

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Sommaire

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1

[Assurance et VIH/sida: questions actuelles](#)

[Point de mire: VIH/sida et injection de drogue](#)

[Les enfants: le visage changeant du sida](#)

Discrimination

[Revoilà votre santé — vous risquez de perdre la protection contre la discrimination](#)

[Questions juridiques concernant les gais et lesbiennes et le VIH/sida: un document de travail](#)

[À lire: *The Impact of Homophobia and Other Social Biases on AIDS*](#)

[É.-U. — Discrimination par une compagnie d'assurance](#)

Cliniques juridiques

[Services juridiques et VIH/sida: obstacles et tendances](#)

Retour au travail

[Travail et VIH/sida — retour vers le futur ?](#)

[Trithérapie et retour au travail: résultats d'un sondage québécois](#)

Confidentialité

[L'indemnisation des accidents du travail et la divulgation](#)

[É.-U. — Sanction pour bris de confidentialité](#)

Nouvelles canadiennes

[Les questions juridiques deviennent un «secteur stratégique» de la SNS III](#)
[Autochtones et VIH/sida: enjeux légaux](#)

Nouvelles internationales

[Sommet sur la fin de la vie](#)

Politiques sur les drogues

[VIH/sida et usage de drogue par injection: plan national d'action \(et de raison\)](#)
[Affaire Terry Parker: marijuana pour l'épilepsie — bientôt pour le VIH/sida?](#)
[Australie — Des élus recommandent une réforme des lois sur la drogue](#)
[La réduction des méfaits aux É.-U. — mouvement pour le changement](#)

Détenus et VIH/sida

[De la méthadone dans les prisons fédérales, mais pas de projet sur l'échange de seringues](#)
[Le Groupe de travail recommande l'entretien à la méthadone et l'échange de seringues en prison](#)
[La méthadone dans les prisons provinciales en C.-B.](#)
[Un décès met en lumière le traitement de détenus vivant avec le VIH/sida](#)
[Contre la ségrégation en unité de soins «spécialisés»](#)
[Preuves de la transmission du VIH en prison](#)
[Prisons privées et prévention du VIH en Australie](#)
[Prescription de stupéfiants à des personnes toxicodépendantes en milieu carcéral - quelques résultats intérimaires](#)
[É.-U. — Un détenu contracte le VIH en prison](#)
[Australie — Plaidoyers de réforme dans les prisons de l'Australie méridionale](#)
[Nouvelles publications sur le VIH en prison](#)

Justice pénale

[Justice retardée et refusée dans l'affaire de morsure](#)
[La Cour d'appel de C.-B. se prononce sur la détention d'une prostituée séropositive](#)
[Accusations criminelles contre un homme séropositif](#)
[Le VIH considéré comme un facteur aggravant](#)

[É.-U. — 10 ans pour des rapports sexuels non-protégés](#)

[É.-U. — Refus de clémence à des accusés ayant le sida](#)

[Australie – Homme accusé d'avoir intentionnellement transmis le VIH](#)

Euthanasie

[Australie — Emprisonnement pour aide au suicide](#)

[Australie — Des médecins reconnaissent pratiquer l'euthanasie et l'aide au suicide](#)

Immigration

[Un tribunal européen empêche l'expulsion d'un homme ayant le sida](#)

Chronique Internet

[Politiques sur les drogues et réduction des méfaits sur Internet](#)

Nouvelles publications

[*Positively Women Living With AIDS*](#)

[*Typhoid Mary: Captive to the Public's Health*](#)

Les enfants

[Les droits de l'enfant dans le contexte du VIH/sida](#)

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Assurance et VIH/sida: questions actuelles

Il fut un temps où l'assurance ne préoccupait que de Canadiens vivant avec le VIH/sida. Aux premiers temps de l'épidémie, l'issue mortelle rapide et douloureuse de la maladie empêchait généralement toute considération de problèmes juridiques autres que la planification testamentaire. Avec l'avènement du diagnostic précoce et des progrès du traitement, de plus en plus de gens vivant avec le VIH/sida sont aux prises avec des questions relatives à l'assurance.

Dans cette série d'articles en deux parties, nous examinons quelques-unes des questions actuelles en ce domaine, à la lumière de deux cas fictifs, et nous proposons des réformes. Le premier cas, présenté ci-dessous, porte sur l'obtention d'une assurance. L'autre cas, qui sera présenté dans le second article de la série, porte sur l'obtention de prestations par l'assuré.

Premier cas - l'accès à l'assurance

Charles est gai. Il a été diagnostiqué séropositif au VIH en 1988. Il a trois assurances:

- La première est une assurance-vie individuelle souscrite en 1985. À l'époque, on ne lui avait posé aucune question sur le VIH/sida.
- La deuxième est une assurance invalidité individuelle souscrite en 1988. À l'époque, Charles avait remarqué que ses ganglions étaient enflés. Il a décidé de subir un test de sérodiagnostic du VIH mais, «au cas où», il a demandé l'assurance avant d'obtenir le résultat. On lui a posé une question sur le VIH/sida, mais il a répondu par la négative.
- La troisième est une assurance-vie collective souscrite par la société pour laquelle Charles travaille. On n'a posé aucune question sur le VIH/sida quand Charles est entré au service de la société, en 1987.

Charles a un conjoint du même sexe, nommé Stéphane. Stéphane a demandé une assurance en 1990. À cette époque, Stéphane ignorait son état sérologique. Il a dû subir un test de sérodiagnostic du VIH, dans le cadre de sa demande d'assurance. Il a été surpris que la compagnie d'assurance lui refuse l'assurance parce qu'il avait été «diagnostiqué séropositif au VIH». Avant ce refus, il n'avait reçu aucun counselling post-test pour l'informer du résultat.

Stéphane examine actuellement deux offres d'emploi: l'une du Comité métropolitain du sida (CMS), l'autre de la Société de fiducie V&G (FVG). Le CMS s'est montré très intéressé à l'embaucher mais n'offre pas d'assurance collective pour les personnes séropositives. FVG vante son programme d'assurance collective et lui promet que «sa femme et ses enfants auront la meilleure protection qui soit».

