

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

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Sommaire

Volume 2 Numéro 4

[Droits de la personne, femmes et VIH](#)

[Échange de seringues en prison: un survol](#)

[É.-U. — Des cours d'appel se prononcent en faveur du suicide assisté](#)

Dépistage et confidentialité

[Tests de dépistage et confidentialité: le Projet conjoint amorce son travail](#)

[É.-U. — Hôpital poursuivi à propos d'un test de VIH clandestin](#)

Nouvelles canadiennes

[Il faut renouveler la Stratégie sur le sida](#)

Droit criminel

[Document de travail sur le droit criminel et le VIH/sida](#)

[États-Unis – Condamnation pour tentative de meurtre par transmission du VIH](#)

[Australie – *HIV/AIDS Sentencing Kit*](#)

[É.-U. — Consentement écrit des partenaires sexuels](#)

Santé publique

[Refus ou incapacité de prendre des précautions — 2e partie](#)

Politiques sur les drogues

[La réduction des méfaits à travers le monde](#)

[L'Association du Barreau canadien se joint au tollé contre le projet de loi C-8](#)

[Une commission d'experts suisses demande la décriminalisation des drogues](#)

[La Fondation canadienne des politiques sur les drogues lance son *Newsletter*](#)

[Drogues et discrimination](#)

Détenus et VIH/sida

[Droit au traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral?](#)

[Divulgarion du sérodiagnostic de détenus](#)

[É.-U. — Dommages-intérêts accordés à un prisonnier vivant avec le sida](#)

[Australie — Condoms dans les prisons de la N.G.S](#)

[Australie – Omission d'informer un prisonnier de sa séropositivité](#)

[La *Australian Medical Association* demande des programmes d'échange de seringues pour les détenus](#)

Euthanasie

[Australie – Jugement clément dans une affaire d'euthanasie](#)

[Étude néerlandaise sur l'euthanasie chez les hommes gais atteints du sida](#)

Histoire

[POINT DE VUE D'UN MÉDECIN: PROBLÈMES ÉTHICO-LÉGAUX \(1986-96\)](#)

VIH/sida et armée

[Le VIH dans les populations militaires: qui est concerné?](#)

Chronique Internet

[WWW, VIH/SIDA, LOIS ET POLITIQUES](#)

VIH/sida et développement

[SIDA ET DÉVELOPPEMENT](#)

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Droits de la personne, femmes et VIH

Pratiquement épargnées par l'épidémie du VIH dans les années 1980, les femmes sont maintenant près de 7 millions à être infectées. En 1995, 1 million de femmes ont été infectées par le VIH: en fait, près de la moitié des adultes nouvellement infectés dans le monde sont des femmes. On estime que, d'ici l'an 2000, environ 13 millions de femmes auront été infectées et que 4 millions en seront décédées.

L'épidémie de VIH chez les femmes est teintée de discrimination, de stigmatisation et d'ignorance à l'égard des droits de la personne. Ce texte traite de la vulnérabilité de la femme par rapport au VIH, de l'importance de l'éducation des filles et des jeunes femmes, de la répartition inéquitable du fardeau des soins et de l'impact potentiel du VIH sur le statut de la femme dans les pays en voie de développement.

Vulnérabilité des femmes au VIH

La vulnérabilité biologique des femmes au VIH est conditionnée par leur subordination sexuelle et économique.

Subordination sexuelle

Les pressions sociales et les inégalités de pouvoir basés sur le sexe créent une subordination sexuelle qui expose les femmes à des risques. Les relations de pouvoir basées sur le sexe, de même que les représentations sociales de masculinité et de féminité, restreignent la capacité des jeunes femmes de négocier des relations sexuelles qui assureraient leur sécurité, mais aussi leur satisfaction (Holland, Ramazanoglu, Scott, Sharpe & Thompson, 1992). Or, dans les pays en voie de développement, la pauvreté vient s'ajouter à ces facteurs.

Dans les pays en voie de développement, le manque d'opportunités des femmes dans les domaines économiques et éducatifs peut les pousser à des relations sexuelles extra-maritales par besoin d'argent ou

d'autres ressources matérielles pour survivre. (Mais nous réserverons le terme "sexe commercial" aux transactions directes d'argent contre un service sexuel. (Vos, 1994)) Si le travail sexuel des femmes, commercial ou non, est né de la nécessité économique liée directement à la survie, il est maintenant lié directement à la mort (Schoepf, Engundu, Mkeru, Ntsomo, et Schoepf, 1991). Souvent, les femmes engagées dans la prostitution accordent des services sexuels dans des contextes sociaux propices à la transmission du VIH. Elles sont peu éduquées, fréquemment exposées aux MTS et ne reçoivent pas les soins appropriés pour traiter leurs MTS. Elles ont des relations vaginales avec la plupart de leurs clients et ne peuvent que rarement utiliser un condom (Wilson, 1993).

Nous devons fragmenter la catégorie "prostitution" et comprendre le contexte qui pousse les femmes à offrir leurs services sexuels en échange de bénéfices. Il faut prendre en compte que, dans les pays en voie de développement, il y a peu de postes salariés pour les femmes et elles ont rarement accès au marché de l'argent (Seidel, 1993). Non seulement existe-t-il plusieurs types de travail dans ce contexte, tous reliés à des stratégies de survie pour les femmes, souvent il n'y a aucune dichotomie entre le mariage et les autres relations qui impliquent un échange sexuel et économique. La sexualité devient plutôt un continuum de types de services sexuels offerts par les femmes. Les délégués provenant de 14 états africains, qui ont participé à la première rencontre de la Société des femmes et le VIH en Afrique en 1989, ont convenu unanimement que «les influences inculquées, depuis l'enfance jusqu'aux lois qui gouvernent le mariage, le divorce et les droits à la propriété prédisposent les femmes à s'incliner devant des partenaires masculins, à ne pas leur donner de directives et à ne pas s'opposer à eux, particulièrement dans le contexte marital» (Mahmoud et coll., 1989).

Le sexe coercitif peut inclure le viol et d'autres abus sexuels, à l'intérieur ou à l'extérieur de la famille, aussi bien que le travail sexuel forcé. Les relations sexuelles non consentantes avec pénétration augmentent le risque de transmission du VIH et des autres MTS, vu l'absence de lubrification mais surtout parce que les hommes qui violent n'utilisent généralement pas de condom. Les problèmes associés au viol et aux autres formes de violence contre les femmes s'intensifient souvent en période de guerre: l'armée qui occupe ou envahit un pays peut violer systématiquement les femmes dans le but d'intimider la population locale.

La subordination économique

Dans presque toutes les sociétés, les femmes font face à la discrimination au niveau de l'emploi et de leur statut social, ce qui entraîne une vulnérabilité économique face au VIH. Cette discrimination peut inclure la ségrégation au travail, les femmes occupant des postes cléricaux ou de services, moins bien payés que les hommes. Elles obtiennent rarement des promotions et reçoivent moins de bénéfices. Dans le secteur du développement agricole, les femmes ont moins d'accès à l'assistance technique, à la formation et au crédit: les fonds et la formation technique sont traditionnellement offerts aux hommes dans l'agriculture rentable, alors que les femmes font de l'agriculture de subsistance (OMS, 1994).

On estime que près d'un tiers des maisonnées dans le monde dépend du seul revenu de la femme (CEG, 1989) et que ces maisonnées sont financièrement plus pauvres que celles où vit un partenaire mâle qui

travaille (Heise et Elias, 1995). La dépendance économique des femmes par rapport à leur partenaire masculin pour éviter la pauvreté, la leur et celle de leurs enfants, rend difficile la négociation de pratiques sexuelles pour se protéger des infections. Certaines lois nationales renforcent cette dépendance économique en empêchant les femmes d'acquérir une propriété ou d'hériter des biens de leur mari. D'autres lois empêchent les femmes de signer des contrats, d'obtenir des prêts à leur nom et de contrôler des revenus et des biens. Ceci renforce donc leur dépendance économique face aux hommes et rend difficile le refus de pratiques sexuelles même risquées pour les MTS et le VIH. De plus, les lois concernant le mariage, le divorce et la garde des enfants peuvent nuire aux femmes qui veulent mettre un terme à des relations où elles et/ou leurs enfants sont abusés physiquement ou sexuellement ou exposées à des risques de transmission du VIH.

À travers le monde, la survie économique de bien des femmes dépend de la prostitution ou du travail sexuel commercial. La proportion de femmes qui s'engagent dans le sexe commercial est souvent directement liée à l'économie et au niveau de chômage. Dans la majorité des pays, la prostitution est illégale et se pratique "au noir"; conséquemment, les prostituées n'ont pas de contrôle adéquat de leurs conditions de travail.

La migration, par nécessité économique ou à cause de la guerre, de la famine ou de l'oppression politique, augmente le risque de transmission du VIH aux femmes en perturbant les mécanismes de contrôle social sur la sexualité masculine et en contraignant les femmes à s'engager dans du troc sexuel pour survivre. Le troc sexuel peut être utilisé pour obtenir un permis de résidence ou d'entrée dans un pays, en échange pour le transport ou pour obtenir ou maintenir un emploi; c'est souvent le lot de femmes isolées de leurs proches, qui ne parlent et ne lisent pas le langage local. La traite des jeunes filles en Asie du Sud-est est un exemple flagrant de l'interaction entre migration et violation des droits des femmes.

Dans un environnement présentant peu d'opportunités, les jeunes étudiantes sont particulièrement vulnérables à la validation personnelle, aux dons et aux paiements des frais scolaires qui peuvent être offerts par des hommes plus âgés et sexuellement expérimentés, "sugar daddies" en quête de relations extra-maritales comportant moins de risque d'exposition au VIH. Dans le contexte scolaire, les étudiantes peuvent être forcées d'avoir des relations sexuelles avec leurs professeurs pour avoir de bonnes notes. (Vos, 1992)

Vulnérabilité biologique

Le VIH est essentiellement transmis par voie sexuelle et les femmes y sont biologiquement plus vulnérables que les hommes, comme aux autres MTS. Des études menées dans plusieurs pays démontrent que la transmission de l'homme à la femme est de 2 à 4 fois plus élevée que l'inverse (OMS/PDONU, 1994). Ceci est probablement dû à la surface mucoale plus grande chez la femme, à la concentration du virus plus forte dans le sperme que dans les sécrétions vaginales. Les jeunes filles sont particulièrement vulnérables à cause du manque de maturation du col utérin et de l'insuffisance de lubrification vaginale.

Les femmes sont biologiquement vulnérables au VIH aussi parce qu'elles sont plus sujettes à avoir des MTS non traitées, principalement à cause du manque d'accès à des services culturellement appropriés et médicalement adéquats, mais aussi parce ce qu'elles ne détectent souvent pas la présence d'une infection, surtout en première phase et lorsqu'elle résulte du comportement de leur partenaire et non du leur. Enfin, les femmes reçoivent plus souvent des transfusions sanguines ou d'autres produits sanguins soit lors de complications à l'accouchement ou pour remédier à des états de santé évitables, telle l'anémie.

Solutions

De plus en plus, on soutient que les solutions à court terme face à la vulnérabilité des femmes au VIH et aux autres MTS résident dans le développement de méthodes clandestines de prévention du VIH contrôlées par les femmes et qui ne nécessitent pas la complicité ou l'accord de l'homme, et que les solutions à long terme résident dans le renforcement des femmes pour parvenir à l'autonomie économique. Il est également évident qu'afin de réduire l'impact du VIH, chez les femmes et les jeunes filles dans les pays en voie de développement, il sera nécessaire de développer des stratégies axées sur des opportunités dans l'éducation des jeunes filles, de revoir soigneusement l'impact sur les femmes de changements des modèles de soins pour les personnes vivant avec le VIH et d'analyser de façon vigilante l'impact du VIH sur le statut des femmes.

Éducation des filles et des jeunes femmes

Partout dans le monde, les jeunes filles font face à la discrimination dans la famille et les institutions d'enseignement. Les jeunes filles sont souvent encouragées à choisir des voies différentes de celles choisies par les garçons, leur accès aux ressources financières de la famille est souvent limité et il n'est pas rare de voir les filles retirées de l'école pour assumer des responsabilités domestiques. Dans presque toutes les sociétés, lorsque les ressources de la famille sont restreintes, c'est l'éducation des garçons qui prime sur celle des filles. Ceci favorise le début hâtif des relations de couple et, en conséquence, des activités sexuelles, alors que la poursuite des études semble retarder le début des activités sexuelles chez les jeunes femmes leur évitant ainsi la vulnérabilité biologique de l'adolescence et favorisant des choix sexuels sains. Dans les pays en voie de développement, les femmes plus instruites se marient plus tard et, en conséquence, établissent leur famille plus tard (Banque mondiale, 1993, p. 42).

De plus, les études de DeCosas et Pedneault (1992) ont révélé qu'un plus grand accès des jeunes filles à l'éducation formelle les aide non seulement à former un couple d'âges moins dépareillés (ce qui peut aussi réduire le risque d'acquisition du VIH), mais augmente aussi leur compétitivité dans l'économie urbaine. Cela peut également réduire l'inégalité du ratio des sexes observé dans plusieurs villes urbaines. Ce ratio inégal, créé par le mouvement d'une force de travail principalement masculine vers des environnements urbains, combiné avec un manque de ressources économiques autres que le travail sexuel pour les femmes qui ne sont pas mariées, contribue à créer des conditions propices à une propagation rapide du VIH dans les villes.

Une forte corrélation a été notée entre le ratio fille/garçon dans les écoles de niveau secondaire et la

prévalence du VIH dans la population générale adulte (Over et Piot, 1992). Ces résultats suggèrent que des diminutions significatives dans la séroprévalence pourraient être obtenues si le ratio sexuel urbain et le ratio sexuel à l'école secondaire s'orientaient vers l'égalité.

Afin d'augmenter les chances que les filles puissent recevoir de l'éducation, il faut s'attaquer aux liens entre pauvreté, éducation, contraintes culturelles et facteurs reliés au sexe. Le *World Development Report "Investing in Health"* (Banque mondiale, 1993, p. 49) révèle qu'il est possible de réduire les obstacles à l'éducation des filles par le biais de bourses, livres gratuits ou exemptions de frais de scolarité, en prenant des précautions pour éviter les diversions vers les garçons et en construisant des écoles près des maisons pour que les parents soient moins inquiets pour la sécurité de leurs filles. L'éducation augmente les possibilités que les femmes utilisent adéquatement les services de santé, elle augmente leur capacité de toucher un revenu et les encourage à faire des choix plus sains. Investir dans l'éducation des femmes n'est pas seulement quelque chose qui est désirable en soi mais, à long terme: c'est la clé pour à la fois réduire la transmission du VIH et augmenter la productivité et la croissance de l'économie des pays en voie de développement.

Fardeau inégal dans les soins

L'épidémie du VIH impose aux femmes un fardeau supplémentaire de soins en général et provoque des changements dans les modèles de soins. Une femme a déjà dit : "Lorsqu'il est question de remplacer quelqu'un pour faire un travail, il s'agit toujours de la femme, jamais l'homme." Ou encore, comme Margaret Mshana du Groupe de femmes KIWAKKUKI en Tanzanie (communication personnelle, juillet 1994) a dit : «Les femmes sont tout pour tous.» Souvent, lorsque quelqu'un de la famille est malade suite à une infection reliée au VIH, les jeunes filles sont appelées à passer moins de temps à l'école pour accomplir des tâches à la maison, normalement faites par des adultes.

En Afrique subsaharienne, combler les besoins médicaux de ceux qui sont affectés par le VIH dans le contexte actuel de sévères contraintes de ressources représente un défi immense qui ne cesse de croître. Pour réduire les coûts, les pays ont rapidement instauré des services de soins (communautaires ou hospitaliers) à domicile pour les patients vivant avec le VIH. Mais, dans l'effort pour minimiser la demande de lits dans les services de courte durée, les soins à domicile deviennent souvent une alternative facile pour laisser ou retourner les patients à la maison qui n'est pas en mesure de s'en occuper adéquatement. En visitant un service de soins à domicile dans un pays dont je tairai le nom, une de mes collègues a constaté que les bénévoles visitaient des familles, dont certains membres étaient mourants, sans même être en mesure de leur fournir du savon pour laver le patient, ni de nourriture ni de médicaments. Pourtant, ils avaient tous reçus une formation spéciale et étaient très motivés à participer dans le programme, à cause de leur propre expérience avec une personne vivant avec le VIH dans leur famille.

Pour les femmes, qui traditionnellement s'occupent de la maison et des malades, le fait de s'occuper d'une personne malade à la maison sans support peut provoquer changements majeurs dans leurs activités, influençant ainsi la santé des autres membres de la famille. Par exemple, en soignant quelqu'un

à la maison, on peut disposer de moins de temps pour s'occuper de la terre et dans ce cas, décider de cultiver des produits qui exigent moins de travail, mais qui seront moins nutritifs ou moins payants. Certains animaux peuvent être vendus pour compenser le manque de revenu; les animaux restants seront moins bien soignés et, en conséquence, peuvent devenir malades et mourir. Par ailleurs, le fait d'être loin de l'eau potable peut ajouter au fardeau des femmes. En effet, les maladies cutanées des malades sont souvent aggravés par la pénurie d'eau. De plus, si la personne malade a une diarrhée chronique, comme plusieurs patients infectés par le VIH, la situation peut devenir insupportable pour une famille qui n'a pas de toilette ou d'eau courante. Enfin, les femmes qui travaillent à l'extérieur de la maison peuvent perdre leur emploi ou leur petite entreprise à cause du nombre de journées de travail qu'elles doivent manquer pour soigner la personne malade.

Afin de réduire efficacement l'inégalité du fardeau du soin des personnes vivant avec des maladies reliées au VIH, nous devons encourager les hommes autant que les femmes de toutes les sociétés à partager ce rôle. Les hommes et les femmes doivent pouvoir bénéficier de support et de formation en soins de base. Les institutions communautaires qui peuvent offrir une alternative professionnelle pour les soins à domicile, et aider à l'occasion les familles, doivent être supportées. Les familles doivent être encouragées à laisser leurs filles à l'école plus longtemps et ne pas toujours compter sur elles seules pour prendre les responsabilités de soins à la maison.

Statut des femmes

Quel est l'impact du VIH sur le statut des femmes dans les pays en voie de développement? Il est largement reconnu que les conséquences de la pandémie sont catastrophiques au niveau des coûts, car elle affecte particulièrement les personnes à l'âge où elles sont les plus productives au niveau économique. Le lourd impact macro-économique du sida provient en partie des coûts élevés de traitements qui, d'une part accaparent des ressources d'investissements productifs, et d'autre part affectent directement la productivité des adultes et la disponibilité de main d'oeuvre efficace. Ces effets macro-économiques se superposent à une crise croissante associée aux ajustements structurels économiques et aux structures de l'emploi hérités de l'ère coloniale qui ont contribué à l'affaiblissement de la famille élargie et à la féminisation de la pauvreté (Seidel, 1993). Avec le déclin du revenu net, les femmes doivent compenser en travaillant un plus grand nombre d'heures et compétitionner avec les hommes dans un marché du travail qui sous-estime terriblement le travail des femmes. Les femmes constituent 50% de la population mondiale et les deux tiers des heures travaillées dans le monde sont exécutées par des femmes, mais elle ne reçoivent que que 10% des revenus salariaux mondiaux et ne possèdent 1% des biens mondiaux à leur nom (CEG, 1989). Il est clair que l'épidémie du VIH risque fortement d'aggraver le fossé entre les sexes.

Au niveau micro-économique, le décès d'un adulte dans une maisonnée vulnérable peut conduire à la pauvreté. Des études ont montré que la perte d'un adulte dans une maisonnée a des répercussions dans la génération suivante: les enfants, particulièrement les filles, sont retirées de l'école, parce que les frais de scolarité ne peuvent pas être payés et que leur aide est requise à la maison. Si une femme décède du sida, l'année suivant sa mort, la présence à l'école des jeunes de la famille âgés de 15 à 20 ans est réduite de moitié (Banque mondiale, 1993, p. 20).

Actuellement, en Thaïlande, 1 adulte sur 50 est infecté; en Afrique subsaharienne, 1 adulte sur 40. Dans certaines villes d'Afrique, la prévalence de l'infection est quasiment à 1 adulte sur 3 (Banque mondiale, 1993, p. 99). Dans quelques-unes de ces communautés à haute prévalence, le sida a déjà commencé à renverser le mouvement du déclin de la mortalité infantile et de l'augmentation de l'espérance de vie. En Afrique subsaharienne, dans les années 1980 (Banque mondiale, 1993, p. 23), l'espérance de vie à la naissance s'élevait à 50 ans. Sans l'épidémie du VIH et d'après des prévisions normales, l'écart de l'espérance de vie entre les femmes et les hommes aurait augmenté doucement avec les femmes vivant plus longtemps que les hommes. Mais cette tendance a été renversée par l'épidémie du sida et on prédit pour les femmes une espérance de vie moins élevée que pour les hommes et ce, déjà à partir de l'an 2000. En l'an 2020, l'espérance de vie des hommes à la naissance sera de 17 ans moins élevée que l'espérance de vie projetée s'il n'y avait pas de sida. Chez les femmes, la perte sera plus grande: 21 ans moins élevée (Armstrong et Bos, 1992).

Alors que l'épidémie du VIH/sida s'intensifie, nous constatons une augmentation de la stigmatisation des femmes et un changement dans la position sociale et politique des femmes. Les femmes sont fréquemment identifiées comme étant des réservoirs d'infection ou des vecteurs de transmission pour leur partenaire masculin ou leurs enfants. En effet, plusieurs pays semblent prêts à investir davantage dans la prévention de la transmission mère-enfant que dans la prévention de la transmission homme-femme. Cette perspective est nocive car elle ne se concentre pas sur l'égalité des responsabilités des hommes de prévenir le VIH. De plus, elle empêche les programmes de développer des services qui répondraient aux besoins des femmes et favorise plutôt les stratégies d'intervention et de recherche pour protéger les hommes des femmes au lieu d'encourager les femmes à se protéger.

Dans plusieurs pays la loi ne permet pas aux femmes d'hériter de la terre agricole ou des biens. Ce manque de nantissement des femmes, ajouté au manque d'accès aux services financiers et au niveau d'éducation, constituent des contraintes évidentes imposées aux femmes quant à leur activité économique. Les lois concernant l'héritage font en sorte que les décisions sexuelles des veuves sont particulièrement influencées par les aspects économiques de leur vie. Ceci peut pousser une femme à accepter le levirat, c'est-à-dire le mariage traditionnel à son beau-frère, qui constitue une bouée de sauvetage social avec un risque évident pour encourager la transmission du VIH. Ou encore, cela peut la pousser à s'impliquer dans une forme de prostitution pour subvenir à ses besoins et à ceux de ses enfants. Jusqu'à présent, les tentatives pour améliorer le statut légal des femmes face à l'épidémie du VIH ont rencontré des résistances sociales même si certaines lois ont été changées.

Conclusion

Pour s'attaquer au problème de la vulnérabilité économique et biologique des femmes, aux inégalités dans l'éducation, au fardeau croissant des femmes dans soins de santé et aux barrières dressées par leur statut actuel, il sera nécessaire d'élaborer une stratégie à plusieurs volets. Pour qu'elle soit efficace, les femmes infectées et affectées doivent être impliquées dès le début dans l'élaboration et l'implantation de cette stratégie. Les solutions ne sont pas simples mais les éléments de la solution se retrouvent dans la

sagesse ancestrale des communautés. Des pistes de solution émergent aussi de l'analyse de systèmes qui permettraient d'élaborer, en matière de VIH et de développement, des politiques adressées spécifiquement aux femmes (Reid, 1992). Nous devons sensibiliser des décideurs aux niveaux local, national et international si nous voulons contrer l'impact psychologique et économique dévastateur du VIH pour les femmes des pays en voie de développement. Les stratégies doivent viser à améliorer les moyens des familles et des communautés, et de modifier le statut des femmes. C'est la seule façon de réduire la vulnérabilité de la femme par rapport au VIH tout en augmentant ses possibilités de jouer un rôle entier dans la société.

Les interventions pour promouvoir l'équité entre hommes et femmes, garçons et filles, doivent être intégrées aux stratégies nationales de lutte contre le VIH. Les gouvernements peuvent contribuer à éliminer les contraintes financières qui mènent à la formation de couples multiples, en révisant les lois et les codes de travail afin de garantir aux femmes le droit de posséder ou d'hériter de la propriété, de bénéficier de l'équité salariale par rapport aux hommes et d'avoir accès au crédit et à la formation. Ils peuvent améliorer la capacité des femmes à se protéger en augmentant l'accès à l'éducation pour les femmes, en les informant de leurs droits, en luttant contre les croyances culturelles qui minimisent la valeur des femmes et privilégient les garçons au détriment des filles, et en aidant les femmes à s'organiser de façon indépendante (Heise et Elias, 1995). Tant que les femmes ne seront pas impliquées de plein pied dans les discours établissant les politiques et distribuant les ressources, leurs soucis seront sous-évalués. Tant que les femmes ne partageront pas le pouvoir sur une base égale avec les hommes dans les sphères publique et privée, elles demeureront plus exposées au risque d'acquisition du VIH et plus vulnérables aux pratiques discriminatoires et à la stigmatisation associée au sida.

- Catherine Hankins

[Ce texte est une transcription modifiée d'une présentation faite à un Séminaire VIH/sida, politiques et droit, organisé le 23 janvier 96 à Montréal par le Réseau.]

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Références

Armstrong, J., & Bos, E. (1992). The Demographic, Economic, and Social Impact of AIDS. In J. Mann, D. J. M. Tarantola, & T. Netter (Eds). *AIDS in the World* (pp. 195-226). Cambridge, MA: Harvard

University Press.

Berer, M., & Ray, S. (1993). *Women and HIV/AIDS – An International Resource Book*. London, England: Pandora.

CEG (Commonwealth Expert Group). (1989). *Engendering Adjustment for the 1990s* (Report of a Commonwealth Expert Group on Women and Structural Adjustment). London, England: Commonwealth Secretariat, London.

DeCosas, J., & Pedneault, V. (1992). Women and AIDS in Africa: demographic implications for health promotion. *Health Policy and Planning*, 7(3), 227-233.

Heise, L. L., & Elias, C. (1995). Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries. *Social Sciences and Medicine*, 40(7), 931-943.

Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S., & Thomson, R. (1992). Risk, power and the possibility of pleasure: young women and safer sex. *AIDS Care*, 4(3), 273-283.

Mahmoud, F. A., de Zalduondo, B. O., Zewdie, D., Williams, E., et al. (1989). Women and AIDS in Africa: Issues Old and New. Paper presented at the *1989 Annual Meeting of the African Studies Association*, Atlanta, GA.

Over, M., & Piot, P. (1992). HIV Infection and Sexually Transmitted Disease. The World Bank Health Sectors Priorities Review. In D. T. Jamison & W. H. Mosley (Eds.), *Disease Control Priorities in Developing Countries*. New York, NY: Oxford University Press for the World Bank.

Reid, E. (1992). Gender, Knowledge, and Responsibility. In J. Mann, D. J. M. Tarantola, & T. Netter (Eds.). *AIDS in the World* (pp. 657-667). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Schoepf, B. G., Engundu, W., Mkera, R.W., Ntsomo, P., & Schoepf, C. (1991). Gender, Power and Risk of AIDS in Zaïre. In *Gender and Health in Africa* (pp. 187-204). Trenton, NJ: Africa World Press, IUC.

Seidel, G. (1993). The competing discourses of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: discourses of rights and empowerment vs discourses of control and exclusion. *Social Sciences and Medicine*, 36(3), 175-194.

Vos, T. (1994). Attitudes to sex and sexual behaviour in rural Matabeleland, Zimbabwe, *AIDS Care*, 6 (2), 193-203.

Wilson, D. (1993). Preventing Transmission of HIV in Heterosexual Prostitution. In L. Sherr (Ed.). *AIDS and the Heterosexual Population* (pp. 67-81). Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.

World Bank. (1993). *World Development Report 1993*. New York, NY: Oxford University Press.

