bien que symbolique, risque d'avoir une valeur de dissuasion douteuse, voire même donner la fausse impression que la loi permet de se prémunir contre le VIH.

Par conséquent, tous les praticiens de santé publique et les organisations de lutte contre le VIH/sida doivent vigoureusement s'opposer au projet de loi. L'ACSP [l'Association canadienne de santé publique] considère une résolution qui serait adoptée à sa réunion de juillet 1996. D'autres groupes, comme l'ACT [l'*Aids Committee of Toronto*] ont publié des énoncés de politique qui expriment leur opposition à toute législation qui criminaliserait la séropositivité.

- *Derek Scott*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Le droit criminel et le VIH/sida: survol de la jurisprudence (Partie III)

Dans le vol. 2, numéros 1 et 2 du *Bulletin*, nous avons examiné onze affaires où l'on avait porté des accusations de «nuisance publique», de «négligence criminelle», de «voies de fait graves», de «tentative de meurtre», et de «rapports sexuels anaux». Deux autres affaires, portant sur des accusations de «voies de fait graves» sont examinées ici.

R c. Cuerrier^[1]

En août 1992, le prévenu avait été informé, par une unité sanitaire de la Colombie-Britannique, qu'il avait été diagnostiqué séropositif aux anticorps du VIH; il a été informé des conséquences de ce résultat, y compris la nécessité d'utiliser des condoms lors de ses rapports sexuels. Il a indiqué qu'il connaissait les moyens par lesquels le VIH pouvait être transmis; cependant, il a affirmé à l'infirmière des services sanitaires qu'il ne pouvait révéler son diagnostic dans la petite communauté où il vivait et il a refusé son offre d'aviser ses partenaires sexuels sans divulguer son nom.

Environ trois semaines après avoir reçu ses résultats, le prévenu a commencé une relation avec KM, pendant laquelle le couple a eu, à plusieurs reprises, des rapports sexuels vaginaux non protégés. Au début de cette relation, en réponse aux questions de KM, le prévenu a affirmé qu'il avait eu un certain nombre de rapports sexuels avec des femmes qui avaient elles-mêmes eu plusieurs partenaires sexuels. La plaignante n'a pas posé de questions particulières sur le VIH; toutefois, le prévenu lui a dit qu'il avait été diagnostiqué séronégatif huit ou neuf mois auparavant; il ne lui a pas dit qu'il avait été diagnostiqué séropositif au cours du mois précédent.

En janvier 1993, le prévenu et la plaignante KM se sont présentés à une clinique pour les MTS et ont subi des tests de dépistage. On a demandé au prévenu s'il avait déjà subi des tests par le passé; il a répondu par la négative. La plaignante a été diagnostiquée séronégative. Le prévenu a été informé qu'il avait été diagnostiqué séropositif et on l'a informé du risque de transmission à KM et de l'importance d'utiliser des condoms. La plaignante KM a alors été convoquée et informée du sérodiagnostic du

prévenu. Ce dernier a une fois de plus affirmé qu'il ne voulait pas utiliser de condoms.

Le prévenu et la plaignante KM ont continué leur relation quinze mois de plus et ils ont continué à avoir des rapports sexuels non protégés à l'occasion. Dans son témoignage, la plaignante a affirmé qu'elle aimait le prévenu et qu'à ce moment-là, elle croyait qu'elle allait probablement finir par être diagnostiquée séropositive au VIH, vu qu'ils avaient déjà eu des rapports sexuels non protégés.

En mai 1994, la même infirmière du service sanitaire a parlé au téléphone au prévenu et lui a répété qu'il serait «préférable» qu'il révèle son sérodiagnostic à ses partenaires sexuels et qu'il utilise des condoms. D'après l'infirmière, le prévenu a affirmé qu'il comprenait parfaitement l'importance d'adopter des pratiques sexuelles plus sûres et «les répercussions juridiques de son refus de le faire et du fait de mettre sciemment une autre personne en danger d'être infectée par le VIH.» Cette conversation a été suivie d'une lettre livrée en mains propres en juin 1994. À la même époque, l'infirmière a livré une ordonnance du médecin hygiéniste enjoignant au prévenu d'informer ses partenaires sexuels de son diagnostic, d'utiliser des condoms et de rencontrer l'infirmière du service sanitaire aux trois mois pour confirmer qu'il se conformait à l'ordonnance.

La deuxième plaignante a commencé une relation avec le prévenu en juin 1994, mais elle y a mis fin peu de temps après, après avoir découvert qu'il était séropositif.

Le prévenu a été mis en accusation en novembre 1994 sous deux chefs de voies de fait graves. Au moment du procès, les deux plaignantes étaient séronégatives. Lorsque le ministère public eut terminé de présenter sa preuve, comme dans l'affaire *Ssenyonga*,^[2] la défense a présenté une requête en vue d'obtenir un verdict dirigé d'acquiescement, au motif que le ministère public n'avait pas prouvé l'infraction de voies de fait, vu que les plaignantes avaient consenti aux rapports sexuels non protégés.

Le juge Drost a cité l'arrêt *Thornton*, de la Cour suprême du Canada [3] en concluant que le prévenu, en ayant des rapports sexuels non protégés, avait «mis en danger» les plaignantes, et que ses actes pouvaient donc constituer des voies de fait graves. Toutefois, le juge a noté que les faits et arguments de l'affaire étaient pratiquement identiques à ceux de l'affaire *Ssenyonga* et il a adopté le raisonnement du juge McDermid dans cette affaire pour demander l'acquiescement sous les deux chefs.

La Cour d'appel de la Colombie-Britannique doit entendre en juin 1996 l'appel de l'acquiescement, interjeté par le ministère public. L'appel soulève l'importante question de savoir si une personne séropositive qui ne révèle pas son sérodiagnostic à des partenaires sexuels éventuels s'expose à des poursuites criminelles. Le jour fixé pour l'audition de l'appel, le 18 janvier 1996, la Cour a indiqué que vu l'importance des questions de politiques soulevées par l'affaire, des groupes intéressés (y compris le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida) peuvent demander le statut d'intervenants. Par conséquent, l'appel a été reporté au 18 et 19 juin 1996.

R c. Tan [4]

En 1995, la prévenue a été accusée, entre autres infractions, de voies de fait graves pour avoir, allègue-t-on, injecté, à deux occasions, du sang contaminé par le VIH. La prévenue a plaidé non coupable aux accusations en mars 1995 et elle a été acquittée en mai 1995.

- *Richard Elliott*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Numéro de dossier de la Cour CC941279, décision inédite du 5 janvier 1995, Cour suprême de la Colombie-Britannique (Vancouver), le juge Drost.

[2]1991 OJ n° 544 (Div. gén.) (QL) (demande pour une ordonnance de ne pas faire sous le régime de la *LPPS*); 1991 OJ n° 1460 (Div. gén.) (QL) audience d'examen du cautionnement); (1992), 73 CCC 3d 216 (Cour de l'Ontario, Div. prov.) (enquête préliminaire rejetant les accusations de nuisance publique et administration de substances délétères); (1993) 81 CCC 3d 257 (Cour de l'Ontario, Div. Gén.) (verdict dirigé rejetant les accusations de voies de fait); (1993) OJ n° 3273 (Div. gén.) (QL) (décision de ne pas rendre jugement).

[3] 1989 OJ n° 1814 (Cour de district) (QL); conf. par (1991), 3 CR (4th) 381, 1 OR 3d 480 (CA); conf. par 1993 2 RCS 445, 82 CCC 3d 530, 21 CR (4th) 215 (CSC).

[4](23 mai 1995), Cour du Banc de la reine de l'Alberta, Edmonton, inédit, le juge Ritter.

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

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

DÉTENUS ET VIH/SIDA

Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse

On rapportait en 1993, dans la prison de Glenochil (Écosse), le premier cas documenté de vague d'infection à VIH parmi des détenus utilisateurs de drogues par injection.^[1] Par la suite, 12 détenus séropositifs et 10 autres utilisateurs de drogue injectable ont été interrogés en détail sur leurs comportements à risque en prison.

Au moment de cette vague d'infection, on avait déjà amassé des données quantitatives sur l'usage de drogue et le partage de seringues et d'aiguilles. Le but des 22 interrogatoires privés et enregistrés était donc d'étoffer l'information déjà disponible, par un rapport détaillé de la nature et de la dynamique des risques au sein de la sous-culture carcérale qui a recours à l'injection de drogue. Un tel compte rendu peut contribuer à une meilleure compréhension des causes de cette vague d'infection et des moyens pour prévenir un nouvel incident du genre.

L'épidémie

Le plein détail de la vague d'infection a été publié ailleurs.^[2] Rappelons brièvement qu'après le diagnostic de séroconversion apparemment récente au VIH chez deux détenus, une initiative de santé publique avait été amorcée pour offrir aux détenus du counselling et un test confidentiel de dépistage du VIH.

De 227 détenus qui se sont prévalu des services de counselling, 33 (14,5%) ont déclaré s'être injecté des drogues dans la prison de Glenochil. Vingt-sept d'entre eux ont subi le test de dépistage, desquels 12 ont été diagnostiqués séropositifs, s'ajoutant aux 2 premiers cas découverts, pour un total de 14 utilisateurs de drogues injectables (UDI) séropositifs dans cet établissement. Parmi les 137 autres détenus testés et qui ne s'étaient pas injecté de drogues dans cet établissement, aucun n'a été diagnostiqué séropositif. Des faits montrent en outre qu'au moins 8 des détenus infectés avaient clairement contracté le VIH dans

la prison pendant la première moitié de 1993, et que les autres l'avaient probablement contracté au même temps.