Charles et Stéphane ont également fait un emprunt hypothécaire en 1995, pour lequel ils ont souscrit une assurance-vie. On ne leur avait pas posé de question sur le VIH/sida, mais ils s'inquiètent de ne pas être couverts.

Analyse

On doit se pencher sur trois questions importantes, dans les dossiers d'assurance où il est question de VIH/sida:

- la chronologie des événements: la demande a-t-elle été faite avant ou après que le demandeur apprenne qu'il était séropositif ou qu'il ait conscience d'une affection réputée être causée par le VIH?
- l'époque de la demande: la demande a-t-elle été faite avant ou après qu'il devienne courant d'obliger les demandeurs à subir un test de sérodiagnostic du VIH?
- la nature de l'assurance: s'agit-il d'une assurance individuelle ou collective?

Comme l'a fait remarquer la Cour suprême du Canada dans l'arrêt *Zurich Insurance c. Ontario*,^[1] il existe une tension fondamentale entre les lois sur les droits de la personne et ce qui se fait dans le domaine de l'assurance. En vertu des lois sur les droits de la personne, il faut faire abstraction de certaines caractéristiques personnelles innées, alors que l'assurance consiste à catégoriser le risque à partir de probabilités fondées sur des caractéristiques personnelles.

Le premier contrat d'assurance

La première assurance de Charles a été souscrite à une époque (en 1985) où il y avait encore un débat considérable sur l'opportunité de demander un test de sérodiagnostic du VIH ou de poser des questions à ce sujet. Certains États américains y avaient même interdit le recours.^[2] Toutefois, dans un rapport de 1986, le Comité sur le sida de l'Association du Barreau canadien - Ontario a conclu que les tests étaient suffisamment fiables et significatifs, sur le plan actuariel, pour que les assureurs puissent poser des

questions à ce sujet.[3]

Charles a été diagnostiqué séropositif en 1988. Lorsqu'il a souscrit la première assurance, en 1985, il ignorait son état sérologique. (Il est peut-être impossible de savoir si Charles était ou non séropositif en 1985). Charles n'était certainement pas tenu de révéler qu'il était gai. La discrimination fondée sur l'orientation sexuelle est interdite par la loi fédérale sur les droits de la personne et par la plupart des lois provinciales en la matière.[4] Les exceptions pour les contrats d'assurance ne vont pas jusqu'à couvrir les motifs d'orientation sexuelle. Cette assurance est valide.

Le deuxième contrat d'assurance

En 1988, déjà, les questions sur le VIH/sida étaient devenues monnaie courante dans les demandes d'assurance individuelle. Une réponse positive entraînait un refus d'assurance. Il ne serait sans doute pas difficile de conclure que l'hypertrophie ganglionnaire était un symptôme d'infection à VIH et de présumer que c'est ce qui a amené l'intéressé à subir le test. Il faudra examiner attentivement la demande d'assurance lorsque le titulaire de la police qui se trouve dans une situation semblable demande une indemnité d'assurance. Toutefois, il est tout à fait possible que la question sur le sida soit assez large pour couvrir ce symptôme, ou qu'il y ait une question générale sur la santé (clause omnibus) englobant cette affection.

Cette situation illustre le principe de l'*uberrimae fidei*, c'est-à-dire la bonne foi absolue: les assureurs doivent présumer que la personne à assurer dit la vérité sur ses habitudes et sa santé, dans l'évaluation du risque qu'ils acceptent en souscrivant la police. Le défaut, par l'assuré, de révéler un risque important entraîne la nullité du contrat.

Malheureusement, certaines personnes croient que si l'on a subi un test qui était anonyme ou non nominatif, on n'a pas à révéler son sérodiagnostic dans une demande d'assurance. Or, on doit le faire, à défaut de quoi le contrat est frappé de nullité si l'on se fait prendre. Bien que l'assureur ne puisse avoir accès aux renseignements issus d'un test anonyme, la chronologie du test est souvent consignée dans le dossier du médecin traitant. Or, l'assureur qui enquête dans le cadre d'une demande d'indemnisation peut prendre connaissance de ce dossier. Par conséquent, dans cette situation, et dans les cas où un test non nominatif ou confidentiel a été effectué, rien n'empêche l'assureur d'obtenir des renseignements sur le moment où le test a eu lieu.

Le cas sous étude soulève une question intéressante: l'hypertrophie ganglionnaire est un état aspécifique, susceptible d'être causé par toutes sortes de pathologies bénignes, comme l'infection des amygdales ou une grippe n'ayant rien à voir avec l'infection à VIH. Le demandeur ne s'est peut-être pas fait poser de question particulière qui l'obligeait à révéler son hypertrophie ganglionnaire, ou il n'a peut-être pas considéré que ce symptôme était important à cause de son lien transitoire avec une maladie ou un état bénin. Il n'est pas rare que les gens oublient de révéler de tels symptômes mineurs.

Des états transitoires qu'on a peut-être omis ou oublié de signaler sont généralement couverts par ce que

l'on appelle les «clauses d'incontestabilité» dans le contrat d'assurance ou dans la loi applicable, par exemple la *Loi [ontarienne] sur les assurances*. Ces dispositions prévoient qu'après l'écoulement d'un certain laps de temps, et en l'absence de fraude, une déclaration erronée ou une omission dans une demande n'a pas pour effet d'annuler le contrat.[5] Toutefois, l'interprétation de l'expression «fraude», dans ce contexte, est très favorable aux assureurs. Par conséquent, les clauses d'incontestabilité ne sont pas d'un grand secours pour la plupart des gens. Les états pathologiques plus graves, réels ou soupçonnés, ne sont généralement pas couverts par ces clauses. En effet, sur le plan juridique, on considère que de telles inexactitudes constituent de la fraude dans le contexte de l'assurance.[6]

L'assurance-vie collective

L'assurance-vie collective de Charles a été souscrite en 1987, avant qu'il ne soit diagnostiqué séropositif. Cette assurance ne risque pas d'être annulée. En effet, à l'époque, on posait rarement des questions sur le VIH/sida dans le contexte de l'assurance collective et, même de nos jours, lorsqu'il s'agit de groupes nombreux, il arrive qu'aucune question ne soit posée sur le VIH/sida. Même si son contrat d'assurance collective renfermait une clause dite «d'affection préexistante» et même si Charles avait réellement été séropositif en 1987 (ce que l'on ignore), la plupart de ces clauses n'ont plus d'effet après un an ou deux. De plus, le principe de *luberrimae fidei* ne s'appliquera pas, ou très peu, dans le contexte de l'assurance collective, où l'assureur doit considérer les caractéristiques du groupe considéré dans son ensemble.