World Health Organisation and the United Nations Development Programme in Consultation with the United Nations Division for the Advancement of Women. (1994). *Women and AIDS: Agenda for Action*.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Échange de seringues en prison: un survol

L'évaluation d'un programme de prévention du sida qui inclut la distribution d'aiguilles stériles aux femmes détenus a montré des résultats définitivement positifs en Suisse:

- **amélioration de l'état de santé des détenues;**
- **aucun nouveau cas d'infection à VIH ou hépatite B;**
- **diminution importante du partage de seringues;**
- **aucune augmentation dans la consommation de drogues;**
- **aucune «attaque à la seringue».**^[1]

Le projet pilote

Le rapport conclut que «les résultats du projet pilote mené à Hindelbank ne fournissent aucun argument contre la continuation de la distribution de seringues stériles. Les craintes exprimées au départ — la consommation de drogues allait augmenter, les seringues seraient utilisées comme armes ou négligemment jetées, provoqueraient des blessures, etc. — ne se sont pas avérées».^[2] On souligne que «la faisabilité pratique de la distribution de seringues, ses effets positifs sur l'échange partage de seringues et la très large acceptation du projet par les détenues et le personnel, ainsi que le fait que la consommation de drogues, les comportements préjudiciables à la santé et le taux élevé d'infection à VIH et d'hépatites font partie du quotidien de nombreuses prisons, permettent de conclure que la distribution de seringues stériles devrait être poursuivie au-delà de l'expiration du projet pilote». Suite à cette évaluation, les autorités correctionnelles ont décidé de continuer le projet.

Une histoire de pragmatisme

L'établissement de Hindelbank n'est pas le premier à distribuer du matériel d'injection stérile aux détenus, mais il est le premier à procéder à une évaluation scientifique d'un tel programme. Une prison suisse pour homme, Oberschöngrün, distribuait des seringues aux détenus dès 1993:

Dr Franz Probst, médecin à temps partiel à la prison de Oberschöngrün (canton de Solothurn), se trouvait en face du dilemme éthique puisque 15 des 70 détenus s'injectaient régulièrement des drogues sans mesures adéquates de prévention. Contrairement à la majorité de ses confrères qui se sentent obligés de marcher quotidiennement sur leurs principes éthiques et de santé publique, Probst a commencé à distribuer du matériel d'injection stérile sans en informer le directeur de la prison. Lorsque le directeur a pris connaissance de cette initiative généreuse mais apparemment téméraire, plutôt que de congédier Probst il a écouté ses arguments sur la prévention du VIH, de l'hépatite et des abcès, puis il a demandé l'approbation des autorités du canton, pour la distribution d'aiguilles et de seringues. C'est ainsi que la première mondiale de la distribution de matériel d'injection stérile en prison est parti d'un acte de désobéissance médicale.[3]

Trois ans plus tard, la distribution se poursuit; elle n'a jamais eu de conséquences négatives et est supportée par tout le monde dans l'établissement. Selon le directeur de la prison, le scepticisme initial des agents correctionnels a fait place à un appui complet:

«Les membres du personnel ont réalisé que la distribution de matériel d'injection stérile est à leur avantage. Ils se sentent plus en sécurité maintenant. Il y a trois ans, lorsqu'ils fouillaient une cellule, ils avaient toujours peur de se piquer avec une aiguille cachée. Maintenant, les détenus ont le droit d'avoir une aiguille, mais uniquement dans un verre rangé dans leur armoire médicale au-dessus de leur évier. Depuis ce temps, aucun employé ne s'est piqué avec une aiguille».[4]

Programmes d'autres pays

Vu les expériences positives des prisons de la Suisse, de plus en plus de services correctionnels de partout dans le monde annoncent qu'ils suivront cet exemple: au Symposium interdisciplinaire sur les stratégies de réduction des méfaits en prison (Berne, 28 février au 3 mars 1996), des délégués de plusieurs services correctionnels d'Allemagne et du service d'Espagne ont présenté leurs programmes ou parlé de leurs intentions d'en amorcer bientôt.[5] En Australie, une étude récente a montré que l'échange de seringues et aiguilles est une mesure applicable en prison.[6]

Situation du Canada

Au Canada comme ailleurs, la distribution de matériel d'injection stérile a été largement recommandée comme une mesure de santé nécessaire pour réduire la transmission du VIH en prison. Dans son *Rapport final*, le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP) a conclu que la distribution de matériel

d'injection stérile dans les prisons sera inévitable, «surtout en raison des doutes quant à l'efficacité de l'eau de Javel pour détruire le VIH»[7]. Le CESP s'inquiétait du fait qu'en milieu carcéral, la rareté du matériel d'injection pousse presque certainement tout détenu qui s'injecte des drogues à partager du matériel; le comité ajoutait que la distribution de matériel stérile est le seul moyen d'éviter que les détenus ne soient forcés de le partager. Néanmoins, dans sa réponse au rapport du CESP, le Service correctionnel du Canada (SCC) est allé jusqu'à refuser même de mener un projet pilote d'un tel programme en prison,[8] une décision qui lui a valu de sévères critiques de toutes parts. Un éditorial du *Vancouver Sun* daté du 2 avril 1994 a accusé «le système pénitentiaire de faire preuve de complaisance face au sida», ajoutant que «s'il y a une leçon quelconque à tirer du tollé continué que suscite la réaction mitigée de la Croix-Rouge devant la menace de transmission du sida par la réserve de sang, c'est que de telles attitudes comme celles manifestées par la réponse du SCC au rapport peuvent être meurtrières».[9]

VIH/sida et prisons: un document de travail

En novembre 1995, dix-huit mois seulement après le dépôt du *Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons* (CESP), un nouveau document de travail sur le sida dans les prisons, publié dans le cadre du Projet conjoint du Réseau juridique et de la Société canadienne du sida sur les questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida, examine comment la situation a évolué depuis le rapport du CESP, au Canada et ailleurs, pour conclure que:

On ne fait pas encore assez pour prévenir la propagation du VIH et d'autres agents infectieux dans les prisons, notamment le virus de l'hépatite C. Cette situation présente un danger pour les détenus, mais aussi pour les employés de prisons et pour la société en général, d'où la question de responsabilité légale des systèmes correctionnel quant à la transmission du VIH en prison.

De toute évidence, les systèmes correctionnels sont aussi moralement et légalement responsables de faire tout en leur possible pour prévenir la propagation de maladies infectieuses entre les détenus, au personnel et à la population en général, et de prendre soin des détenus vivant avec le VIH et d'autres agents infectieux. À l'heure actuelle, ils ne remplissent pas cette responsabilité parce qu'ils ne font pas tout ce qui est en leur possible: des mesures appliquées avec succès à l'extérieur des prisons avec l'accord et le soutien financier des gouvernements, telles la fourniture de matériel d'injection et de programmes d'entretien à la méthadone pour les utilisateurs de drogues injectables, ne sont pas adoptées dans les prisons canadiennes même si des systèmes correctionnels d'autres pays les ont introduites avec succès et avec le soutien des détenus, des membres du personnel et de l'administration des prisons, des politiciens et du public.[10]

Réactions au Document de travail

Depuis novembre 1995, plus de 500 copies du Document de travail ont été distribuées à des personnes et organismes oeuvrant dans des domaines liés au VIH/sida et aux prisons, ou intéressés par les questions,

afin de recueillir leurs commentaires, critiques et suggestions qui seront intégrés dans le rapport final. Plus de 70 réponses ont été reçues de détenus, personnel correctionnel, médecins, avocats, ministres de la santé ou d'instances correctionnelles, et d'organisations nationales et internationales. La vaste majorité des répondants supporte les conclusions et recommandations du document. Le sentiment général se résume bien dans un commentaire de M. Demers, sous-ministre au ministère du Procureur Général de la Colombie-Britannique, qui s'exprime ainsi:

Les systèmes correctionnels fédéral et provinciaux doivent faire davantage d'efforts pour réduire les conséquences publique et individuelles bien réelles qui résultent de la transmission issue de comportements à risque élevé.

«Il n'y a pas de temps à perdre. Le refus d'implanter immédiatement une action pleinement intégrée pour lutter contre le VIH/sida dans les prisons canadiennes serait contraire à l'éthique» écrivait Anne Malo, qui était alors coordonnatrice des programmes nationaux contre le sida du SCC. Dr Christiane Richard, qui a été membre du CESP et du Comité consultatif de santé du SCS, affirme que: «je ne peux qu'être d'accord avec les conclusions, soit d'instaurer au plus tôt, en prison, un système d'échange de seringues et d'aiguilles, ainsi qu'un traitement de maintenance à la méthadone». Le comité des détenus de l'établissement de William Head (Colombie-Britannique) a souligné que «la propagation de maladies dans nos prisons devrait préoccuper l'ensemble de la population puisque, en bout de compte, toute la société en fera les frais; mais on ne fait pas assez pour prévenir l'exposition au VIH et à d'autres infections.» Le comité ajoute que:

«En voyant certaines seringues artisanales, ici ces derniers temps, on s'attend à une dure année. Le SCC a l'air ridicule en distribuant des condoms mais pas de seringues. Nous sommes d'avis que beaucoup plus de gens sont en danger de contracter le VIH par l'usage de drogues injectables que par les pratiques sexuelles. ... Nous percevons la présente politique sur les seringues hypodermiques comme un signe d'indifférence flagrante envers la vie humaine, et la responsabilité devrait leur retomber carrément sur la tête».

Les répondants n'étaient cependant pas tous en faveur de l'accès des détenus à du matériel d'injection stérile. Selon Lynn Ray, présidente nationale du syndicat des employés du Solliciteur Général, «les agents de la paix ne peuvent fermer les yeux, ou avoir l'air de fermer les yeux, sur ce qui se ramène à une activité illégale. ... Le SCS s'attend-il à ce que les agents correctionnels tendent une aiguille propre à un détenu en sachant qu'une heure plus tard ils devraient peut-être le sortir de force de sa cellule à cause d'une surdose?». Mme Ray poursuit en soulignant «l'importance d'une approche cohérente, pratique et maniable pour le contrôle de l'entrée de drogues dans les établissements. ... Le flux de drogues dans les établissements peut, et doit, être réduit. Je suis parfaitement consciente que ça coûtera cher, mais la sécurité et la santé du personnel sont en jeu».

Rapport final sur le VIH/sida en prison

En juillet 1996, *VIH/sida et prisons: rapport final* sera publié. Le rapport intègre tous les commentaires

et suggestions reçus de lecteurs du Document de travail; il offre une analyse détaillée des questions et propose des solutions qui permettront au SSCC et aux systèmes correctionnels provinciaux d'améliorer leurs efforts de prévention et de remplir leurs obligations légales et éthiques envers les détenus, le personnel et le public. On invitera les systèmes correctionnels à y formuler leurs réponses.

Après un examen des développements pertinents dans les prisons au Canada et à l'étranger, le document met l'emphase sur:

- la nécessité d'une approche stratégique coordonnée et à long terme en réponse au VIH/sida et à l'usage de drogues en prison; jusqu'à maintenant, l'approche est décousue, dépourvue de toute planification stratégique ou concertation avec d'autres départements dont les décisions influencent les programmes de lutte contre le VIH/sida, et sans responsabilité pour ses décisions. On y remarque «un manque évident de coordination, d'engagement, d'inspiration et de vision».
- le besoin d'établir une coordination et une collaboration entre le système correctionnel fédéral et les systèmes provinciaux;
- l'importance d'impliquer le personnel dans le développement de toute initiative visant à réduire la propagation du VIH; en Suisse, les membres du personnel soutiennent l'accès au matériel d'injection stérile parce qu'ils ont participé à l'élaboration des programmes, parce que leurs inquiétudes quant à la sécurité ont été prises en considération et parce qu'ils comprennent qu'en bout de ligne ces programmes servent aussi leurs intérêts;
- l'importance, pour les systèmes correctionnels, d'adopter une approche pragmatique face à la consommation de drogues dans les prisons: l'idée de prisons sans drogues ne semble pas plus réaliste que l'idée d'une société sans drogue. À cause du VIH/sida, les prisons ne peuvent plus se permettre de concentrer leurs efforts sur la réduction de la consommation de drogues comme objectif premier de leurs politiques sur les drogues. La réduction de l'usage des drogues est certes un objectif important, mais la réduction de la propagation du VIH et d'autres agents infectieux est encore plus importante: «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».[11]

Pourtant, en 1995-96, le SCC a dépensé:

- 1 200 000\$ pour son programme d'analyse d'urine;
- 1 000 000\$ pour les autres volets de sa Stratégie antidrogue; mais seulement
- 175 000\$ pour tout son programme sur le sida.

De plus, le SCC a déboursé 5 656 324\$ (en 1994-95) pour des programmes de traitements aux détenus toxicomanes dans les établissements et la communauté;[12]

- l'importance de comprendre que le fait de permettre l'accès des détenus à de l'eau de Javel, à des aiguilles et seringues stériles et à des programmes d'entretien à la méthadone n'équivaut pas à fermer les yeux sur l'usage de drogues, ni n'entre en conflit avec le rôle d'un agent de la paix: les policiers du Canada et d'autres pays sont en faveur des programmes d'échange de seringues parce qu'ils ont compris l'impossibilité de mettre fin à l'usage de drogue et que leur rôle de protéger le public implique qu'ils contribuent à réduire la propagation du VIH. Il en va de même pour un agent de la paix;
- l'importance d'agir sans plus de délais pour protéger les détenus, le personnel correctionnel et la société tout entière: les recommandations du *Document de travail*, du CESP, du Réseau d'action et soutien pour les prisonniers vivant avec le sida (PASAN),[13] de l'Organisation mondiale de la santé,[14] et de nombreux autres organismes canadiens et internationaux doivent être appliquées pour endiguer la propagation du VIH entre détenus, aux employés de prison et au public.
- la nécessité d'éduquer la population et les autorités canadiennes sur la nécessité d'implanter des mesures de réduction des méfaits dans les prisons: c'est une question de santé qui appelle une réponse pragmatique — nous devons aux détenus et nous devons à la communauté de protéger la population carcérale contre la transmission du VIH en prison.

Conclusion

«Un médecin de prison rebelle et une expérience courageuse dans une prison pour femmes ont démontré qu'il est possible, en prison, de prévenir efficacement la propagation du VIH en se basant sur la réduction des méfaits». Les autorités correctionnelles de la Suisse ont prouvé à leurs collègues de partout dans le monde qu'on peut parvenir à défendre des mesures de santé publique même dans un environnement où prévalent des discours de discipline, de sécurité et de châtement.[15] Si les systèmes correctionnels du Canada et du monde entier négligent de suivre l'exemple suisse, ils seront tenus moralement et légalement responsables des torts causés par leur refus d'offrir des moyens de prévention.

- Ralf Jürgens

Pour se procurer copie du Rapport final, contactez Ralf Jürgens, coordonnateur de projet: tél.: (514) 987-8773 / fax: (514) 987-3422 / e-mail: ralfj@aidslaw.ca

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

- [1] J. Nelles, A. Fuhrer, *Prévention du VIH et de la toxicomanie dans les Établissements de Hindelbank — Rapport succinct des résultats de l'évaluation*, Berne, Office fédéral de la santé publique, 1995.
- [2] *Ibid.*, p. 18.
- [3] J. Nelles, T. Harding, «Preventing HIV Transmission in Prison: A Tale of Medical Disobedience and Swiss Pragmatism», *The Lancet*, 1995, 346: 1507
- [4] Communication personnelle avec P. Fäh, gardien de prison à Oberschöngrün, le 1 mars 1996.
- [5] Voir «Des prisons allemandes adoptent aussi l'échange d'aiguilles», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(2): 20.
- [6] Voir «Australie — Échange de seringues en prison», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3): 17-18.
- [7] Service correctionnel du Canada, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral: Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994, à la page 93.
- [8] Communiqué de presse, Service correctionnel du Canada: «Le Service correctionnel du Canada annonce sa réponse aux recommandations présentées par le Comité d'experts sur le sida et les prisons», Ottawa, SCC, 24 mars 1994.
- [9] Éditorial, *The Vancouver Sun*: «Prison System Guilty of AIDS Complacency», 2 avril 1994, à la p. A-18.
- [10] R. Jürgens, *VIH/sida et prisons: un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1995.
- [11] 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'usage 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.
- [12] Communication personnelle avec M. Carpentier, SCC, 7 mai 1996.

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

[14] Organisation mondiale de la santé (OMS), Déclaration de la consultation sur la lutte contre le SIDA dans les prisons, Programme global sur le sida, Genève, OMS, 1987; et *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, Genève, OMS, 1993.

[15] Nelles et Harding, *Supra*, note 3.

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

É.-U. — Des cours d'appel se prononcent en faveur du suicide assisté

Il y a moins d'un an, un juge de district fédéral a déclaré qu'une disposition de l'Oregon qui légalisait le suicide médicalement assisté portait atteinte au droit à l'égalité protégé par la constitution américaine.[1] Par contraste, en mars et en avril 1996, deux cours d'appel américaines ont statué que les lois de Washington et de New York qui sanctionnaient l'assistance au suicide étaient inconstitutionnelles.

Bien que ces décisions ne portent que sur le suicide assisté dans le cas d'adultes sains d'esprit en phase terminale, elles ont créé une incertitude quant à la légalité de l'interdiction du suicide assisté dans plusieurs États. On peut s'attendre à ce que la Cour suprême des États-Unis soit maintenant disposée à aborder la question.

Ninth Circuit Court:[2] le suicide assisté dans l'intérêt de la liberté

Dans le premier cas, la requête avait été présentée par quatre médecins, trois patients en phase terminale qui sont morts avant que la cause soit entendue, et Compassion in Dying, une organisation sans but lucratif qui favorise l'assistance au suicide. Ceux-ci alléguaient que l'interdiction du suicide assisté portait atteinte au droit des patients sains d'esprit en phase terminale d'obtenir l'aide de médecins quand ils souhaitent mettre fin à leurs jours. Selon eux, ce droit était protégé par le quatorzième amendement de la constitution américaine, et l'interdiction du suicide assisté violait le droit à l'égalité dans la mesure où elle visait une certaine catégorie de patients seulement.

Le jugement de première instance

En première instance, une cour de district a jugé que l'interdiction du suicide assisté violait le droit à l'égalité.[3] Le juge Rothstein a invalidé la loi dans la mesure où elle s'appliquait aux cas de personnes saines d'esprit en phase terminale.

La cour d'appel

La cour d'appel, composée de trois juges, renversa à la majorité la décision de première instance.[4] Vu l'importance de la question, la Ninth Circuit Court décida de réentendre la cause en banc (c'est-à-dire que quinze juges de la cour furent invités à participer à la décision).

La Cour en banc a conclu que le droit de mourir était consacré par la constitution. Reconnaisant que l'État pouvait avoir intérêt à limiter le libre choix, la Cour analysa six motifs qui pourraient justifier l'interdiction du suicide assisté: préserver la vie, empêcher le suicide, éviter la participation de tiers qui pourraient exercer une influence indue, protéger les membres de la famille et les êtres chers, protéger l'intégrité de la profession médicale, et éviter les conséquences néfastes que peuvent causer les jugements d'inconstitutionnalité de lois.

Cependant la Cour a conclu que les intérêts de l'État n'étaient pas assez importants pour contrebalancer le droit à la liberté des individus. Selon elle, il n'y a pas de différence significative entre le refus de traitement, qui est généralement reconnu, et le suicide assisté. En fait, la reconnaissance du refus de traitement indique que le suicide assisté n'affecterait pas sérieusement les intérêts de l'État.

Danger

Le juge Reinhardt, au nom de la majorité, a reconnu qu'il y avait un danger que des personnes âgées ou infirmes subissent des pressions de la part de parents égoïstes, endettés, ou intéressés, ou que des patients en phase terminale souhaitent en finir avec la vie pour favoriser le bien-être économique de ceux qu'ils aiment. Cependant, bien que ces éventualités requièrent l'application de mesures de protection sérieuses, rien ne semble s'opposer à ce que des adultes capables prennent en considération des facteurs économiques concernant les membres de leur famille qui leur survivent.

Dissidence

Le juge Beezer, dissident, a souligné que dans le contexte des soins de santé aux États-Unis, non seulement les personnes âgées et infirmes, mais également les pauvres et les membres de groupes minoritaires courent de plus grands risques d'être fortement incités au suicide. Selon lui, demander la création d'un droit constitutionnel au suicide médicalement assisté, dans une nation où l'accès aux soins de santé est inadéquat et inégal, c'est mal placer les priorités. En réponse à cet argument, la majorité admet que le refus d'assurer l'universalité des soins de santé démontre des failles importantes dans le système de valeurs américain, mais que c'est au Congrès et non aux tribunaux de régler la question.

Commentaire

L'allusion aux rôles différents du Congrès et de la magistrature, qui entraîne le refus de la cour de traiter de certains dangers que présente le suicide assisté dans le contexte américain, semble incohérente. La facilité avec laquelle la cour écarte les intérêts que représente pour l'État l'interdiction du suicide assisté

est à cet égard contradictoire.

D'autres déclarations de la cour sont également troublantes: par exemple, elle affirme que les adultes en phase terminale qui souhaitent mourir ne peuvent qu'être maintenus dans un état débilitant sans pouvoir jouir de la présence de leur famille et de leurs amis; elle ajoute que le risque de pressions indues est grandement réduit par le fait que les médecins, qui veulent avant tout préserver la vie, participent à la décision (des exemples contredisent cette affirmation).

La suite du cas

L'affaire n'en restera peut-être pas là. Certains juges du neuvième circuit qui n'ont pas participé à la décision demanderaient que la cause soit entendue de nouveau, ce qui est possible dans les cas où la question revêt une importance exceptionnelle.

La décision de la Second Circuit Court

En juillet 1994, trois médecins et trois personnes en phase terminale (dont deux atteintes du sida) ont présenté une requête devant la Cour de district de New York, alléguant que les lois de New York qui interdisent le suicide assisté violaient la constitution. La requête fut rejetée. Selon la cour, la question du suicide assisté n'avait pas de rapport avec les libertés fondamentales, l'État était fondé de distinguer le suicide assisté et le refus de traitement, et il était légitime que l'État prenne des mesures pour préserver la vie et pour protéger les personnes vulnérables.

Selon la Cour du deuxième circuit, composée de trois juges, le droit au suicide assisté ne peut trouver son assise dans la constitution. Cependant, la cour conclut que la loi de New York portait atteinte au droit à l'égalité dans la mesure où elle interdit aux médecins de prescrire une dose mortelle d'une substance à une personne saine d'esprit en phase terminale qui désire les prendre au stade ultime de sa maladie.

La cour allègue que l'interdiction du suicide assisté ne traite pas de façon égale toutes les personnes en phase terminale qui sont saines d'esprit et veulent hâter leur mort. Par ailleurs, il n'y a pas, dans les lois de New York, de relation rationnelle entre le traitement inégal et un intérêt légitime de l'État (la cour ne voit pas non plus de distinction rationnelle entre le refus de traitement et le suicide assisté). Finalement, le risque d'abus ne paraît pas à la cour trop considérable. Selon la cour, la plupart des médecins s'entendraient sur la définition de «phase terminale» en relation avec le suicide assisté. Des exemples tirés de la doctrine en bioéthique contredisent cette affirmation.

- *Trudo Lemmens*

[Ce texte est une version abrégée dont l'original se trouve dans la section anglaise du présent *Bulletin*.]

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Voir T. Lemmens, «Oregon Measure 16 Declared Unconstitutional», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 9.

[2] *Compassion in Dying v. State of Washington*, 1996 WL 94848 (9th Cir. Washington), décision en banc.

[3] *Compassion in Dying v. Washington*, 850 Fed. Supp. 1454 (W.D. Wash. 1994).

[4] *Compassion in Dying v. Washington*, 49 F. 3d 486 (9th Cir. 1995).

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Tests de dépistage et confidentialité: le Projet conjoint amorce son travail

Les questions liées aux tests de dépistage et à la confidentialité ont été identifiées comme prioritaires dans la phase I du Projet conjoint sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida.

Plusieurs des particuliers et groupes consultés ont affirmé que, bien que de nombreux documents aient été produits sur les questions liées aux tests de dépistage et à la confidentialité au Canada à la fin des années 1980 et au début des années 90, les questions demeurent non réglées ou doivent être examinées de nouveau. En particulier, les gens ont exprimé leurs inquiétudes à l'égard des questions suivantes:

- les tests de dépistage du VIH administrés sans le consentement éclairé de l'intéressé, une pratique qui serait de plus en plus fréquente;
- le manque de counselling adéquat, que les gens reçoivent un sérodiagnostic positif ou négatif;
- l'accès limité aux tests anonymes et aux tests en général, surtout dans le cas des femmes;
- les demandes pour obliger certains groupes de la population à subir des tests, par exemple les auteurs de délits sexuels, les détenus, les travailleurs de la santé et les femmes enceintes.

Récemment, une préoccupation croissante s'est ajoutée à l'égard de la possibilité imminente d'un test de dépistage à domicile, qui soulève des questions uniques au VIH, ainsi que des questions plus larges, par exemple dans quelle mesure des instances gouvernementales devraient protéger le public d'un moyen techniquement précis lorsque celui-ci peut avoir un impact psychologique négatif sur son utilisateur.[1]

En ce qui concerne la confidentialité, plusieurs des organisations et individus consultés considèrent que

les gens ne comprennent pas l'importance de la confidentialité et ils ont exprimé le besoin d'orientation dans les cas où les gens soutiennent qu'ils «doivent savoir» le sérodiagnostic d'une personne. On se préoccupe de la discrimination qui découle de la divulgation d'un sérodiagnostic positif. Par exemple, les gens qui ont peur de demander des prestations sociales parce qu'ils craignent que leur séropositivité ne soit portée à la connaissance de tout un chacun, particulièrement dans les petites agglomérations; la réticence à porter plainte auprès des commissions de droits de la personne parce que «les gens ne veulent pas se révéler publiquement séropositifs».

De juin 1996 à mars 1997, le projet aura:

- produit un document de travail sur les questions liées au dépistage et à la confidentialité;
- sollicité les commentaires d'un large échantillonnage d'individus et d'organismes;
- organisé un atelier d'un jour sur ces questions;
- publié un rapport final offrant une analyse compréhensive des questions et proposant des solutions qui permettront au Canada de mieux faire face à ces problèmes et défis.

Revue de la littérature: Dépistage^[2]

Peu de questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida ont été traitées de façon aussi approfondie que les questions soulevées par les tests de dépistage des anticorps du VIH. Un grand nombre d'articles et de rapports portent sur des questions comme:

- les objectifs possibles des tests de dépistage;
- les propositions en vue d'administrer des tests à toute la population ou à des populations particulières pour dépister les anticorps du VIH;
- la divulgation des résultats de tests.^[3]

Opinions variées

Les opinions sur les tests de dépistage des anticorps du VIH varient beaucoup:

Il y a ceux qui recommandent le dépistage pour tous: leurs arguments sont irrationnels et ne sont pas fondés sur des faits scientifiques. D'autres s'intéressent au dépistage chez les groupes ciblés: le problème devient alors le choix des groupes et les motifs de ce choix, qui sont tantôt subjectifs, tantôt objectifs. Enfin, nous avons constaté qu'il y en a qui recommandent le dépistage volontaire: ils défendent à la fois les droits de la personne et

l'enquête scientifique.[4]

Presque personne ne recommande que la population entière soit assujettie au dépistage obligatoire des anticorps du VIH; toutefois, certains auteurs recommandent que des groupes particuliers soient assujettis à des tests obligatoires. Par exemple, Werdel affirme que ces tests devraient être obligatoires pour les détenus, les prostituées et les consommateurs de drogues en état d'arrestation, de même que ceux qui fréquentent les cliniques pour les maladies transmises sexuellement et la toxicomanie. D'après l'auteur, «ces groupes, en plus d'avoir un risque élevé d'infection, posent un risque sérieux à la santé de la collectivité», et «sont susceptibles de transmettre la maladie à des personnes en santé qui ne se doutent de rien».[5] Cependant, la plupart des auteurs sont contre le dépistage obligatoire administré à toute la population ou à des groupes particuliers, «parce que cette mesure a peu de chances d'amener les changements de comportement nécessaires pour freiner la propagation du sida et parce qu'elle risque de porter atteinte à la vie privée et d'entraîner la discrimination».[6] D'après Persky, les tests de dépistage forcés peuvent permettre de localiser une petite proportion de «la population en danger», mais cet avantage serait vraisemblablement éliminé du fait qu'une proportion encore plus grande de la population en danger serait effrayée par la possibilité et les conséquences de mesures obligatoires.[7] D'après l'*American Civil Liberties Union*, «mises à part les atteintes aux libertés civiles, le dépistage obligatoire semble destiné, soit à aller à l'encontre du but recherché, soit à constituer un gaspillage irrationnel de fonds publics, soit à faire les deux».