Injection, partage, désinfection

À la séance de counselling, on interrogeait les détenus sur leurs pratiques d'injection et de partage de seringue en prison et à l'extérieur:

- Sept détenus étaient devenus UDI seulement depuis leur incarcération à Glenochil. Quant aux autres, la fréquence d'injection se révélait plus faible en prison qu'à l'extérieur. En effet, hors de prison, l'injection tendait à être quotidienne, comparativement à une fréquence hebdomadaire ou mensuelle à Glenochil.
- Quoique la fréquence d'injection soit réduite de beaucoup en prison, on observe le contraire quant au partage de matériel d'injection. Seulement deux des détenus interrogés s'étaient injecté avec du matériel usagé pendant les 6 mois précédant leur incarcération, alors qu'un nombre de 20 affirme l'avoir fait en prison. Tous les UDI à Glenochil avaient partagé du matériel d'injection au moins quelques fois.
- Presque tous les répondants ont affirmé nettoyer le matériel avant de l'utiliser, mais les méthodes citées sont en grande partie inefficaces: rinçage à l'eau chaude ou à l'eau froide, en majorité. L'un des détenus qui a clairement contracté le VIH à Glenochil a affirmé qu'il nettoyait toujours d'abord ses seringues et aiguilles avec de l'eau de Javel.

Interrogatoire approfondi

Une fois recueillis et analysés les renseignements de base sur les pratiques d'injection, de partage et de désinfection — deux mois après les séances de counselling— on a procédé à l'interrogatoire approfondi de 22 détenus (incluant tous ceux qui avaient été diagnostiqués séropositifs, sauf un) afin d'obtenir de l'information aussi complète que possible en matière de comportement à risque en prison. Chaque détenu était interrogé individuellement dans une pièce privée de l'établissement, pendant une heure et demie en moyenne, avec enregistrement sonore. Ces entrevues non structurées visaient à élucider des détails sur les réseaux de partage, la disponibilité de matériel d'injection, son état, et les procédures de désinfection.

De ce processus est ressortie une description frappante de partage au hasard d'un nombre restreint d'aiguilles et seringues pour la plupart épointées, cassées ou bricolées à partir de matériaux divers. Le verbatim ci-dessous rend compte des propos de détenus.

Réseaux de partage et disponibilité du matériel d'injection

«Tu le croirais pas. C'était comme une scène du Bronx — des cellules pleines de *junkies*

qui attendent leur *hit*.»

«Il y avait seulement une seringue dans la pièce et quelque chose comme 15 ou 20 utilisateurs.»

«J'ai vu dans ma cellule 7 ou 8 personnes attendre en même temps pour utiliser le même *kit* d'injection.»

La plupart des détenus affirmaient nettoyer toujours le matériel usagé, mais les circonstances en prison compliquent la tâche de le faire efficacement, malgré la disponibilité de matériel de désinfection. L'injection, en prison comme dans la communauté, est une activité illicite. En milieu carcéral, le temps pour soi est limité, les aiguilles et seringues sont rares et les détenus peuvent être accostés n'importe quand par le personnel carcéral: l'injection et la désinfection sont des choses qu'il faut faire vite.

«Quand tu nettoies [le matériel d'injection], d'habitude il y a quelques autres personnes qui attendent aussi pour s'en servir. J'ai vu des gars se relever et juste le rincer une ou deux fois avec de l'eau froide avant de le donner au prochain. À l'occasion, j'ai remarqué quelques caillots de sang restés dans le fond.»

Même disponible — elle est fournie à Glenochil depuis la vague d'infection, sous forme de tablettes — l'eau de Javel est inutilisée ou mal utilisée:

«Il n'iraient pas utiliser de l'eau de Javel. Si tu es assis dans une cellule et que tu te dépêches avant de devoir retourner dans la tienne, tu le rinces en vitesse, tu t'injectes et tu le passes au suivant.»

Doutes sur l'efficacité de l'eau de Javel

L'efficacité de l'eau de Javel pour décontaminer le matériel d'injection est mise en doute des points de vue biologique et comportemental.[3] On a remarqué que les UDI sous-estiment le temps requis pour stériliser le matériel. La probabilité de décontamination est susceptible de diminuer encore davantage dans les conditions suivantes:

«Une fois, j'utilisais une aiguille verdie qui pliait parce qu'elle était usée. Il a fallu que quelqu'un pousse dessus pour qu'elle pénètre.»

«Mes bras sont un vrai désastre, des gros bleus et des trous profonds. Les aiguilles ont été aiguisées sur des bouts de papier sablé.»

«On les nettoyait toutes mais je pense qu'on l'a attrapé de l'aiguille parce qu'elle est rouillée en-dedans et que du sang reste peut-être accroché là-dessus. Ou le piston — on a dû prendre un sac de plastique et l'étirer par-dessus et l'attacher avec un peu de fil, mais le

sac de plastique fendait quand on l'étirait. Je pense que le virus était là-dedans parce que je l'ai vu — c'était pas exactement de la moisissure, mais ça y ressemblait.»

Les piqueries et le partage au hasard ont été identifiés comme des facteurs de risque élevé de transmission du VIH.[4] Il ne fait pas de doute que Glenochil était le site d'un scénario de piquerie.

Stratégies de réduction des méfaits

Dans plusieurs pays les stratégies de réduction des méfaits, telles que l'échange de seringues et la maintenance à la méthadone, ont été appliquées pour endiguer de tels comportements à risque. Dans la plupart des cas, les prisons sont exclues de ces programmes. Pourtant, le succès de ces efforts de prévention continue de croître[5] et peut aussi se constater à Glasgow (Écosse), ville de résidence de 13 des 14 détenus qui ont été infectés. Glasgow a mis sur pied un programme d'échange de seringues et d'aiguilles en 1987. Ce service a pris de l'ampleur et a été complété par un service de prescription de méthadone. On y a constaté l'évidence de la réduction des comportements à risque parmi les UDI, et la prévalence de l'infection à VIH parmi ce groupe est demeurée faible et stable, autour de 1%. [6]

Dans les prisons écossaises, les tablettes d'eau de Javel sont maintenant disponibles et des programmes de désintoxication ont été mis sur pied dans certains établissements, incluant Glenochil. Mais les deux plus efficaces et principaux moyens de prévention de la transmission du VIH — l'échange de seringues/aiguilles et la maintenance à la méthadone — ne sont pas disponibles. Si l'on veut prévenir autant que possible la transmission du VIH, il faudra pourtant que les méthodes de réduction des méfaits qui sont appliquées dans la communautés le soient aussi en prison. Les lignes directrices de l'OMS recommandent cette action, à moins qu'elle ne compromette la sécurité de la prison.[7]

Il est compréhensible que le personnel carcéral puisse être inquiet des risques potentiels d'une plus grande disponibilité d'aiguilles dans l'environnement carcéral. En dépit du succès éloquent des programmes pilotes d'échange de seringues et d'aiguilles dans les prisons de Suisse,[8] une résistance à l'égard de cette solution persistera dans plusieurs pays, aux niveaux politiques et culturels. Néanmoins, afin de prévenir une autre vague d'infection comme celle survenue à Glenochil, il faut mettre autant d'efforts en prison et y appliquer les mesures de prévention offertes aux UDI dans la communauté en général. Afin de subvenir à leurs habitudes de consommation, vu l'illégalité de l'usage de drogues, plusieurs UDI adoptent un style de vie qui les entraîne vers la criminalité et leur vaut d'être incarcérés pour de larges parts de leur vie. Pour certains d'entre eux, la prison offre une opportunité de cesser l'usage de drogue, du moins pendant la durée de l'incarcération. Certains ressortent donc de prison en meilleure santé qu'au moment de leur admission. En contrepartie, pour ceux qui ne se défont pas de leur habitude, la prison telle qu'elle existe constitue un environnement à risque extrême:

«Est-ce qu'on continue de partager? Ça continue. Ça va toujours continuer parce qu'on n'a pas de seringues et pas d'aiguilles, pas comme dehors.»

- Avril Taylor et David Goldberg

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

- [1] A. Taylor, D. Goldberg, J. Emslie et coll., «Outbreak of HIV infection in a Scottish prison», *British Medical Journal*, 1995: 310, 289-292.
- [2] *Ibid.*; voir aussi R. Jürgens, «Preuve inquiétante de transmission du VIH dans les prisons», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995: 1(2), 2-4.
- [3] K. Dolan, W. Hall, A. Wodak, *Bleach availability and risk behaviours in prison in New South Wales*, Technical Report no 22, Sydney, National Drug and Alcohol Centre, 1995.
- [4] D.C. Des Jarlais, S.R. Friedman, K. Choopanya et coll., «International epidemiology of HIV and AIDS among injecting drug users», *AIDS*, 1992: 6, 1053-1068.
- [5] D.C. Des Jarlais, H. Hagan, S.R. Friedman et coll., «Maintaining low HIV seroprevalence in populations of injecting drug users», *Journal of the American Medical Association*, 1995: 274, 1226-1231.
- [6] A. Taylor, M. Frischer, S.T. Grenn et coll., «Low and stable prevalence of HIV among drug injectors in Glasgow», *International Journal of STD & AIDS*, 1994: 5, 105-107.
- [7] *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, Genève, OMS, 1993.
- [8] J. Nelles, T. Harding, «Preventing HIV transmission in prison: a tale of medical disobedience and Swiss pragmatism», *The Lancet*, 1995: 346, 1507-1508.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Australie: Échange de seringues en prison

Une étude récente du National Drug and Alcohol Research Centre (NDARC) australien a conclu que l'échange de seringues est applicable dans les prisons australiennes.[1] En conséquence, la Australian Federation of AIDS Organizations (AFAO) demande l'instauration de programmes pilotes d'échange d'aiguilles et de seringues dans des prisons à travers le pays.[2]

L'introduction de programmes d'échange de seringues dans les prisons australiennes avait déjà été recommandée par la Community Policy on Prisons and Blood Borne Communicable Diseases.[3] La ministre australienne de la Santé, Dr Carmen Lawrence, et le Dr Brendan Nelson, alors président de la Australian Medical Association, avaient aussi insisté pour que «soit sérieusement envisagée» l'introduction de tels programmes en prison.