L'assurance hypothécaire

La seule assurance conjointe dont Charles et Stéphane sont propriétaires est l'assurance hypothécaire. Il s'agit d'un type particulier d'assurance collective appelée «assurance collective des créanciers». Elle regroupe les emprunteurs du créancier et répartit le risque entre eux. Il est rare, et peut-être même injustifiable, sur le plan juridique, de trouver une question sur le VIH/sida dans une demande d'assurance souscrite pour des groupes si nombreux. Néanmoins, il peut y avoir une clause, imprimée en petits caractères, ayant pour objet d'exclure les réclamations fondées sur des causes liées au VIH/sida. Le surintendant des assurances de la Colombie-Britannique a statué que de telles clauses étaient trop larges et qu'elles constituaient une pratique déloyale au regard de la loi de la Colombie-Britannique.[7] Toutefois, dans cette affaire, le surintendant s'inquiétait surtout du fait que la clause était suffisamment large pour inclure les personnes qui avaient été infectées *après* qu'elles eurent souscrit l'assurance. Dans le cas qui nous intéresse, Charles et Stéphane étaient séropositifs *avant* d'avoir souscrit l'assurance. La situation est donc différente. Si le contrat d'assurance comprenait une clause ayant pour objet d'exclure les réclamations fondées sur les causes liées au VIH/sida, la véritable question concernerait l'applicabilité de l'exemption dont jouissent les compagnies d'assurance en matière de droits de la personne.

Counselling avant et après le test

Il est regrettable que Stéphane ait appris son sérodiagnostic sans avoir reçu de counselling avant et après le test, mais ce n'est pas chose rare.[8] Au Canada, bien qu'il soit généralement reconnu qu'un test de

sérodiagnostic du VIH ne devrait être effectué qu'avec le consentement éclairé et spécifique de l'intéressé, et que celui-ci doit recevoir du counselling avant le test (sur la nature et la portée de celui-ci) et après le test,[9] le défaut d'observer ces normes, certes contraire à la déontologie, n'a peut-être aucune incidence, du moins dans certains cas, sur la légalité du test.[10]

Bien que les compagnies d'assurance aient le droit d'obliger les demandeurs d'assurance individuelle à subir ce test, il est bien évident qu'elles ne sont pas en mesure d'offrir les séances de counselling requises.

L'assurance pour les personnes vivant avec le VIH ou le sida

Au moins un assureur en Afrique du Sud et un autre aux États-Unis offrent maintenant des assurances limitées – et coûteuses – aux personnes «saines» ayant le VIH. Il s'agit d'une nouvelle encourageante et il se peut qu'à l'avenir, on en vienne à mettre en question, de façon plus générale, la validité de l'exclusion totale, dans les contrats d'assurance, des personnes vivant avec le VIH/sida.

Accès des personnes séropositives aux avantages sociaux collectifs

Le dilemme de Stéphane (choisir entre un milieu de travail «sympathique» qui n'offre aucun avantage social, et un milieu moins accueillant dans lequel il serait difficile, voire impossible, de révéler son orientation sexuelle et sa séropositivité) illustre clairement deux problèmes importants: la difficulté des personnes séropositives à avoir accès aux avantages sociaux collectifs et, généralement, l'opprobre lié au sida.

Le CMS est un organisme de services en matière de VIH/sida (OSVS). Plusieurs OSVS ont encouragé les personnes vivant avec le sida à postuler des emplois chez eux. Pour ces personnes, il s'agit d'une occasion d'oeuvrer dans un milieu de travail positif et de contribuer à la lutte contre la maladie. Toutefois, plusieurs OSVS sont incapables d'offrir des avantages sociaux collectifs en raison de la manière dont ces avantages sont abordés aujourd'hui.

En effet, l'assurance collective et l'assurance individuelle s'appuient sur deux principes différents. L'assurance individuelle est fondée sur la souscription, où il y a évaluation du risque individuel. En théorie, l'évaluation du risque individuel ne devrait pas être nécessaire dans le cas de l'assurance collective. D'importants groupes sont assurés. Il ne s'agit pas d'un risque individuel, mais du risque moyen au sein de ce groupe. Dans le groupe, certains individus sont plus «à risque» que d'autres. Les personnes vivant avec le VIH ne devraient pas se trouver dans une situation différente, à cet égard, que par exemple les femmes portant le gène du cancer du sein, ou les gros fumeurs.

En fait, les groupes d'assurés tendent à être de plus en plus petits. Les employeurs qui ont peu d'employés sont souvent «tarifés selon les antécédents», un euphémisme employé dans le secteur des assurances qui signifie que tous les coûts du groupe en question, auxquels s'ajoutent des frais d'administration, sont récupérés sans mise en commun avec un groupe plus important. Par conséquent, les principes de l'évaluation du risque individuel sont progressivement appliqués dans le domaine de

l'assurance collective. La présence d'une personne ayant le sida dans un groupe de cinq personnes peut incontestablement miner la notion de «répartition du risque». Ce problème de définition du groupe a amené plusieurs OSVS à ne plus pouvoir souscrire d'assurances collectives ou à refuser l'assurance aux personnes vivant avec le VIH/sida.

En plus des problèmes causés par la petite taille des groupes, il y a eu des cas flagrants de discrimination fondée sur la nature du VIH/sida.^[11] Comme le fait remarquer Marcossou,^[12] nous avons tendance à croire que l'assurance, c'est pour «nous», et non pour «les autres». Vu l'opprobre lié au sida et aux groupes les plus touchés par cette maladie, il n'est pas difficile de comprendre pourquoi les employeurs et les assureurs considèrent que les personnes vivant avec le VIH/sida font partie des «autres», des gens qui ne devraient pas avoir le droit de se joindre à «nous», au groupe. Toutefois, cette attitude ne justifie nullement, sur le plan juridique, la discrimination envers les personnes vivant avec le VIH/sida.