La position de l'OMS

D'après la Déclaration de la Consultation sur le dépistage de l'infection à VIH et le conseil, publié par l'Organisation mondiale de la santé, le dépistage obligatoire et les autres tests administrés sans le consentement éclairé des intéressés n'ont pas leur place dans un programme de prévention et de contrôle du sida. La déclaration renfermait les motifs pour lesquels les programmes de dépistage qui ne nécessitent pas le consentement éclairé de l'intéressé peuvent nuire aux efforts de prévention de la transmission du VIH et ne sont donc pas dans l'intérêt de la santé publique:

- à cause de la stigmatisation et de la discrimination dont font l'objet les personnes infectées par le VIH, les personnes qui se croient infectées ont tendance à vivre dans la «clandestinité» pour échapper aux tests obligatoires;
- les tests de dépistage administrés sans consentement éclairé minent la crédibilité des services de santé et peuvent dissuader ceux qui ont besoin de services de les obtenir;
- les tests de dépistage obligatoires peuvent créer une fausse impression de sécurité, surtout chez ceux qui ne sont pas visés par la mesure et qui s'en servent comme excuse pour ne pas adopter des mesures plus efficaces pour se protéger et protéger autrui contre l'infection;
- les programmes de dépistage obligatoire sont coûteux et accaparent des ressources qui

pourraient être allouées à des mesures de prévention efficaces.[8]

Field conclut également que les fonds publics seraient mieux employés dans l'éducation et les précautions universelles pour empêcher l'accroissement de la propagation du VIH, plutôt que dans des programmes de dépistage obligatoire. Fait important à signaler: l'auteur affirme que les propositions de dépistage obligatoire ont généralement un caractère politique et n'ont pas trait à la santé; en outre, elles seraient souvent motivées par des sentiments hostiles aux gais ou aux consommateurs de drogues et seraient rarement animées par des objectifs légitimes de santé publique.[9]

Support pour le test volontaire

Quoique ces auteurs soient contre les tests de dépistage obligatoires, ils sont en faveur de programmes de dépistage volontaires et accessibles à tous, jumelés à des services de counselling adéquats et à la garantie d'anonymat ou, si ce n'est pas possible, de strictes mesures de protection de la confidentialité.

Dépistage: L'approche canadienne

Au Canada, il y a un consensus selon lequel les tests de dépistage devraient toujours être volontaires, (sauf pour les dons de sang, de produits sanguins, d'organes et de tissus)[10] et ne devraient être administrés que si le patient a donné son consentement éclairé,[11] lorsque l'on offre à l'intéressé des conseils et de l'information avant et après l'administration des tests et lorsque l'on peut garantir la confidentialité des résultats ou l'anonymat du test.[12] Le Comité consultatif national sur le SIDA a établi un «principe général régissant la recherche de l'anticorps anti-VIH au Canada», selon lequel «[afin de] faciliter la recherche de l'anticorps anti-VIH, pour éviter les torts éventuels et réels tout en essayant de tirer les plus grands avantages de cette épreuve, et pour minimiser le risque de coercition, l'approche volontaire devrait être la démarche de choix».[13] Selon le Comité, le dépistage obligatoire n'est justifié que si ses avantages escomptés l'emportent sur le tort éventuel, et que s'il constitue la mesure la moins effractive et restrictive, et la plus disponible pour atteindre les objectifs valables». Après l'analyse des avantages et des torts individuels et sociaux qui sont liés au dépistage obligatoire des anticorps anti-HIV, le Comité en arrive à la conclusion que «[à] l'heure actuelle au Canada, la recherche obligatoire de l'anticorps anti-VIH est injustifiée.»[14] Le Comité a en outre formulé des recommandations spécifiques concernant le dépistage dans des groupes spécifiques de la population (prostitués, personnel médical, détenus, immigrants, etc.) ou dans certaines situations (application à une police d'assurance, recours à des soins de santé, embauche de personnel). Dans tous les cas, on conclut que le dépistage obligatoire n'est pas justifié.

Tests de dépistage anonyme

Aucun consensus n'a été atteint sur la question des tests de dépistage anonymes. Pour le Groupe de travail fédéral/provincial/territorial sur la confidentialité concernant la séropositivité à l'égard du VIH,

[15] les tests de dépistage anonymes sont une solution moins intéressante que les tests nominatifs. Cependant, en général, on recommande que les tests de dépistage anonymes soient accessibles à ceux qui le demandent. Par exemple, en Nouvelle-Écosse, le gouvernement provincial s'est dit d'accord avec les méthodes de dépistage et de déclaration qui encourageront «le plus grand nombre d'individus à faire l'objet d'un dépistage le plus tôt possible».[16] La Commission de réforme du droit de l'Ontario a également recommandé d'offrir aux gens la possibilité de subir des tests non nominatifs ou dont les résultats demeureront anonymes[17]. D'après le Comité sida d'Ottawa, les tests de dépistage anonymes «sont la seule façon acceptable et légale de concevoir un régime de dépistage».[18]

Dépistage: Le futur

Tel que exprimé par Bayer, les décisions politiques futures relatives au dépistage dépendront des nouvelles techniques en la matière et de «l'équilibre relatif des valeurs morales et politiques et des forces institutionnelles et professionnelles à travers lesquelles ces valeurs peuvent être véhiculées».[19]

Confidentialité: Revue de la littérature

Un médecin de campagne reçoit un avis du service de transfusion de la Croix Rouge qui recommande que ses patients qui ont reçu une transfusion sanguine entre 1980 et 1985 passent un test de dépistage du VIH; le risque d'infection pour un individu en particulier est faible, mais il est important de trouver ceux qui ont été infectés. Lorsque Paul arrive pour sa consultation annuelle, son médecin demande un test de dépistage des anticorps du VIH, sans toutefois prévenir Paul, qu'il ne veut pas inquiéter. Paul avait reçu une transfusion sanguine en 1983 après un accident de voiture. Deux semaines plus tard, un vendredi après-midi, le médecin apprend avec stupéfaction que Paul est infecté par le VIH. Il lui téléphone et parle à son épouse, Marie, puisque Paul travaille encore aux champs. «Marie, dit-il, vous ne le croirez pas, mais Paul a le sida.» En fait Paul n'a pas le sida, il est infecté par le VIH. Abasourdie, Marie se tourne vers son amie Suzanne qui est dans la cuisine à ce moment-là et dit: «Oh mon Dieu, Suzanne, Paul a le sida.» Elle continue de parler au médecin qui demande que Paul et Marie viennent le voir lundi, pour qu'il leur donne des explications sur la maladie.

Ce soir-là, toute la famille pleure à chaudes larmes et lorsque Marie se rend au supermarché du village le samedi matin, le gérant du magasin, visiblement gêné, lui demande de faire ses achats ailleurs. La nouvelle que Paul a le sida est connue dans tout le village. Paul n'a pas d'assurance-vie suffisante. Il va perdre sa maison, ses amis et sa position respectée dans sa petite communauté.[20]

Le sida n'est pas simplement une autre maladie infectieuse. Ce cas «illustre pourquoi il est si important d'obtenir le consentement éclairé avant d'administrer un test de dépistage du VIH, pourquoi il ne faut jamais donner les résultats du test au téléphone, à quel point les collectivités peuvent être cruelles si elles sont ignorantes et insensibles et comment nous devons continuer à essayer de faire en sorte que la

profession médicale soit suffisamment informée sur cette maladie».[21] On fournit également des exemples des conséquences négatives éventuelles de la divulgation de renseignements personnels liés au VIH/sida dans le rapport du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario. [22] Par conséquent, d'après le commissaire, il faut que les méthodes de dépistage soient clairement conçues de façon à rassurer tous les secteurs de la société, particulièrement les personnes qui se livrent à des activités à haut risque, que le fait de subir une épreuve ou de fournir des renseignements personnels touchant au VIH ou au sida n'entraînera pas la divulgation de ces renseignements à des personnes autres que celles qui en ont absolument besoin, comme les médecins.

Mieux protéger la confidentialité

Vu l'importance de la confidentialité des renseignements personnels liés au VIH/sida, et parce que la législation à elle seule ne permet pas d'améliorer la protection de ces renseignements, il faudrait:

- améliorer l'efficacité des moyens actuels de protéger la confidentialité et élaborer de nouvelles méthodes d'analyse et de protection;
- élaborer à grande échelle des «techniques juridiques douces» (procédures, politiques, lignes directrices et protocoles écrits) au niveau de chaque communauté et institution pour protéger davantage la vie privée des personnes vivant avec le VIH/sida; et
- ne colliger des renseignements relatifs au VIH/sida que si les avantages qui en découlent sont plus grands que les risques pour la vie privée.[23]

À cause des conséquences négatives éventuelles que peut avoir sur quelqu'un la divulgation de sa séropositivité, le rapport du Commissaire à la protection de la vie privée du Canada présente de nombreuses mises en garde quant à la collecte, à l'utilisation et à la communication des renseignements personnels relatifs au sida. Toutefois, dans le rapport, on signale que la situation qui oblige à cette prudence extrême peut changer: «Peut-être qu'un jour, la communication de renseignements personnels relatifs au sida cessera de menacer le bien-être physique et psychologique des personnes concernées...ou encore, de modifier sensiblement les conditions d'acceptation dans la société canadienne. Mais pour l'heure, il est tout à fait possible que par leur opinion ou leurs actions, le public, voire le gouvernement, nuisent aux personnes au sujet desquelles des renseignements personnels sont divulgués — sans que la société n'en tire pour autant quelque bénéfice tangible.»[24]

L'importance de la confidentialité

La confidentialité peut revêtir une importance particulière en ce qui a trait au VIH/sida, mais elle est généralement importante en médecine. D'après Bayer,[25] il y a deux motifs à ceci:

- sur le plan éthique, le respect de la confidentialité est un moyen de respecter la dignité du patient;

- sur le plan pragmatique, si les médecins et d'autres professionnels veulent obtenir des renseignements de patients et de clients, ils doivent pouvoir leur garantir que ce qui est révélé sera traité «comme sacré». En l'absence d'une telle promesse, il ne peut y avoir aucune garantie de franchise, et en l'absence de franchise, il serait difficile d'effectuer un travail clinique efficace».

Exceptions

Tout en reconnaissant l'importance du respect de la confidentialité, la plupart des auteurs affirment qu'il y a des situations où une violation de la confidentialité semblerait justifiée sur le plan éthique: la confidentialité, bien que très importante, «n'est pas un principe sacré».[26] Selon Spencer, malgré l'importance historique de la protection du secret professionnel, celle-ci «doit être compromise au besoin pour protéger la vie».[27] Cependant, la plupart des auteurs semblent admettre que l'information sur le sérodiagnostic ne devrait être communiquée que lorsqu'il y a des motifs raisonnables de croire que le comportement de la personne infectée par le VIH constitue un risque inacceptable pour la santé d'autrui, [28] par exemple dans le cas d'un individu infecté par le VIH qui refuse d'avertir un partenaire sexuel qui ne s'en doute pas.[29] D'après Gillett, les médecins devraient être ouverts avec leurs patients et «le médecin est tenu de faire part à son patient de son dilemme moral et de l'informer de son intention de violer le secret professionnel».[30]

Questions difficiles

Toutefois, bien que la plupart des auteurs admettent qu'il y a des cas où la violation de la confidentialité serait justifiée, de telles violations soulèvent des questions difficiles: «Que se passera-t-il si l'on en vient généralement à savoir que les cliniciens violent la confidentialité pour protéger les tiers? Les patients cesseront-ils de parler avec franchise de leurs comportements? [...] La santé publique souffrira-t-elle en conséquence?»[31] D'après Bayer, nous faisons face à une ironie extraordinaire: les règles d'éthique du rapport clinique, qui favorisent habituellement la confidentialité absolue, semblent dicter une violation de la confidentialité, tandis que les principes d'éthique de la santé publique, qui sont habituellement moins intéressés par la confidentialité, peuvent dicter qu'on la respecte plus scrupuleusement. Dans le même ordre d'idée, Gillon conclut en affirmant: «Bien que, dans des cas très exceptionnels, il puisse être justifié de passer outre au secret professionnel, l'obligation de maintenir le secret professionnel médical est très forte, quoique non absolue. La meilleure manière de protéger les intérêts des patients, leurs contacts, les médecins, le personnel médical et le bien commun serait probablement de continuer à respecter ce principe.»[32] Kain craint que les personnes vivant avec le VIH/sida ne parlent pas librement de leur sérodiagnostic ou de leurs activités sexuelles après avoir été informés que cette divulgation pourrait entraîner une violation de la confidentialité et des possibilités accrues de discrimination qui en résulteraient. Il conclut en affirmant que la question de savoir s'il y a lieu de briser ou non la confidentialité semble prendre le dessus sur une question encore plus importante «si un client ne parle pas de sa séropositivité à son partenaire sexuel, pourquoi en est-il ainsi? La prévention de la propagation du VIH dépend non pas de pratiques quasi policières de déclaration mais plutôt du traitement de questions profondes comme le rejet, l'abandon, la solitude, l'homophobie et l'infidélité. Les clients

consultent des conseillers pour qu'ils les aident à résoudre des questions troublantes, et non pour être dénoncés aux autorités de santé»[33]. Ceci nous amène à une autre question importante soulevée par Dickens. Bien qu'il reconnaisse l'importance de protéger la confidentialité, Dickens reconnaît que la protection contre la discrimination puisse être plus importante. À son avis, il vaut mieux ne pas limiter les nouvelles dispositions législatives à des questions de confidentialité: il faut également minimiser la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/sida.[34] Pareillement, Spencer recommande que les législateurs consacrent plutôt leur attention à la discrimination sociale contre le sida qui entrave les programmes de dépistage volontaire du VIH et le contrôle du VIH.[35]

Programmes de notification de partenaires

En ce qui a trait aux programmes de notification de partenaires, il semble y avoir un consensus selon lequel ces programmes ont un rôle à jouer dans les efforts visant à réduire la propagation du VIH, bien que ce rôle soit limité. D'après l'Organisation mondiale de la santé, il y a lieu de considérer les programmes de notification de partenaires, mais seulement dans le contexte d'un programme complet de contrôle et de prévention du VIH/sida. On reconnaît que la notification de partenaires soulève de graves questions d'ordre médical, logistique, social, juridique et éthique et qu'elle risque d'entraîner des préjudices individuels et sociaux et de nuire aux autres activités de prévention et de contrôle du VIH/sida. Par conséquent, d'après le Comité consultatif national sur le sida, la principale mesure de prévention et de contrôle doit être l'éducation destinée à réduire le risque personnel par des changements de comportement pour réduire la transmission, plutôt que les programmes de notification des partenaires. D'après le Comité, les programmes de réduction du risque destinés à la collectivité en général peuvent être plus économiques que le dépistage des contacts à l'intention des individus; toutefois, on reconnaît que des gens qui n'ont peut-être aucun motif de soupçonner d'avoir été exposés au VIH devraient pouvoir savoir qu'ils l'ont peut-être été.[36]

Patterson énonce quelques-unes des préoccupations des gens les plus touchés par le VIH et il donne une série de recommandations, notamment en faveur du dépistage volontaire des contacts et du renvoi des «pires cas» à un comité de gestion des cas, plutôt que de laisser la responsabilité de décider s'il y a lieu de violer la confidentialité à des professionnels de la santé en particulier. Le rapport de la Commission de réforme du droit de l'Ontario renferme également une liste de recommandations. D'après le rapport:

- on devrait inciter le patient à informer ses partenaires de plein gré, ou à demander l'aide de son médecin traitant dans le cadre d'un système d'information sur la conduite du médecin traitant;
- le médecin traitant devrait pouvoir informer personnellement les partenaires de patients infectieux à risque, selon des principes directeurs spécifiques quant à la divulgation de renseignements sur le VIH;
- le médecin qui informe des partenaires devrait pouvoir jouir de l'immunité contre toute poursuite découlant de l'exercice de cette charge.[37]

- *Ralf Jürgens*

Pour de plus amples renseignements, prenez contact avec Ralf Jürgens, Coordonnateur de projet:

484 rue McGill

4 ième étage

Montréal, Québec

H2Y 2H2

Tél.: (514) 397-6828 Téléc.: (514) 397-8570

Courriel: ralfj@aidslaw.ca

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Voir par exemple B.M. Branson, H.D. Gayle, «Home Testing for HIV — It's Coming. Are You Ready?», *International AIDS Society Newsletter*, mars 1994, no 4; R. Bayer et coll., «Testing for HIV Infection at Home», *New England Journal of Medicine*, 1995, 332: 1296-99; K.A. Phillips et coll., «Potential Use of Home Testing», *Ibid.*, aux p. 1308-10.

[2]Le présent texte est une version retouchée de l'enquête bibliographique publiée dans le cadre du Projet conjoint 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, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1995.

[3]Voir par exemple M. A. Field, Testing for AIDS: Uses and Abuses, dans L. O. Gostin, W. Curran, (éds), The Harvard AIDS Legislation Project, *American Journal of Law & Medicine*, 1990, XVI(1-2), p. 34-106; Comité consultatif national sur le sida, «Recherche de l'anticorps contre le virus de l'immunodéficience humaine au Canada, Recommandations du Comité consultatif national sur le sida», *Rapport hebdomadaire des maladies au Canada*, 1989, 15(8), p. 37-43; Commission de réforme du droit de l'Ontario, *Rapport sur les tests de dépistage du sida*, Toronto, la Commission, 1992.

[4] P. Enel, C. Manuel, J. Charrel et coll., «Ethical Confusion: Detection of HIV Seropositives», *AIDS & Public Policy Journal*, 1992, 7(1): 42-49.

[5]A. A. Werdel, «Mandatory AIDS Testing: The Legal, Ethical and Practical Issues», *Notre Dame Journal of*

Law, Ethics & Public Policy, 1990, 5, p. 155-255.

[6] L. Gostin, W. J. Curran, «AIDS Screening, Confidentiality, and the Duty to Warn», *American Journal of Public Health*, 1987, 77(3) (paru de nouveau dans *AIDS Reference Guide*, juillet 1988, n° 512).

[7] S. Persky, *The Practical Case Against Mandatory Testing*, dans J. Russell (éd), *Liberties*, Vancouver, New Star Books, 1989, 176-185.

[8] Organisation mondiale de la santé, *Déclaration de la Consultation sur le dépistage de l'infection à VIH et le conseil*, Genève, Programme mondial de lutte contre le SIDA, 1992, (WHO/GPA/INF/93.2).

[9] *Supra*, note 3.

[10] Comité parlementaire spécial sur le sida, *Le SIDA : un défi. Le rapport du comité parlementaire spécial sur le sida*, Ottawa, le Comité, 1990.

[11] Association médicale canadienne, *Sérodiagnostic du virus de l'immunodéficience humaine, lignes directrices aux consultants*, Ottawa, l'Association, 1993.

[12] Comité consultatif national sur le SIDA, *Supra*, note 3.

[13] M.A. Somerville, N. Gilmore, *Human Immunodeficiency Virus Antibody Testing in Canada: A Report Submitted to and Approved by the National Advisory Committee on AIDS*, Montréal, Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'université McGill, 1998.

[14] *Ibid.*, p. 23

[15] Groupe de travail fédéral/provincial/territorial sur la confidentialité concernant la séropositivité à l'égard du VIH, Ottawa, le Groupe de travail, 1988.

[16] Government of Nova Scotia, *Nova Scotia AIDS Strategy*, décembre 1993.

[17] *Supra*, note 3.

[18] Comité SIDA d'Ottawa, *Submission to the Ontario Law Reform Commission Project on HIV/AIDS Testing*, le Comité, aucune date.

[19] R. Bayer, «Ethical and Social Policy Issues Raised by HIV Screening: The Epidemic Evolves and so Do the Challenges», *AIDS*, 1989, 3, p. 119-124.

[20] J.M. Dwyer, «Legislating AIDS Away: The Limited Role of Legal Persuasion in Minimizing the Spread of Human Immunodeficiency Virus», *Journal of Contemporary Health Law and Policy*, 1993, 9, 167-176, aux p. 171-172.

- [21] *Ibid.*
- [22] Le Commissaire à la protection de la vie privée du Canada, *Le sida et la Loi sur la protection des renseignements personnels*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 1989.
- [23] H. P. Glenn, N. Gilmore, M. A. Somerville et coll., *HIV Infection, AIDS and Privacy*, Document de travail, Montréal, Centre de médecine, d'éthique et de droit de l'université McGill, 1990.
- [24] Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée, *Le VIH et le sida: La protection de la vie privée*, le Commissaire, 1990.
- [25] R. Bayer, Confidentiality and Its Limits, dans H. Fuenzalida-Puelma, A. M. Linares Parada, D. Serrano La Vertu (éds), *Ethics and Law in the Study of AIDS*, Organisation panaméricaine de la santé, Publication scientifique n° 530.
- [26] R.L. North, K. H. Rothenberg, «The Duty to Warn "Dilemma": A Framework for Resolution», *AIDS & Public Policy Journal*, 1989, 4(3): 133-141.
- [27] E. T. H. Spencer, «The Sexually Active, HIV Infected Patient: Confidentiality Versus the Duty to Protect», *Psychiatric Annals*, 1988, 18(10): 571-576.
- [28] Groupe de travail fédéral/provincial/territorial sur la confidentialité concernant la séropositivité à l'égard du VIH, Ottawa, le Groupe de travail, 1988.
- [29] Voir, par exemple, Bayer, *supra*, note 25; B. Freedman, «Violating Confidentiality to Warn of a Risk of HIV Infection: Ethical Work in Progress», *Theoretical Medicine*, 1991, 12, p. 309-323; M. Gillespie, «AIDS: Detection and Control», *University of Toronto Faculty of Law Review*, 1989, 47(2): 354-382.
- [30] G. Gillett, AIDS and Confidentiality: The Doctor's Dilemma, dans B. Almond (éd.), *AIDS - A Moral Issue. The Ethical, Legal and Social Aspects*, MacMillan, 1990, p. 56-67.
- [31] Bayer, *supra*, note 25.
- [32] R. Gillon, «AIDS and Medical Confidentiality», *British Medical Journal*, 1987, 294, p. 1675-1677.
- [33] C. D. Kain, «To Breach or Not To Breach: Is that the Question? A Response to Gray and Harding», *Journal of Counselling and Development*, 1988, 66, p. 224-225.
- [34] B. M. Dickens, «Legal Limits of AIDS Confidentiality», *Journal of the American Medical Association*, 1988, 259(23): 3449-3451.
- [35] *Supra*, note 27.

[36] Comité consultatif national sur le sida, *supra*, note 3.

[37] *Supra*, note 3.

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

É.-U. — Hôpital poursuivi à propos d'un test de VIH clandestin

L'American Civil Liberties Union a engagé une poursuite le 10 avril 1996 en cour fédérale contre un hôpital de la banlieue de Chicago qui aurait administré un test de dépistage du VIH à un homme de 33 ans sans son consentement.^[1]

La poursuite allègue que l'hôpital et l'un de ses médecins ont contrevenu aux lois de l'État et aux lois fédérales en faisant subir à l'homme un test de dépistage du VIH sans l'en informer ou lui demander s'il y consentait. L'homme, qui avait été hospitalisé pour une intervention de peu de gravité, découvrit qu'on lui avait administré un test en prenant connaissance de sa facture d'hôpital.

La poursuite reproche à l'hôpital d'avoir fait subir à l'homme de l'angoisse, de l'anxiété, de la gêne et de l'humiliation, et de l'avoir soumis à un risque de discrimination.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Rapporté dans le *CDC AIDS Daily Summary* du 11 avril 1996, avec référence au *United Press International* du 10 avril 1996.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Il faut renouveler la Stratégie sur le sida

Le Canada connaît une crise du financement de la lutte contre le sida au niveau fédéral. Déjà, on a coupé le financement des nouvelles initiatives de recherche sur le sida dans les sciences fondamentales, les sciences cliniques et les sciences du comportement. L'existence d'autres programmes, par exemple le financement d'organismes communautaires de lutte contre le sida, le Réseau d'information sur le traitement VIH/sida, le Réseau canadien pour les essais VIH et le Centre national de documentation sur le SIDA est menacée.

Il y a une crise parce que le gouvernement fédéral ne s'est pas engagé à financer la lutte contre le sida après 1998, année où prend fin la Phase II de la Stratégie nationale sur le sida. L'on s'attend à ce que le financement éventuel soit réduit, peut-être considérablement.

La Stratégie

La Phase II de la Stratégie nationale sur le sida est un plan quinquennal dont les dépenses s'élèvent à environ 40,7 millions de dollars par année. Cet argent spécialement affecté à la lutte contre le sida ne fait pas partie du budget central de Santé Canada. Le budget annuel est ventilé comme suit (il s'agit de chiffres moyens; les montants précis varient d'une année à l'autre):

- Soutien aux organisations non gouvernementales: 9,8 millions \$
- Prévention et éducation: 6,2 millions \$
- Recherche et surveillance épidémiologique: 17,8 millions \$
- Soins, traitement et soutien: 5,4 millions \$
- Coordination et collaboration: 1,5 million \$

Ces chiffres comprennent:

- 5,5 millions \$ pour le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS);
- 7,5 millions \$ pour le Programme d'action communautaire sur le sida, qui fournit du financement à des organismes communautaires locaux;
- 3,0 millions \$ pour le Réseau canadien pour les essais VIH, qui donne du soutien aux essais cliniques au Canada;
- 2,0 millions \$ pour le Réseau d'information sur le traitement VIH/sida, administré par le Réseau communautaire d'info-traitement SIDA;
- 800 000 \$ pour le Centre national de documentation sur le SIDA, administré par l'Association canadienne de santé publique.

Une réduction importante du budget fédéral annuel de lutte contre le sida entraînerait des coupures sévères dans plusieurs de ces programmes, voire tous. Selon l'importance de la réduction, il faudra peut-être abolir certains programmes. Dans le cas des organismes communautaires qui oeuvrent dans les provinces qui offrent peu ou pas de financement pour la lutte contre le sida, la perte de financement fédéral peut menacer leur survie.

Jusqu'à maintenant, le gouvernement fédéral n'a pas fait de déclaration officielle quant à savoir s'il allait fournir du financement - et dans quelle mesure - pour la lutte contre le sida à l'expiration de la Phase II de la Stratégie. Toutefois, plusieurs craignent que la Stratégie ne soit pas officiellement renouvelée. En effet, le gouvernement semble vouloir éliminer toutes les stratégies nationales, arguant qu'elles ne fonctionnent pas bien, qu'il faut beaucoup de travail pour les renouveler à chaque fois qu'elles expirent et qu'il serait préférable de les intégrer à des programmes permanents de Santé Canada. Un autre motif, non affirmé, est que ces stratégies coûtent de l'argent et que le gouvernement cherche de plus en plus de moyens de réduire les dépenses. L'ancienne ministre de la Santé, Diane Marleau, a déjà affirmé publiquement que même si la Phase II de la Stratégie était peut-être la dernière, le gouvernement fédéral continuerait de dépenser de l'argent pour le sida, quoique fort probablement moins qu'il ne le fait actuellement.

Si la Stratégie n'est pas renouvelée, il faudra que le financement pour le sida vienne du budget régulier de Santé Canada et ce, à une époque où le ministère fait face à des coupures budgétaires très importantes.

Effets

Les effets de la réticence du gouvernement à s'engager relativement au financement pour le sida après mars 1998 se font déjà sentir: bien que la Phase II de la Stratégie ne prenne fin que dans vingt mois, le PNRDS n'accepte plus de nouvelles demandes pour des projets de recherche liés au sida. D'habitude, le PNRDS finance des projets de recherche à long terme qui peuvent s'étendre sur plusieurs exercices financiers. À cause de l'incertitude dont fait l'objet le financement pour le sida après 1998, le PNRDS a décidé qu'il ne pouvait plus financer de nouveaux projets, ce qui cause d'important problèmes aux chercheurs dans un domaine qui évolue aussi rapidement que la recherche sur le sida. En outre, depuis plusieurs années, on tente d'inciter les jeunes chercheurs et des chercheurs d'autres domaines à orienter leurs travaux sur le sida; la décision du PNRDS risque d'annihiler ces efforts.

Demandes croissantes

L'incertitude relative au financement à être consacré au sida arrive à une époque où les demandes créées par l'épidémie du sida continuent d'augmenter:

- le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués continue d'augmenter à chaque année;
- à chaque année, un grand nombre de personnes sont diagnostiquées séropositives;
- les études révèlent que les femmes, les utilisateurs de drogues par injection, les détenus et les jeunes - surtout les jeunes gais - sont particulièrement vulnérables;
- les organisations qui offrent des services aux personnes vivant avec le VIH/sida ou qui sont touchées par la maladie connaissent une croissance rapide de la demande de services de soins et de soutien.

Qui plus est, les gouvernements provinciaux réduisent les services sociaux, en grande partie à cause de réductions dans les transferts fédéraux. Par conséquent, de plus en plus de gens s'adressent aux organismes communautaires pour obtenir de l'aide, ce qui impose à ces derniers des fardeaux encore plus importants.

Conclusion

Il est clair que le gouvernement fédéral doit (au moins) maintenir le financement aux niveaux actuels, sans quoi les efforts du Canada visant à empêcher la propagation du VIH et à offrir des soins, du soutien et des traitements à ceux qui vivent avec le VIH/sida seront sérieusement touchés, ce qui entraînera un accroissement du nombre de personnes vivant avec le VIH/sida, plus de souffrances et une augmentation des coûts engagés pour les personnes infectées ou touchées par la maladie et, en bout de ligne, pour la société canadienne dans son ensemble.