L'étude examinait les questions soulevées par les programmes d'échange de seringues en prison, sondait leurs éventuels avantages et inconvénients, et analysait leur faisabilité. La méthode consistait à documenter — via des groupes de discussion avec modérateur — les problèmes soulevés par les principaux intervenants du système carcéral de la Nouvelle-Galles du Sud.

Aux groupes de discussions (constitués d'agents correctionnels, d'employés de services de santé de prisons, d'ex-détenus, d'agences communautaires et de politiciens) les chercheurs demandaient de l'information sur les problèmes potentiels de sécurité associés à un programme d'échange. Des groupes ont:

- souligné la nécessité de programmes efficaces et à grande échelle, en matière de traitement et de réduction des méfaits pour les détenus utilisateurs de drogues injectables;
- remis en question les méthodes d'application et l'efficacité des programmes actuels en matière de VIH; et

- envisagé l'impact possible sur la communauté en général.

Sur la base de ces discussions, les chercheurs ont conclu que des programmes d'échange de seringues sont applicables en prison, mais seulement à certaines conditions. Ils ont noté que l'on ne devrait pas envisager l'application sans avoir d'abord obtenu la coopération du personnel carcéral. Il recommandaient entre autres qu'un groupe de travail, impliquant des agents correctionnels et des employés de services de santé, discute de l'échange de seringue en prison afin de trouver une solution qui ne comporte aucun risque pour le personnel et soit acceptable pour les agents correctionnels.

L'étude a permis d'identifier des conditions à réunir avant d'envisager l'échange pilote de seringues:

- la mise sur pied d'une division spécialisée en traitement des dépendances;
- du personnel correctionnel et de santé volontaire;
- la formation spécifique du personnel correctionnel et de santé;
- une politique stricte de distribution d'aiguilles et seringues sur la base du un-contre-un;
- la décision d'un comité conjoint (agents correctionnels, personnel de santé, détenus) quant à la méthode de distribution: (1) machine distributrice, (2) personnel de santé, (3) organisme extérieur, (4) salle d'injection;
- le suivi quantitatif du pilote en matière d'augmentation ou de réduction du risque de transmission au personnel, aux détenus et aux visiteurs, en cas d'assaut ou de blessure occupationnelle ou accidentelle.

Les chercheurs ont aussi recommandé que:

- tous les détenus aient accès à des condoms et de l'eau de Javel;
- tous les détenus soient examinés et se voient offrir l'entretien à la méthadone lorsqu'il est approprié;
- des pairs éducateurs reçoivent de la formation;
- un programme pilote d'échange de seringue soit rigoureusement évalué; et
- aux fins d'évaluation, les participants subissent un test de dépistage du VIH et des hépatites B et C tous les six mois.

L'AFAO a bien accueilli l'ensemble des résultats de l'étude, mais a souligné qu'elle n'était pas en accord avec toutes les recommandations, notamment avec celle du dépistage obligatoire des détenus. À l'occasion de la publication du rapport, le président national de l'AFAO, Mike Kennedy, a demandé que des programmes d'échange de seringues soient mis à l'essai dans plusieurs prisons à travers l'Australie, en exprimant son accord avec les recommandations que des condoms, de la méthadone et de l'eau de Javel soient également rendus disponibles.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] S. Rutter et coll., *Is Syringe Exchange Feasible in a Prison Setting? An Exploration of the Issues*, Technical Report No 25, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 1995.

[2] Adapté de D. Burrows, «Needle Exchange in Prison: the Next Step», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], à paraître.

[3] Voir article dans le *Bulletin canadien VIH/sida*, 1995, 2(1): 29.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Soutien spirituel aux détenus vivant avec le VIH

Cet article résume la présentation faite à la *British Columbia AIDS Conference* (novembre 1995) par le révérend Bell, aumônier pour le Service correctionnel du Canada, qui visite des hommes et des femmes vivant avec le VIH/sida dans des prisons fédérales. Il s'intègre à notre suivi sur les questions soulevées par le VIH/sida dans les prisons.

Depuis un an et demi, je travaille comme chapelier à la *HIV Clinic* ainsi qu'avec des détenus séropositifs. Pour cette présentation, j'ai demandé à mes clients d'écrire leurs impressions de leur expérience avec moi et les besoins dont il faudrait s'occuper dans le développement d'un modèle de soutien spirituel pour les détenus vivant avec le VIH. Quatre sujets principaux sont ressortis: la diversité du soutien, un sens à la vie, l'espoir et la foi.

Soutien diversifié

Les détenus ont souligné que le soutien prend diverses formes et constitue l'un des principaux points d'un modèle spirituel. Dans le contexte, le soutien inclut l'éducation: il est crucial que la personne qui offre le soutien spirituel soit informée sur le VIH/sida et à l'aise d'en discuter. Les personnes que je rencontre veulent plus d'information sur le VIH/sida, l'hépatite et la tuberculose. Je les aide à résoudre certaines questions et à mieux comprendre l'information dont ils disposent déjà.

Mon rôle de liaison entre le personnel clinique et le patient me donne accès à plusieurs renseignements: revenant à la clinique après une visite en prison, je suis souvent en mesure de partager avec mon équipe de travail, médecins et travailleurs sociaux, des renseignements qui nous aident à mieux soigner une personne. De plus, comme je travaille à l'hôpital, ma relation avec le personnel me permet d'aider les détenus à s'ajuster au fait d'être hospitalisés.

L'écoute objective et sans jugement est une autre forme de soutien. Pour plusieurs détenus, le simple fait de raconter leur histoire procure beaucoup de soulagement. Tous ceux qui m'ont écrit leurs impressions

ont affirmé n'avoir en prison que peu de personnes avec qui parler du sida, sinon personne: c'est soit risqué d'en parler, soit inutile parce qu'ils rencontrent peu de compréhension. La stigmatisation du sida et le manque d'information sont encore plus flagrants là que dans la rue — les détenus ont peur que leur sérodiagnostic soit connu. La confidentialité est une préoccupation majeure pour eux.

Enfin, ceux qui travaillent avec les détenus savent que les détenus apprécient et estiment le respect, qui est une autre forme importante de soutien. Ma relation avec eux demande que je mérite leur respect et leur démontre le mien pour eux.

Un sens à la vie

En pastorale, j'essaie d'aider les gens à découvrir ce qui, pour eux, donne un sens à leur propre vie. Ils peuvent ensuite mieux saisir comment la maladie les affecte, et arriver à exprimer ce qu'ils ressentent. Un détenu a noté l'importance de pouvoir parler à quelqu'un qui ne craint pas d'entendre ce qu'il a à dire. Il apprécie que je l'aide à voir d'où viennent ses sentiments et à composer avec eux.

Espoir

Plusieurs détenus m'ont écrit que je les aide à garder l'espoir. J'essaie toujours de découvrir avec eux où leur espoir se loge; ce peut être l'espoir d'un résultat négatif à un test de dépistage, l'espoir d'une cure, d'une bonne qualité de vie, de ne pas souffrir, ou encore d'une autre vie après celle-ci. Un détenu avec lequel je travaille a une peur — compréhensible — de mourir incarcéré. Comme je vois qu'il place beaucoup d'espoir dans une libération conditionnelle, j'essaie, nous essayons à la Clinique, de calmer ses inquiétudes en l'aidant à se préparer pour sa comparution. Nous soutenons son espoir autant que nous le pouvons. Nous serons aussi là pour lui si la libération lui est refusée.

Foi

Je suis un intervenant spirituel et je sais bien que peu des détenus que je rencontre sont religieux. En général ils aiment que je ne les aborde pas avec un programme religieux. Ils apprécient pouvoir me parler de religion s'ils le veulent, sans que je leur impose mes valeurs ou mes opinions. Plus proche de la mort, on se pose parfois des questions qui touchent la foi. J'essaie de voir si la personne a la foi, car si une foi peut l'aider et lui donner de la force, c'est un atout de plus.

Conclusion

Un modèle de soutien spirituel devrait s'ajuster au cheminement personnel de chaque détenu afin de l'aider à mieux se connaître et s'accepter. Ce faisant, il peut faire découvrir des ressources que chacun porte en soi.

- *Rév. Daryll Bell*

Pour obtenir la version complète du texte du révérend [en anglais seulement], veuillez contacter le Réseau.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

VOYAGE ET IMMIGRATION

Australie: résidence permanente accordée à des personnes séropositives

La politique d'immigration du Canada concernant les personnes vivant avec le VIH/sida a fait l'objet d'articles dans des numéros précédents du *Bulletin*.^[1] Dans le présent numéro, nous traçons un portrait de la situation en Australie, où, jusqu'en 1994, aucune personne vivant avec le VIH n'avait pu obtenir le statut de résident permanent. En 1994, les pressions d'organismes communautaires ont toutefois entraîné l'instauration d'un nouveau système d'examen des demandes formulées par des personnes vivant avec le VIH. Le système australien permet maintenant aux personnes vivant avec le VIH d'obtenir le statut de résident permanent – dans certaines circonstances.^[2]

En 1989, le gouvernement australien publiait un premier document intitulé *National HIV/AIDS Strategy*, qui contenait la déclaration suivante:

Les candidats à la résidence permanente seront soumis à des tests de dépistage du VIH. Cette mesure n'est pas destinée à avoir une influence significative sur la propagation du VIH, mais l'infection par le VIH, comme toute autre maladie, est un facteur à considérer dans l'examen des demandes, du fait des coûts éventuels considérables pour la société australienne. Un résultat positif n'aura pas automatiquement pour effet d'exclure les candidats à la résidence permanente; une certaine latitude sera conservée pour que certaines demandes soient acceptées dans les cas qui le justifient, pour des raisons humanitaires ou autres.