Certes, il faut reconnaître que cette attitude n'est pas fondée uniquement sur des préjugés irrationnels, mais également sur des préoccupations réelles, liées à de possibles répercussions financières: les assureurs craignaient énormément que le VIH/sida ne bouleverse le secteur de l'assurance. En particulier, ils croyaient que des gais allaient pratiquer de l'«antisélection», c'est-à-dire souscrire de l'assurance en sachant qu'ils développeraient peut-être le sida.

En fait, ces craintes se sont révélées exagérées. Il n'y a aucun doute que certains gais ont souscrit de l'assurance par peur du VIH/sida. Toutefois, il faut se demander en quoi cela est différent de quiconque souscrit de l'assurance parce qu'il craint le décès prématuré. C'est précisément le rôle des assureurs: assumer un risque moyennant le paiement d'une somme d'argent.

Les choix et les droits de Stéphane

Stéphane pourrait accepter l'offre de FVG, qui semble avoir un bon programme offrant une sécurité financière importante à une personne qui, comme lui, vit avec le VIH/sida. Toutefois, ce dernier se trouvera peut-être dans un milieu de travail moins accueillant envers les gais. Il doit se demander comment FVG traitera ses réclamations d'assurance-médicaments ou de congé pour des raisons familiales si Charles tombe malade.

Stéphane doit d'abord se demander s'il y aura une question ou un test portant sur le VIH, dans le cadre de sa demande d'assurance collective. On ne peut lui refuser un emploi en raison de son état sérologique ou de son orientation sexuelle. Peut-on lui refuser l'accès aux prestations d'assurance?

Même si on ne lui pose pas de question sur son état sérologique, il faut que Stéphane soit au courant du problème des clauses d'affections préexistantes. Dans le contexte de l'assurance collective, où il n'y a pas de souscription individuelle, les assureurs ont recours aux clauses d'affections préexistantes pour limiter leur risque. Ces clauses sont très répandues et leur validité, dans le contexte du VIH, a été examinée dans l'arrêt *Thornton c. North American Life Insurance Company*.^[13] Thornton était séropositif et avait reçu des traitements avant d'être embauché par la Clarendon Foundation. Quelques mois après son entrée

en fonction, il est tombé malade et a demandé des prestations pour invalidité prolongée. En vertu de la clause d'affections préexistantes applicable à son cas – clause couramment stipulée – aucune indemnité n'était payable relativement aux affections pour lesquelles un traitement avait été reçu dans les quatre-vingt-dix jours de l'embauche, lorsque la réclamation était faite dans l'année qui a suivi l'embauche. La commission d'enquête a conclu que cette clause, bien que discriminatoire, était justifiée pour des motifs d'ordre actuariel, et donc justifiée par la dérogation prévue aux articles 22 et 25 du *Code [ontarien] des droits de la personne*.^[14] Le critère qui permet de savoir si la condition stipulée par l'assureur est valide, sur le plan juridique, est énoncé dans l'arrêt *Zurich*:^[15] la distinction faite par l'assureur — en l'espèce, la distinction entre les personnes séropositives et les personnes séronégatives — est-elle faite de bonne foi et est-elle raisonnable? On entend par distinction «faite de bonne foi» celle qui n'a pas pour objet de priver l'intéressé de droits que lui accorde le Code. La distinction raisonnable est celle qui est conforme aux principes d'assurance valables et acceptés où il n'y a pas d'autre solution pratique. La commission a jugé que la preuve appuyait l'allégation selon laquelle les assureurs devaient stipuler ces clauses pour limiter le risque, surtout le risque d'antisélection, vu qu'il n'y avait pas de souscription individuelle pour l'assurance collective. La Cour divisionnaire a fini par confirmer cette décision.

Stéphane se retrouverait donc probablement sans protection s'il tombait malade peu de temps après son embauche par FVG.

L'assureur de FVG peut-il poser des questions sur l'état sérologique de Stéphane, ou peut-il l'obliger à subir un test? Il s'agit d'une question très difficile. Comme nous l'avons vu, il peut y avoir dérogation aux droits de la personne lorsque l'assureur pose de bonne foi des questions raisonnables qui établissent une distinction fondée sur une déficience physique (mais non sur d'autres motifs de discrimination, comme la race et l'orientation sexuelle). Le critère de la bonne foi et du caractère raisonnable de cette question a des faiblesses, tant sur le plan du droit que sur le plan des faits. Sur le plan des faits, les progrès récents en matière de traitement ont fait en sorte que des personnes séropositives vivent plus longtemps et peuvent mener une vie plus productive. Le contexte médical a changé depuis l'arrêt *Thornton* qui, de toute façon, portait sur les clauses d'affections préexistantes. On pourrait en fait invoquer l'arrêt *Thornton* pour contester cette exigence: les assureurs prétendaient que cette clause était nécessaire dans le contexte de l'assurance *collective* où ils n'évaluent pas le risque individuel. Comment peuvent-ils alors exiger un test de sérodiagnostic pour éliminer le risque individuel?

En outre, on peut se demander pourquoi on fait un cas particulier du VIH/sida. Existe-t-il une preuve solide permettant d'affirmer que le VIH/sida constitue un cas à part? Il arrive souvent que certaines maladies soient considérées comme plus «valables» que d'autres, sur le plan social. Même parmi les personnes vivant avec le VIH, les enfants et d'autres «victimes innocentes» ont souvent droit à plus de sollicitude publique que ceux qui ont contracté la maladie par leur comportement «volontaire», surtout les relations homosexuelles et l'injection de drogue. Pourtant, on n'exclut pas les gens qui tombent malades en raison d'autres comportements volontaires, comme le tabagisme, la mauvaise alimentation ou la sédentarité.