- *David Garmaise*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Qu'arriverait-il s'il n'y avait pas de Stratégie nationale sur le sida ?

La Stratégie nationale sur le sida a été considérablement critiquée parce qu'il lui manque plusieurs éléments essentiels d'une stratégie nationale: une vision, une orientation, des objectifs clairs et mesurables. Toutefois, cela ne veut pas dire que la stratégie ne peut être améliorée: le Canada a besoin - et il est en mesure de produire - une stratégie efficace sur le sida, une stratégie que tous les intéressés peuvent accepter et soutenir, une stratégie qui mobilise véritablement les gens.

Le fait de ne pas renouveler la Stratégie aurait des conséquences négatives importantes:

- La décision de ne pas renouveler la Stratégie nationale sur le sida serait perçue comme une diminution de l'engagement du gouvernement fédéral dans la lutte contre le sida. À une époque où les demandes de l'épidémie augmentent, il serait contre indiqué d'envoyer ce message.
- La Stratégie est soutenue par un budget considérable et plusieurs programmes fédéraux importants en dépendent. Certains de ces programmes fournissent des fonds directement à des organismes communautaires locaux. Si la disparition de la Stratégie entraînait une réduction importante du budget consacré au sida, il en résulterait des répercussions très graves pour la lutte contre l'épidémie au Canada.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Document de travail sur le droit criminel et le VIH/sida

En avril 1996, le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida publiaient un document de travail sur le droit criminel et le VIH/sida dans le cadre de la phase II du Projet conjoint sur les questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida.[1]

L'auteur du document examine l'état actuel du droit canadien dans ce domaine, il considère la situation à l'étranger, il explore en détail l'application des infractions pénales actuelles et des lois qui portent spécialement sur le VIH et il se demande si la criminalisation de la transmission - ou du risque de transmission - du VIH est souhaitable ou justifiée au Canada.

Historique

Un grand nombre de particuliers et de groupes consultés pendant la Phase I du Projet se sont dits préoccupés face aux propositions de modifier le *Code criminel* pour créer une infraction portant spécialement sur le VIH. Grâce à du financement obtenu de Justice Canada, le Projet a commencé à travailler sur la question de la criminalisation de la transmission du VIH en novembre 1995.

Le document de travail traite les questions suivantes:

- Comment les juges, poursuivants, législateurs, organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, universitaires, militants, fournisseurs de services et médias ont-ils traité jusqu'ici la criminalisation du VIH?
- Quels comportements ont suscité cette attention?
- Le recours au droit criminel est-il une mesure appropriée, efficace et acceptable? D'autres mécanismes seraient-ils préférables, par exemple ceux prévus dans les lois de santé publique?

- S'il faut avoir recours au droit criminel, dans quelles situations serait-il approprié de le faire? Sous quelle forme devrait-il être appliqué? Les dispositions actuelles du *Code criminel* sont-elles appropriées et adéquates ou faudrait-il adopter une nouvelle infraction portant spécialement sur le VIH?
- Si le *Code criminel* devait être modifié, comment cette nouvelle infraction devrait-elle être définie?

La transmission du VIH et le droit criminel canadien

Il y a eu au moins quatorze poursuites pénales intentées jusqu'ici au Canada, dans lesquelles des dispositions actuelles du *Code criminel* ont été appliquées pour tenter de criminaliser la transmission du VIH ou le fait d'agir de manière à exposer autrui au risque d'infection. La plupart de ces affaires portaient sur des rapports sexuels; la jurisprudence ne fait état d'aucune poursuite pour partage de matériel d'injection contaminé. Les accusations suivantes ont été portées :

- négligence criminelle causant des lésions corporelles;
- nuisance publique;
- voies de fait;
- fait d'administrer une substance délétère; et
- tentative de meurtre.

Des peines d'emprisonnement d'un an à plus de onze ans ont été imposées. Dans un cas récent, une poursuite pénale a été intentée contre une personne accusée d'avoir mordu quelqu'un.[2]

Par ailleurs, en vertu d'un projet de loi d'initiative parlementaire introduit à la Chambre des communes en octobre 1995, aurait été passible d'une peine maximale de sept ans d'emprisonnement quiconque a «volontairement ou par insouciance» des rapports sexuels ou toute forme de contact physique à l'occasion duquel il peut y avoir transmission d'un liquide organique d'une personne dans la circulation sanguine d'une autre, alors qu'il sait ou aurait dû savoir qu'il est porteur du VIH.[3]

Recommandations et commentaire

Plusieurs organisations et institutions se sont opposées au recours au droit criminel. L'on s'entend pour dire que la transmission du VIH et les comportements susceptibles de favoriser la transmission sont d'abord et avant tout des questions de santé publique et que, le cas échéant, le droit criminel n'aurait qu'un rôle limité à jouer. La doctrine juridique sur le VIH/sida va dans le même sens, bien que les avis

varient sur l'opportunité même d'avoir recours au droit criminel, de quelle manière ce droit devrait s'appliquer et dans quelles situations.

Pareillement, les personnes interviewées pour le document de travail ne s'entendaient pas sur les types d'activités qui pourraient justifier des poursuites criminelles et sur la question de savoir si la criminalisation devait se faire par une modification au *Code criminel* ou par l'application évolutive des infractions actuelles. Toutefois, la grande majorité des personnes interrogées estimait que, indépendamment de la forme que pourrait prendre la criminalisation, il fallait sensibiliser les poursuivants et les juges sur les questions relatives au VIH/sida. En outre, toutes les personnes rencontrées en entrevue étaient d'accord pour dire que les poursuites criminelles devaient être une mesure de dernier recours et qu'elles ne devaient pas être entreprises à la légère. La majorité croyait qu'il fallait d'abord entreprendre des mesures en vertu du droit de la santé publique; toutefois, la plupart des gens estimaient que les garanties procédurales prévues dans les régimes de santé publique devaient être améliorées; plusieurs ont recommandé des lignes directrices adressées aux autorités de santé publique.

Arguments en faveur de la criminalisation

Dans le document, l'auteur examine les objectifs que le droit criminel est censé poursuivre.

Châtiment

Si le châtiment était le fondement sur lequel la transmission — ou le risque de transmission — du VIH doit être criminalisée, elle ne peut justifier qu'une application très limitée du droit criminel — soit aux cas les plus répréhensibles et exceptionnels, par exemple ceux où l'accusé, sachant qu'il est séropositif, cherche délibérément et malicieusement à infecter quelqu'un d'autre. Cependant, la plupart des cas de transmission de VIH sont accidentels et non délibérés.

Dénonciation

On invoque aussi la fonction dénonciatrice du droit criminel en faveur de la criminalisation. Toutefois, en plus de signaler que les méfaits accidentels ne sont pas blâmables, l'auteur affirme qu'il n'y a peut-être pas grand avantage à ajouter à la colère morale déjà exprimée contre les personnes séropositives qui s'adonnent à des activités qui infectent les autres, la dénonciation inhérente à une condamnation au pénal.

Contrainte

Dans le document, l'auteur rejette l'argument selon lequel l'incarcération d'un individu séropositif reconnu coupable d'avoir exposé autrui à l'infection servira à l'empêcher de causer du tort supplémentaire. Plutôt que d'empêcher le détenu de s'adonner à des activités susceptibles de transmettre le VIH, l'incarcération placerait cette personne dans un milieu où la transmission est plus susceptible de se produire.

Réadaptation

Peu de gens prétendent que les poursuites pénales et les peines jouent un rôle important de réadaptation, et plusieurs sont d'accord pour dire que le counselling et l'appui sont des moyens beaucoup plus efficaces de réadapter une personne qui s'adonne à des activités à risque.

Effet dissuasif

L'argument le plus courant en faveur de la criminalisation consiste à dire que cette mesure servira à dissuader les gens d'avoir des comportements qui transmettent ou risquent de transmettre le VIH. Pourtant, plusieurs expriment d'importants doutes sur le bien-fondé de cet argument qui peut reposer sur des hypothèses inexactes quant aux motifs qui poussent les gens à s'adonner à des activités qui transmettent le VIH ou qui exposent autrui au virus — des activités qui ont lieu dans un contexte social informé par des rapports complexes, divers niveaux de connaissance et de pouvoir, des attentes et des présomptions.

L'auteur du document conclut que, somme toute, les arguments habituels en faveur de la criminalisation ne suffisent pas à justifier les poursuites pénales contre les individus séropositifs qui s'adonnent à des activités à risque.

Conformité à la *Charte*

En outre, l'auteur du document note qu'il y a peut-être lieu de se demander si la criminalisation est conforme à la *Charte*. La criminalisation des activités à risque des personnes séropositives soulève la question de savoir si les principes de «justice fondamentale» permettent une telle atteinte aux droits à la liberté et à la sécurité d'une personne séropositive (art. 7). En outre, la criminalisation de certains comportements de personnes vivant avec le VIH/sida pourrait être une violation inconstitutionnelle des droits à l'égalité si ce comportement est légal par ailleurs chez ceux qui sont séronégatifs.

Arguments contre la criminalisation

D'après l'auteur du document, il y a également plusieurs considérations de politique qui vont fortement à l'encontre de la criminalisation de la transmission - ou du risque de transmission - du VIH.

Premièrement, il se peut que les poursuivants aient de la difficulté à prouver que les actes de l'accusé étaient la cause de l'infection d'autrui. Il peut également être difficile dans plusieurs cas de prouver que l'accusé a «sciemment» risqué ou causé l'infection d'autrui.

Deuxièmement, l'auteur du document fait état de la critique généralisée selon laquelle la criminalisation aura pour effet de compromettre gravement les initiatives de santé publique. Si le fait de connaître sa séropositivité fait en sorte qu'une personne est plus exposée à la responsabilité pénale, cette personne sera moins encline à subir le test de dépistage. En outre, une grande partie de l'appui en faveur de la criminalisation peut provenir de la mauvaise information et de la peur du VIH/sida; le fait d'intenter des

poursuites pénales comme moyen de dénoncer davantage les quelques individus qui peuvent intentionnellement s'adonner à un comportement à risque peut contribuer à la stigmatisation de *toutes* les personnes vivant avec le VIH/sida. Ceci aurait ensuite pour effet de miner les efforts plus vastes de santé publique dans les domaines de l'éducation et du counselling; la stigmatisation pousse à la clandestinité les individus et les communautés qui ont le plus besoin des services de santé et des services sociaux. Enfin, la criminalisation pourrait créer un faux sentiment de sécurité parmi les personnes séronégatives et encourager un manque de responsabilité de leur part.

Troisièmement, l'auteur du document signale la possibilité de poursuites sélectives, exprimant la crainte que le fardeau de la criminalisation tomberait de façon disproportionnée sur les communautés déjà marginalisées.

Enfin, la criminalisation entraînerait des atteintes considérables à la vie privée des personnes séropositives soupçonnées de s'adonner à des activités à risque et de leurs partenaires sexuels ou ceux avec lesquels ils s'injectent de la drogue. L'auteur soutient que toute mesure législative coercitive doit être conditionnée par le principe du «plus efficace et moins attentatoire».

Le recours aux lois concernant la santé publique: une alternative?

La législation de santé publique, bien qu'elle varie d'une province à l'autre, renferme généralement des dispositions quasi-pénales qui autorisent le recours au pouvoir coercitif de l'État pour empêcher la propagation de la maladie, y compris des ordonnances interdisant à une personne ayant une maladie transmissible de s'adonner à des activités susceptibles d'infecter autrui et les pouvoirs de détenir une personne qui contrevient à cette ordonnance. L'auteur du document avertit que ces applications du droit de la santé publique soulèvent des problèmes semblables à ceux de la criminalisation: à tout le moins, le droit de la santé publique exige des lignes directrices supplémentaires pour l'exercice des pouvoirs coercitifs des autorités et des garanties procédurales accrues pour ceux dont la liberté, la vie privée et l'égalité risquent d'être violées par ces interventions.

L'auteur conclut que le droit de la santé publique peut permettre d'atteindre quelques-uns des objectifs invoqués au soutien de la criminalisation, avec moins d'effets secondaires néfastes sur les efforts généraux de protection et de promotion de la santé et les droits individuels. Le droit criminel convient certainement mieux pour punir et dénoncer, tandis que les pouvoirs de santé publique sont préférables pour réaliser les objectifs de réhabilitation et de protection du public. L'auteur pose la question suivante: «Pouvons-nous nous permettre de laisser des objectifs de châtement dominer l'ordre public, particulièrement dans le contexte d'une épidémie dont la propagation a déjà été exacerbée par une moralisation non justifiée et la recherche de boucs émissaires?»

L'auteur se demande également si le fait d'ajouter la menace de poursuites pénales à une ordonnance de santé publique déjà susceptible d'exécution judiciaire contribuera de façon importante à modifier les comportements. En outre, il note qu'une partie du scepticisme concernant les dispositions sur la santé publique ainsi que le désir consécutif de criminalisation peuvent s'expliquer par le fait que, quand elles

sont efficaces, les mesures de santé publique ne sont pas particulièrement visibles. C'est seulement en cas d'échec des mesures de santé publique, auquel cas des accusations criminelles sont portées, qu'elles attirent considérablement l'attention des médias et entraînent la tenue d'un débat public. Ironiquement, l'utilisation fructueuse des pouvoirs de la santé publique peut contribuer à la perception générale de leur inefficacité.

Application d'infractions existantes

Nuisance publique

L'auteur affirme que l'on ne devrait pas avoir recours à l'infraction de «nuisance publique» pour poursuivre quelqu'un qui se serait adonné à des activités sexuelles à risque. Les rapports sexuels ou le partage de seringues avec des individus en particulier ne mettent pas en danger «le public», comme on l'a reconnu dans l'affaire *Ssenyonga*.^[4] L'auteur s'inquiète également du fait que le tribunal, dans l'affaire *Thornton*,^[5] était disposé à imposer une responsabilité pénale pour le manquement, par négligence, à une obligation de common law, s'inspirant apparemment en grande partie du droit civil de la responsabilité délictuelle, pour empêcher un comportement susceptible de causer du tort à autrui. Le *Code criminel* élimine expressément toutes les infractions de common law; au Canada, seules les infractions définies au *Code* sont des actes criminels.

Négligence criminelle

Les inquiétudes soulevées par l'imposition de la responsabilité criminelle selon un degré de négligence simple sont aussi fondamentales dans l'utilisation d'accusations de négligence criminelle. L'infraction elle-même requiert que l'accusé ait fait preuve d'une «insouciance déréglée ou téméraire à l'égard de la vie ou de la sécurité d'autrui»,^[6] mais le degré exact de culpabilité mentale requis est vague.

Voies de fait

Dans les cas de poursuites pour voies de fait, plusieurs arguments ont été avancés voulant que le consentement des partenaires de l'accusé dans de tels cas soit inopérant, ce qui fait que l'activité sexuelle devient des «voies de fait» au sens du *Code criminel*. On a soutenu que le fait de ne pas révéler sa séropositivité constituait de la «fraude» quant à la «nature et la qualité» d'un acte comme les rapports sexuels, ce qui vicie le consentement d'un partenaire à cette activité. Dans deux affaires, les tribunaux ont rejeté l'argument selon lequel il n'y avait pas eu de consentement valide du fait que le prévenu n'avait pas révélé sa séropositivité;^[7] une troisième affaire doit être entendue par la Cour d'appel de Colombie-Britannique en juin 1996. Les poursuivants ont également plaidé que les rapports sexuels non protégés avec une personne séropositive dépassaient la portée du consentement implicite de leurs partenaires et enfin, que le consentement qui aurait pu être donné était invalide pour des motifs d'ordre public. Toutefois, l'auteur conclut que des accusations de voies de fait ne sont pas la bonne mesure à prendre contre la non divulgation de la séropositivité et qu'elles ne permettent pas de résoudre des questions aussi complexes que la transmission d'un virus par les rapports sexuels ou le partage de seringues

consensuels.

Tentative de meurtre

L'auteur approuve les acquittements dans deux affaires où des accusations de tentatives de meurtre avaient été portées: l'infraction de meurtre exige la preuve de l'intention de causer la mort. Dans la plupart de ces cas, au Canada et ailleurs, le prévenu était en situation de conflit avec la police ou des gardiens de prison, ou tentait de se suicider; il est très douteux qu'une personne séropositive, dans des situations de stress extrême, veuille tuer parce qu'elle a agi de façon irresponsable. Ceux qui ont vraiment l'intention de tuer n'ont pas recours à des moyens indirects comme de cracher, de mordre ou de faire éclabousser leur sang; en accusant quelqu'un de meurtre, on exagère considérablement le risque d'infection d'un tel incident.

Devrait-on créer une nouvelle infraction?

L'auteur conclut qu'il n'est ni judicieux, ni justifié de criminaliser la transmission du VIH. Toutefois, plusieurs ne souscrivent pas à cette thèse; parmi ceux qui préconisent le recours au droit pénal sous une forme ou une autre, plusieurs soutiennent que l'on pourrait le faire en modifiant le *Code criminel* de manière à y ajouter une infraction particulière interdisant certaines activités à risque. L'opinion générale semble favoriser une approche qui ne particularise pas le VIH/sida. L'auteur note qu'en 1985, le Parlement a abrogé l'article du *Code criminel* qui créait l'infraction de transmission des maladies vénériennes, reconnaissant qu'il s'agissait d'une question de santé publique et non de droit criminel.

L'auteur examine comment une telle infraction devrait être rédigée si l'on adoptait cette mesure. Si la dissuasion est l'argument le plus légitime en faveur de la criminalisation (l'auteur doute de la force de cet argument), il s'ensuit que, s'il faut admettre la nécessité d'utiliser le droit criminel, l'accent devrait être mis sur l'interdiction d'activités comportant un risque de transmission du virus, plutôt que sur la création de sanctions uniquement dans les cas où il y a effectivement eu infection.

En outre, toute infraction qui irait jusqu'à interdire une activité qui ne comporte aucun risque important de transmission est trop large; toute infraction devrait clairement exclure de la responsabilité criminelle les activités moins risquées et il est clair que des poursuites pour des actes comme mordre ou cracher sont injustifiables. Une approche possible consisterait à spécifier, ce qui constituerait un élément de l'infraction, que la conduite de la personne accusée entraînerait sa responsabilité seulement dans les cas où elle peut «raisonnablement» s'attendre à ce que sa conduite cause un préjudice à une autre personne par la transmission du VIH.

Selon le document, il pourrait être approprié de criminaliser la transmission *réfléchie* du VIH (ou l'exposition au risque). La plupart des commentateurs étaient également d'accord que toute intention d'infecter ou d'exposer autrui au risque de transmission du VIH devrait être criminalisée — ce qui inclut non seulement l'*intention* mais également la *conscience* que la conduite peut de façon «raisonnablement certaine» entraîner cette conséquence. Pourtant, l'auteur du document souligne qu'une telle approche

aurait un effet néfaste sur le dépistage du VIH, puisque la connaissance réelle de sa propre séropositivité pourrait exposer quelqu'un à la responsabilité criminelle; l'importance du dépistage du VIH l'emporte sur les avantages minimes qu'il y aurait à poursuivre la minorité des individus séropositifs qui agissent dans l'intention d'infecter ou d'exposer autrui.

L'auteur du document s'oppose fortement à la criminalisation des comportements qui ne sont qu'insouciantes ou négligents; en appliquant des critères si peu exigeants de responsabilité criminelle, le système de justice pénale risque trop d'être influencé par la mauvaise information et les partis pris, ouvrant la porte à la discrimination systématique à l'égard des utilisateurs de drogues injectables, des prostitués et des minorités sexuelles.

Enfin, l'auteur identifie un certain nombre de moyens de défense que pourrait invoquer le prévenu accusé d'une nouvelle infraction portant spécialement sur le VIH. Plusieurs estiment que le fait de prendre des précautions pour empêcher la transmission devrait suffire pour éviter une condamnation pour avoir transmis - ou risqué de transmettre - le VIH et l'auteur partage cet avis.

Pareillement, l'auteur soutient que le consentement du partenaire sexuel ou du partenaire d'injection à des rapports sexuels ou au partage de seringue «peu sûrs» devrait également faire échec à la responsabilité criminelle. Si ce consentement est donné après que l'intéressé eut révélé sa séropositivité, une poursuite constituerait un déni injustifié de la liberté du partenaire de prendre des risques. Le cas où il y a consentement sans divulgation de l'infection à VIH présente un problème plus épineux. L'auteur estime que, somme toute, la criminalisation dans ce cas est contre indiquée: une poursuite criminelle contre le prévenu séropositif semble faire abstraction du fait qu'au moins deux partenaires doivent participer pour qu'il y ait transmission, brouillant ainsi le message plus important, sur le plan de la santé publique, comme quoi chacun est tenu de prendre des précautions à chaque fois qu'il a des rapports. L'auteur souligne que le droit criminel ne convient pas pour reconnaître la division de la responsabilité – bien qu'elle ne soit pas toujours égale – entre ceux qui entreprennent des activités intimes et en grande partie privées qui comportent un risque de transmission du VIH.

En outre, l'auteur recommande qu'il n'y ait aucune responsabilité criminelle dans les cas où l'accusé croit erronément que son partenaire sexuel ou la personne avec qui il partage une seringue connaît déjà son état, et qu'il est donc consentant. Pareillement, l'ignorance concernant la façon dont le VIH peut être transmis devrait être reconnue comme moyen de défense.

Conclusions

L'auteur du document conclut que le droit criminel, qu'il s'agisse des infractions actuelles ou d'une nouvelle infraction, est mal adapté pour lutter contre l'épidémie du sida. Les interventions coercitives, bien qu'elles puissent créer l'illusion trompeuse d'action, ne sont ni souhaitables, ni susceptibles d'être efficaces comme réaction sociale à des rapports sexuels ou à des pratiques d'injection peu sûrs; en outre, elles détournent l'attention et les ressources d'efforts importants et utiles comme l'éducation, le dépistage, le counselling, l'élimination de la pauvreté et les programmes de désintoxication. Les mesures

pénales ou quasi-pénales mises en oeuvre devraient être soigneusement conçues de manière à ce qu'elles soient les moins attentatoires possibles; la criminalisation ne peut être justifiée que dans certaines situations bien précises, voire aucune.

- *Richard Elliott*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Richard Elliott, *Droit criminel et VIH/sida: un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996.

[2]***[Nom de l'arrêt]. Ce jugement sera résumé dans le vol. 3, no. 1 du *Bulletin* (octobre 1996).

[3]Pour plus de détails, voir R. Jürgens, «Proposition d'infraction criminelle spécifique au VIH», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(2): 1, 28-29.

[4](1992), 73 CCC (3d) 216 (Juge Livingstone, Div. prov.).

[5]*R. c. Thornton* [1993] 2 RCS 445.

[6]*Code criminel*, LRC [1985], ch. C-46 [modifié], art. 219.

[7]*R. v Lee* (1991), 3 OR (3d) 726 (Div. gén.); *R. v Ssenyonga* (1993), 81 CCC (3d) 257 (Cour de l'Ont. Div. gén.).

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

États-Unis – Condamnation pour tentative de meurtre par transmission du VIH

Dans *State of Oregon c. Hinkhouse*,^[1] le défendeur alléguait que sa condamnation pour dix chefs de tentative de meurtre et de voies de fait – fondés sur le fait qu'il avait eu des relations sexuelles non protégées sans révéler qu'il était séropositif – devait être annulée parce que la preuve était insuffisante pour établir qu'il avait eu l'intention de causer la mort ou des lésions corporelles graves aux victimes.

Timothy Hinkhouse a subi un test de dépistage du VIH, dont les résultats furent positifs. Son agent de probation, Bill Carroll, l'a renseigné sur le sida et sur la façon dont il est transmis, et il lui a recommandé d'utiliser des condoms. Carroll a dit à Hinkhouse à plusieurs reprises que s'il transmettait le virus à une autre personne «il tuerait quelqu'un» et que «c'est un meurtre». À un moment donné, après qu'il fut incarcéré pour une violation des conditions de sa libération et qu'on l'eut entendu à cette occasion se vanter de ses prouesses sexuelles, on lui a imposé comme condition de sa libération de signer un engagement selon lequel il n'aurait aucun contact non supervisé avec des femmes sans la permission de Carroll.

Pendant tout ce temps Hinkhouse a eu de nombreuses relations sexuelles, a refusé de porter des condoms même quand on le lui demandait, et a prétendu qu'il était séronégatif quand le sujet était abordé. Dans un cas, il a eu des relations sexuelles non protégées à répétition avec une jeune fille de 15 ans. Dans un autre, après avoir utilisé des condoms pendant trois à quatre semaines, il a pénétré sa partenaire sans condom après avoir promis d'en utiliser un. Dans ce cas, la relation a parfois comporté des saignements vaginaux de même que des tentatives de pénétration anale contre la volonté de la femme. Hinkhouse s'éprit finalement d'une femme qu'il eut l'intention d'épouser. Il lui a dit qu'il était séropositif, et il a toujours porté des condoms pendant qu'il avait des relations avec elle.

En dépit du fait que le psychologue du défendeur a affirmé dans son témoignage qu'il ne prenait pas vraiment le défendeur au sérieux quand celui-ci menaçait d'aller transmettre le VIH, le tribunal inférieur se rangea du côté de l'expert cité par le ministère public. Selon lui, les déclarations de Hinkhouse, associées à son comportement qui consistait à recruter et à exploiter systématiquement de multiples

partenaires sexuelles, démontraient que sa conduite était intentionnelle et délibérée.

La Cour d'appel d'Oregon a approuvé cette conclusion, ajoutant que le changement très net de comportement de Hinkhouse – le fait qu'il ait discuté de sa séropositivité et qu'il ait utilisé des condoms quand il a eu des relations sexuelles avec la femme qu'il avait l'intention d'épouser – fait ressortir, par contraste, l'élément d'intention requis dans le cas d'une condamnation pour tentative de meurtre et indique un objectif conscient de causer des lésions corporelles graves aux autres femmes avec lesquelles il a été en relation.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] 1996 WL 99406 (Or. App., 6 mars 1996), rapporté dans *Lesbian/Gay Law Notes*, avril 1996, p. 55.

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

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Australie – HIV/AIDS Sentencing Kit

Le HIV/AIDS Legal Centre de la Nouvelle-Galles du Sud a réalisé une nouvelle édition de son *HIV/AIDS Sentencing Kit* (guide de détermination de la peine en relation avec le VIH/sida), qui présente les raisons pour lesquelles les personnes vivant avec le VIH/sida s'exposant à des peines d'emprisonnement ne devraient pas recevoir des peines de détention.[1]

Le guide comprend notamment:

- de l'information sur les raisons pour lesquelles l'emprisonnement peut constituer une peine plus lourde pour les personnes vivant avec le VIH/sida, avec références à des preuves médicales relatives à des décisions sur la détermination de la peine;
- une étude du VIH/sida comme facteur d'atténuation de la peine, et comme facteur aggravant dans le cas d'infractions qui comportent un risque de transmission du VIH; et
- un examen des infractions relatives au cannabis dans le cas des personnes vivant avec le VIH/sida qui consomment du cannabis à des fins thérapeutiques.

On peut se procurer des exemplaires du *Kit* en s'adressant au HIV/AIDS Legal Centre, P.O. Box 350, Darlinghurst NSW 2010, Australie.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Rapporté dans *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1996, 7(1): 31.

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

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

É.-U. — Consentement écrit des partenaires sexuels

Une personne vivant avec le VIH/sida qui avait plaidé coupable à une accusation de vol d'auto s'est vu imposer, comme condition de son ordonnance de probation, d'obtenir un consentement écrit donné en pleine connaissance de cause de la part de toute personne avec qui elle aurait des relations sexuelles.[1]

D'après un article paru dans le *Houston Chronicle* du 9 mars 1996, un juge du Texas a condamné Thomas Paul McDevitt à cinq ans de probation et lui a ordonné de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles avec tout partenaire qui ne signerait pas la déclaration suivante: «Thomas Paul McDevitt m'a informé qu'il-elle a eu un diagnostic positif quant à la présence du VIH dans son corps et qu'il peut présenter des symptômes de la maladie du syndrome d'immunodéficience acquise.»

L'article n'explique pas pourquoi le juge a utilisé les termes «il-elle» dans le formulaire de consentement qu'il a conçu à l'intention de McDevitt.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1]Rapporté dans *Lesbian/Gay Law Notes*, avril 1996, p. 56.