Entre 1989 et 1993, cependant, aucune demande de résidence permanente d'un candidat séropositif n'a été acceptée, et un certain nombre de personnes ont été refusées uniquement à cause de leur séropositivité. Ce n'est qu'après une rencontre entre la Australian Federation of AIDS Organisations (AFAO) et le Department of Immigration and Ethnic Affairs de l'Australie, que les directives concernant

le VIH/sida dans l'examen des demandes ont été révisées pour être conformes avec la politique gouvernementale annoncée en 1989. Depuis le début de 1994, un certain nombre de personnes vivant avec le VIH ont obtenu la résidence permanente.

Dépistage du VIH

Par opposition au Canada, en Australie toute personne âgée de 15 ans ou plus qui désire obtenir la résidence permanente, ou une résidence temporaire de douze mois ou plus, doit subir un test de dépistage du VIH. Les enfants de moins de 15 ans doivent subir un test s'ils sont adoptés par un résident australien et qu'ils ont déjà reçu des transfusions sanguines ou qu'ils présentent des signes de maladie. Le test de dépistage du VIH fait partie des examens médicaux subis par toute personne qui demande la résidence permanente.

Exigences relatives à la santé

En pratique, une personne dont les résultats d'un test de dépistage des anticorps au VIH sont positifs ne satisfait pas aux exigences relatives à la santé qui s'appliquent à toutes les classes d'immigrants, sauf aux demandeurs de statut de réfugié qui soumettent leur demande une fois arrivés en Australie. Toutefois, les exigences relatives à la santé peuvent être écartées dans certaines circonstances. Les exemptions sont d'une portée limitée, et seules les classes de personnes suivantes peuvent s'en prévaloir:

- le conjoint, y compris le conjoint de fait, d'un citoyen australien ou d'un résident permanent;
- les interdépendants, incluant les partenaires gais ou lesbiennes de citoyens australiens ou de résidents permanents;
- l'enfant d'un citoyen australien ou d'un résident permanent; et
- les cas de réfugiés ou de considérations humanitaires.

Si un candidat appartenant à l'une de ces catégories ne satisfait pas aux exigences habituelles relatives à la santé, le Department of Immigration and Ethnic Affairs (DIEA) a l'obligation d'établir si oui ou non il y a lieu d'écarter ces exigences.

Dans cette optique, la question principale consiste à déterminer si le fait d'accorder un visa à une personne vivant avec le VIH est susceptible d'imposer un coût démesuré à la communauté. Dans chaque cas, le DIEA devra obtenir du Department of Human Services and Health une évaluation, pour la durée de la vie de la personne, du coût global des traitements, des soins, de la sécurité sociale et du logement que devra supporter l'État. Le montant actuellement utilisé se chiffre à environ 240 000\$ CAN, mais il peut être inférieur selon le stade de développement de la maladie.

Dans leur décision, les fonctionnaires du DIEA doivent prendre en considération:

- l'étendue des services sociaux, médicaux, hospitaliers ou autres soins institutionnels susceptibles d'être requis en Australie;
- les besoins éducatifs et occupationnels du candidat en Australie, et ses perspectives d'avenir;
- la disponibilité de services de santé, de bien-être, d'éducation et d'emploi adéquats dans la région où le candidat souhaite résider, et la demande locale en ce qui a trait à ces services;
- la volonté et la capacité d'un répondant, d'un autre membre de la famille, d'une autre personne ou d'un organisme de fournir des services et des soins spéciaux sans frais pour le public;
- le risque de détérioration de l'état de santé du candidat, considérant non seulement les facteurs médicaux connus, mais l'influence de facteurs tels les contraintes d'adaptation à un nouvel environnement, le style de vie, l'occupation, etc.;
- le coût global supporté par les fonds publics de l'Australie pendant la durée de la vie du candidat.

La décision doit comparer le coût estimé (un «facteur négatif») et les facteurs positifs relevés dans la demande. Si les facteurs positifs sont plus forts, le décideur peut mettre de côté les exigences relatives à la santé et accorder le visa.

Application de la politique

Selon l'AFAO, la politique semble fonctionner de façon satisfaisante: à sa connaissance, depuis le début de 1994, aucun candidat n'aurait vu sa demande de résidence permanente refusée uniquement à cause du VIH. Des demandes ont été accordées dans des cas de:

- maris ou femmes de citoyens australiens et de résidents permanents;
- partenaires gais de citoyens australiens et de résidents permanents;
- enfants de citoyens australiens et de résidents permanents;
- réfugiés.

Les candidats séropositifs sont considérés de la même façon que ceux atteints d'autres types d'invalidités, telles les maladies cardiaques. Cependant, il y a encore un grand nombre de personnes séropositives – par ailleurs admissibles à l'immigration — qui n'ont aucune chance d'obtenir la résidence selon la loi actuelle.

Autres développements

Selon l'AFAO, le dépistage du VIH devrait être interrompu, et la séropositivité ne devrait pas être prise en considération pour décider d'approuver ou non les demandes de résidence permanente ou temporaire. La Fédération indique cependant qu'il est difficile de progresser plus avant, parce que cela impliquerait une modification substantielle du système australien d'immigration: il est difficile de justifier un argument favorisant l'application de critères différents aux personnes vivant avec le VIH/sida, par rapport à d'autres types d'invalidités et de maladies.

La loi actuellement en vigueur en Australie concernant la discrimination pour cause d'invalidité (*Disability Discrimination Act 1992*) touche maints domaines, mais l'immigration en est totalement exclue. La situation préoccupe considérablement les groupes s'intéressant aux droits des personnes handicapées. Pour que cette situation change, les groupes d'aide relatifs au sida devront s'allier aux autres groupes pour plaider en faveur d'un remaniement fondamental du système de sélection et d'exclusion des immigrants.

Études de cas

Hans, ressortissant européen marié à une australienne, est séropositif depuis un certain nombre d'années, mais en bonne santé. Il a un emploi très bien payé, tout comme sa femme. Le couple veut vivre en Australie pour être près de la famille de la femme.

Julio est un homosexuel séropositif originaire d'un pays en voie de développement où il y a une discrimination très forte à l'encontre des homosexuels et des personnes séropositives. Il a une relation avec son partenaire australien depuis huit ans. Il est en bonne santé et il a un bon emploi.

Rose, réfugiée originaire d'un pays en voie de développement, a été infectée par le VIH en Australie après une relation sexuelle avec un homme australien. La relation a pris fin, et elle n'a pas de relation pour le moment, mais elle travaille à temps plein et étudie à temps partiel. Il a été démontré qu'il y a un degré très élevé de discrimination à l'encontre des personnes séropositives dans son pays d'origine.

Tous ces candidats ont obtenu la résidence permanente.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] S. Wilson, «Développements récents en droit de l'immigration», *Bulletin canadien VIH/sida et Droit*, 1995, 1 (1): 10.

[2] Voir M. Alexander, «HIV and Permanent Residence», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1995, 6(2): 8-10. Certaines parties du présent texte sont tirées de cet article.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Enfants 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 enfants touchés par le sida

Enfants vivant avec le VIH/sida

En juillet 1995, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que plus de 1,5 million d'enfants avaient été infectés par le VIH depuis le début de la pandémie. On prévoit que d'ici l'an 2000 ce nombre se situe entre 5 et 10 millions.

Orphelins et enfants de parents malades

On estime que, d'ici l'an 2000, de 5 à 10 millions d'enfants de moins de 10 ans auront vu mourir leur mère ou leurs deux parents du sida. On s'attend à ce que 90% des orphelins se trouvent en Afrique, où l'épidémie de sida s'est d'abord propagée. Dans certaines parties de ce continent, le nombre de familles dirigées par des enfants et des grands-parents augmente de façon alarmante.

Enfants exposés à un risque accru d'infection

Entrent dans cette catégorie: les jeunes filles prisées par les hommes parce qu'ils ne les croient pas infectées; les enfants de la rue qui sont vulnérables à l'exploitation sexuelle et ne sont souvent pas informés des comportements à risque; ceux qui subissent des agressions sexuelles; et ceux dont l'activité sexuelle est précoce.

Enfants de collectivités dévastées par le sida

Dans certaines collectivités, l'épidémie de sida a emporté tellement de membres de la population active que toute la communauté est perturbée. La famille étendue ne peut plus absorber le nombre élevé d'orphelins nécessitant soins et attention. À l'échelle locale, les décès de professionnels de la santé, professeurs, éducateurs, ouvriers agricoles, créent des carences à plusieurs niveaux et laissent plusieurs fonctions sociales en pan.

Comment les enfants sont-ils affectés?

Pauvreté

Lorsque les personnes qui la soutiennent économiquement et qui en prennent soin deviennent malades, la famille fait face à l'appauvrissement. Dans les régions rurales, la capacité de produire de la nourriture diminue, tandis que dans les régions urbaines, c'est la capacité de gagner un salaire qui est affectée. Des enfants seront probablement forcés d'abandonner l'école parce qu'ils devront prendre soin d'un des membres malades de leur famille ou parce que leur famille n'aura pas suffisamment d'argent pour les y envoyer. Dans ce contexte, il sera difficile pour bon nombre de familles de procurer à leurs enfants un logement adéquat, une bonne nutrition et des soins de santé de base.

Insécurité

Le décès d'un parent est la plus grande perte qu'un enfant puisse vivre. De plus, l'enfant redoutera probablement que le sida ne tue l'autre parent. À cause de la honte associée au VIH/sida, les orphelins pourraient se voir rejetés par la famille étendue. La perte des parents est d'autant plus grande si les orphelins d'une même famille sont séparés. En outre, l'aide psychologique est souvent perçue comme un luxe ou une complaisance.

Perte d'héritage

Lorsque les orphelins sont envoyés loin de leur village chez des membres de la famille étendue ou dans une institution, ils perdent souvent le droit à leur propriété. Même en demeurant dans leur village, ils voient souvent les membres de la famille étendue s'approprier la succession. En de nombreux cas, il n'y a aucune loi assurant le droit à l'héritage des femmes et des enfants. Là où une telle législation existe, elle est souvent ignorée par les gens et les autorités locales, qui préfèrent suivre la loi coutumière.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

Le sida dans le monde: son impact sur les bébés, les enfants et les adolescents

Le sida a un impact important sur la vie et l'éducation des bébés, des enfants et des adolescents dans les pays les plus touchés par la maladie. Nous examinons ici cet impact et proposons des solutions à certains défis que pose la maladie.