Un jugement récent et important, sur cette question, est l'arrêt *Gibbs c. Battlefords & District Co-operative Ltd.*^[16] Bien qu'il ne porte pas sur le sida, cet arrêt a pour l'objet une autre maladie qui suscite

l'opprobre sociale et qui semble attirer une attention particulière chez les assureurs: la maladie mentale. Dans cette affaire, la Cour suprême du Canada a examiné la légalité d'une clause d'un programme d'assurance collective qui avait pour objet d'imposer des conditions aux malades mentaux, alors que ces conditions n'étaient pas imposées dans le cas de déficiences physiques. D'après la Cour suprême, une fois que l'employeur choisit d'offrir des prestations, il ne peut faire de discrimination fondée sur les types de déficiences en l'absence de motifs sérieux d'ordre actuariel. La Cour a jugé que les exigences particulières imposées aux demandeurs ayant une déficience mentale violaient la loi de la Saskatchewan sur les droits de la personne et qu'elles n'étaient par ailleurs pas justifiées.

À cet égard, Marcosson nous avertit qu'il faut être vigilants face aux tentatives de présenter la défense simpliste selon laquelle le VIH/sida imposerait des coûts plus élevés que la moyenne des maladies et que les distinctions fondées sur le VIH/sida seraient donc «raisonnables» et «justifiées sur le plan actuariel». Dans le contexte de l'assurance collective, la distinction fondée sur le fardeau financier accru sera valable pour plusieurs maladies. Sur le plan juridique, il faut faire la comparaison avec d'autres maladies onéreuses qui peuvent frapper les membres du groupe, par exemple le cancer et la sclérose en plaques. Sur le plan déontologique, il faut se demander pourquoi les personnes vivant avec le VIH seraient exclues du groupe, du «nous». En définitive, certains auront besoin de l'assurance collective plus que d'autres; les personnes qui n'en ont pas besoin n'assument pas un fardeau inéquitable: ce sont les chanceuses. Une fois que le groupe commence à dévaler la pente glissante de l'exclusion de certains parce qu'ils sont plus à risque, plus coûteux ou «moins méritants», la notion d'assurance collective perd tout son sens. Elle devient un mécanisme par lequel on paie une prime réduite pour avoir le privilège d'être identifié comme faisant partie du groupe le plus sûr. Ce n'est plus une répartition du risque, c'est le rejet du risque sur le dos des membres les plus vulnérables du groupe.

- *Douglas Elliott*

Dans le second article sur ce sujet, qui sera publié dans le prochain numéro du *Bulletin*, nous examinerons les problèmes rencontrés par les assurés – ou ceux qui croient l'être – qui veulent obtenir des prestations d'assurance ou continuer d'en recevoir. Nous présenterons également des suggestions de réforme.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] [1992] 12 C.C.L.I. (2^e) 224 (C.S.C.).

[2] J.E. Stengel et C. Brown, «The Impact of AIDS on The Canadian Life Insurance Industry», *Canadian Insurance Law Review*, 1992, 2: 95, à la p. 100; B. Shatz, «The AIDS Insurance Crisis: Underwriting or Overreaching?», *Harvard Law Review*, 1987, 100: 1782 à la p. 1792.

[3] Association du Barreau canadien - Ontario, *Report of the AIDS Committee*, Toronto, l'Association, 1986.

[4] Les exceptions sont l'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard, les Territoires du Nord-Ouest, Terre-Neuve et le Labrador. Cette dernière province est en voie de modifier sa loi sur les droits de la personne à la suite d'un arrêt selon lequel l'absence de protection contre la discrimination pour les gais et les lesbiennes était inconstitutionnelle. La Cour d'appel de l'Alberta est arrivée à la conclusion contraire relativement à l'*Individual Rights Protection Act*. Cet arrêt a été porté en appel devant la Cour suprême du Canada qui n'a pas encore rendu jugement. Les Territoires du Nord-Ouest envisagent actuellement des modifications. Pour plus de détails, voir A. Vassal, J. Fisher, R. Jürgens, R. Hughes, *Questions juridiques concernant les gais et les lesbiennes et le VIH/sida, un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1997.

[5] Voir, par exemple l'article 184 de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990, c. I.8.

[6] Voir, par exemple, *Kiernan c. Metropolitan Life Insurance Company*, [1925] R.C.S 600; *McArthur c. Prudential Insurance Company of America*, [1969] 2 O.R. 689 (H.C.); *Kruska c. Manufacturers Life Insurance Company*, (1984) 6 C.C.L.I. 299., conf. par (1985) 11 C.C.L.I. (C.A. C.-B.).

[7] British Columbia Ministry of Finance, *Information Bulletin*, no INS-95002, 16 janvier 1995.

[8] Voir, par exemple, le témoignage de Mme Joan Drew devant la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada, 31 mars 1994, aux p. 5037 à 5040.

[9] Pour plus de détails, voir R. Jürgens, M. Palles, *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité, un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1997.

[10] Voir *Canadian AIDS Society c. Ontario*, (1995) 25 O.R. (3^e) 388 (Div. gén.). Les faits de cette affaire étaient inhabituels. Le tribunal a jugé qu'en l'espèce, l'administration de tests à des donneurs de sang sans leur consentement ne violait pas les obligations de divulgation prévues dans la loi sur la santé publique. Ce jugement a été confirmé par la Cour d'appel et la Cour suprême a refusé l'autorisation d'appel. Pour plus d'information, voir P.A. LeFebour, D. Elliott, «Un tribunal ontarien statue sur la communication, aux donneurs de sang, de leur état sérologique», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(2): 1; P.A. LeFebour, D. Elliott, «*Canadian AIDS Society c. Ontario* : nouveaux développements», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 2(1): 5,7.

[11] Ce problème serait apparemment moins fréquent au Canada, avec son régime public d'assurance-santé. Aux États-Unis, l'assurance-santé privée est très importante et constitue le principal sujet de litiges. Voir, par exemple, Marcossou, *infra*, note 12 et Stengal, *supra*, note 2.

[12] S. Marcossou, «Who is "Us" And Who Is "Them" - Common Threads And The Discriminatory Cut-off of

Health Care Benefits For AIDS Under ERISA And The Americans With Disabilities Act», *American University Law Review*, 1994, 44: 361.

[13] (1995) 28 C.C.L.I. (2^e) 4 (Cour div. Ont.).

[14] L.R.O. 1990, c.H.19.

[15] *Supra*, note 1.