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

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

SANTÉ PUBLIQUE

Refus ou incapacité de prendre des précautions — 2e partie

Plusieurs provinces sont à élaborer des politiques d'intervention face aux personnes vivant avec le VIH et qui ne veulent pas prendre les précautions requises pour empêcher la transmission du virus ou sont incapables de le faire. La Colombie-Britannique a émis des lignes directrices alors que Terre-Neuve et le Manitoba examinent la question. En Ontario et au Québec, des documents de travail détaillés analysant la question et les solutions possibles ont été produits. Une analyse du document ontarien a été présentée dans le *Bulletin* de janvier dernier.^[1] Nous présentons ici un sommaire du document québécois.

Le groupe de travail québécois

En octobre 1995, un groupe de travail constitué de deux professionnels de la santé publique et de deux représentants du Réseau juridique canadien VIH/sida a préparé la première ébauche d'un document de travail intitulé: *Réduction de la transmission du VIH par les personnes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas prendre les précautions nécessaires.*^[2]

Lignes directrices

Dès le départ, le groupe de travail reconnaît le droit des personnes séropositives à une vie sexuelle et établit que les personnes qui «refusent de prendre des précautions ou qui sont inaptes à le faire» ne représentent qu'un faible pourcentage des personnes vivant avec le VIH. Il énonce le principe que le but d'une quelconque intervention ne devrait pas être de punir mais plutôt d'encourager la personne à modifier son comportement et que, dans toute intervention, les droits de la personne doivent être pris en compte face à ses responsabilités civiles et au bien public. Comme le groupe de travail ontarien, le groupe québécois convient que les personnes séropositives n'ont pas l'obligation de dévoiler leur statut sérologique si elles prennent des précautions pour empêcher la transmission du virus.

Refus ou incapacité

Le groupe de travail met en lumière le fait que des individus peuvent adopter des pratiques à risques pour des raisons diverses: violence domestique, manque de nourriture, d'un logement ou de matériel d'injection propre. Pour atteindre leurs objectifs, les interventions doivent tenir compte de ces raisons. C'est en solutionnant les problèmes sous-jacents qui amènent une personne à prendre des risques, que l'on peut l'amener à modifier son comportement.

Les personnes qui refusent de prendre des précautions diffèrent de celles qui n'en sont pas capables. Une distinction doit donc être établie entre:

- les personnes qui sont conscientes des dangers de transmission du VIH mais qui persistent à risquer la santé de leurs partenaires; et
- les personnes qui adoptent des pratiques à risques mais qui ne savent pas qu'elles mettent leurs partenaires en danger pour cause de coercition, de problèmes de santé mentale ou de stress physique ou émotionnel.

Quand l'intervention est-elle requise ou justifiée?

En raison des restrictions qu'une telle intervention pourrait infliger au droit d'une personne à sa liberté, à son intégrité et à sa vie privée, le groupe de travail déconseille d'intervenir à moins qu'il y ait des raisons sérieuses de le faire. L'individu en question doit:

- connaître son statut sérologique;
- avoir reçu du counselling;
- comprendre les modes de transmission du virus; et
- continuer malgré tout à placer d'autres personnes dans des situations risquées sans les informer de sa séropositivité.

Un intervention de santé publique peut être justifiée:

- s'il existe un danger réel de transmission du VIH;
- si l'intervention peut empêcher la transmission;
- si les coûts pratiques, financiers et légaux ne supplantent pas les avantages possibles pour la santé publique; et

- si elle atteint l'objectif de réduire la transmission du VIH tout en restreignant aussi peu que possible les droits et libertés de la personne.

Le document établit que, lorsque des mesures coercitives sont mises en place, elles doivent être conformes aux normes légales et aux règles de la justice naturelle. Une personne assujettie à une telle mesure devrait en être informée, avoir la possibilité d'être représentée par un avocat et avoir le droit de faire appel.

Divers scénarios

L'un des membres du groupe de travail a rencontré une variété d'intervenants impliqués dans le domaine du sida afin de déterminer leurs positions face aux personnes qui refusent de prendre des précautions ou sont inaptes à le faire. Parmi ces intervenants se trouvaient des travailleurs sociaux oeuvrant en clinique médicale, un psychiatre hospitalier travaillant auprès d'utilisateurs de drogues injectables (UDI), des professionnels de la santé publique, un bioéthicien, ainsi que des employés de CACTUS (programme montréalais d'échange de seringues), et de Séro-Zéro (principal organisme d'information et de prévention du sida dans la communauté gaie de Montréal).

On s'accordait en général, dans ces entrevues, à reconnaître que les personnes «qui refusent ou sont inaptes» sont rares et que des mesures non-coercitives ont plus de chances d'être efficaces. La plupart ont exprimé l'opinion qu'on ne devrait pas avoir recours à des poursuites criminelles ou à des mesures coercitives de protection de la santé publique sans utiliser d'abord d'autres moyens moins contraignants.

Toutefois, un psychiatre s'interrogeait sur le fait que les autorités de santé publique ne font pas d'efforts pour informer les partenaires sexuels dans le cas d'une infection à VIH alors qu'elles le font pour les autres maladies transmises sexuellement. Il était d'avis que le VIH est traité avec plus de «rectitude politique» que les autres MTS.

Les personnes qui travaillent auprès des sans-abri et des UDI ont indiqué que:

- pour ces collectivités, l'inquiétude par rapport au risque de contracter le VIH cède le pas à des besoins plus immédiats: logement, nourriture, soins médicaux, drogues, etc.;
- la plupart des itinérants et des UDI sont informés des risques que comportent les activités sexuelles non-protégées et le partage de seringues;
- des mesures coercitives ont peu d'effets dissuasifs sur des personnes qui considèrent la prison comme une alternative à la vie dans la rue.

Plutôt que de mettre en place des mesures coercitives orientées vers une minorité d'individus, on devrait privilégier l'addition de nouveaux points de distribution de seringues propres et l'extension des

programmes de distribution de méthadone. Selon les intervenants, de telles mesures seraient beaucoup plus efficaces pour réduire l'incidence de transmission du VIH.

Les intervenants travaillant auprès des hommes gais ont souligné le succès des programmes de prévention mis en place dans cette communauté. Selon eux, en accroissant les efforts de prévention on atteindrait un meilleur résultat dans la réduction de la transmission du VIH qu'en adoptant des approches contraignantes ou criminalisantes. Ils suggèrent entre autres que les responsables de la santé publique forcent les propriétaires de saunas à fournir à leurs clients des condoms et des sachets de lubrifiant stérile - seulement 5 des 13 saunas de Montréal participent pleinement aux campagnes de prévention mises en place par SÉRO-ZÉRO. De plus, ils ont mentionné le besoin qu'on débâte à l'intérieur de la communauté gaie de la question de la sexualité des hommes séropositifs et que, pour être efficaces, des messages sur le thème de la responsabilité des hommes séropositifs envers leurs partenaires sexuels devraient venir d'autres hommes séropositifs.

La santé publique et le code criminel

Selon le document du groupe de travail québécois, qui fait écho à la majeure partie des écrits sur le sujet, la loi sur la santé publique est mieux adaptée que le Code criminel pour des interventions auprès de personnes «qui refusent ou sont inaptes». Plusieurs arguments militent en ce sens: la lourdeur du fardeau de la preuve dans une poursuite criminelle; le fait qu'une poursuite soit par nature publique; et le manque d'effet dissuasif de la menace d'une telle poursuite sur des personnes qui se perçoivent déjà comme condamnées à mort. De plus, l'emprisonnement ne saurait modifier le comportement de la personne fautive étant donné le manque de counselling en milieu carcéral et la fréquence des actes sexuels non-protégés et du partage de seringues qui y surviennent. Enfin, exiger la divulgation de l'identité des personnes qui ont des pratiques à risque aurait pour effet de détériorer le rapport de confidentialité devant exister entre un médecin et son patient et, en fin de compte, de faire plus de tort que de bien sur le plan de la santé publique.

Vie privée et accès à l'information

Lorsque le cas d'une personne «qui refuse ou est inapte» est rapporté aux autorités de la santé publique, la vie privée de la personne peut être protégée durant les étapes préliminaires de l'intervention. Cependant, si des mesures plus élaborées ou plus coercitives s'avéraient nécessaires, il devrait y avoir échange de renseignements entre divers intervenants et professionnels, ce qui soulève la question de savoir si la loi autorise cette divulgation.

Selon ce document, toute divulgation de renseignements confidentiels sans le consentement de la personne concernée doit être faite pour un motif raisonnable, proportionné au résultat escompté et dans le respect des règles ayant cours dans une société libre et démocratique. On y conclut que les chartes canadienne et québécoise permettent le bris de confidentialité dans des cas extrêmes, étant donné que les partenaires jouissent des mêmes droits à la vie, à la sécurité et à l'intégrité physique. Il existe d'ailleurs une jurisprudence à cet effet.[3]

D'aucuns ont suggéré que l'art. 2 de la Charte québécoise, qui impose le devoir d'assistance à une personne en danger, implique le devoir de divulguer la séropositivité d'une personne à ses partenaires. Jusqu'à présent, cet article est généralement interprété comme faisant seulement référence à un danger physique immédiat. Cependant, selon le comité de travail, et seulement dans des cas extrêmes (par exemple, lorsqu'une personne a des rapports sexuels multiples sans se soucier de la santé de ses partenaires ou même avec l'intention de leur transmettre le VIH), le devoir d'assistance à une personne en danger pourrait nécessiter la divulgation du statut sérologique aux partenaires. Ce devoir ne se limite pas aux médecins et s'applique à quiconque a connaissance d'un tel comportement.

Toutefois, il n'existe pas de consensus en ce qui a trait aux cas moins extrêmes, par exemple lorsque la personne prend des précautions avec tous ses partenaires sauf son partenaire régulier. Le Comité fait remarquer que le conflit existant entre droits individuels et droits collectifs n'a pas encore été réglé dans le droit québécois et que le précédent établi dans la cause *Tarassof* en Californie^[4] [le patient d'un psychologue menaçait d'assassiner son épouse; lorsqu'il mit sa menace à exécution, le psychologue fut déclaré passible de poursuites civiles pour n'avoir pas informé la victime] pourrait ne pas être applicable dans le contexte du droit civil québécois.

Plusieurs autres lois québécoises touchant le respect de la vie privée, les soins de santé et les services sociaux abordent le sujet de la divulgation de renseignements personnels dans des circonstances précises: pour que la divulgation soit justifiée, il est en général nécessaire qu'il y ait un danger immédiat pour la vie, la santé ou la sécurité de la «personne concernée». Toutefois, s'agit-il seulement de la personne à propos de laquelle on veut communiquer de l'information ou bien cela inclut d'autres personnes, telles les partenaires?

Stratégie d'intervention proposée

Le groupe de travail propose une stratégie d'intervention détaillée impliquant des responsables de la santé publique et des groupes communautaires, pour gérer les cas de personnes séropositives qui refusent de prendre des précautions ou qui sont inaptes à le faire. L'approche est a priori préventive et non punitive. Selon le document de travail, toute politique d'intervention auprès des personnes «qui refusent ou qui sont inaptes» doit être suffisamment souple pour permettre des approches adaptées à des individus de divers groupes ayant des besoins spécifiques. Elle devrait présenter les caractéristiques suivantes:

- se baser sur le comportement de l'individu et non sur son appartenance à un groupe particulier;
- être fondée sur l'inclusion et le respect des individus car, pour être efficace, elle doit être acceptée et endossée par les communautés affectées;
- prévoir le recours à des mesures coercitives seulement en cas d'échec des mesures volontaires;

- prévoir, pour les interventions coercitives, des mesures accrues de protection des droits individuels;
- prévoir une limite temporelle pour les mesures coercitives;
- opter pour des interventions qui restreignent le moins possible les droits et les libertés individuelles.

Recommandations

Dans le domaine de la prévention et de l'éducation, le Comité recommande:

- que le counselling pré et post-test soit standardisé;
- que les formulaires de réquisition d'analyse en laboratoire mentionnent spécifiquement le besoin d'un counselling pré-test;
- que des campagnes d'éducation/prévention orchestrées par des groupes de personnes affectées par le VIH soit dirigées vers les personnes séropositives;
- qu'il soit plus facile d'obtenir des condoms et des sachets de lubrifiant dans les saunas;
- que l'on accroisse le nombre de points de distribution de condoms et de seringues; et
- que des programmes de soutien et de counselling de longue durée soient mis en place afin d'aider les personnes séropositives à adopter et maintenir des pratiques sexuelles sécuritaires, ou à éviter le partage de seringues.

Le Comité a proposé l'approche suivante dans le cadre des interventions:

- un intervenant de première ligne pourrait travailler directement avec une personne «qui refuse ou qui est inapte» tout en ayant la possibilité de requérir l'aide de responsables de la santé publique sans qu'il y ait bris de confidentialité, ou celle de demander qu'une gestion coordonnée du cas soit mise en place;
- un «coordonnateur de gestion des cas» assisterait l'intervenant de première ligne afin de déterminer si une intervention plus approfondie est requise et, après en avoir informé la personne, pourrait référer le cas à un comité;
- un «comité multidisciplinaire de gestion de cas», incluant des responsables de la santé

publique, des intervenants des services sociaux et de santé et des représentants de groupes affectés par le VIH, étudierait le cas et s'assurerait que les mesures non coercitives ont bien été appliquées. Il procéderait à une évaluation médicale et psychosociale de la personne en utilisant une approche holiste dans le but d'identifier et de résoudre les problèmes qui empêchent la personne d'adopter un comportement plus sécuritaire;

- un protocole visant à préserver la confidentialité, appliqué par les intervenants de première ligne, le coordonnateur et le comité de gestion des cas, serait développé. Si, après six mois, l'individu modifiait son comportement de façon permanente, le comité détruirait les renseignements permettant de l'identifier;
- l'Unité de santé publique effectuerait des pressions visant à faire amender la loi de façon à permettre l'échange de renseignements confidentiels lorsque cette divulgation est nécessaire pour protéger la vie, la santé et la sécurité d'une tierce partie;
- lorsque requis, le comité pourrait procéder à la notification des partenaires ou imposer un counselling ou des mesures de soutien, tels que groupe de pairs ou accompagnateur. Pour ce faire, on devrait chercher à obtenir le consentement de la personne. Afin de mieux motiver la personne à effectuer un changement de comportement, on pourrait lui demander de s'y engager par contrat;
- lorsque toutes les mesures volontaires ont échoué et que le comité est certain que l'individu refuse toujours de prendre des précautions ou qu'il est encore inapte à le faire, le comité peut recommander à l'Unité de santé publique de prendre des mesures plus contraignantes. De telles mesures devraient être conformes aux chartes canadienne et québécoise;
- les mesures coercitives pourraient inclure: un ordre des autorités de la santé publique, une injonction judiciaire visant à empêcher la personne d'avoir un comportement à risque et, en dernier recours, une poursuite criminelle (avec encadrement et suivi par le comité de gestion de cas).

Conclusion

Suite à la rédaction du document, un groupe de travail élargi a été réuni pour le réviser et développer la version finale d'une politique d'intervention de l'Unité de santé publique concernant les personnes qui refusent ou qui sont inaptes. La version finale est attendue en juillet 1996 et des consultations publiques s'ensuivront.

À ce stade-ci, les recommandations du groupe de travail québécois sont très semblables à celles qui ont été faites en Ontario. La principale différence réside dans la proposition québécoise d'établir un comité de gestion de cas pour coordonner les interventions. Aussi bien en Ontario qu'au Québec, on a souligné

l'importance de développer un sentiment de contrôle communautaire sur la politique d'intervention, et montré une préférence pour les mesures préventives non coercitives avec — en dernier recours — la possibilité de mesures contraignantes telles qu'une poursuite criminelle.

- *Richard Elliott*

La traduction de cet article a été rendue possible grâce à l'aide financière du AIDS Bureau du ministère ontarien de la Santé.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] R. Elliot, «Santé publique: refus ou incapacité de prendre des précautions», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996; 2 (3): 1, 32-33.

[2] D. Thompson, A. Adrien, G. Lambert et R. Jürgens, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre, Direction de la santé publique, 1995.

[3] Voir, par exemple, *Charbonneau c. Poupart*, (1990) R.J.Q. 1143

[4] *Tarasoff v Regents of the University of California*, 131 Cal. Rptr 14, 17 Cal 3d 358 (US 1976)

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

La réduction des méfaits à travers le monde

L'approche de la réduction des méfaits liés à l'usage des drogues fait l'objet depuis quelques années d'une attention considérable. Elle suscite de nombreux débats et discussions dans le milieu des toxicomanies et, de plus en plus, dans les médias et le public. L'émergence du sida et la propagation du VIH parmi les utilisateurs par injection (UDI) sont les principaux catalyseurs de cet intérêt croissant.

De plus en plus de pays adoptent une perspective fondée sur la santé, selon laquelle les risques de propagation du VIH parmi les UDI — et de la population d'UDI vers la population en général — représentent pour la santé une menace plus importante que l'usage en soi. Autre catalyseur d'attention pour la réduction des méfaits: l'insatisfaction croissante à l'égard des approches adoptées jusqu'à présent pour endiguer l'usage, plus particulièrement la «guerre aux drogues» menée par les États-Unis et, à un degré moindre, par le Canada; les critiques de cette approche déplorent les énormes coûts humains et économiques associés à des politiques fondées sur des objectifs sociaux idéalisés: tolérance zéro, non disponibilité de drogues illicites et abstinence complète.

Qu'est-ce que la réduction des méfaits?

C'est une approche qui se concentre sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage pour l'individu, la communauté et la société dans son ensemble — des conséquences comme la mauvaise santé, mais aussi une multitude d'autres problèmes sociaux et économiques — plutôt que sur l'élimination de l'usage en soi. La philosophie de la réduction des méfaits n'est pas nouvelle: on y a eu recours pendant des siècles dans de nombreux pays et à des fins multiples, avant que n'émerge le mouvement prohibitionniste du siècle présent. La réduction des méfaits, telle que nous la connaissons aujourd'hui, prend ses origines dans les années 1980 à Merseyside (Royaume-Uni) et à Amsterdam (Pays-Bas). Depuis quelques années, divers autres pays ont mis sur pied, à l'échelle locale ou nationale, des programmes ou politiques visant la réduction des méfaits, notamment l'Australie, l'Allemagne, la Suisse et, dans une moindre mesure, le Canada.

Exemples de programmes et politiques de réduction des méfaits

Échange de seringues

Pour plusieurs, l'échange de seringues et d'aiguilles constitue l'essence même de la réduction des méfaits. Ce service a d'abord été implanté dans quelques pays européens au milieu des années 80; depuis la fin de cette décennie, on en trouve dans de nombreuses villes à travers le monde. Au Canada, il y a actuellement plus de 200 services d'échange de seringues et il s'en ajoute à chaque mois. Dans certaines provinces, même des pharmaciens s'y impliquent.

La raison d'être de ces services est que de nombreux UDI ne peuvent pas ou ne veulent pas arrêter de s'injecter des drogues, et que les stratégies d'intervention doivent au moins aider à réduire le risque qu'ils contractent le VIH ou ne le transmettent à d'autres personnes. La provision d'aiguilles et seringues stériles diminue le risque de propagation du VIH, mais permet également d'établir un contact avec les UDI par le biais de services externes. Il est maintenant clairement démontré que la participation aux échanges de seringues et la disponibilité de matériel d'injection stérile diminuent les risques (par exemple, le partage de seringues) et réduisent des méfaits (par exemple, la transmission du VIH).

Certains programmes d'échange offrent des services externes (tournées de camionnettes, travailleurs de rue) pour acheminer leurs services vers les secteurs où se tiennent les utilisateurs, ou encore au domicile de leurs clients. Des machines distributrices de seringues sont maintenant utilisées dans de nombreuses villes d'Europe et d'Australie. Elles libèrent une seringue stérile lorsqu'on y insère une seringue usagée, elles sont relativement peu chères et fonctionnent 24 heures sur 24. Leur implantation diminue toutefois le contact personnel important qui a autrement lieu entre les UDI et les travailleurs de la santé.

Là où les lois interdisent la provision de seringues, notamment dans plusieurs États américains, on peut distribuer des trousse de désinfection (contenant de l'eau de Javel et des directives pour la désinfection du matériel d'injection). Quoique l'eau de Javel ne soit pas efficace à 100% dans la destruction du VIH et qu'elle ne tue pas les virus de l'hépatite, les trousse de désinfection aident à réduire la possibilité de propagation d'infections par le partage de matériel.

Développement considérable à mentionner: de plus en plus de prisons implantent des programmes d'échange de seringues.[1]

Éducation et services externes

Dans certains pays, comme le Royaume-Uni, les Pays-Bas et l'Australie, on distribue du matériel d'éducation sur les drogues qui s'articule sur une approche de réduction des méfaits, mais ceci demeure extrêmement controversé et d'autres pays refusent cette mesure. Sans encourager le lecteur à utiliser des drogues, ces brochures montrent aux utilisateurs comment réduire les risques associés à l'usage (par exemple des pratiques plus sécuritaires d'injection). Dans certains pays, comme le Royaume-Uni, de telles techniques sont enseignées par le personnel infirmier dans des cliniques.

Dans de nombreux pays, des travailleurs de rue abordent les UDI et les prostitué(e)s exposés au risque de contracter le VIH. Ils distribuent du matériel d'éducation, des seringues, des condoms et des trousse de désinfection, et ils aident leurs clients à prendre contact avec d'autres services.

Prescription de drogues

Selon une tradition qui remonte au 19e siècle, les médecins du Royaume-Uni prescrivent des drogues aux utilisateurs . Dans plusieurs régions, des cliniques en toxicomanie ou des équipes communautaires offrent des régimes souples de prescription allant de la désintoxication à court terme jusqu'à l'entretien prolongé. La majorité des clients reçoivent de la méthadone consommable par voie orale, mais d'autres reçoivent de la méthadone ou de l'héroïne injectable, et d'autres, plus rares, reçoivent des amphétamines, de la cocaïne ou d'autres drogues. Ces drogues sont fournies par les pharmaciens locaux.

Dans la région de Merseyside, les utilisateurs peuvent aussi se voir prescrire des drogues à fumer, appelées "reefers". Les UDI qui peuvent cesser l'injection se trouvent souvent incapables de remplacer subitement leur habitude par des prescriptions orales qui ne donnent pas le "rush" qu'offre l'injection. Les drogues à fumer procurent ce "rush", à intensité moindre. Dans la région de Merseyside, où la prescription de drogues et d'autres programmes de réduction des méfaits sont bien établis, on rapporte que les problèmes de santé liés aux drogues et le crime pour se procurer des drogues sont en baisse à cause de ces services. En particulier, la prévalence de l'infection à VIH parmi les UDI de cette région est très faible.

La Suisse mène actuellement une expérience nationale sur la prescription aux utilisateurs d'héroïne et d'autres drogues, afin de voir si la prescription légalisée d'héroïne et d'autres drogues aux utilisateurs permettra de réduire leur activité criminelle et leur risque de contracter le VIH et d'autres agents infectieux. Les Suisses ont étudié les programmes britanniques de prescription, puis ont entrepris la plus importante et scientifique étude jamais menée sur l'entretien à l'héroïne. Le programme a été implanté en janvier 1994 dans 8 villes. Dans chaque ville, le programme offre du logement, de l'aide dans la recherche d'emploi, des soins médicaux et psychologiques, des seringues stériles et du counselling. Les usagers sont en contact régulier avec des travailleurs de la santé et des liens vers le traitement visant l'abstinence. Certains programmes ont commencé en donnant de l'héroïne à certains usagers et de la morphine ou de la méthadone injectable à d'autres. On s'est toutefois vite rendu compte que les usagers préfèrent en général l'héroïne, qui est offerte jusqu'à trois fois par jour, moyennant une somme quotidienne minime. Deux programmes permettent que les usagers apportent à la maison deux "reefers" d'héroïne chaque soir. Les rapports préliminaires du programme laissent entrevoir que l'entretien à l'héroïne est une mesure efficace (en ce qui concerne la cocaïne, les données étaient insuffisantes pour tirer des conclusions). Les programmes n'ont pas donné lieu à un marché noir parallèle, et la santé des utilisateurs inscrits s'est nettement améliorée. Les autorités ont conclu que, lorsque utilisée avec contrôle et dans des conditions salubres, l'héroïne cause très peu de problèmes, sinon aucun. Sur la base de ces résultats, le gouvernement suisse a élargi le programme à plus de 1 000 utilisateurs en 1995 (environ 800 places pour l'héroïne, 100 pour la morphine et pour la méthadone injectable). Une composante de ce programme permet à 8 détenus de bénéficier de l'entretien à l'héroïne dans une prison, avec d'excellents

résultats à ce jour.

Les Pays-Bas, l'Allemagne et l'État de la capitale d'Australie s'apprêtent eux aussi à instaurer des programmes d'entretien à l'héroïne.

Au Canada, comme suite aux recommandations du rapport du coroner en chef de la Colombie-Britannique,[2] diverses agences travaillent de concert avec des groupes communautaires pour examiner la possibilité d'implanter des programmes de prescription dans le cadre de leur stratégie pour endiguer les méfaits liés à la drogue.

Programmes d'entretien à la méthadone

On ne songe généralement pas à l'Amérique du Nord lorsqu'il est question d'initiatives de réduction des méfaits, mais les États-Unis et le Canada ont été le site d'une importante stratégie à cet effet: des programmes d'entretien à la méthadone ont vu le jour en Colombie-Britannique en 1959. Plusieurs de ces programmes canadiens et américains ont cependant été critiqués pour leur manque de flexibilité et l'étroitesse de leurs services, en comparaison avec les conditions de succès d'un programme de méthadone.

Aux Pays-Bas, les programmes de méthadone ont 3 objectifs:

- établir un contact avec les utilisateurs d'héroïne;
- stabiliser leur état;
- les désintoxiquer et les traiter.

En offrant la méthadone sans poser trop de conditions («programmes à accès facilité»), on parvient à prendre contact avec de larges parts de la population d'utilisateurs d'héroïne. Par exemple, un «autobus de méthadone» circule dans les secteurs propices, mais ne distribue pas de doses de réserve pour apporter à la maison. La faiblesse des programmes néerlandais, comme celle des américains, est d'une part de ne pas fournir de doses de méthadone suffisantes pour prévenir l'utilisation d'héroïne, d'autre part de fournir uniquement de la méthadone à consommer par voie orale.

En Australie, les mesures introduites pour combattre la propagation du VIH comprennent une expansion considérable des programmes de méthadone. Les critères d'admissibilité à ces programmes ont été assouplis et l'on a augmenté le nombre de places allouées aux clients présentant peu de motivation de modifier leurs habitudes de consommation. Ces changements ont été appuyés par des amendements aux politiques nationales et territoriales en matière : la première priorité est d'endiguer la propagation du VIH plutôt que de réduire l'usage .

Au Royaume-Uni ainsi qu'en Europe continentale et en Australie, la méthadone est offerte en clinique

spécialisée, mais aussi dans les cabinets de médecins généralistes, qui offrent des soins de santé et du counselling. Dans certaines villes européennes, plus de 25% des médecins généralistes prescrivent la méthadone, que les usagers se procurent à la pharmacie. Amsterdam, Barcelone, Francfort et d'autres villes distribuent de la méthadone par le biais d'«autobus de méthadone» ou de cliniques mobiles.

Dans tous les pays, l'un des facteurs qui sous-tendent au succès de la méthadone comme mesure de réduction des méfaits est qu'elle permet de ramener l'utilisateur vers la communauté plutôt que de le traiter comme un marginal ou un criminel. Outre la possibilité de réhabilitation, ceci permet de rompre le cycle drogue/crime. Maintes études se sont intéressées à l'efficacité des programmes de méthadone: la vaste majorité démontre qu'ils réduisent le taux de mortalité et de morbidité, diminuent l'activité criminelle des utilisateurs, endiguent la propagation du VIH et permettent aux utilisateurs de reprendre un contrôle sur leur vie.

Au Canada, les programmes de substituts aux opiacés sont fort limités, tant en termes d'envergure que d'options offertes aux utilisateurs, même si l'expérience d'autres pays démontre que les programmes de méthadone fonctionnent mieux s'ils sont nombreux, accessibles, souples et libéraux.

En prison, les programmes de méthadone sont rarement offerts. Ceci entraîne des problèmes et des risques pour la santé de détenus qui étaient inscrits à de tels programmes avant leur incarcération. Une affaire juridique récente en Colombie-Britannique pourrait bien entraîner l'accès à la méthadone pour certains détenus de cette province.^[3] Puisque, actuellement, plusieurs utilisateurs finissent par purger du temps en prison, il est important d'améliorer l'accès à la méthadone dans les systèmes carcéraux, mais aussi d'examiner les avantages possibles de l'entretien à la méthadone comme alternative à l'emprisonnement.