Impact du sida

La pandémie du sida a un énorme impact sur les individus, les familles et les communautés au micro-niveau de la société. Les gens deviennent malades, ne peuvent pas travailler et subissent un manque à gagner. Leurs familles dépensent de l'argent pour les soins et le traitement et subissent encore un manque à gagner lorsqu'ils prennent le temps de s'occuper d'eux. Les gens meurent: travailleurs spécialisés, artisans et fonctionnaires d'expérience disparaissent et il n'est pas facile de les remplacer; des entreprises ferment, des terres agricoles demeurent en jachère; il y a un manque à gagner immédiat et futur; on consacre temps et argent aux funérailles et au deuil. Les régimes traditionnels de soutien sont sollicités à l'extrême, jusqu'à épuisement. Les familles et les communautés perdent alors leur viabilité économique, sociale et culturelle.

Bien que les classes aisées puissent être gravement touchées, les pauvres subissent l'impact le plus important. Chez les pauvres en particulier, la pandémie représente une menace majeure à la santé, au bien-être et aux droits des bébés, enfants et adolescents. Cette menace est en partie directe — risque d'infection contractée des mères, transfusions, instruments de perçage de la peau contaminés, rapports sexuels coercitifs ou consensuels — et en partie indirecte — parents malades ou décédés, enfants abandonnés ou orphelins, familles pauvres, milieu familial qui se détériore.

Dans une large mesure, l'impact du VIH/sida se rapporte au fait que les enfants et leurs familles ont moins accès aux conditions favorisant un milieu sain et une bonne santé: gouvernements, communautés et familles touchés par le sida ont moins de temps, d'énergie et d'argent à consacrer aux services de santé préventive (eau potable, conditions sanitaires, planification familiale, soins néonataux, contrôle

systématique de la croissance et du développement des enfants, contrôle de la salubrité des aliments, programmes d'immunisation). On risque également de porter moins attention à l'élimination ou à la réduction de carences alimentaires, de la malnutrition, du faible poids à la naissance et des maladies comme la polio, la rougeole, la diarrhée et les infections respiratoires aiguës.

Outre la santé, les enfants se retrouvent dans des situations particulièrement difficiles à cause de problèmes liés au sida: pauvreté familiale accrue, risque plus élevé d'être abandonnés et de se retrouver orphelins, migration forcée, exhérédation, traumatismes psychologiques, ostracisme et discrimination, abus physiques et sexuels.

Impact sur l'éducation

La pandémie a également un impact important sur l'éducation. Les programmes de développement de la prime enfance ne peuvent être étendus, faute de ressources. À mesure que sont constituées des familles plus étendues et à mesure que ceux qui avaient l'habitude de s'occuper des enfants (les filles aînées, les grands-parents) doivent faire du travail plus productif, il reste moins de gens pour s'occuper des bébés. Or, dans les milieux pauvres en ressources, les services de soins des enfants ne sont peut-être pas disponibles ou abordables.

Le système scolaire est également touché, ce qui finit par réduire la demande, l'offre et la qualité de l'éducation. Il en résulte une réduction des taux d'inscription, une augmentation du décrochage et une réduction de la qualité globale de l'apprentissage.

Besoin d'éducation

À cause du VIH/sida, moins d'enfants auront besoin d'aller à l'école. Moins d'enfants et de familles pourront se payer l'école pour les motifs suivants:

- perte directe du revenu familial: les membre productifs de la famille tombent malades et meurent; à cela il faut ajouter le coût du traitement, des soins et des funérailles;
- expansion des familles étendues: beaucoup plus d'enfants d'âge scolaire ont besoin d'argent pour aller à l'école, mais vivent dans une famille dirigée par des adultes moins productifs (des grand-parents) ou des adolescents;
- perte des moyens traditionnels de protection économique que constituent la famille étendue et la communauté, moyens sollicités davantage, à cause de la migration, des pressions démographiques, de l'infestation, de la sécheresse et de la guerre.

Moins d'enfants pourront terminer leurs études pour les motifs suivants:

- contraintes financières;

- maladie;
- taux élevé d'absentéisme, dû au besoin de travailler et de prendre soin d'adultes malades;
- traumatismes liés aux maladies et au décès de proches;
- ostracisme, discrimination et opprobre dans les écoles, à l'égard des enfants infectés par le VIH ou dont un proche est infecté ou décédé;
- motivation moins importante dans une famille étendue, par des personnes moins scolarisées en charge des enfants; moins grande attention envers les orphelins.

À cause du VIH/sida, les disparités scolaires entre garçons et filles risquent de s'accroître. Les filles sont souvent retirées de l'école pour prendre soin de proches malades, pour travailler ou parce qu'il n'y a pas d'argent pour les frais de scolarité. Les filles peuvent se marier plus jeunes et abandonner l'école. En effet:

- elles sont expulsées (ou veulent s'enfuir) de familles étendues trop nombreuses;
- les hommes cherchent des femmes plus jeunes, qu'ils croient avoir moins de chances d'être infectées;
- les parents veulent empêcher leurs filles de fréquenter l'école, perçue comme dangereuse, en raison du risque d'infection et des programmes d'éducation sexuelle.

Le nombre croissant d'orphelins est un problème particulier en ce qui concerne la demande d'éducation. Apparemment, les orphelins meurent plus jeunes et on constate chez eux des taux de mortalité plus élevés que chez d'autres enfants. De surcroît, ils peuvent être surmenés par leurs parents ou autres personnes qui en ont la charge et ils peuvent manquer de surveillance, de soins adéquats et d'activités scolaires ou de formation professionnelle. Ces facteurs, jumelés au déracinement des gens de leur famille et de leur communauté, peuvent accroître le nombre d'enfants de la rue abandonnés, exploités et non scolarisés.

Disponibilité de l'éducation

Les services d'éducation peuvent également être réduits, à cause du décès d'enseignants, de la fermeture d'écoles et d'une réduction des budgets scolaires.

Il est probable qu'une baisse absolue ou relative du nombre d'élèves réduira le nombre de classes et d'écoles. En outre, il risque d'y avoir pénurie d'enseignants et autres employés. Cette situation est due à

plusieurs facteurs:

- absentéisme pour cause de maladie, de funérailles ou de soins aux malades;
- mortalité chez les enseignants;
- mutations hors des régions gravement touchées par le VIH/sida ou refus d'être affectés dans ces régions.

Une autre explication possible de l'offre réduite est le manque de soutien et de financement de communautés et de gouvernements gravement touchés, dont les ressources sont dirigées vers d'autres demandes. Dans les écoles et les communautés, à mesure que grandissent les familles étendues, moins de revenus sont produits, on a besoin de plus de ressources pour acquitter les frais liés à la maladie et à la mort, et la communauté accorde moins d'argent à l'école. À l'échelle du système scolaire, il faut peut-être dépenser plus d'argent relativement à la santé du personnel du ministère de la Santé (traitements et soins, assurances, prestations de décès, etc.) et à la formation, pour payer les remplaçants du personnel touché (dont certains sont peut-être encore sur la liste de paie) et pour mettre en oeuvre un programme efficace d'éducation sur le sida.

Par ailleurs, on aura besoin de plus d'argent pour les nouveaux clients, et pour les nouveaux rôles que le système scolaire pourra être appelé à jouer: bourses d'études pour orphelins, formation des enseignants en orientation et en counselling, nouveaux programmes d'éducation en matière de vie familiale, nouveaux programmes scolaires sur les activités rémunératrices, etc. En outre, les ministères de l'éducation risquent de recevoir une part encore plus petite du budget national alors que croît la demande de ressources de secteurs directement liés à la pandémie, par exemple, les ministères de la santé.

Qualité de l'éducation

La qualité de l'éducation change pour plusieurs raisons:

- caractère plus aléatoire de l'éducation, surtout dans les systèmes touchés par la récession, l'endettement, la pauvreté et les catastrophes naturelles ou technologiques, à cause de l'absentéisme accru des enseignants et des élèves exposés au VIH/sida;
- enseignants moins qualifiés, alors que ceux qui ont une formation et de l'expérience sont remplacés par des plus jeunes;
- discrimination et ostracisme à l'égard des étudiants et enseignants infectés ou touchés par la maladie; les enseignants risquent la suspension de leurs avantages sociaux et sanitaires, voire le renvoi. Les élèves risquent l'expulsion ou des pressions pour quitter «volontairement» l'école.

Enfin, dans certaines sociétés, il n'est pas rare que des enseignants violent des étudiantes ou en abusent sexuellement, souvent contre de l'argent ou des récompenses académiques.

Réactions

Pour faire face aux défis que pose le sida à la santé, au bien-être et à l'éducation des bébés, des enfants et des adolescents, il faut d'abord les reconnaître, en obtenant des données quantitatives et qualitatives qui peuvent aider à en clarifier la nature et l'importance, et à inciter les organismes, le gouvernement et les ONG à examiner l'impact du VIH/sida sur leurs activités.

Les données devraient être utilisées comme argument supplémentaire en faveur d'un investissement accru dans les secteurs sociaux, particulièrement en éducation. La preuve de l'impact de la pandémie sur le travail quotidien des systèmes d'éducation peut aider à convaincre les ministères de l'éducation de «s'approprier» le problème du sida et ainsi consacrer plus d'efforts et de ressources dans l'éducation sur le sida et dans la promotion de la santé.