[16] [1990] 40 C.C.L.I. (2^e) 1 (C.S.C.)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Point de mire: VIH/sida et injection de drogue

Le 22 mai 1997, le Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection a rendu public son *Plan d'action*.^[1] En soulignant que la situation qui sévit au Canada relativement au VIH/sida et à l'usage de drogue par injection — plus de 50% des nouveaux cas d'infection à VIH attribués à cette pratique — constitue une crise de santé publique, le Groupe de travail a identifié les priorités et proposé les premiers pas à entreprendre en vue de contrôler la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection.

Le présent numéro du *Bulletin* présente:

- un sommaire du Plan d'action;
- les réactions d'un expert canadien reconnu;
- un article qui tente d'expliquer l'acharnement à poursuivre la «guerre aux drogues» en dépit de ses nombreux échecs et de l'obstacle qu'elle constitue pour les mesures de réduction des méfaits visant à réduire la propagation du VIH et les autres conséquences néfastes de l'usage de drogue;
- un survol des sites Internet qui offrent de l'information nouvelle sur le VIH/sida en rapport avec les politiques sur la drogue.

Plan d'action national sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection

Le Plan lance d'abord un appel à l'action, en soulignant l'urgence de la situation: alors que les *nouveaux cas de sida* diminuent au Canada, *les taux de VIH* sont toujours en croissance, principalement en raison du nombre considérable de nouvelles infections parmi les utilisateurs de drogue par injection (UDI):

Le Canada traverse actuellement une véritable crise de santé publique, en ce qui concerne le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection, le virus continuant de frapper les populations vulnérables, sans aucune distinction des frontières géographiques. Les personnes infectées sont de plus en plus jeunes; l'âge médian des nouveaux séropositifs est aujourd'hui passé de 32 ans à 23 ans. Le milieu carcéral, faute d'y avoir apporté les correctifs nécessaires pour redresser la situation, est devenu un facteur de propagation du virus. Par ailleurs, les populations autochtones sont surreprésentées dans les groupes les plus susceptibles de contracter le virus. Quant aux femmes, elles sont de plus en plus nombreuses à être infectées. Le nombre des nouveaux porteurs du VIH parmi les usagers de drogues par injection croît à un rythme alarmant, Vancouver comptant actuellement le plus haut taux de séropositifs déclarés en Amérique du Nord.[2]

Gravité du problème

Le Plan d'action souligne l'importance du taux de nouvelles infections parmi les UDI, les coûts associés à l'infection et la souffrance humaine qui en découle:

Pendant que l'on calcule les coûts directs et indirects associés à ces infections, des indications permettent déjà de croire que les sommes investies pour garder l'épidémie sous contrôle augmenteront considérablement. Il faut considérer non seulement les chiffres absolus, mais aussi leurs taux d'augmentation élevés et constants, ainsi que leurs coûts en termes de dollars et de souffrances humaines.[3]

On insiste sur le fait que les personnes qui s'injectent de la drogue ne le font pas toute leur vie, et que

lorsqu'elles abandonnent cette pratique, la société souhaite qu'elles aient encore devant elles une longue vie productive. Mais pour qu'il en soit ainsi, nous devons les maintenir en santé, libres du virus du sida, et bien vivantes.[4]

Par ailleurs, le Plan signale que les UDI ne vivent pas en vase clos et qu'ils font partie de notre communauté:

Comme tout citoyen, ils vivent dans la communauté et parallèlement à leur vie de toxicomane, ainsi qu'après, lorsqu'ils en guérissent, ils développent des relations intimes avec des partenaires et ont des enfants. Même si les épidémiologistes estiment que cette épidémie risque peu de frapper l'ensemble de la communauté avec la même ampleur qu'elle a frappé les usagers de drogue par injection, elle touchera néanmoins de nombreuses vies, infectant et affectant de nombreuses personnes n'ayant jamais consommé de drogues.[5]

Recommandations

Le Plan d'action recommande «que tous les leaders gouvernementaux et communautaires prennent des mesures immédiates». Les actions et les stratégies de mise en oeuvre qu'il préconise sont regroupées sous cinq grandes rubriques:

- politiques et législation;
- prévention et intervention;
- traitement;
- peuples autochtones; et
- femmes.

Politiques et législation

Le Plan souligne que les politiques et les lois canadiennes actuelles en matière de stupéfiants limitent notre capacité de résoudre le problème du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogue par injection et qu'elles «peuvent même, à certains égards, contribuer au problème ou l'aggraver». Le document évoque les exemples suivants:

- vu l'illégalité de nombreux stupéfiants, ceux qui s'injectent de la drogue choisissent souvent cette pratique parce qu'il s'agit du moyen le plus rapide et le plus efficace d'introduire une substance dans leur organisme et de maximiser l'état d'euphorie recherché, tout en réduisant le risque d'être repéré et arrêté;
- vu l'illégalité des stupéfiants, de nombreux utilisateurs craignent de s'adresser aux services de santé et aux services sociaux, accentuant ainsi leur marginalisation;
- par crainte d'être perçus comme tolérant l'usage de drogue, les fournisseurs de services hésitent parfois à fournir de l'information essentielle sur les moyens de se protéger lorsque l'on consomme de la drogue;
- l'illégalité des stupéfiants favorise le rejet émotif des utilisateurs de drogue, ce qui accentue leur marginalisation et favorise l'imposition de mesures punitives à l'endroit d'un «délinquant» plutôt qu'une attitude de compréhension et d'aide.[6]

Que faire?

Selon le Plan d'action, le Canada doit se doter de politiques qui

- encouragent les utilisateurs de drogue par injection à s'adresser aux services existants;
- assurent une pertinence réelle des services;
- favorisent la déstigmatisation de la population d'UDI dans la société;
- suscitent la participation multisectorielle et la création de partenariats communautaires; et
- respectent l'éthique et suscitent la participation des utilisateurs à leur élaboration.

Recommandations spécifiques

De façon spécifique, le Plan recommande:[7]

1. De renforcer le leadership et la volonté d'action, entre autres

- en poursuivant ou en renouvelant les stratégies qui permettraient de financer adéquatement divers programmes de lutte contre le VIH, le sida et l'usage de drogue, à commencer par les programmes communautaires;
- en s'assurant de financer des programmes alternatifs de prévention, de traitement antidrogue et de remplacement des peines d'emprisonnement par une participation aux programmes communautaires; et
- en allouant à ces programmes une part du financement actuel et en augmentant le financement, à l'aide de mesures novatrices comme (1) la remise à ces programmes de 50 % des revenus tirés de la guerre à la drogue[8] et des produits de la criminalité, et (2) l'imposition d'une surtaxe de 25 % sur les amendes aux trafiquants de drogue.