Zones de tolérance

Au cours des dernières années, on a assisté dans plusieurs villes européennes au développement d'une autre mesure de réduction des méfaits: les autorités tolèrent des endroits appelés «salles d'injection», «salles de santé» ou «centres de contact». Les toxicomanes peuvent s'y rencontrer et s'y procurer du matériel d'injection stérile, des condoms, des conseils et une attention médicale. La majorité de ces endroits permettent aux usagers de préserver leur anonymat; certains offrent un espace où les toxicomanes, y compris les UDI, peuvent s'administrer leur drogue dans un environnement sécuritaire, ce qui est perçu comme préférable à l'injection dans des lieux publics — piqueries — qui sont habituellement insalubres et contrôlées par des trafiquants.

En Suisse, les premières «salles de drogues» ont été ouvertes par des organismes privés à Berne et à Basel vers la fin des années 80. À la fin de 1993, on en comptait huit, tenues en majorité par des administrations municipales. De nombreuses autres villes de la Suisse allemande en ont implanté en 1994. L'évaluation de trois d'entre elles, après un an d'opération, a montré leur efficacité dans la réduction de la transmission du VIH et du risque de surdose. Des salles de drogues font aussi partie de certains programmes en Allemagne et au Royaume-Uni.

Des sites ouverts aux drogues («open drug sites») ont vu le jour dans des villes d'Europe à la fin des années 80, souvent dans des secteurs centraux, à proximité de gares, de zones commerciales et de parcs publics. Aux Pays-Bas, on trouve à la gare de Rotterdam un site nommé *Plateforme-zéro* et supervisé par la police. Les services offerts comprennent l'échange de seringues et une unité mobile de méthadone. Rotterdam a en outre adopté une politique de compromis pour les trafiquants «d'appartement», par suite de laquelle la police et autres autorités publiques s'abstiennent de poursuivre et d'arrêter les trafiquants qui ont un logement, pour peu qu'ils ne causent pas d'ennuis dans leur voisinage. Cette approche et la *Plateforme-zéro* font partie d'une stratégie de «voisinages sécuritaires» qui implique les citoyens et la police dans un effort pour que les quartiers demeurent sains, sécuritaires et libres de «nuisances». Les zones de tolérances n'ont pas toutes été des succès. La première tentative suisse, «Needle Park» (Zurich), est devenue incontrôlable et a été fermée en 1992. Un deuxième essai a également déraillé et a été interrompu en mars 1995.

En Allemagne, des sites ouverts aux drogues ont vu le jour à Francfort pendant les années 70, puis ont été établis dans deux parcs adjacents dans les années 80, lorsque les autorités policières ont reconnu que tous leurs efforts pour les supprimer avaient échoué. Les autorités locales ont implanté trois centres de crise à proximité des sites, mis sur pied une unité mobile d'assistance médicale et d'échange de seringues, offert des cours de premiers soins aux utilisateurs et mis un autobus spécial à la disposition des prostitué(e)s. La police a maintenu sa politique d'appréhender les trafiquants, mais a établi une nouvelle politique de tolérance d'un site, dans un secteur clairement délimité de l'un des parcs. Ces activités ont été doublées d'efforts pour attirer les utilisateurs ailleurs en leur offrant du logement et des centres de traitement hors du centre-ville. Ces efforts ont eu du succès: en 1992, le site a été fermé et l'on remarque une importante réduction du nombre d'UDI itinérants, de crime et de décès liés à la drogue.

La tolérance et la réglementation de sites ouverts aux drogues et de «trafiquants d'appartement» sont des formes de contrôle informel analogues à la réglementation de la prostitution illicite. Ces contrôles sont également compatibles avec la philosophie de police communautaire. En outre, les résidents se préoccupent de la sécurité et de la paix de leur quartier davantage que de la consommation de drogue proprement dite. Les travailleurs de santé publique et des services sociaux trouvent plus facile d'offrir des services adéquats lorsque les lieux propices aux drogues sont facilement accessibles et plutôt statiques.

Politiques d'application de la loi

La police de Merseyside (N.-O. du Royaume-Uni) a développé une stratégie coopérative de réduction des méfaits (nommée en anglais *Responsible Demand Enforcement*), en collaboration avec le département régional de santé publique. La police est représentée aux comités consultatifs sur les drogues de ce département et elle emploie des responsables de santé publique dans la formation aux policiers en matière de VIH/sida. Elle appuie d'autres façons le département de santé publique: en s'étant engagée à ne pas interférer dans ses activités; en lui référant directement les cas de contrevenants; en ne poursuivant personne pour possession de seringue à être échangée; et en appuyant

publiquement l'échange de seringues.

L'une des principales caractéristiques de la police de Merseyside est de mettre l'accent sur l'utilisation des ressources en place pour s'occuper des trafiquants, tout en appliquant une politique d'avertissement à l'égard des utilisateurs. La politique d'avertissement, aujourd'hui appliquée dans une certaine mesure par les autorités policières de tout le Royaume-Uni, est recommandée par le Procureur Général du pays comme une alternative valable dans le cas de certaines infractions comme la possession de drogue. On amène le contrevenant au poste de police, on confisque la drogue qu'il possède, on enregistre l'incident et on le prévient formellement que toute possession ultérieure et illicite de drogue résultera en des poursuites judiciaires. Le contrevenant doit en outre rencontrer certains critères, notamment de ne pas avoir été déjà condamné en rapport avec la drogue et de ne pas avoir de dossier criminel important. On l'informe aussi des services de traitement disponibles dans sa région, incluant l'échange de seringues. Un premier avertissement n'entraîne pas de casier judiciaire; une récidive entraîne un procès, où la possession de petites quantités donne lieu à une amende et la possession de grandes quantités entraîne une sentence. Si un toxicomane s'enregistre à une agence officielle de services en toxicomanie, il a alors le droit d'être en possession de drogue pour son usage personnel. L'effet d'ensemble de cette politique est de garder les utilisateurs à l'abri du crime et de l'emprisonnement. Depuis quelques années, cette politique s'applique aussi à l'*ecstasy*, aux amphétamines, à la cocaïne et à l'héroïne.

Aux Pays-Bas, la police supporte depuis longtemps les programmes de réduction des méfaits, y compris la décriminalisation *de facto* de la possession de marijuana et les zones de tolérance. Les efforts d'application de la loi sont concentrés sur les trafiquants à grande échelle et le maintien d'un milieu paisible et sécuritaire. À Amsterdam, les postes de police offrent des seringues stériles en échange contre des usagées.

À Hambourg (Allemagne), une réorientation récente vers la réduction des méfaits s'est manifestée par la coopération entre la police, les autorités de santé publique et les groupes d'utilisateurs afin d'améliorer l'accès aux services sociaux.

Au Canada, l'approche face aux utilisateurs est foncièrement criminalisante, mais la référence à des services de traitement gagne en popularité. Un virage amorcé récemment vers la police de communauté dans un certain nombre de villes permettra peut-être d'implanter dans un avenir rapproché des mesures de réduction des méfaits au niveau de l'application de la loi.

Conclusion

On trouve, à travers le monde, de nombreux exemples de programmes et politiques de réduction des méfaits. Plusieurs de ces approches se sont révélées économiques, et acceptables tant du point de vue des non-utilisateurs que de celui des utilisateurs. Si les gouvernements veulent réduire les énormes coûts humains et monétaires qu'engendrent des mauvaises politiques et des programmes inadéquats en matière, ils doivent adopter des stratégies globales de réduction des méfaits qui comprennent des

programmes similaires à ceux décrits ci-haut. Ce que font beaucoup de pays à l'heure actuelle — un ou deux services d'échange de seringues dans une ville —, est tout simplement insuffisant. Le défaut d'adopter des mesures de réduction des méfaits est un crime contre les citoyens et les gouvernements devraient en être tenus responsable.

- *Diane Riley*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Pour plus de détails, voir R. Jürgens, «Échange de seringues en prison: un survol», dans le présent numéro.

[2] Voir J. Anderson, «Sida et morts par surdose en C.-B.», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3): 1, 28-29.

[3] Voir C. McLeod, «Droit au traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral?», dans le présent numéro.

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

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

L'Association du Barreau canadien se joint au tollé contre le projet de loi C-8

Dans une lettre du 27 mars 1996 au sénateur Sharon Carstairs, présidente du Comité des affaires juridiques et constitutionnelles du Sénat, l'Association du Barreau canadien (ABC) critique vertement le projet de loi C-8.

Avec la permission de l'ABC, nous reproduisons ici cette lettre écrite par Me Conroy, président du Comité sur l'emprisonnement et la libération de la Section nationale de l'ABC, avec de mineurs changements de forme.

Madame,

En ma qualité de président du Comité sur l'emprisonnement et la libération de la Section nationale de droit pénal de l'Association du Barreau canadien, je me réjouis de l'occasion qui m'est offerte de discuter du projet de loi C-8, *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, avec le Comité des affaires juridiques et constitutionnelles du Sénat. L'Association du Barreau canadien est une association nationale qui représente 34 000 juristes, y compris des avocat(e)s, des notaires, des professeur(e)s et des étudiant(e)s en droit ainsi que des juges à travers le Canada. Les principaux objectifs de l'Association comprennent l'amélioration du droit et de l'administration de la justice.

Au cours de l'automne 1994, la Section nationale de droit pénal de l'Association du Barreau canadien comparait devant le Comité de la Chambre des communes en présentant un mémoire à propos de ce qui était alors le projet de loi C-7, *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Dans ce mémoire, nous exprimions notre vigoureuse opposition à l'adoption de cette législation. ...

Dans cette lettre, nous tenons à vous exposer les préoccupations que fait naître ce projet de loi. Nous persistons à croire que, dans sa formulation actuelle, cette législation pousserait davantage la politique

canadienne en matière de drogue dans une direction qui entraîne plus de dommages qu'elle n'apporte de solutions. Bien que certaines parties du projet de loi aient été modifiées, cela ne résout pas les problèmes majeurs que la Section avait soulevés à propos de la démarche adoptée dans cette législation.

En 1987, le gouvernement en place avait annoncé que dorénavant la politique canadienne en matière de drogue suivrait une approche visant la réduction des méfaits. Il s'agissait de chercher à diminuer les conséquences négatives reliées à l'usage de drogues et de les contrer plutôt que s'acharner à réduire l'usage généralisé de drogues. La Section nationale de droit pénal est favorable à une approche visant la réduction des méfaits pour contrôler l'usage des drogues. Le projet de loi C-8 est incompatible avec cette approche et ferait régresser la politique canadienne en matière de drogues. Avec cette législation, on continue de criminaliser et d'incarcérer les consommateur(trice)s de drogues. La Section estime que ce modèle s'est révélé inefficace et contre-productif et que le Canada n'a plus les moyens de le perpétuer. Dans cette optique, nous recommandons de ne pas adopter ce projet de loi.

La politique sous-jacente au projet de loi C-8

Dans notre précédent mémoire, nous soulignons que c'est le méfait causé par une activité qui doit déterminer si le recours au droit pénal est justifié et à quel moment il faut l'appliquer. Lorsque l'usage de drogues ne cause aucun préjudice à autrui, excepté pour ce qui est de l'usager(ère), et que la société n'en subit non plus aucune conséquence néfaste, il ne convient nullement, selon nous, de recourir à la criminalisation.

Cela fait à présent plusieurs décennies que l'on recourt à l'interdiction, la criminalisation et l'incarcération comme méthodes de contrôle de l'usage des drogues sans pour autant atteindre les résultats escomptés, soit la diminution de l'usage des drogues et du taux de criminalité reliée à la drogue, et l'amélioration de la santé publique. En réalité, ce sont plutôt les effets contraires qui en ont résulté.[1] Hormis l'iniquité inhérente au fait d'incarcérer des personnes qui n'ont pas causé de tort à autrui, la criminalisation et l'incarcération des usager(ère)s de drogues sont particulièrement coûteuses sans compter le fardeau imposé à un système de justice déjà surchargé et l'appropriation de ressources qui devraient servir à traiter des crimes plus graves. La Section nationale de droit pénal croit que si le public canadien était au courant des conséquences découlant des enquêtes, des poursuites et des sanctions imposées aux trafiquants et usager(ère)s de drogues et surtout des coûts d'incarcération pour chaque détenu par année (il en coûte environ 44 000 \$ par année pour la détention d'une personne dans un pénitencier fédéral, par rapport à 39 000 \$ dans un établissement provincial),[2] il serait en majeure partie d'accord pour réserver la pénalisation aux personnes qui causent réellement du tort à autrui ou à la société.

Les personnes reconnues coupables de possession de drogue représentent seulement 2 à 3% des usager(ère)s de drogues,[3] ce qui montre que seule une faible proportion d'entre eux(elles) fait face au système de justice pénale. Les cas de possession de drogue représentent environ la moitié de toutes les

condamnations reliées à la drogue et environ un tiers des personnes reconnues coupables de possession de drogue se voient imposer une peine d'emprisonnement.

Selon nous, l'usage de drogue est principalement une question de santé et de politique sociale. Il y a une certaine hypocrisie liée au fait de décider que l'usage de drogues relativement inoffensives comme la marijuana, entraîne une sanction pénale tandis que d'autres drogues qui, on le sait causent de nombreux décès et de graves maladies chaque année, comme l'alcool et le tabac, sont simplement traitées comme des risques pour la santé et ne sont pas criminalisées. Nous demandons que cette antinomie fasse l'objet d'une explication logique. Nous nous interrogeons également sur la compétence du gouvernement fédéral en vertu de la clause « paix, ordre et bon gouvernement » ou de son pouvoir en matière de droit pénal, à légiférer sur une question de santé qui ne pose pas de graves menaces pour la société.[4] En traitant d'autres substances prohibées comme nous le faisons actuellement avec le tabac, il serait possible de transférer les fonds générés par les taxes imposées sur ces substances du crime organisé vers le gouvernement. On économiserait ainsi sur les coûts d'exécution et d'incarcération, on réglerait en toute sécurité la production et la distribution de drogues, on minimiserait la prolifération des maladies infectieuses et des traitements de rechange pourraient être offerts.

La diminution des méfaits comme méthode de contrôle des drogues réussit très bien dans bon nombre de pays.[5] Parmi les avantages qui découlent de cette approche, on constate une régression dans le taux d'infections par le VIH, une réduction importante de la criminalité reliée à la drogue et comme corollaire, une amélioration de la sécurité du public. En revanche aux États-Unis, on a constaté que la guerre contre les drogues avait rempli les prisons d'usager(ère)s de drogues à un coût faramineux pour la société sans pour autant réduire la prévalence de l'usage de la drogue dans la société américaine. Nous sommes persuadé(e)s que la société canadienne n'a pas intérêt à adopter une approche analogue à celle de nos voisins du Sud.

Le projet de loi justifie son adoption en affirmant qu'il a pour objet de permettre au Canada de remplir ses obligations internationales. Nous exhortons le gouvernement canadien à se retirer des accords internationaux qui exigent une approche peu judicieuse et notoirement inefficace du contrôle des drogues et à assumer plutôt un rôle de chef de file en s'inspirant des stratégies innovatrices essayées avec succès dans plusieurs pays d'Europe. Il est inutile de perpétuer une approche prohibitionniste pour respecter des obligations internationales. Nous sommes plutôt favorables aux Conventions internationales qui autorisent l'adoption de politiques sur l'usage des drogues orientées vers le traitement, la réduction des méfaits, la prévention et les soins. (À titre d'exemple, la *Convention des Nations Unies contre le trafic illicite des stupéfiants et des substances psychotropes* (1988) énonce que « des parties peuvent prévoir, comme solution de rechange à une condamnation ou à une sanction ou en plus, ... des mesures visant le traitement, l'éducation, la surveillance médicale ou la réinsertion sociale du contrevenant » (art.4 d)).

En remontant aussi loin qu'en 1970, on constate que plusieurs organisations importantes ainsi que des organismes gouvernementaux recommandaient de minimiser ou de supprimer complètement l'imposition de peines en cas de possession de marijuana. Le *Rapport LeDain sur le cannabis*,[6] déposé au Parlement le 17 mai 1972, recommandait l'abrogation des infractions de simple possession et

d'échanges et de culture, sans but lucratif, de petites quantités de cannabis à des fins de consommation personnelle. Peu de temps après, le ministre de la Santé de l'époque, M. John Munro, annonçait que le gouvernement avait pris des mesures pour empêcher que certaines personnes accusées de posséder du cannabis aient un casier judiciaire et pour supprimer les casiers de celles qui avaient déjà été reconnues coupables de possession.[7] Toutefois, malgré l'intention exprimée, même une absolution conditionnelle ou inconditionnelle entraîne encore l'imposition d'un casier judiciaire en vertu de la *Loi sur le casier judiciaire*.

Le projet de loi S-19, appuyé par le gouvernement Trudeau, a été adopté par le Sénat le 18 juin 1975, projet de loi qui aurait rendu la simple possession de cannabis punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire seulement. Le Sénat avait également modifié ce projet de loi de façon à prévoir que toute personne bénéficiant d'une absolution inconditionnelle ou conditionnelle pour une première infraction de simple possession serait réputée avoir obtenu un pardon aux termes de la *Loi sur le casier judiciaire*.^[8] Toutefois, le projet de loi est mort au Feuilleton de la Chambre des communes peu après. En 1978, l'Association du Barreau canadien examinait la meilleure façon de traiter la marijuana et décidait d'adopter une résolution visant à décriminaliser la possession et la culture de la marijuana pour consommation personnelle ainsi que les échanges de petites quantités de drogues entre adultes, sans but lucratif. Quatre ans auparavant, l'Association aurait adopté une résolution affirmant que la distribution d'héroïne à des toxicomanes, sous contrôle médical et par des établissements approuvés, devrait être autorisée comme solution de rechange aux méthodes actuelles de contrôle des héroïnomanes et constituerait un moyen réaliste de déjudiciariser cette forme de toxicomanie.

Depuis lors, un nombre considérable de recherches ont été menées sur ce sujet et viennent appuyer le principe de décriminalisation en démontrant que la marijuana est pratiquement inoffensive.^[9] Une approche du problème de la drogue visant la réduction des méfaits mettrait plutôt l'accent sur la santé et, en abrogeant la politique « d'interdiction absolue », éliminerait l'appât du gain qui encourage actuellement le trafic de stupéfiants. Cependant, malgré l'accumulation des preuves à cet effet, on accepte encore trop souvent comme des faits les mythes qui grossissent les « dangers » découlant de l'usage de la marijuana. On persiste à incarcérer des consommateur(trice)s de drogue alors que leur conduite ne porte aucun préjudice grave ni à autrui, ni à eux-mêmes(elles-mêmes). Même pour ce qui est des drogues aux effets plus nocifs sur la santé de l'utilisateur(ère), telle que l'héroïne, nous croyons malgré tout qu'une politique à caractère médical serait préférable à des sanctions pénales pour les toxicomanes. Une politique médicale aiderait également à juguler la prolifération des maladies infectieuses transmises par la consommation de drogue par voie intraveineuse, que la marginalisation des usager(ère)s ne fait qu'exacerber.

Modifications au projet de loi C-8

La Section nationale de droit pénal critiquait la version initiale du projet de loi C-8 en raison de l'augmentation des amendes et des sanctions prévues à l'égard de certaines infractions. Bien que l'actuel projet C-8 soumis à l'examen du Comité du Sénat ait été modifié en fonction des critiques formulées à propos de la version précédente, on criminalise toujours les usager(ère)s de drogue, qui sont donc encore passibles de peines d'emprisonnement. Notre position est à l'effet que l'approche préconisée par le projet

de loi C-8 pousse davantage la politique canadienne en matière de drogue dans la mauvaise direction. Les modifications apportées n'ont pas remédié au problème fondamental posé par cette législation.

Le paragraphe 4(4) a été modifié de façon à réduire la peine maximale d'emprisonnement sur déclaration de culpabilité pour possession d'une drogue inscrite à l'annexe II (cannabis) de sept ans à cinq ans moins un jour. Bien que nous soyons en général favorables à l'allégement des peines, cette réduction nous semble plutôt une tentative de priver l'accusé de se prévaloir du droit garanti à l'alinéa 11 f) de la *Charte*, lequel autorise l'inculpé à bénéficier d'un procès avec jury lorsque la peine maximale prévue est un emprisonnement de cinq ans. Dans d'autres dispositions, le projet de loi prévoit des peines plus sévères pour possession de marijuana que pour celle de drogues inscrites aux annexes III et IV, comprenant des amphétamines, du LSD et des barbituriques. Par exemple, sur déclaration de culpabilité, le paragraphe 4 (6) prévoit une peine maximale de moins de trois ans pour possession de drogues énumérées à l'annexe III (par exemple, les amphétamines, le LSD et la mescaline) par rapport à un maximum de cinq ans moins un jour pour possession de cannabis.

Comme d'autres gouvernements l'ont proposé dans le passé, ce gouvernement a exprimé l'intention que le projet de loi modifié supprime la possibilité que les personnes condamnées pour possession de petites quantités de cannabis se retrouvent avec un casier judiciaire. Cependant, une déclaration de culpabilité par procédure sommaire pour une infraction visée à une loi ou un règlement fédéral impose encore un casier judiciaire. Une personne est reconnue coupable d'un crime et reçoit un casier judiciaire même si sa condamnation ne vise qu'une possession de cannabis en faible quantité. Bien que ce renseignement n'apparaisse pas forcément sur le réseau du CIPC (Centre d'information de la police canadienne) aux douanes, les autorités douanières canadiennes et américaines échangent sur un mode continu des informations concernant la drogue. En outre, dans les cas où un(e) juge demanderait si l'accusé(e) a un casier, il serait étonnant que la défense réponde simplement que l'accusé(e) n'a pas de casier « retrouvable ». Par conséquent, il serait fallacieux de prétendre que le projet de loi C-8 n'impose pas de casier judiciaire aux personnes reconnues coupables de possession de cannabis. En fait, si l'hypothèse sous-jacente est que le projet de loi autorise une personne à mentir sans être démasquée, on ne favorise aucunement le respect de la loi.

Nous appuyons l'énoncé des objectifs de la détermination de la peine ajouté au projet de loi, surtout en raison de l'importance du traitement et de la réinsertion sociale. Nous jugeons cependant que l'accent mis sur le « respect de la loi » comme objectif fondamental de toute disposition relative à la détermination de la peine dans cette partie est optimiste. Le caractère strict et arbitraire de l'approche prise en matière de substances relativement inoffensives ne saurait encourager le respect de la loi. En outre, on sait qu'en général, les juges n'imposent pas le type de peines prévues dans le projet de loi pour possession de petites quantités de marijuana. Lorsqu'une législation diffère aussi radicalement de l'opinion publique et des décisions judiciaires habituellement rendues dans ce domaine, c'est selon nous une façon de discréditer la loi plutôt que d'inciter à son respect.

Conclusion

La Section nationale de droit pénal exhorte le gouvernement à saisir cette occasion pour définir une véritable politique canadienne en matière de drogue plutôt que de suivre les erreurs inhérentes à la politique américaine. Nous exhortons également le gouvernement canadien à faire preuve de leadership en se fondant sur la recherche et les statistiques disponibles et à éliminer ainsi l'interdiction absolue et tous les problèmes qui en découlent.

Un excellent point de départ consisterait à modifier le droit en vigueur afin de décriminaliser la possession ou la culture de petites quantités de drogue à des fins de consommation personnelle ou les échanges de petites quantités entre adultes et sans but lucratif. On pourrait également soumettre les héroïnomanes à des programmes d'entretien à l'héroïne en vertu d'une politique à caractère médical. Grâce à des modifications de cette nature et à un plan visant à réajuster la politique canadienne en matière de drogue de façon à régler les problèmes de santé et de politique sociale liés à l'usage de drogue et l'application du droit pénal aux seules activités qui causent des préjudices, le Canada pourrait se doter d'une politique progressiste et plus humaine axée sur la réduction des effets néfastes de la drogue. Cette législation devrait être adoptée seulement après avoir examiné à fond ces questions et leurs répercussions. Nous estimons que l'adoption du projet de loi C-8, dans sa forme actuelle, serait un pas de plus dans la mauvaise direction en matière de politique sur l'usage de la drogue.

- *John Conroy*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] The Committee on Drugs and the Law, «A Wiser Course: Ending Drug Prohibition», Le dossier de l'Association du Barreau de la ville de New York, 1994, 49(5): 523-524.

[2] «Government Spending on Adult Correctional Services», *Juristat*, mars 1996, 16(3): 1.

[3] Voir la discussion dans un récent mémoire intitulé *Projet de loi C-7, Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, Ottawa, Association du Barreau canadien, 1994, aux p. 4-5.

[4] *Ibid*, à la p. 7.

[5] *Ibid*, à la p. 17.

[6] Rapport de la Commission d'enquête sur l'usage non-médical de drogues, *Rapport sur le cannabis*, Ottawa, Information Canada, 1972, aux p. 302-303.

[7] C. Michael Bryan, «Le cannabis au Canada - une décennie d'indécision», Publications juridiques fédérales, 1980, à la p. 173.

[8] *Ibid*, à la p. 176.

[9] Voir, par exemple: Lynn Zimmer et John P. Morgan, «Exposing Marijuana Myths: A Review of the Scientific Evidence», document non publié préparé par le Centre Lindesmith, New York, octobre 1995.

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

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Une commission d'experts suisses demande la décriminalisation des drogues

La Commission d'experts chargée de la révision des lois suisses en matière de drogues a déposé son rapport en février 1996.^[1]

Selon le rapport, 30 000 personnes en Suisse sont dépendantes de «drogues dures» et leur état sanitaire et social s'est détérioré au cours des récentes années. Montrant que les mesures légales employées contre les utilisateurs de drogues sont un échec retentissant, le rapport souligne deux objectifs qui devraient guider une future politique sur les drogues:

- la prévention de la dépendance et de ses conséquences; et
- l'amélioration de la santé et de la condition sociale des utilisateurs de drogues.

La Commission est d'avis que l'objectif d'une société sans drogue est irréalisable. Par conséquent, elle recommande que:

- les efforts de prévention et de traitement soient accentués, plutôt que ceux pour faire respecter la loi;
 - la réduction des méfaits soit considérée comme le but fondamental d'une politique sur les drogues;
 - l'usage de la drogue soit décriminalisé.
-

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] *Bericht der Expertenkommission für die Revision des Betaübungsmittelgesetzes vom 3. Oktober 1951 an die Vorsteherin des Eidgenössischen Departements des Innern*, Bern, Bundesamt für Gesundheitswesen, 1996.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

La Fondation canadienne des politiques sur les drogues lance son *Newsletter*

En avril 1996, la Fondation canadienne des politiques sur les drogues publiait le premier numéro de *Drug Policy News*, une publication qui vise à:

- présenter de l'information à jour sur les questions de politiques canadiennes en matière de drogues;
- expliquer les modifications possibles aux lois sur les drogues;
- discuter d'initiatives entreprises par les agences et départements gouvernementaux et les organismes du secteur privé, relativement aux politiques en matière de drogues;
- examiner ce qui se fait dans d'autres pays.

Dans l'article d'introduction, les éditeurs expriment l'espoir que la publication «permettra aux Canadiens d'être au courant des questions de politiques sur les drogues, afin qu'ils puissent travailler de manière constructive en vue de réduire, pour les utilisateurs et pour la société entière, les méfaits associés à l'utilisation de drogues.» Ils ajoutent que:

Nous n'en serions pas à écrire cette publication si les lois et politiques canadiennes actuelles en matière de drogues étaient le moins efficaces dans la réduction des méfaits associés aux drogues. Notre avis — fondé sur des années d'expérience en politiques sur les drogues — est que les lois et politiques actuelles sont loin de réduire ces méfaits: basées sur la prohibition criminelle, elles créent bien davantage de problèmes qu'elles n'en résolvent, à la manière dont la prohibition de l'alcool a balaféré l'Amérique du Nord plus tôt dans ce siècle. Encore des lois et politiques de ce genre qui ne sont pas efficaces, là n'est pas la solution. La réponse, ou du moins l'espoir de s'en approcher, réside plutôt dans un débat ouvert et honnête sur les meilleurs moyens de faire face aux

drogues dans notre société.