Voici les activités et les services susceptibles d'être utiles à cet égard:

- politiques et programmes d'éducation sur le sida par les ministères de l'Éducation, aux enseignants, aux autres employés du ministère et aux étudiants et ce, avant que ceux-ci aient des rapports sexuels ou ne prennent de la drogue par injection, et avant que plusieurs enfants ne quittent le système scolaire; les programmes scolaires devraient être élaborés dans le contexte des activités intégrées d'éducation sanitaire;
- accès des enseignants, des autres employés du ministère et des étudiants plus âgés à de l'information et à des services de consultation sur la prévention de la transmission du VIH;
- efforts pour permettre aux enfants touchés par le sida, surtout les filles, de rester à l'école, par la réduction des frais de scolarité, les bourses d'études et d'autres formes d'appui;
- effort pour rejoindre ceux qui ne fréquentent pas l'école et qui sont déjà dans des situations particulièrement difficiles (jeunes dans la rue qui s'adonnent à la prostitution ou sont sur le marché du travail) — et qui sont ainsi particulièrement vulnérables au VIH;
- attention spéciale aux besoins éducatifs, psychologiques et sociaux des orphelins touchés par le sida;; cependant, l'expérience montre que le fait de cibler uniquement les orphelins peut aggraver la discrimination; il peut être plus utile de donner de l'aide aux écoles et aux communautés touchées;
- programmes de garderie accrus qui permettent aux frères et soeurs aînés de demeurer à l'école plutôt que de prendre soin d'enfants plus jeunes à la maison;

- horaires d'école souples, permettant aux enfants de la fréquenter lorsqu'ils ne sont pas occupés à travailler;
- formation d'enseignants et de conseillers sur le traitement non discriminatoire et les besoins psychologiques des enfants touchés par le sida;
- élaboration de lois et règlements, notamment en matière de discrimination à l'égard des enfants touchés par le sida;
- régimes de supplément de revenus destinés aux familles et aux écoles aux prises avec le sida, pour récupérer le manque à gagner causé par la maladie et la mort.

- *Sheldon Shaeffer*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Références

African Development Bank Group, *The Impact of HIV/AIDS on African Development*, Document No. 2, Annual Meetings Symposium, Abidjan, le 11 mai.

T. Barnett et P. Blaikie, *AIDS in Africa: Its Present and Future Impact*, Belhaven Press, London, 1991.

T. Brown et W. Sittitrai (éds), *The Impact of HIV on Children in Thailand*, Thai Red Cross Society and Save the Children Fund: United Kingdom, Bangkok, 1995.

D. Cohen, *The Economic Impact of the HIV Epidemic*, HIV and Development Programme, Programme des Nations Unies pour le développement: New York, 1992.

A. Katahoire, *The Impact of AIDS on Education in Uganda: A Case Study of Lyantonde Community*, manuscrit, International Development Research Centre, Nairobi, 1993.

J. Mann et al (éds.), *AIDS in the World*, Harvard University Press: Cambridge, 1992.

Panos Institute, *The Hidden Cost of AIDS: The Challenge of HIV to Development*, London, 1992.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

EUTHANASIE

Dans le volume 2(1) du *Bulletin*, Lemmens a fait valoir des arguments contre la légalisation de l'euthanasie et a demandé que cette question soit débattue davantage.^[1] Il a identifié ce qu'il considère être des lacunes inhérentes de la thèse pro-choix et s'est dit préoccupé par le tort que causerait l'euthanasie légale.

Vu que certains des arguments de Lemmens sont donnés en réponse aux travaux empiriques de Russel Ogden sur l'euthanasie et le sida,^[2] nous avons invité ce dernier à répondre aux arguments de Lemmens.

L'euthanasie: une réplique

Mes recherches démontrent que l'interdiction de pratiquer l'euthanasie oblige certaines personnes à commettre des actes d'euthanasie ou d'aide au suicide dans des conditions semblables à celles des avortements clandestins. Lemmens mentionne ces données et conclut que ceux qui sont en faveur de l'euthanasie préconisent une politique sociale qu'il appelle «le nouveau réalisme»: «parce qu'il se commet effectivement des actes d'euthanasie, celle-ci devrait être légalisée pour pouvoir contrôler la manière dont on met fin à la vie des gens». Il réfute cet argument, s'appuyant sur le principe éthique selon lequel la fin ne justifie pas les moyens.

Le «nouveau réalisme»

En effet, l'argument fondé sur «le nouveau réalisme» n'est pas très solide, mais s'agit-il véritablement d'un argument couramment avancé en faveur de l'euthanasie légale? Quel est le fondement d'un tel argument? Apparemment, la thèse du nouveau réalisme a pour origine la réaction aux données tirées de mon étude sur l'euthanasie et le sida en Colombie-Britannique. En outre, l'argument du nouveau réalisme ne tient pas compte des conclusions de cette étude, lesquelles ne sont pas en faveur de la légalisation de l'euthanasie, mais recommandent plutôt une forme de réglementation de l'euthanasie. Évidemment, le

fait qu'il se pratique des euthanasies dans des conditions dangereuses n'est pas un motif suffisant pour changer la loi; cependant, cette situation reflète une injustice sociale catastrophique. Il y a des principes supérieurs dont il faut tenir compte, comme l'autonomie personnelle, l'égalité et la justice et l'autodétermination.

La douleur et son soulagement

Lemmens demande: «[l]interdiction de pratiquer l'euthanasie est-elle la véritable raison pour laquelle on la pratique dans la clandestinité?» La réponse à cette question, en se fondant sur les données empiriques, serait «oui». Cependant, je soupçonne Lemmens d'essayer de dire, en fait, que plusieurs personnes ayant le sida craignent une mort douloureuse. Dans mon étude, très peu de personnes ayant le sida ont parlé de la peur de la douleur. En fait, la douleur était apparemment bien soulagée dans pratiquement chacun des trente-quatre cas d'euthanasie ou de suicide assisté que j'ai documentés. Plusieurs personnes ayant le sida sont à ce point conscientes de leur condition qu'elles savent fort bien l'imminence de la mort et ce que leur réserve la maladie. Elles ne veulent pas passer par tout cela et elles cherchent à contrôler la manière dont elles vont mourir et le moment de leur mort. La possibilité de planifier sa propre mort permet à l'intéressé d'y faire face et d'organiser les phases finales de la vie.

Il y a plusieurs manières de mettre fin à sa vie à part l'euthanasie: on peut refuser les traitements médicaux, on peut refuser de manger et on peut refuser de boire. Bien que le droit canadien permette ces solutions, elles comportent les mêmes dangers que l'euthanasie (le consentement, l'intention et les motifs). En quoi est-il plus éthique de permettre à quelqu'un de mourir lentement de faim que de lui permettre de contrôler la manière exacte dont il va mourir, par injection d'une dose mortelle de drogue?

En ce qui concerne le soulagement de la douleur, Lemmens note que «l'on peut apporter un soulagement adéquat à la plupart des patients et pour les patients qui ne réagissent pas aux traitements classiques d'analgésie, c'est-à-dire environ 5% des patients, on peut pratiquer la sédation complète». Bien que l'on prétende couramment que l'on peut soulager pratiquement toutes les douleurs, l'Association canadienne des soins palliatifs affirme que 16% des malades en phase terminale doivent prendre des médicaments pour contrôler tous les symptômes, c'est-à-dire être drogués au point de ne pas pouvoir avoir de rapports significatifs avec leur familles». [3] La «sédation du crépuscule», l'«existence dans les vapes», le «sommeil induit» sont les euphémismes qu'emploient ceux qui prônent les soins palliatifs. D'autres ont plus brutalement parlé d'«anéantissement pharmaceutique». Indépendamment du terme que l'on préfère, la sédation totale est une pratique qui, bien que légale lorsque le patient y consent, ne fait l'objet d'aucune réglementation au Canada; [4] sur le plan éthique, cette pratique se distingue à peine de l'euthanasie.

La dignité

Nous vivons dans un monde où chacun apprécie, respecte et valorise les choses différemment. La dignité en est un exemple. D'après Lemmens, la dignité «réfère essentiellement à la manière dont les autres nous perçoivent». Par ailleurs, plusieurs assimilent la dignité au respect de soi et à l'intégrité personnelle. Pour

eux, la dignité signifie respecter les valeurs inhérentes à nos propres vies.[5] Pour certains, le fait de dépendre des autres ou d'être sous sédation complète peut être une perte de dignité ou même une torture. Il est vrai que les nouveau-nés commencent par vivre dans un état de dépendance; cependant, il prennent de l'assurance et acquièrent de l'estime d'eux-mêmes en apprenant à être indépendants. À mesure qu'ils deviennent plus autonomes, ils refusent qu'on leur mette des couches et qu'on leur tienne la main. Il est trop simpliste de prétendre qu'une perte d'autonomie et la dépendance envers les autres n'ont pas à être considérées comme dégradantes. Il y a des choses que la plupart des gens préfèrent faire eux-mêmes, en privé. Par exemple, il est contraire à la dignité que de ne pas pouvoir aller aux toilettes seul, quand on veut. Une enquête récente menée à grande échelle auprès de personnes mourantes, de toutes sortes de causes, a révélé que les principaux motifs de vouloir mourir au plus tôt étaient le désir de ne pas être dépendants et de mourir avec dignité, plutôt que la peur de la douleur.[6]

Qui décide?

Pour légaliser ou — comme je le préférerais — pour réglementer l'euthanasie, nous n'avons pas à redéfinir nos valeurs sociales au point de «permettre» aux médecins de demander aux patients s'ils veulent l'euthanasie. Nous devrions plutôt permettre aux patients de faire leurs propres choix. Les médecins, malgré toutes leurs compétences, ne sont pas habilités, sur le plan professionnel, à prendre des décisions d'ordre moral pour leurs patients.