2. De modifier le *Code criminel*, notamment

- en prévoyant des exemptions législatives spécifiques qui investissent les médecins du pouvoir de prescrire des narcotiques aux utilisateurs de drogue, dans le but de médicaliser l'usage de stupéfiants et de réduire les méfaits associés à l'obtention de drogue dans la rue; et
- en décriminalisant la possession de petites quantités de drogue pour usage personnel.

3. D'améliorer les conditions dans les établissements de correction;[9]

4. De reconnaître la valeur de la recherche, de mettre ses activités à profit et de l'améliorer, entre autres

- en intégrant la participation des utilisateurs de drogue par injection à tous les aspects de la recherche;
- en étudiant les tendances locales de transmission du VIH chez les UDI; et
- en intégrant dans la conception de la recherche des méthodologies quantitatives, qualitatives et ethnographiques.

Prévention et intervention

En regard des questions de prévention et d'intervention, le Plan recommande:

1. De modifier les attitudes discriminatoires à l'égard des utilisateurs de drogue vivant avec le VIH ou le sida, dans le but ultime d'éliminer de telles attitudes, notamment

- en faisant participer les utilisateurs de drogue au développement des politiques, à la planification et à la mise en oeuvre des programmes ainsi qu'au processus d'évaluation;
- en créant des groupes communautaires de soutien et de défense des utilisateurs de drogue,

composés de leurs pairs, et en les intégrant parmi les organismes existants;

- en sensibilisant la magistrature et le secteur policier, dans le but de les amener à reconnaître et à accepter le fait qu'il est préférable d'aborder la toxicomanie dans une optique sanitaire et sociale, plutôt que criminelle;
- en assurant à la magistrature et aux autres intervenants du système de justice pénale la formation et l'information pertinente sur le lien entre VIH/sida et usage de drogue par injection;
- en faisant valoir la réduction des méfaits comme l'une des composantes essentielles d'un ensemble de stratégies à adopter dans le cadre du développement de programmes et de politiques; et
- en examinant et en modifiant au besoin les politiques et les procédures des organismes professionnels (p. ex., des médecins, des pharmaciens), afin d'assurer qu'elles favorisent la réduction des méfaits et entretiennent la volonté des membres de s'occuper des utilisateurs de drogue par injection.

2. D'améliorer les services d'échange de seringues.

3. De faciliter l'accès au traitement à la méthadone, entre autres

- en abolissant l'obligation pour les médecins d'obtenir une autorisation du ministre fédéral de la Santé pour prescrire de la méthadone;
- en élargissant considérablement la disponibilité de l'entretien à la méthadone;
- en réduisant et en éliminant tout autre obstacle dans l'accès à l'entretien à la méthadone;
- en assurant aux médecins la formation nécessaire pour les inciter à fournir des services de traitement à la méthadone aux utilisateurs de drogue par injection;
- en examinant des thérapies médicamenteuses autres que la méthadone, axées par exemple sur la buprénorphine, le naltrexone et le LAAM (L Alpha Acétylméthadol); et
- en réalisant à un ou plusieurs endroits des projets pilotes sur l'entretien à la méthadone, assorti de critères d'admissibilité moins stricts, dans le but spécifique de réduire la fréquence d'injection chez les héroïnomanes.

4. D'améliorer l'élimination des seringues souillées.

Traitement

Selon le Plan d'action,

Il est primordial de reconnaître que les usagers de drogues par injection infectés par le virus du sida sont avant tout des êtres humains, qui souffrent à bien des égards, et qui nécessitent les meilleures interventions qui soient, répondant spécifiquement à leurs besoins. Ils possèdent les mêmes droits que tout autre citoyen et doivent, à ce titre, avoir le même accès à tous les services existants et pouvoir prendre leurs propres décisions. Dans les cas où l'on craint que le patient ne se conforme [pas] au traitement prescrit, il convient

alors de lui procurer le soutien nécessaire pour assurer qu'il s'y conformera, tout comme on le fait dans le cas des autres patients, soient-ils diagnostiqués diabétiques, épileptiques ou autres. Toute partialité dans le traitement des usagers de drogues par injection est injustifiée et inadmissible.[10]

Le Plan recommande:

1. D'améliorer et d'élargir le continuum des services et de l'information disponibles, entre autres

- en offrant la possibilité d'opter pour un traitement autre que l'abstinence complète;
- en veillant à ce que chaque personne qui souhaite être traitée soit soumise à une évaluation et ait la possibilité de suivre des thérapies antirétrovirales conformes aux normes de soins en vigueur;
- en développant des options de traitement qui répondent spécifiquement aux besoins des cocaïnomanes;
- en étudiant les dangers potentiels pour la santé de l'individu qui consomme à la fois des produits pharmaceutiques à des fins thérapeutiques et des drogues à usage récréatif;
- en réalisant des essais cliniques sur la prescription de morphine, d'héroïne et de cocaïne à titre de solution de rechange, comme cela se fait déjà au Royaume-Uni et en Suisse;
- en développant des systèmes alternatifs de prestation de traitement de la toxicomanie dans les cliniques de soins globaux, qui soient conçus dans une optique de participation communautaire et autorisés par la province. On pourrait ainsi offrir des programmes d'entretien à la méthadone dans les cliniques de santé communautaires, et non plus exclusivement dans des cliniques médicales contre le paiement d'honoraires; et
- en veillant à ce que l'éventail complet des options de traitement, y compris les médicaments antirétroviraux, soit offert aux toxicomanes en milieu carcéral.