Pour plus d'information, contactez la Fondation canadienne des politiques sur les drogues, 70 MacDonald, OTTAWA ON K2P 1H6. Tél.: (613) 236-1027; e-mail: eoscapel@fox.nstn.ca; site web: <http://fox.nstn.ca/~eoscapel/cfdp/cfdp.html>

[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 4 - Juillet 1996

Drogues et discrimination

À l'automne 1995, le New South Wales Anti-discrimination Board publiait «*Drugs and Discrimination: Do They Mix?*», un document où l'on se demande si les personnes qui utilisent des drogues licites ou illicites devraient être protégées par les lois anti-discrimination.^[1]

En Australie comme au Canada, les définitions de «déficience», «incapacité» ou «handicap» ne mentionnent pas spécifiquement l'usage de drogue d'aucun type que ce soit. Il n'y a pas de consensus dans le milieu médical à savoir si la toxicomanie est une maladie. Selon le document, ceci soulève ces questions:

- l'utilisation de quelconque drogue est-elle implicitement incluse dans les définitions de «déficience», «incapacité» ou «handicap» dans les lois anti-discrimination?
- est-il nécessaire que l'usage de quelconque drogue soit protégé par les lois anti-discrimination, soit explicitement dans la définition de «handicap», soit comme un motif spécifique?
- la protection des utilisateurs de drogues par les lois anti-discrimination serait-elle cohérente avec les autres politiques gouvernementales en matière de drogues?
- si l'on incluait les utilisateurs de drogues,
 - lesquels devrait être inclus?
 - dans quels domaines de la vie devraient-ils être protégés? et
 - quelles exceptions devraient être applicables?

L'objectif du document est de stimuler la discussion sur ces questions, afin que le comité puisse:

- poursuivre sa réflexion sur la question d'accepter ou de refuser les plaintes venant d'utilisateurs de drogues, et dans quelles circonstances;
- décider s'il recommandera l'amendement de la législation anti-discrimination pour y inclure les utilisateurs de drogues.

Pour plus d'information ou pour obtenir copie du document, écrivez au Anti-discrimination Board, Level 4, 181 Lawson St., Redfern, NSW 2016, Australie.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1]*Drugs and Discrimination: Do They Mix?* Anti-Discrimination Board of New South Wales, Redfern, 1995.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Droit au traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral?

En avril 1996, une femme séropositive (la requérante) a été condamnée à une peine d'emprisonnement de 21 jours au Burnaby Correctional Centre for Women (BCCW), en Colombie-Britannique. À l'époque où sa peine fut prononcée, elle participait à un programme d'entretien à la méthadone sous la surveillance de son médecin de premier recours.

Conformément à une politique de longue date du service correctionnel de la Colombie-Britannique, le BCCW a refusé de lui fournir de la méthadone. À la suite de ce refus, elle a déposé une requête auprès de la Cour suprême de la Colombie-Britannique pour obtenir la délivrance d'un bref d'*habeas corpus*.

Dans sa requête au tribunal, la requérante a plaidé que, compte tenu de la situation dans laquelle elle se trouvait, sa détention était illégale. Elle a soulevé plusieurs arguments de droit constitutionnel fondés sur la *Charte canadienne des droits et libertés*.

En mars 1996, la requérante a été diagnostiquée séropositive aux anticorps du VIH. Elle avait été hospitalisée pour une endocardite. À cette époque, sa numérotation de cellules T était de 100 et son médecin jugeait que sa maladie à VIH était relativement avancée. Puisque la requérante avait des antécédents de consommation de drogues par injection, son médecin l'a inscrite dans un programme d'entretien à la méthadone dans le cadre d'un protocole de traitement fondé sur le modèle de la réduction des méfaits.

Réduction des méfaits

En plus des infections opportunistes typiques qui frappent les personnes vivant avec le VIH/sida, les utilisateurs de drogues par injection séropositifs tendent à souffrir d'infections bactériennes pyogènes comme la pneumonie, l'endocardite et la septicité plus fréquemment que (1) celles qui ne consomment pas de drogues par injection et (2) les utilisateurs de drogues par injection séronégatifs.[1]

De toute façon, pour la personne séropositive, l'utilisation de drogues par injection augmente le risque de complications médicales graves liées à la maladie du VIH. En outre, lorsqu'une personne séropositive a des habitudes d'injection peu sûres, comme le partage de seringues, d'autres sont également à risque de contracter le VIH eux-mêmes. Le modèle de la réduction des méfaits reconnaît et vise à réduire le risque accru de complications médicales auxquelles est exposée une personne séropositive qui continue de consommer des drogues par injection, de même que le risque que des méthodes d'injection peu sûres mènent à la propagation de l'infection au VIH.

Le modèle de la réduction des méfaits reconnaît également que, sur le plan médical, des personnes ayant une toxicomanie grave ne pourront pas immédiatement pratiquer l'abstinence complète, et qu'il ne serait pas souhaitable que le fassent des personnes séropositives ayant une toxicomanie grave. Ce modèle vise à faire en sorte que les personnes séropositives réduisent leur consommation de drogues par injection en les traitant avec de la méthadone.

Politique du service correctionnel de la Colombie-Britannique

À la suite de sa condamnation, la requérante a été incarcérée au BCCW. Le service correctionnel de la Colombie-Britannique, qui administre le BCCW, a pour politique de ne pas fournir de méthadone aux détenus et ce, même si leur médecin de premier recours la leur prescrit. Conformément à cette politique, lorsque la requérante est arrivée au BCCW, on lui a refusé un traitement d'entretien à la méthadone.

Sevrage de la méthadone

Le sevrage de la méthadone a des effets physiologiques importants sur un patient. En particulier, le patient peut éprouver des nausées, des vomissements, de la diarrhée, des douleurs musculaires, des crampes, des sueurs, des frissons, de la chair de poule, des douleurs articulaires, de l'insomnie et de l'agitation. Pour le patient séropositif, le stress physique et psychologique extrême causé par le sevrage de la méthadone a un effet néfaste sur la numération des cellules T et le système immunitaire déjà hypothéqué du patient, ce qui rend le patient encore plus susceptible à la maladie et à l'infection.

Lorsque la requérante a été incarcérée au BCCW et qu'on lui a refusé sa dose quotidienne de méthadone, elle a commencé à éprouver des symptômes de sevrage de la méthadone. Son médecin de premier recours a jugé que le refus du BCCW de fournir de la méthadone à la requérante était contre-indiqué, sur le plan médical, et qu'il constituait une menace importante à sa vie et à son intégrité physique.

Les arguments d'ordre juridique

La demande d'*habeas corpus* est formée par un détenu qui allègue que sa détention est illégale. Dans la demande d'*habeas corpus*, le requérant cherche à mettre fin à sa détention pour le motif que celle-ci est illégale.

En l'espèce, la requérante a allégué que dans la situation décrite précédemment, sa détention était

inconstitutionnelle, donc illégale. Dans sa requête, elle contestait la constitutionnalité de sa détention pour plusieurs motifs. Elle a notamment plaidé que le fait de la priver de méthadone et de l'obliger à subir le sevrage était une peine cruelle et inusitée, interdite par l'art. 12 de la *Charte*, et une violation de son droit à la sécurité, en contravention de l'art. 7 de la *Charte*. Elle a également soutenu qu'elle était l'objet de discrimination du fait qu'elle était séropositive et méthadonomanie.

La Cour suprême du Canada a affirmé qu'une peine était contraire à l'art. 12 de la *Charte* si elle était «excessive au point de ne pas être compatible avec la dignité humaine» ou si l'effet de cette peine était «exagérément disproportionnée par rapport à ce qui aurait été approprié.»[2] La Cour a également indiqué que certains types de peines seraient toujours considérés cruels et inusités. Ces peines comprenaient l'administration de châtiments corporels, la lobotomie et la castration. La requérante a soutenu que le refus de fournir à une personne séropositive le traitement médical jugé nécessaire par son médecin de premier recours est une peine cruelle et inusitée.

Au soutien de cet argument, un tribunal ontarien a jugé que le fait de ne pas fournir à un détenu séropositif des soins médicaux adéquats constituait une peine cruelle et inusitée.[3] Les patients séropositifs, en particulier ceux qui participent à des programmes d'entretien à la méthadone, ont d'importants besoins en matière de soins de santé, auxquels il faut satisfaire de manière rigoureuse et uniforme, à défaut de quoi leur santé sera gravement mise en péril et ils seront exposés à souffrir.

La Cour suprême du Canada a affirmé que «l'ingérence de l'État dans l'intégrité corporelle, de même que la tension psychologique grave causée par l'État, constituaient des atteintes à la sécurité de la personne, du moins dans le contexte du droit criminel».[4] La requérante a soutenu que, de l'avis de son médecin, le refus du BCCW de lui fournir de la méthadone constituait une atteinte grave à son intégrité physique et l'exposait à un plus grand risque de complications médicales graves, compte tenu de sa séropositivité; ce refus constituait donc une violation de son droit à la sécurité de la personne.

L'article 15 de la *Charte* garantit l'égalité devant la loi; autrement dit, cette disposition interdit la discrimination par le gouvernement. La Cour suprême du Canada a affirmé que la discrimination était une distinction «fondée sur des motifs reliés à des caractéristiques personnelles d'un individu ou d'un groupe d'individus, qui a pour effet d'imposer à cet individu ou à ce groupe des fardeaux, obligations ou désavantages non imposés à d'autres ou d'empêcher ou restreindre l'accès aux possibilités, aux bénéfices et avantages offerts à d'autres membres de la société.»[5] On soutient que la requérante a été l'objet de discrimination du fait de sa séropositivité et de sa méthadonomanie, deux conditions qui peuvent être considérées comme des déficiences physiques, un motif interdit de discrimination en vertu de l'art. 15.

Généralement, le service correctionnel de la Colombie-Britannique fournit aux détenus des traitements médicaux appropriés en cas de maladie ou de blessure. À cause de sa double condition de personne séropositive et de méthadonomanie, l'entretien à la méthadone constituait le traitement médical approprié pour la requérante. Par conséquent, la politique de ne pas lui fournir de la méthadone est une distinction fondée sur sa condition physique; en effet, si son état avait été autre, on lui aurait fourni des soins médicaux appropriés.

Réaction du BCCW

En réponse à la requête, le BCCW a déposé un affidavit par lequel il contestait l'opinion du médecin de la requérante comme quoi le sevrage à la méthadone était contre-indiqué pour les patients méthadomanes séropositifs et l'intégrité physique de la requérante était compromise par son sevrage. Dans l'affidavit, on affirme que le modèle de réduction des méfaits ne se rapporte qu'aux méfaits sociaux (c'est-à-dire le risque de transmission du VIH par l'échange de seringues) et non au risque accru de complications médicales qui se rapportent à l'infection au VIH qui découle de la consommation de drogues par injection. Malgré la position adoptée par le BCCW, celui-ci a fait examiner la requérante par un médecin de son service et le médecin lui a prescrit de la méthadone. Par la suite, la requérante a retiré sa requête en *habeas corpus*.

Dans un affidavit déposé en l'espèce, le directeur des services de santé du service correctionnel de la Colombie-Britannique a indiqué que la politique du service serait modifiée pour reconnaître la validité du modèle de la réduction des méfaits pour les détenus et pour permettre le traitement à la méthadone des détenus dans certaines situations.

- *Clay McLeod*

L'auteur tient à remercier le docteur Stanley de Vlaming pour son aide.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1]P.G. O'Connor et coll., «Medical Care for Injection-Drug Users with Immunodeficiency Virus Infection», *The New England Journal of Medicine*, 1994, 331 (7): 450.

[2]*Smith c. La Reine* (1987), 34 CCC (3d) 97 (CSC), à la p. 139.

[3]*R. v Downey* (1989), 42 CRR 286 (Cour de dist. Ont.)

[4]*Morgentaler et autres c. La Reine* (1988), 37 CCC(3d) 449 (CSC), à la p. 465.

[5] *Andrews c. Law Society of British Columbia* (1989), 56 DLR (4th) 1 (CSC), à la p. 18.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1996

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Divulgence du sérodiagnostic de détenus

Le 1 mai 1996, le Réseau d'action et soutien des prisonniers vivant avec le sida (PASAN) et neuf autres organismes ont officiellement avisé le Solliciteur général Herb Gray de leur désaccord quant aux modifications apportées à la supervision de la libération conditionnelle de Toronto centre-ville, pour exiger que les agents s'enquière du sérodiagnostic de détenus en libération conditionnelle.

Depuis février 1996, PASAN et la HIV/AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO) reçoivent des appels de personnes qui ont été interrogées sur leur statut sérologique au VIH, par des agents de libération conditionnelle disant qu'ils notifieraient les partenaires advenant leur séropositivité.

Après une enquête conjointe, PASAN et HALCO ont découvert que ces questions sont la conséquence d'un avis légal interne du Service correctionnel du Canada (SCC), daté du 30 janvier 1996 et préparé pour [trad.] «pour guider les psychologues du SCS quant à la divulgation de renseignements médicaux confidentiels». On y lit que:

À la lumière de cas juridiques récents ... lorsqu'un psychologue sait ou a des raisons suffisantes de croire qu'un prévenu séropositif a des relations sexuelles non protégées et n'a pas informé (ou refuse d'informer) un partenaire sexuel de sa séropositivité, le psychologue a le devoir d'en notifier tout partenaire ou partenaire potentiel.

L'avis note:

[son] désaccord complet quant à l'obligation d'un psychologue de respecter la confidentialité médicale et de ne pas révéler la séropositivité d'un détenu à son/ses partenaire(s) sexuel(s) en cas de risque potentiel [sic]. Les renseignements médicaux sur un détenu appartiennent au SCS. Comme le SCS est le client et non le contrevenant, il appartient au SCS de déterminer l'utilisation adéquate des renseignements.

Après l'obtention de ce document, PASAN et HALCO ont appris qu'il avait été distribué aux agents de libération conditionnelle et superviseurs de toutes les régions de l'Ontario, en laissant apparemment chaque superviseur établir sa propre politique locale sur la base de son interprétation du document. En conséquence, les agents de libération conditionnelle de la région métropolitaine torontoise ont reçu la directive de questionner les candidats sur leur statut sérologique au VIH et, si nécessaire, de procéder à la notification de leur(s) partenaire(s).

PASAN et HALCO se préoccupent évidemment des effets de cette directive sur les personnes en libération conditionnelle, spécialement celles qui sont séropositives. De plus, ils craignent que le SCC n'essaie d'appliquer plus largement cette opinion pour y inclure des personnes qui sont sous un autre type de supervision dans le reste de la province ou du pays. En effet, puisque les implications de ce document s'étendent évidemment aux personnes séropositives sans égard à leur statut légal, PASAN et HALCO ont décidé qu'il était important d'en aviser et d'y impliquer d'autres organismes qui travaillent avec les détenus, ex-détenus et personnes vivant avec le VIH/sida, dans l'action contre cette politique.

Le 1 mai 1996, les 10 organismes ont fait parvenir au Solliciteur général un mémoire conjoint demandant: (1) qu'on cesse immédiatement cette pratique et (2) que l'avis juridique soit complètement ignoré, avant que d'autres départements du SCC n'essaient de l'appliquer à d'autres personnes sous la garde du SCC. Les organismes ajoutant leur voix à celles de PASAN et de HALCO sont: le AIDS Committee of Toronto, la Société canadienne du sida, le Réseau juridique canadien VIH/sida, le Katarokwi Native Friendship Centre (Kingston), le Kingston AIDS Project, le Ontario AIDS Network, le Peterborough AIDS Resources Network et Voices of Positive Women. Entre autres organismes consultés pour cette action, on trouve AIDS Action Now!, Aboriginal Legal Services (Toronto), le Réseau d'information sur le traitement VIH/sida, la Société Elizabeth Fry du Canada et la Société John Howard du Canada.

Parmi les principales critiques émises par les groupes de cette coalition *ad hoc*, on souligne que cet avis légal et les actions subséquentes du SCC sont contraires à plusieurs lois, notamment celles sur la confidentialité du médecin quant à son patient, telles qu'établies par diverses dispositions des lois relatives au droit à la vie privée, le *common law* et l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*. On soulignait également que les politiques de divulgation obligatoire n'ont pour résultat que d'isoler les personnes vivant avec le VIH/sida, faisant reposer sur elles, à tort et injustement, la responsabilité de réduire le risque de transmission, et dissuadant en bout de ligne les gens de subir un test de dépistage du VIH. En outre, une telle mesure donne la fausse impression que le gouvernement, en l'occurrence le SCC, a la capacité de protéger le public contre la transmission du VIH, plutôt que d'insister pour que *tous* les individus prennent leurs responsabilités pour se protéger eux-mêmes.

Au moment d'aller sous presse, PASAN n'avait toujours pas reçu de réponse du Solliciteur général.

- Rick Lines

Toute personne en liberté conditionnelle à qui l'on a demandé son statut sérologique en vertu de cette nouvelle

politique est invitée à prendre contact avec PASAN au (416) 920-9567, ou la HIV/AIDS Legal Clinic Ontario au (416) 340-7790.

[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 4 - Juillet 1996

É.-U. — Dommages-intérêts accordés à un prisonnier vivant avec le sida

Dans un verdict annoncé le 1^{er} mars 1996, un jury fédéral du Kentucky a accordé 1 180 000 \$ US de dommages-intérêts à un homme pour des mauvais traitements qu'il avait subis pendant une nuit passée au Jefferson County Correctional Facility.[1]

Le demandeur a été arrêté pour ivresse publique et amené à la prison du comté. Il a dit à l'agent de police qu'il avait le sida, ce que l'agent a apparemment répété au personnel de la prison. Sosa affirme qu'il a été ridiculisé et injurié, qu'on l'a frappé et qu'on l'a placé dans une cellule sans toilette pendant plus de trois heures, et que, comme il souffrait de diarrhée et avait de fortes crampes, il s'est sali et a appelé à l'aide à plusieurs reprises. Le jury a octroyé des dommages-intérêts compensatoires et punitifs contre le comté et les gardiens de la prison individuellement.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] *Sosa c. Jefferson County*, n^o C-95-229 (W. D. Ky.), rapporté dans *Gay/Lesbian Law Notes*, avril 1996, p. 56. Voir aussi *Aids Policy & Law*, 22 mars 1996, 11(5): 1.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Australie — Condoms dans les prisons de la N.G.S

Le gouvernement de l'État de la Nouvelle-Galles du Sud (N.G.S.) a décidé de rendre les condoms disponibles dans trois prisons, sur une base d'essai. Cette décision fait suite à une promesse électorale.

Les détenus de trois établissements se verront permettre l'accès gratuit à des condoms par le biais de trois machines distributrices qui seront mises en place et entretenues par des contractants de l'extérieur, de sorte que le personnel carcéral n'ait rien à faire dans leur distribution ou mise aux ordures.

Selon le ministre des Services correctionnels de la N.G.S.:

Depuis plus d'une décennie les experts australiens de santé ont fait des pressions en faveur de l'accès aux condoms dans les prisons comme mesure préventive contre la transmission du VIH et de l'hépatite B. C'est la vie: il y a de l'activité homosexuelle dans les prisons. En permettant que les détenus soient protégés contre la transmission, nous assurons que le système carcéral ne devienne pas une source d'infection pour le reste de la société lorsque les détenus retournent vers leurs familles et amis.[1]

Quoiqu'elle soit à ses débuts en ce qui concerne l'accès des détenus aux condoms, la politique du système correctionnel de la N.G.S. en regard de l'utilisation de drogues s'est montrée beaucoup plus éclairée: depuis plusieurs années déjà, des programmes de distribution d'eau de Javel et d'entretien à la méthadone ont été mis sur pied et évalués.[2] Récemment, une étude de la N.G.S. a démontré que l'échange de seringues et d'aiguilles est aussi faisable dans les prisons australiennes.[3]

La situation au Canada

Au Canada, les condoms sont disponibles depuis 1992 dans le système correctionnel fédéral et dans plusieurs systèmes provinciaux, sauf exceptions. Là où ils sont disponibles, aucun problème n'a été

signalé et, après une résistance initiale, les détenus, le personnel carcéral et le public ont généralement bien accepté la politique.[4] Il demeure néanmoins certains problèmes: dans certains systèmes provinciaux les condoms ne sont toujours pas disponibles et d'autres ne les remettent que sur demande, par le biais des services médicaux des établissements.

Au Canada, contrairement à la N.G.S., la réaction des systèmes carcéraux face à l'usage de drogues a été et continue d'être lente. Seulement quelques systèmes provinciaux donnent l'accès à l'eau de Javel et le système fédéral n'en est qu'à amorcer sa distribution. Les programmes d'entretien à la méthadone et de distribution de seringues/aiguilles stériles, pour leur part, n'ont toujours pas été implantés dans les prisons au Canada, en dépit de leur succès dans les systèmes d'autres pays.

- Ralf Jürgens

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1]Rapporté dans le *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1996, 7(1): 4.

[2]Voir par exemple K. Dolan et coll., *Bleach Easier to Obtain but Inmates Still at Risk of Infection in New South Wales Prisons*, Technical Report, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 1996.

[3] 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. Rapporté dans *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3): 15.

[4] Voir Annexe 5, (Résultats du questionnaire destiné au personnel), dans: Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral: Documentation*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994.

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

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Australie – Omission d'informer un prisonnier de sa séropositivité

Un prisonnier qui avait dû se soumettre à un test de dépistage obligatoire du VIH, mais qui n'avait été informé du résultat que 16 mois plus tard, poursuit la Nouvelle-Galles du Sud.^[1]

Le prisonnier avait subi un test de dépistage du VIH en février 1991. Une infirmière lui avait dit qu'on communiquerait avec lui uniquement si le résultat était positif. Cependant, ce ne fut que l'année suivante, après qu'il eut été transféré dans une autre prison, qu'il a découvert qu'il était séropositif et que les autorités sanitaires de la prison le savaient depuis le mois de février précédent. La Cour suprême de Nouvelle-Galles du Sud lui a donné la permission de poursuivre l'État.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Rapporté dans *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1996, 7(1): 5, avec une référence au *Sydney Morning Herald* du 16 décembre 1995.

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

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

La *Australian Medical Association* demande des programmes d'échange de seringues pour les détenus

Dans son *Position Statement on Blood Borne and Sexually Transmitted Viral Infections* de février 1996, l'AMA déclare que «une prévention efficace parmi les populations carcérales nécessite l'établissement de programmes d'éducation préventive, d'échange de seringues pour les utilisateurs de drogues intraveineuses, et d'éducation sur les relations sexuelles sécuritaires pour ceux qui s'engagent dans des activités à risque élevé».

En outre, l'énoncé appuie le droit des détenus vivant avec le VIH/sida ou l'hépatite d'obtenir des soins adéquats.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1]Rapporté dans le *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1996, 7(1): 7.

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Australie – Jugement clément dans une affaire d'euthanasie

Un homme vivant avec le VIH depuis longtemps, qui avait aidé son amant vivant avec le VIH à mourir, a été acquitté d'une accusation d'homicide involontaire et condamné à une probation de trois ans pour avoir aidé et encouragé quelqu'un à tenter de se donner la mort. L'affaire a provoqué un débat sur l'euthanasie et sur la nécessité de modifier la loi.^[1]

L'homme, M. Hoddy, a été accusé d'homicide involontaire et d'aide et encouragement au suicide, après avoir appelé la police pour dire qu'il avait aidé son amant à se suicider au moyen de médicaments délivrés sur ordonnance. Il a également dit aux policiers que lui et son amant, M. Brooks, avaient antérieurement discuté de la possibilité qu'il aide celui-ci à mourir. Brooks avait été hospitalisé à plusieurs reprises pour des maladies liées au VIH, et il avait déjà tenté de se suicider.

Hoddy a dit que son amant lui avait téléphoné d'une chambre d'hôtel pour lui dire qu'il venait de «rater» une tentative de suicide et lui demander de l'aider «à le faire convenablement». Hoddy, un infirmier diplômé, est allé voir Brooks à l'hôtel, où ils ont parlé de leurs vies, se sont embrassés et ont pleuré ensemble avant que Hoddy n'écrase 15 comprimés de phosphate à la codéine pour que Brook puisse les prendre. Quand Hoddy a quitté la chambre, son amant était toujours en vie, mais il avait de la difficulté à articuler et il était affaibli sur le lit.

Un juge a acquitté Hoddy de l'accusation d'homicide involontaire en se basant sur la preuve de toxicologie et les antécédents médicaux de Brooks. Ces derniers démontraient que Brooks avait l'habitude de consommer des dérivés de la morphine; par conséquent les taux de phosphate de codéine trouvés au cours de l'autopsie n'auraient peut-être pas suffi pour causer la mort de Brooks. Les médicaments trouvés au moment de l'autopsie comprenaient également des taux mortels d'au moins un autre médicament, de même qu'un certain nombre d'autres médicaments.

Le juge a donc conclu qu'il n'était pas possible de dire que le médicament administré par Hoddy avait causé la mort de Brooks. Pour cette raison, la poursuite a modifié le deuxième chef d'accusation pour

aide et encouragement à une *tentative* de suicide (plutôt qu'aide et encouragement au suicide). Hoddy a plaidé coupable à cette accusation et attendu de connaître sa peine.

Détermination de la peine

Le 28 novembre 1995, une cour du district de Sidney imposa à Hoddy une probation de trois ans. Le juge Solomon prit en considération les «circonstances tragiques» de l'affaire et la mauvaise santé de Hoddy, et il ajouta que le geste de Hoddy avait été uniquement motivé par son affection pour Brooks, dont le sida était en phase terminale, et qui «vivait une grande détresse physique et psychologique».

Réaction

Le AIDS Council of NSW (ACON) s'est réjoui du résultat de l'affaire, disant que le «jugement démontre que la magistrature est réticente à incarcérer des personnes pour avoir aidé des amis à mourir dans la dignité». L'ACON a invité les politiciens de tous les partis à adopter un texte de loi visant à permettre l'euthanasie volontaire, parce que «la famille, les amis, les médecins –et particulièrement les personnes mourantes – ne devraient pas avoir à vivre l'expérience traumatisante connue par M. Hoddy et son ami mourant.»

Projet de loi sur l'euthanasie

L'ACON a diffusé un projet de loi sur l'euthanasie volontaire en septembre 1995 pour alimenter un débat public sur l'euthanasie.[2] Subséquemment, un député libéral de la Nouvelle-Galles du Sud a annoncé qu'il présenterait au Parlement un projet de loi qui permettrait l'euthanasie dans les cas de maladies en phase terminale, mais pas dans les cas où la qualité de vie est jugée inacceptable.

Portée du suicide médicalement assisté

Dans un document présenté à la conférence de 1995 de l'Australasian Society for HIV Medicine,[3] on rapportait que, parmi les médecins interrogés:

- 56 pour cent (incluant 70 pour cent de médecins généralistes qui traitent des personnes vivant avec le VIH/sida) étaient en faveur d'une réforme législative concernant l'euthanasie; et
- 18 pour cent avaient participé à des suicides assistés.

Les médecins qui avaient participé à des suicides assistés avaient reçu un grand nombre de demandes (438 demandes entre 41 médecins). Ils n'acceptaient pas toujours d'aider au suicide, mais proposaient dans bien des cas le commencement des soins palliatifs. Un grand nombre de personnes vivant avec le VIH ont néanmoins été assistées dans leur suicide par leurs médecins: dans certains cabinets, l'euthanasie ou le suicide assisté représentent jusqu'à un tiers de tous les décès reliés au VIH.

Chose déconcertante, quatre personnes assistées dans leur suicide étaient en santé; trente patients en santé qui ont demandé l'assistance au suicide ont essuyé un refus.

En général, l'étude «ne faisait pas uniquement ressortir l'étendue du suicide assisté dans les cas de VIH, mais démontrait que les consultations ou le recours anticipé aux soins palliatifs étaient souvent le fruit des démarches des patients qui faisaient connaître leurs problèmes à leurs médecins.»

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Ce texte est une version légèrement modifiée d'un article de D. Buchanan, «Bond for Man in Euthanasia Case», *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1995, 7(1): 24-25.

[2] Pour plus de détails, voir *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1995, 6(2).

[3] 16-19 nov. 1995, Coolum, Queensland.

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

Étude néerlandaise sur l'euthanasie chez les hommes gais atteints du sida

Un groupe de chercheurs néerlandais a étudié l'incidence de l'euthanasie, du suicide médicalement assisté et d'autres décisions médicales concernant la terminaison de la vie parmi 131 hommes gais atteints du sida.[1]

Les chercheurs ont découvert que:

- 22 pour cent des hommes sont morts par euthanasie ou suicide médicalement assisté; et
- dans une proportion additionnelle de 13 pour cent, une autre décision médicale concernant la terminaison de la vie a été prise.

Une analyse plus élaborée a démontré que:

- la possibilité du recours à l'euthanasie ou du suicide médicalement assisté augmentait selon la durée de survie des patients après que le diagnostic du sida a été posé; et
- la plupart des patients seraient morts naturellement moins d'un mois plus tard.

Selon les auteurs de l'étude, le taux élevé de décisions médicales concernant la terminaison de la vie est dû au degré élevé de connaissance de la maladie chez les patients. De plus, le taux important d'euthanasie chez ceux qui ont survécu longtemps pourrait s'expliquer par une augmentation des souffrances ou par une plus grande possibilité de discuter de l'option avec les amis et les médecins. Selon les chercheurs, l'euthanasie et autres décisions médicales concernant la terminaison de la vie ont abrégé la vie de très peu.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] P. Bindels et al., «Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Homosexual Men with AIDS», *Lancet*, 1996, 357, 499. Rapporté par Michael Howe, hivinfo@itsa.ucsf.EDU.