En effet, il y a des individus qui se sentiront peut-être contraints de mourir plus tôt que plus tard. C'est une tragédie que nous devons tenter d'éviter du mieux que nous pourrons. Ceux qui tenteraient de pousser les gens à mettre fin à leurs jours devraient être sévèrement punis par la loi. Par ailleurs, si l'on se préoccupe des personnes vulnérables et faciles à influencer, on ne tient compte que d'une partie de la population. Qu'en est-il du tort causé à ceux qui se sentent poussés à mourir «naturellement», sous soins palliatifs? «Faire mourir quelqu'un d'une manière que d'autres approuvent, mais qu'il croit être une horrible contradiction de sa vie, est une forme de tyrannie dévastatrice et odieuse».[7]

La pente glissante

Selon Lemmens, «avant de permettre aux individus de demander l'aide d'autrui pour se donner la mort, nous devons en envisager les conséquences possibles». Assurément. Toutefois, il faut également envisager les conséquences de notre refus de permettre aux individus de demander l'aide d'autrui pour se donner la mort. Or, il arrive souvent que l'on ne tienne pas compte de ces conséquences. Par exemple, nous savons que la pratique non réglementée de l'euthanasie illégale emporte également des tort sociaux: elle oblige les gens à se suicider seuls, souvent plus tôt qu'ils ne le voudraient. Elle oblige les gens à comploter pour commettre des actes clandestins d'euthanasie, souvent à l'exclusion de rapports avec des êtres chers qui pourraient appuyer leur geste. Elle oblige de commettre l'euthanasie par des moyens improvisés, causant souvent des souffrances bien pires que la maladie que l'on tentait de vaincre. Elle encourage le mépris de la loi car dans les rares cas où l'on poursuit l'auteur de l'euthanasie ou de l'aide au suicide, on fait des contorsions juridiques ridicules en vue de réduire les accusations à des infractions plus tolérables pour le public canadien.

Conclusion

Il est essentiel de rassurer les personnes souffrant de maladies graves: elles ne sont pas un fardeau, leurs vies ont de la valeur et nous ferons tout ce que nous pourrons pour soulager leurs souffrances.

Néanmoins, si nous voulons vraiment faire preuve de compassion, nous devons également respecter les valeurs morales et les croyances des autres. Les gens devraient avoir la liberté de choisir les soins palliatifs et le soulagement de la douleur; cependant, ils devraient également être libres de choisir d'autres solutions, y compris l'euthanasie.

Il se peut que les Canadiens ne soient pas prêts à accepter l'euthanasie légale. Toutefois, le maintien du statu quo est tout aussi inacceptable, puisqu'il ne rassure pas le public que les gens meurent bien, selon leurs définitions de ce que constitue une bonne mort. Nous devons savoir que «la première pente glissante est la pente sur laquelle la lumière ne peut briller».[8] En réglementant l'euthanasie, nous saurions au moins qui et combien la pratiquent, pourquoi et dans quelles conditions. De telles données contribueraient considérablement à un débat qui est fondé avant tout sur des divergences d'opinion sur le plan de l'éthique.

- Russel Ogden

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] T. Lemmens, «La légalisation de l'euthanasie», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 8-10.

[2] R. Ogden, *Euthanasia, Assisted Suicide & AIDS*, New Westminster, Peroglyphics, 1994. Voir également, R. Ogden, «L'émergence au grand jour de l'euthanasie liée au sida», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1994, 1(1): 14-15.

[3] Canadian Palliative Care Association Submission to the Special Senate Committee on Euthanasia and Assisted Suicide, Ottawa :

CPCA, 1994.

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

[5] R. Dworkin, *Life's Dominion*, New York Knopf, 1993.

[6] C. Seale et J. Addington-Hall, «Euthanasia: Why People want to die earlier», *Social Science & Medicine*, 1994, 39(5): 647.

[7] *Ibid.*, à la p. 217.

[8] E. Suturious, témoignage oral devant le Comité sénatorial spécial sur l'euthanasie et le suicide assisté, première session, 35e législature (1994), 21, à la p. 42.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

SOINS, SOUTIEN ET TRAITEMENT

Prise en charge de la phase terminale du sida

Cet article résume quelques conclusions d'un mémoire sur les enjeux qui structurent les systèmes de soins québécois et français dans la perspective sida en examinant les différents modes de prise en charge des malades en phase terminale à Montréal et à Paris.

La stratégie de cette recherche effectuée dans le cadre d'une maîtrise en droit social conjointement dirigée par l'Université Paris X (France) et l'Université du Québec à Montréal,[1] s'est axée autour d'une analyse documentaire et d'une enquête par entrevues auprès de plusieurs intervenants. Le concept de la qualité de vie a été l'un des principaux fils directeurs de l'analyse, permettant de réintroduire une notion qualitative dans un débat sur les dépenses médicales tenant le volume des soins octroyés comme seul élément rationalisateur de nos systèmes de santé.

Si la durée de vie moyenne des patients atteints de sida a sensiblement augmenté avec l'apparition de nouvelles méthodes de prophylaxie et le développement de l'expertise médicale, la dépendance de plus en plus grande qu'occasionnent les dégradations lentes et progressives de l'état de santé constitue le revers de la médaille. Or de chaque côté de l'Atlantique, l'heure est aux restructurations du dispositif de distribution des soins, témoignant d'une volonté de prise en charge minimale.

Traitement à l'hôpital

Historiquement, c'est l'hôpital qui fut le premier confronté au sida. Les bouleversements qu'a occasionnés cette maladie ont poussé les administrations hospitalières à innover. De nouvelles unités, créées en France (Centre d'Information et de Soins de l'Immuno-déficience Humaine) comme au Québec (Unités hospitalières de recherche, d'enseignement et de soins du sida), agiront au cours des années comme des centres de référence. Cependant la composition même de ce type de service hospitalier est révélateur d'une différence fondamentale entre Paris et Montréal. La stratégie québécoise a misé sur la

complémentarité et la collaboration des différents intervenants alors que la conception française de la multidisciplinarité reste plus marquée par une extension à d'autres champs de l'intervention médicale que par une véritable ouverture multiforme à l'ensemble des réalités vécues par les malades.

La recherche entreprise a aussi permis de mettre en lumière les difficultés d'intégration d'une approche palliative dans la prise en charge de la fin de vie pour les personnes atteintes de sida. Certaines administrations hospitalières refusent encore de promouvoir la création d'unités spécialisées dans la fin de vie. Quant aux quelques unités palliatives existantes, elles n'accueillent des malades de sida que depuis récemment, et ce essentiellement par manque d'information sur les douleurs physiques et psychiques reliées à la maladie. En outre, les places sont très limitées: un service de ce type ne peut recevoir qu'une moyenne de 15 patients à la fois, toutes pathologies confondues. À Montréal comme à Paris, les équipes mobiles se développent pour pallier les insuffisances des unités fixes. Ce mode d'organisation présente certains avantages:

- la mobilité de ces équipes permet de toucher plus de patients dans le but d'améliorer leur qualité de vie mais aussi de véhiculer plus rapidement une formation auprès des autres intervenants et donc d'insuffler, à la base, des changements dans les pratiques encadrant la fin de vie des patients;
- la souplesse de l'organisation semble tout à fait adaptée aux détériorations rapides et soudaines de la santé des malades atteints de sida en phase terminale.

Il faut cependant noter les faiblesses de ce modèle: les équipes mobiles ne travaillent que dans la mesure où elles sont appelées. C'est d'ailleurs la même démarche qui empêche certaines équipes sida de Montréal d'intervenir en tant que conseil auprès de plusieurs services hospitaliers estampés du sceau de la chasse gardée. Certaines équipes soignantes estiment qu'elles gèrent au mieux les situations de crise et qu'elles n'ont pas besoin d'interventions extérieures surtout dans des moments où il n'y a plus rien à faire, en référence à la possibilité de guérison du modèle curatif.

La question des coûts reliés aux soins palliatifs a par ailleurs été évoquée dans ce mémoire, dans la mesure où ce type de service oblige les hôpitaux à maintenir une densité très élevée de personnel médical, ce qui semble répondre difficilement aux critères de rentabilité développés par la plupart des institutions dans la gestion de leurs activités. Dans une approche néo-libérale de la restructuration de leur système de santé, les pouvoirs publics sont alors plus tentés de favoriser le développement de modèles alternatifs moins lourds, comme les soins à domicile ou les maisons d'hébergement.

Modèles alternatifs de prise en charge

Alors que le Québec a développé une approche fonctionnaliste de type anglo-saxon fondée sur une conception élargie de la prise en charge impliquant l'ensemble du secteur médico-social et l'environnement social du malade, la France a choisi de faire du maintien à domicile un prolongement direct de l'hospitalisation laissant l'essentiel de la prise en charge sociale aux associations caritatives.

Mais qu'il se nomme virage ambulatoire au Québec ou maîtrise médicalisée en France, le vent des réformes souffle dans le sens d'une plus grande désinstitutionnalisation et vers un développement des soins de proximité. Le sida n'échappe pas à ce mouvement.

Les maisons d'hébergement s'inscrivent aussi dans ce processus d'extra-hospitalisation des malades. Toutefois, ce modèle de distribution n'en est qu'à un stade expérimental en France. Gardanne (près de Marseille) fait office de ville pilote, alors que Montréal compte déjà une dizaine de maisons. Cependant les approches divergent essentiellement dans l'élaboration des profils des bénéficiaires. Certaines maisons, dont la structure française, ont ciblé des bénéficiaires en perte sévère d'autonomie: les séjours sont en moyenne de trois mois et 70% des résidents y décèdent sans retour à l'hôpital. D'autres ont fait le choix de ne pas viser spécifiquement les personnes en perte d'autonomie sévère, axant plutôt la distribution de leurs services sur une population semi-autonome ne nécessitant pas de soins permanents. La définition du profil des bénéficiaires reste cependant très élastique, ce qui aboutit à admettre des personnes à divers stades de la maladie et souvent aux prises avec d'autres problématiques, notamment l'alcoolisme ou la toxicomanie. Les intervenants reconnaissent la difficulté de gestion de ce type de structure où vouloir recréer un milieu de vie communautaire peut nuire à la qualité de vie des résidents.

La durée variable des séjours est aussi l'une des conséquences de l'absence de ciblage. Certains malades restent un mois, d'autres y sont pendant deux ans et demi. Lors des entretiens, les intervenants dans ce type de maisons se sont dit conscients du fait que des décès échelonnés sur une longue période confrontent chaque fois les autres malades à leur propre fin, mais c'est une réalité qu'ils se refusent à cacher, préférant mettre l'accent sur le fait que ces institutions sont des lieux de vie.

L'enquête a souligné des différences importantes dans les types de soins offerts, principalement en raison de la composition des équipes au sein des institutions. Montréal a misé sur un partenariat efficace entre le réseau public de la santé (médecins et personnel infirmier), les préposés aux bénéficiaires, les bénévoles et les associations prestataires de services. Gardanne fonctionne de façon plus autonome, en raison de la qualité du personnel issu essentiellement du corps médical. Un médecin et des infirmiers sont constamment présents, ce qui l'associe davantage à une structure hospitalière décentralisée, alors que les maisons montréalaises assurent la surveillance et la permanence auprès des malades grâce aux préposés.

L'analyse des problèmes organisationnels que posent le maintien à domicile ou les maisons d'hébergement a aussi permis de soulever des questions liées directement aux réformes actuelles, notamment la place des ressources communautaires dans la reconceptualisation du système de santé. En effet, avec le temps et l'ampleur prise par la maladie, une conjugaison de facteurs a permis de développer de façon substantielle le secteur informel (bénévolat, familles, ressources communautaires) réintroduisant ainsi dans les schèmes classiques de prise en charge des malades, des mécanismes faisant appel à des solidarités plus traditionnelles. Cependant, la critique est vive à l'endroit des pouvoirs publics français et québécois dans leur tendance à instrumentaliser ce secteur en vue du redéploiement des activités de l'État: la crise de l'État-providence de type keynésien a obligé la plupart des pays occidentaux à recalibrer leurs interventions étatiques par rapport à l'état général des finances publiques. L'extra-hospitalisation semble aujourd'hui devenir l'un des grands axes de la politique néo-libérale en

matière de santé, qui voit dans l'élagage des services d'hébergement une forme de revitalisation des structures de santé. Réaliser ce type de mutation ne peut cependant se faire sans le concours actif du secteur privé de type commercial et du secteur informel. De nombreux intervenants ont manifesté lors de cette enquête leur inquiétude de voir se constituer un système de santé à deux vitesses, produit des politiques minimalistes qui tendraient à alléger les obligations publiques et à s'appuyer de façon inconsidérée sur l'effort caritatif. Tous s'accordent pour dire que si, effectivement, la désinstitutionnalisation procède d'une volonté de redonner au malade son autonomie décisionnelle et de miser sur la qualité des soins à domicile, elle ne peut en aucun cas être la résultante de coupures budgétaires. Si la politique néo-libérale louange les vertus salvatrices de la désinstitutionnalisation sur les finances publiques, elle ne doit cependant pas oublier le coût implicite et ignoré qu'elle fait peser sur le secteur informel.

Un système de santé éclaté conduit inévitablement à un processus d'exclusion des populations déjà mises en marge de la société. Le sida a permis de pointer de nombreux dysfonctionnements macro et micro-organisationnels: il appartient maintenant aux pouvoirs publics et à l'ensemble des ressources du secteur de la santé de mettre en oeuvre, par la concertation, une politique volontariste de formation et d'information sur les nouvelles méthodes de prise en charge, et de redéfinir les stratégies d'action afin de favoriser la création d'un réel continuum dans la distribution des soins et des services.

- *Bertrand Mongodin*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1]B. Mongodin, Programmes et politiques de prise en charge des malades du sida en phase terminale: comparaison Paris-Montréal, Université de Paris X et Université du Québec à Montréal, 1995.

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

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

NOUVELLES INTERNATIONALES

Sommet de Paris: un an plus tard

Le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO) nous a autorisés à publier cette version abrégée d'un mémoire qu'il a publié.

Le Gouvernement français, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a tenu le Sommet de Paris le 1er décembre 1994, où 42 chefs d'État étaient invités à renouveler leur engagement politique de lutter contre le sida, en signant la Déclaration du Sommet de Paris. Ce document paraphé par les 42 représentants confirme qu'il est impératif que les chefs politiques donnent la priorité à la lutte contre le VIH/sida par le biais de politiques nationales visant la fourniture des ressources nécessaires aux organismes non gouvernementaux (ONG) et aux organismes communautaires (OC) qui travaillent avec les populations à risque en vue de mieux combattre la pandémie, et d'offrir un appui adéquat aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Le Secrétaire général des Nations-Unies (N-U), Boutros-Boutros Ghali, ainsi que d'autres dirigeants d'organismes des N-U et le premier ministre de la France présidaient la cérémonie d'ouverture. Les délégations officielles comptaient des représentants de ministères des Affaires étrangères et/ou de la Santé. Les OC et les ONG étaient conviés à titre d'observateurs. [Le Canada était représenté par le Premier ministre Jean Chrétien et Diane Marleau, alors ministre de la Santé, accompagnés de Aïne Costigan de la Coalition interagence sida et développement et de René Raymond de la Société canadienne du sida.] Chaque pays décidait de la composition de sa propre délégation, formée notamment de représentants du secteur communautaire. La Cellule des personnes atteintes par le VIH/sida, (une coalition de Paris formée principalement de personnes vivant avec le VIH/sida) et d'autres groupes dont ICASO, ont tenu des réunions régulières avec l'OMS et le Gouvernement français, coparrains de cette rencontre. Ils cherchaient à obtenir les commentaires et la participation des personnes vivant avec le VIH/sida et des organismes non gouvernementaux et communautaires.

L'expression d'une volonté politique puissante s'impose davantage depuis le lancement, par la communauté internationale, du Programme conjoint des Nations Unies sur le VIH/sida (SIDANA), le 1er janvier 1996. Ce programme, fondé sur une meilleure coordination entre les organismes des Nations Unies (PNUD, UNESCO, FNUAP, UNICEF, OMS et la Banque mondiale), permettra également aux établissements intergouvernementaux, gouvernementaux et non gouvernementaux de réagir plus efficacement à la pandémie. Dans ce contexte, la Déclaration du Sommet de Paris souligne l'importance de la coordination de l'aide bilatérale.

Un an après le Sommet, aucune nouvelle signature n'est venue s'ajouter à celles des 42 pays, dont les principaux réduisent même leurs subventions d'aide au développement. Les lourdes coupures budgétaires touchant le VIH/sida mettent les programmes communautaires en péril alors qu'ils sont essentiels pour combattre la pandémie.

ICASO, en collaboration avec d'autres organismes dont le Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+) et la Communauté internationale des femmes vivant avec le VIH/sida (ICW), s'engage à évaluer le Sommet de Paris dans le cadre d'une étude sur la façon dont les gouvernements traitent des questions soulevées dans la Déclaration. Les résultats de cette étude seront présentés à la XIe Conférence internationale sur le sida (Vancouver, juillet 1996). ICASO exhortera également le Secrétaire général des Nations Unies à faire signer la Déclaration par d'autres pays.

D'autres organismes de lutte contre le sida seront priés d'exercer des pressions auprès de leur chef de gouvernement, non seulement pour qu'il signe le document, mais aussi pour que les mesures nécessaires soient prises en vue d'améliorer les programmes nationaux.

Pour souligner ce premier anniversaire, ICASO a créé une affiche trilingue (anglais, français, espagnol) de la Déclaration, qui sera envoyée à des OC et des ONG de lutte contre le sida, et à des organismes gouvernementaux, afin de leur rappeler leurs engagements.

Pour davantage de renseignements sur l'étude, ou pour demander une affiche, contacter le secrétariat central de ICASO: 100 Sparks Street (bur. 400), OTTAWA ON K1P 5B7, Canada / tél.: (613) 230-3580 / fax: (613) 563-4998 / e-mail: icaso@web.apc.org / site www: <http://www.web.apc.org/~icaso/webpage.html>

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Participants au Sommet

Australie
Bahamas
Belgique
Brésil
Burundi
Cambodge
Cameroun
Canada
Chine
Danemark
Djibouti
Finlande
France
Allemagne
Inde
Indonésie
Italie
Côte d'Ivoire
Japon
Mexique
Maroc
Mozambique
Pays-Bas
Norvège
Philippines
Roumanie
Russie
Sénégal
Espagne
Suède
Suisse
Thaïlande
Viêt-nam
Ouganda
Royaume-Uni
États-Unis
Zambie
Zimbabwe

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

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

Volume 2 Numéro 3 - Avril 1996

É.-U.: Nouveau test bientôt breveté

La Food and Drug Administration américaine serait sur le point de donner son approbation à un test de dépistage du VIH à partir de la salive et d'autres fluides oraux, plutôt que du sang. Selon le *San Francisco Examiner* qui publiait cette nouvelle le 27 décembre 1995, le test serait tout de même distribué par les cliniques et les professionnels de la santé, non pas vendu directement au public.[1]

Vatican: Opposition à la promotion des relations sexuelles protégées

La Commission pontificale sur la famille, de l'Église catholique romaine, a publié en décembre 1995 un livret de 60 pages déclarant que les parents catholiques ont le devoir de garder leurs enfants à l'écart des programmes d'éducation sexuelle qui encouragent l'utilisation du condom et les relations sexuelles protégées: «Les parents doivent refuser la promotion du soi-disant "sexe sécuritaire" ou "sexe à moindre risque", une politique dangereuse et immorale».

Selon le reportage de la *Associated Press*, paru la 3e semaine de décembre 95, le livret déclare également qu'une éducation sexuelle convenable doit traiter l'homosexualité comme "contre nature".

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Cette nouvelle et la suivante sont tirées de *Lesbian/Gay Law Notes*, janvier 1996, p. 13.