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

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

Volume 2 Numéro 4 - Juillet 1996

HISTOIRE

POINT DE VUE D'UN MÉDECIN: PROBLÈMES ÉTHICO-LÉGAUX (1986-96)

Depuis 1986, j'exerce en tant que médecin clinicien auprès de personnes atteintes par le VIH et par le sida. J'ai également accompagné des dizaines d'entre elles au cours de la phase terminale de leur maladie à domicile. Parallèlement à l'évolution de nos connaissances sur l'infection par le VIH, le sida et leurs traitements, de multiples problèmes éthico-légaux ont vu le jour et représentent encore aujourd'hui de grands défis pour les soignants.

Le présent article n'a pas la prétention d'en faire une revue exhaustive. Il s'agit plutôt d'un survol que d'une analyse en profondeur des problèmes éthico-légaux qui se sont profilés au cours des dix dernières années.

1986

C'est l'année choc, j'annonce à une vingtaine de patients par semaine qu'ils sont séropositifs. Hormis sa transmission principalement sexuelle et son caractère létal, nous connaissons encore peu de choses sur cette nouvelle maladie. Nous nageons en plein paradoxe: l'acte sexuel qui permettait jusque-là d'engendrer la vie est maintenant susceptible de provoquer la mort. Il suffit alors de peu pour que la panique s'installe dans les milieux tant scientifiques que populaires. À cause de cette panique, vont se multiplier les bris de confidentialité puis les discriminations et les exclusions qui s'en suivent. On craint la contagion, les explications rationnelles ne suffisent pas à désamorcer les craintes, elles vont même dans certains cas jusqu'à les amplifier. Afin d'en réduire les conséquences néfastes sur les personnes atteintes, on instaure l'anonymat dans les analyses de laboratoire.

1987

C'est au tour des compagnies d'assurance-vie de craindre les répercussions économiques que risque

d'engendrer le sida auprès d'une population jeune qui n'a pas jusque-là l'habitude de réclamations financières pour des soins de santé dont les coûts sont fort élevés. Les primes d'assurance-vie pour des jeunes sont, quant à elles, versées principalement en cas de décès accidentel. Avec le sida qui touche surtout les 20-40 ans, la vapeur est renversée. Certaines compagnies d'assurance, se sentant menacées, se mettent au dépistage anti-VIH des demandeurs d'assurance-vie sans consentement explicite et éclairé. On va même jusqu'à refuser d'assurer celui ou celle qui a déjà subi un test anti-VIH dont le résultat est négatif. L'explication simpliste qui en est donnée provoque la colère: « Si vous vous jugez suffisamment «à risque» pour subir un test de dépistage du sida, vous êtes trop à risque pour qu'on vous assure.»

1988

Des demandes d'euthanasie et de suicide assisté commencent à être exprimées clairement aux médecins. Certaines personnes infectées par le VIH dans la communauté homosexuelle, la plus touchée par le sida, voient disparaître leur cercle d'amis entier. Les deuils se multiplient à une vitesse vertigineuse et deviennent impossibles à résoudre. Ils s'ajoutent aux nombreux deuils personnels à faire lorsqu'on est soi-même atteint. Après avoir été témoins de la souffrance et de l'agonie de plusieurs proches, des patients conscients qu'ils souffrent des mêmes maux et qu'ils ne sont pas à l'abri des complications survenues chez leurs amis demandent à leur médecin d'abrèger leurs souffrances et leur agonie en les aidant à précipiter leur mort. Ces demandes exprimées rationnellement suscitent un véritable débat public sur l'euthanasie et bousculent en profondeur les systèmes de valeurs implantés dans le monde médical. Le débat public n'a pas encore réussi à ce jour à donner des armes au combat privé qui prend place à l'intérieur de chacun de ceux qu'un malade implore expressément en disant: «Aide-moi à mourir!»

1989

Le sida touche de plus en plus d'individus qui nécessitent de plus en plus de soins. Le nombre de médecins qui soignent les personnes vivant avec le VIH ne s'accroît pas. Des personnes atteintes se voient refuser l'accès aux soins par des médecins ou par des dentistes. Les motifs invoqués sont de tous ordres: méconnaissance de la maladie ou de ses traitements, manque d'équipement, peur d'être contaminé. Les codes de déontologie sont allègrement bafoués. Le caractère marginal d'une grande partie de la clientèle infectée par le VIH dérange. Le syndrome «pas dans ma cour» l'emporte sur tous les beaux discours portant sur l'éthique professionnelle. Des patients se voient retourner à leur médecin traitant sans les soins spécialisés qu'ils nécessitent; d'autres taisent leur séropositivité afin d'obtenir les traitements auxquels ils ont droit. Pendant ce temps, ceux qui les soignent dans l'ignorance de leur état se croient totalement à l'abri et ne prennent pas les précautions élémentaires lors d'interventions risquées. L'éducation des professionnels de la santé est aussi lente à produire ses effets que celle de la population générale.

1990

Le retour à domicile des patients en phase terminale de sida marque le début de cette nouvelle décennie. Après avoir connu les longues périodes d'hospitalisation que nécessitent les épisodes d'infections

opportunistes et leurs non moins pénibles investigations et traitements, de plus en plus de patients font le choix de mourir à la maison lorsque plus aucun traitement n'est susceptible de les sauver. Dans les cas où des soignants naturels, conjoint ou famille, sont présents et participent activement aux soins à donner, la tâche est facilitée pour le médecin traitant. D'autres cas s'avèrent plus difficiles à gérer. L'absence de conjoint, le rejet de la famille, son éclatement ou encore sa reconstitution isolent davantage les mourants et rendent publique l'acte privé qu'est celui de mourir. Les mourants sont alors accompagnés par des étrangers: médecins, infirmières, bénévoles qui prennent le relais à leur chevet afin de leur assurer une mort digne. S'il existe une éthique professionnelle et qu'on doive être extrêmement vigilant pour la faire respecter, existe-t-il une éthique des soignants naturels? Existe-t-il une éthique de la famille? Chaque fois que je quitte un malade ou un mourant isolé, je me le demande encore.

1991

Le portrait de l'épidémie change. Après la communauté homosexuelle et celle des receveurs de produits sanguins, voici que les usagers de drogues injectables sont touchés par le sida. Le partage de matériel d'injection souillé signe la transmission possible du VIH. Alors que certains usagers de drogues injectables optent pour la sobriété une fois infectés par le VIH et qu'ils sont prêts à tout pour survivre, d'autres diluent leur drogue avec leur sang contaminé et vendent à fort prix ce qu'ils dénomment le «hit total». À l'effet provoqué par la drogue s'ajoute le risque d'être infecté par le VIH. Cet acte de nature criminelle pose des défis éthico-légaux jamais encore égalés. Doit-on mettre en prison un tel revendeur et risquer qu'il poursuive ses activités dans un milieu clos et plus «à risque»? Pendant que la réponse tarde toujours à venir, des intervenants s'attaquent à la réduction des méfaits, apportant par là une réponse plus adaptée à la sous-culture que représente les usagers de drogues injectables. D'autres n'y voient qu'une seule solution: la répression. Le débat se poursuit.

1992

De nombreuses questions, encore sans réponse à ce jour, seront examinées au sein d'une vaste enquête sur le sang contaminé. Les receveurs de produits sanguins sont fortement touchés et secoués par l'épidémie du sida. Depuis l'automne 85, les produits sanguins font l'objet d'un dépistage des anticorps contre le VIH. Malgré l'implantation de cliniques de dépistage anonyme et l'existence de cliniques spécialisées, des individus aux comportements à risque continuent de donner du sang afin de connaître leur statut sérologique anti-VIH. De vastes campagnes d'information et d'éducation ont peu d'impact sur la motivation de ces donneurs rebelles. Doivent-ils être dénoncés sachant qu'il existe une période d'éclipse sérologique pendant laquelle la présence du virus n'est pas détectable? Il faudra attendre 1996 pour que soit instaurée la détection de l'antigène p24 reflet de la présence du virus. Les receveurs contaminés pendant la période de détection des anticorps sont-ils plus victimes que ceux qui les ont précédés? La question nous est posée.

1993

Le counselling entourant l'éventualité de la grossesse chez la femme séropositive est jusque-là difficile.

Le risque de transmission materno-foetale est d'environ 25%, l'impact de la grossesse sur l'évolution de l'infection par le VIH est méconnu, le risque de transmission du VIH au partenaire est présent. Le droit à la maternité doit-il l'emporter sur ces risques? On laisse le choix à celles qui deviennent enceintes de poursuivre ou non leur grossesse. Une étude sur l'administration de zidovudine pendant la grossesse, l'accouchement et à l'enfant pendant ses premières semaines de vie démontre que le risque de transmission materno-foetale peut être réduit à 8%. D'autres études démontrent qu'une grossesse n'a pas les impacts négatifs qu'on lui imputait sur l'évolution de l'infection par le VIH. Ces progrès scientifiques révolutionnent le counselling entourant la grossesse, les cliniciens doivent intégrer rapidement ces nouvelles connaissances et reconnaître l'infection par le VIH chez la femme plus rapidement qu'ils ne l'ont fait jusqu'à maintenant. Les attitudes médicales sont dans certains cas fortement tributaires de l'évolution des connaissances scientifiques, il faut aussi être en mesure de reconnaître cette évidence.

1994

Le transmetteur irresponsable, qu'il agisse par quelque mécanisme psychologique conscient ou inconscient, constitue un défi éthico-légal parmi les plus difficiles à relever. Le transmetteur irresponsable prend souvent les traits d'un charmeur auquel ses victimes ne peuvent résister. Il s'assure en agissant de la sorte du consentement de ses victimes à s'engager dans des relations sexuelles non protégées avec lui ou encore à partager du matériel d'injection contaminé. Il peut dans certains cas proférer des menaces à ses victimes qui auraient l'intention de le dénoncer, dans d'autres cas, il ira jusqu'à la violence minutieusement orchestrée sur la base d'une relation affective d'extrême dépendance lui accordant alors tous les pouvoirs. C'est à ce niveau qu'il devient difficile d'intervenir pour quiconque est en relation avec un être destructeur de ce genre. Comment aider l'être qui souffre et ses victimes, sans compromettre le lien de confiance créé au sein de la relation professionnelle? Comment aider celui qui ne reconnaît pas sa souffrance et celles qui ne se perçoivent pas abusées? Là où certains réclament la criminalisation, d'autres prônent la tolérance. Dans une solution comme dans l'autre, le mal continue de frayer son chemin, d'exercer son pouvoir et d'engendrer un malaise profond chez les intervenants.

1995

Après une quinzaine d'années d'épidémie, on commence à peine à réaliser l'ampleur du sida au sein du milieu carcéral. Si le dépistage, la confidentialité, la discrimination et les soins à apporter aux personnes atteintes en milieu carcéral ont fait l'objet de plusieurs critiques, ce n'est que tardivement qu'on s'est intéressé à la réalité de la transmission du VIH en prison. Pour assurer l'accès aux préservatifs, il a fallu reconnaître la possibilité de relations sexuelles entre les prisonniers même si ces dernières sont formellement prohibées. À ce jour, dans plusieurs établissements pénitenciers, les préservatifs ne sont disponibles que sur demande expresse d'un prisonnier. Il va sans dire que l'accessibilité de matériel d'injection stérile et de produits de désinfection, notamment l'eau de Javel, est loin d'être chose faite. Il faudra un jour admettre la réalité de la consommation de drogue intramurale même si cette dernière est aussi formellement interdite. Compte tenu du nombre grandissant de personnes infectées par le VIH en milieu carcéral, l'instauration d'un programme de réduction des méfaits s'impose de toute urgence. Pendant que les uns prônent un tel programme et que les autres s'y opposent, est-il éthiquement soutenable, alors que le risque de transmission demeure élevé, de ne pas agir parce qu'aucun consensus

ne se dégage du débat actuel?

1996

Les années 90 sont marquées par les essais cliniques qui se succèdent à un rythme infernal et qui, de 6 mois en 6 mois, modifient les conduites thérapeutiques à tenir à l'égard de l'infection par le VIH. Les résultats encourageants des études les plus récentes rendent vite désuets les traitements en cours pourtant fraîchement modifiés. Le désir tout à fait légitime d'obtenir le meilleur traitement et d'en arriver à une cure définitive sinon au contrôle de l'évolution de l'infection occulte souvent le jugement clinique. Doit-on à tout prix modifier un régime thérapeutique qui fonctionne sous prétexte d'un résultat d'essai clinique plus probant? Est-il éthiquement justifiable de maintenir un tel traitement plutôt que de le modifier? De plus, les considérations économiques doivent-elles, dans le contexte actuel, être toujours prises en compte lorsqu'il s'agit d'instaurer un nouveau traitement démontré plus efficace? En l'absence de cure définitive, est-il acceptable de devoir déployer les mêmes efforts pour assurer l'accès aux médicaments que pour les développer? Bien d'autres questions restent en suspens dans ce domaine et c'est au fur et à mesure qu'il faut y apporter des réponses justes et équitables à l'endroit, avant tout, des personnes infectées par le VIH.

CONCLUSION

Voilà partiellement effleurée la situation éthico-légale liée à l'infection par le VIH et au sida. La chronologie des problèmes soulevés par le VIH ne reflète pas nécessairement le moment exact de leur apparition mais permet plutôt d'en tracer l'évolution au fil des ans.

- Dr Clément Olivier

[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 4 - Juillet 1996

VIH/sida et armée

Le VIH dans les populations militaires: qui est concerné?

Un peu partout dans le monde, les ministères de la Défense et les hiérarchies militaires commencent à se préoccuper de la propagation croissante du VIH dans les populations militaires. Quoique tardive, cette attention est bienvenue. Nous nous inquiétons toutefois de la manière dont les problèmes sont définis par les instances concernées: selon nous, il faut remettre en question l'hypothèse selon laquelle la présence du VIH dans l'armée ne concerne que l'armée.

À cet effet, la récente décision des responsables du Congrès américain d'abroger la législation qui aurait forcé le ministère de la Défense à renvoyer le personnel militaire séropositif revêt une importance particulière parce qu'elle est issue d'arguments non seulement militaires, mais également civils. Les aspects sociaux et culturels de l'épidémie de VIH sont d'une importance telles que sa présence dans les populations militaires concernent toute la société.

On trouve plusieurs bons exemples de réactions des autorités militaires au VIH/sida dans leurs rang:

- le modèle d'éducation par les pairs, dans l'Armée royale de Thaïlande;
- l'emphase de l'Armée des É.-U. sur le counselling et le support;
- la politique des Forces armées belges contre la discrimination et sur les droits du personnel militaire séropositif.

Ces bons exemples, et d'autres, mettent à profit certains points forts de la culture militaire: discipline, travail d'équipe, hiérarchies d'autorité et de contrôle, et les infrastructures institutionnelles de formation, de soins médicaux et de gestion logistique.

Il faut toutefois observer les bases conceptuelles de ces réactions, pour se rendre compte que plusieurs initiatives militaires de lutte contre le VIH sont conçues comme des réponses exclusivement militaires à un problème exclusivement militaire. Ceci fait perdre de vue le fait que, quoique distincte, la communauté militaire n'est pas isolée de la communauté civile. Le contact sexuel entre militaires et civils dépasse la situation de couples formés par les militaires: il comprend aussi tout un continuum d'activités, notamment les relations sexuelles «récréatives» et «d'exutoire»; la torture sexuelle et le viol comme instruments de terreur et de domination en situation de conflit; le développement du commerce du sexe dans les communautés voisines de sites militaires. La présence du VIH dans la population militaire affecte donc directement le reste de la population.

Sexe et sexualité dans la vie militaire

Les questions découlant de la reconnaissance d'un tel continuum, qui concernent la place et le rôle du sexe dans la vie militaire, ont été négligées et méritent d'être explorées. Dans le contexte militaire la sexualité est souvent proscrite, les rapports homosexuels sont généralement illégaux et le personnel militaire peut se voir puni s'il présente une infection transmise sexuellement.

Mais, tandis que les institutions militaires s'efforcent de contrôler le comportement sexuel de leurs troupes, elles continuent de considérer ces comportements comme individuels, plutôt qu'en termes «occupationnels». Ceci est mis en lumière par le VIH: alors que l'infection à VIH transmise par le sang est considérée comme un risque occupationnel, l'infection par voie sexuelle est considérée comme une question de responsabilité personnelle et attire le blâme. Certaines politiques établissent d'ailleurs cette discrimination au moment de déterminer les bénéfices médicaux et sociaux auquel le personnel séropositif a ou n'a pas droit — de telles pratiques ont été rapportées par de nombreux participants militaires à un séminaire sur la prévention du sida dans les populations militaires (Regional Seminar for South and Southeast Asia, Cha Am, Thaïlande, 13-16 sept. 1995).

Une exploration plus approfondie de la sexualité dans la vie militaire pourrait remettre en question cette différenciation arbitraire: le sexe que les autorités considèrent officiellement comme «récréatif» est parfois organisé et même sanctionné par les autorités mêmes, comme un exutoire au stress occupationnel, une expression des normes occupationnelles de masculinité et de pouvoir, ou encore une arme contre les populations occupées — donc peut-être en réalité plus réellement «occupationnel» que récréatif.

Mais se trouve-t-il des possibilités de partenariat entre les autorités militaires et civiles, qui permettraient d'apporter les changements nécessaires, compte tenu du conservatisme inné des institutions militaires de plusieurs sociétés?

S'il en est, ces possibilités sont mêmes réduites par l'épidémie elle-même et par la peur du VIH qui renforce la tendance de la communauté militaire à se considérer comme isolée et isolable du reste de la société et de la menace de propagation.

Dépistage du VIH

Les questions liées au dépistage sont un bon exemple de besoin de collaboration entre l'armée et le reste de la société afin d'amorcer des changements sociaux. Le dépistage du VIH est perçu comme un puissant instrument de politique, par ceux qui considèrent que l'on doit garder le VIH hors de l'armée. Pourtant, il existe déjà un consensus international presque incomparable, quant aux arguments éthiques, sanitaires et économiques qui vont à l'encontre des programmes de dépistage au moment de l'embauche.

Or, en tant que résultat d'un débat qui se renouvelle constamment, ce consensus demeure fragile et souvent ignoré même dans la communauté civile. Le potentiel des forces armées à contribuer à solidifier ou affaiblir ce consensus ne laisse pas de doute: elles sont un employeur important, un symbole d'identité nationale et d'autorité de l'État, et souvent considérées comme un exemple moral. En conséquence, les politiques de dépistage du VIH chez les recrues, pour rejeter les personnes séropositives, sont source de grande préoccupation pour la société, d'autant plus que l'ONU a accordé son importante autorité morale à cette action, en recommandant que tous les pays qui contribuent aux troupes de maintien de la paix effectuent un dépistage du VIH du personnel de ces détachements afin de ne pas envoyer de militaires séropositifs (quoique la décision finale appartient aux autorités nationales).

L'aspect le plus frappant de telles politiques d'embauche réside dans l'absence de débat — reflet d'un précepte militaire bien connu comme quoi la politique militaire est l'affaire des militaires et d'autorités civiles désignées.

C'est ce précepte de base qu'il faut remettre en question, afin d'ouvrir un dialogue constructif entre la communauté militaire et la communauté civile car, telles que nous l'avons montré, les deux sont liées et interdépendantes à bien des égards. Par conséquent, elles peuvent et doivent s'unir pour mieux réagir à l'épidémie et mettre en marche les changements sociaux qui sont nécessaires pour tenter de l'endiguer dans les sphères militaire et civile.

- Alan Greig

Ce texte est un résumé. La version complète, sur le côté anglais du *Bulletin*, est basée sur une présentation de l'auteur à la 3e International Conference on AIDS in Asia and the Pacific, Chiang Mai (Thaïlande), 17-21 septembre 1995.

[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 4 - Juillet 1996

WWW, VIH/SIDA, LOIS ET POLITIQUES

Dans le magma de sites électroniques nés de l'explosion du World Wide Web, il faut du temps pour repérer des sites qui offrent un contenu informatif tangible, au-delà de la présence-logo ou de l'auto-promotion organisationnelle. Nous recommandons ici quelques visites de sites électroniques liés au droit et aux politiques dans la lutte contre le VIH/sida. (Les sites qui offrent une version française sont marqués d'une astérisque.)

***Réseau juridique canadien VIH/sida**

On trouve plusieurs extraits de numéros antérieurs du *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, de documents de travail publiés dans le cadre du Projet conjoint sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida (sur les prisons, la criminalisation de la transmission du VIH, les questions juridiques concernant les gais et lesbiennes, la discrimination, les lois et politiques sur les drogues, celles sur la prostitution, le dépistage et la confidentialité, et l'accès aux soins et traitements). On trouve aussi divers textes et communiqués de presse, des nouvelles des activités du Réseau (séminaires, projets, collaborations spéciales), une section consacrée à l'action urgente pour le renouvellement de la Stratégie nationale sur le sida, ainsi qu'une liste de liens vers des sites choisis. Un bon moyen de patienter jusqu'au prochain numéro du *Bulletin* !

<http://www.aidslaw.ca/>

HIV/AIDS Ethics and Policy Update: Journal of the American Medical Association

Ce site est relativement nouveau et contenait relativement peu de matériel au moment d'aller sous presse, mais la qualité du matériel offert suscite de l'espoir. Pour le moment, on y offre des opinions sur divers sujets liés à l'éthique et aux politiques en regard du VIH/sida, et les principes d'éthique mis de l'avant par l'AMA. On y expose des opinions sur le dépistage et la confidentialité, la notification, le «droit de savoir», la discrimination et la législation sur les handicaps, les assurances, les travailleurs de

la santé séropositifs, l'usage de drogues. La majeure partie de ces textes a été écrite par Lawrence O. Gostin.

<http://www.ama-assn.org/special/hiv/ethics/ethihome.htm>

Australian Federation of AIDS Organizations

Ce site montre bien la réaction communautaire australienne contre l'épidémie de VIH/sida. On trouve des extraits du *HIV/AIDS Legal Link*, du *National AIDS Bulletin* et du *HIV/AIDS Herald*. À mentionner: des textes concernant les politiques en matière de consommation de drogues intraveineuses, de prostitution, de législation, de dépistage, de réduction des méfaits liés aux drogues; un texte traitant du processus d'élaboration de politiques et une section d'information sur la demande de résidence permanente en Australie pour les personnes séropositives. Cliquez sur les trop petits liens au haut de la page d'accueil («publications» et «policy»): c'est là que se trouve la plus grande part de matériel.

<http://www.pinkboard.com.au/~afao>

CDC National Prevention Information Network (É.-U)

Parmi l'abondance de documentation sur ce site: le *New Report to the President, Youth & HIV/AIDS: An American Agenda*, ainsi que le *1995 Year-end HIV/AIDS Surveillance Report*, un service d'information sur les essais cliniques, un autre sur les traitements, et la possibilité de commander directement en-ligne des publications gratuites.

<http://www.cdcnpin.org>

On trouve aussi beaucoup d'autres textes sur le site Gopher, notamment les *Weekly Mortality and Morbidity Reports* et les *AIDS Daily Summaries*, listés en ordre chronologique, à:

<gopher://cdcnac.aspensys.com:72>

The Dutch Approach to AIDS

Les politiques néerlandaises à l'égard du VIH/sida, caractérisées depuis longtemps par leur approche pragmatique, sont expliquées sur ce site qui consiste en un long texte traitant de maints aspects, du sécurisexe à la méthadone, en passant par la prostitution et les gais et lesbiennes et bien d'autres questions et allusions.

<http://www.xs4all.nl/~mlap/count/nl/adam2.html>

Center for AIDS Prevention Studies (CAPS), University of California, San Francisco

Le point fort de ce site réside dans la qualité de ses nombreux sommaires sur des questions spécifiques liées à la prévention de la transmission du VIH (condoms, échange de seringues, éducation), mais aussi sur les besoins spécifiques des femmes, des Afro-américains, des Latino-américains, des prostitué(e)s, des gais et lesbiennes, des détenus, des sans-abri, hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, etc. Le tout est appuyé de généreuses références bibliographiques, la lecture est aisée et la présentation agréable.

<http://www.epibiostat.ucsf.edu/capsweb>

Fondation canadienne des politiques sur les drogues

Ce site traite des lois et politiques canadiennes actuelles en matière de drogues. Fortement opposée au projet de loi C-8, la législation proposée sur les drogues illicites (dont le texte a été mis en-ligne), la Fondation dédie une importante section de son site à des mises à jour détaillées sur le processus législatif, et présente des transcriptions de mémoires déposés au Comité sénatorial par divers organismes. L'approche de la réduction des méfaits et la démystification des préjugés sur l'usage de drogues occupent une place de choix, et la liste de liens vers d'autres sites consacrés aux drogues est impressionnante et plus fouillée que ce que peuvent offrir les fureteurs courants (Yahoo et cie).

<http://fox.nstn.ca/~eoscapel/cfdp/cfdp.html>

The Lindesmith Center

Établi à Manhattan, cet institut de recherche sur les politiques en matière de drogues offre un site généreux qui se consacre essentiellement à l'information de nature académique et des articles sur les drogues et les politiques. On trouve de très nombreux textes généraux et spécifiques de Ethan Nadelmann et du personnel du centre [pour une énumération, voir la version anglaise du présent texte]. Les visiteurs de ce site peuvent également s'inscrire à la liste d'envoi électronique de l'institut, afin de recevoir de l'information sur des événement médiatiques et des textes nouveaux. On trouve aussi l'accès à des documents d'agences gouvernementales américaines comme la Drug Enforcement Administration (DEA) et le National Institute on Drug Abuse.

<http://www.soros.org.org~lindesmith/tlcmain.html>

Safe Works AIDS Project (Minneapolis, MD)

Même si c'était seulement pour les couleurs, le graphisme et les images de seringues, la visite en vaudrait la peine! Mais il y a beaucoup plus: plusieurs articles sur la réduction des méfaits et une impressionnante revue de presse sur le thème de l'échange de seringues. Fort sympathique.

<http://www1.minn.net/~mikempls/safe.html>

***Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies**

Même si l'organisme subit actuellement un démembrement discret, son site web continue de briller. On peut encore trouver des documents utiles, surtout en cliquant le bouton «Statistiques» qui offre des textes sur l'usage des drogues licites et illicites en général, et sur la criminalité reliée à la drogue. Allez à la ligne qui permet des recherches par mots-clés (juste sous l'icône «What's new») et tirez des textes dont plusieurs sont trop récents pour figurer au menu principal comme tel, qui n'est pas mis à jour souvent. Le fantôme de la Stratégie canadienne antidrogue, qui avait fait naître ce Centre et s'est éteinte elle aussi sans grand bruit, est toujours disponible à l'avant-plan de ce site...

<http://www.ccsa.ca/cclat.htm>

Des liens et des listes de liens...

Voici quelques suggestions:

***Réseau d'accès à la justice** — <http://www.acjnet.org.french/french.html>

Virtual Medical Law Center — <http://www-sci.lib.uci.edu/%7Emartindale/Legal.html>

Canadian Law Resources on the Internet — http://mindlink.net/drew_jackson/mdj.html

Osgoode Law School — <http://www.yorku.ca/faculty/osgoode/uc.htm>

Le Law Crawler de Findlaw — <http://www.findlaw.com/search/lawcrawler.html>

- *Jean Dussault*

Si vous avez des **suggestions** pour cette chronique, merci de les transmettre à Jean Dussault:

jujube@odyssee.net

[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 4 - Juillet 1996

SIDA ET DÉVELOPPEMENT

Le VIH/sida est une pandémie globale et sans frontière; aucun pays n'en est à l'abri. L'ONUSIDA estimait qu'à la fin de 1995, un peu plus de 20 millions d'adultes sur la planète vivaient avec le VIH/sida, dont 90% se trouvent dans des pays pauvres du monde en développement. Près de la moitié sont des femmes.

La propagation du VIH est accrue par les failles qui existent dans la société globale actuelle. La pauvreté, la discrimination et le statut inférieur des femmes sont ainsi des catalyseurs de l'épidémie.

La Coalition interagence sida et développement, aborde ce sujet dans un article que vous trouverez en version anglaise dans le présent numéro.

Selon la Coalition:

Il faut insister sur le fait que le sida ne relève pas seulement de la santé ou de la médecine. Le personnel médical et paramédical ne peut résoudre ce problème.

L'expérience démontre que les initiatives couronnées de succès en matière de prévention de la propagation du virus et de neutralisation des conséquences du VIH/sida prennent en considération les facteurs sociaux, économiques, politiques et culturels qui rendent les personnes et les sociétés vulnérables au sida. De surcroît, ces initiatives s'attaquent à ces facteurs.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)