2. D'améliorer la qualité de la formation professionnelle.

Peuples autochtones

Le Plan signale que les données actuelles indiquent une hausse alarmante du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection des peuples autochtones du Canada. Il souligne également que les injustices envers les peuples autochtones au Canada conduisent à

une perte de leur culture et de leur identité en tant qu'individus et sociétés. Ce facteur, ajouté à d'autres, a engendré la situation que l'on connaît aujourd'hui, où ils sont, d'une part, surreprésentés parmi les usagers de drogues par injection des centre-ville, dans les établissements correctionnels et dans les données sur les maladies transmissibles sexuellement et sont, d'autre part, sous-représentés dans les données sur le traitement et sur le VIH [...] De plus, les questions de juridiction, d'autorité, de culture, de racisme et d'homophobie viennent compliquer davantage cette situation de recoupement des facteurs de risque.[11]

Le Plan conclut que, plus que tout autre groupe, «les Autochtones doivent faire preuve de fermeté et trouver rapidement une solution globale et efficace à leurs besoins sanitaires, en ce qui concerne le VIH, le sida et l'usage de drogue par injection.» Il recommande:

1. De rassembler régulièrement les données décrivant la situation et d'accroître leur qualité, entre autres
 - en donnant aux peuples autochtones l'occasion d'acquérir la formation nécessaire pour concevoir et mener à bien leurs propres projets de recherche; et
 - en effectuant de la recherche visant à s'occuper des questions particulières aux peuples autochtones, notamment l'âge (inférieur à la moyenne) auquel on y contracte le VIH, la plus forte incidence de l'usage de drogue par injection comme cause de transmission du VIH, la hausse constante des taux d'infection à VIH, et la surreprésentation des Autochtones dans les établissements correctionnels.
2. De reconnaître et de prendre en considération les facteurs culturels spécifiques aux Autochtones; et
3. De coordonner les efforts visant à résoudre les questions complexes, entre autres
 - en accordant au Réseau canadien autochtone sur le sida un soutien assorti financement;
 - en réglant les problèmes de compétences relatifs au droit à des services fournis par les différents paliers de gouvernement, ainsi qu'à l'opposition entre les notions «sur réserve» et «hors réserve»; et
 - en reliant aux services provinciaux les programmes autochtones sur le VIH/sida et l'usage de drogue par injection, afin de diminuer la tendance à dépendre des réserves.

Femmes

Le Plan d'action souligne que le nombre de femmes affectées par le VIH/sida au Canada augmente de façon alarmante, à un point tel «qu'il est devenu impérieux de prendre des mesures anticipatoires immédiates pour résoudre les problèmes particuliers auxquels les femmes sont confrontées». Il précise que de nombreux facteurs, notamment biologiques, économiques et culturels, rendent les femmes plus vulnérables au VIH que les hommes et que leur dépendance affective et financière vis-à-vis d'eux, couplée à la menace de violence conjugale, empêche souvent les femmes de se protéger contre le partage de seringues et lors de rapports sexuels. Le Plan recommande:

1. D'instruire les principaux intervenants sur les problèmes propres aux femmes et sur les moyens de les résoudre, entre autres
 - en formant les professionnels de la santé en matière de diagnostic, de traitement et de prévention du VIH chez les utilisatrices de drogue par injection;
 - en aidant les femmes qui ont des rapports sexuels avec des utilisateurs de drogue par injection

(qu'elles soient elles-mêmes utilisatrices ou non) à développer leur estime de soi et leurs capacités de se protéger;

- en offrant aux utilisatrices de drogue par injection les ressources qui leur permettront de prendre soin de leurs enfants et de leurs familles, tout en luttant contre le VIH ou le sida; et
- en suscitant le développement de groupes de soutien par les pairs qui soient facilement accessibles pour les femmes de la rue, afin de favoriser le partage des connaissances sur leurs moyens de se protéger.

2. D'améliorer la recherche, afin de saisir pleinement la nature et la portée du VIH et du sida chez les femmes et de développer les réponses pertinentes, entre autres

- en intégrant les utilisatrices de drogue par injection dans le processus de développement des politiques, des programmes et de la recherche;
- en effectuant des recherches sur la relation entre l'abus sexuel et le VIH, de même que sur le recoupement entre l'abus physique, l'usage de drogue et le VIH; et
- en développant et en mettant à la portée des femmes des moyens dont elles-mêmes auront le contrôle, pour se protéger contre le VIH.

Conclusion

Se fondant en priorité sur la participation des communautés et des utilisateurs des services, le Groupe de travail a développé un Plan d'action national permettant d'amorcer les «modifications urgentes requises».[12] Selon ses membres, «il est donc urgent que tous les leaders gouvernementaux et communautaires prennent des mesures immédiates.»[13] Il invite ardemment les particuliers, les communautés, les groupes non gouvernementaux et les gouvernements à s'engager pour convertir ce Plan en une *action*. En particulier, le Groupe réitère «le devoir du ministère fédéral de la Santé de faire preuve de leadership dans ce dossier, en partenariat avec les autres grands ministères concernés (Justice, Solliciteur général, Service correctionnel), en adoptant les mesures pertinentes, en suivant leur mise en application et en évaluant leurs résultats».[14] Tel que souligné dans le Plan, «la marche à suivre est tracée. Il ne reste plus qu'à passer à l'action».[15]

Le *Plan d'action national* est disponible pour téléchargement sur le site Web du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies à l'adresse <http://www.ccsa.ca/hivfre.htm>. On peut aussi s'en procurer copie auprès du Centre national de documentation sur le sida. Tél.: (613) 725-3434; télécopieur: (613) 725-9826; courriel: aids/sida@cpha.ca

Le *Plan d'action national* a été développé par un groupe de travail formé d'une équipe de bénévoles et présidé par le Dr Catherine Hankins. L'entreprise du Groupe de travail est le résultat immédiat de recommandations formulées par le Comité organisateur du Deuxième atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues.[16] Le financement du projet a été assuré par Santé Canada et sa coordination a été confiée à un partenariat entre l'Association canadienne de santé publique et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Le développement du *Plan d'action national* a nécessité la consultation de quelque 80 intervenants.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection: un plan d'action national*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, 1997.

[2] *Ibid.*, p. 5. Selon une étude menée par Strathdee et al, à Vancouver, 19 usagers de drogue par injection sur 100 séronégatifs au 1 janvier 1997 et qui continuaient à s'injecter de la drogue auront contracté le VIH à la fin de 1997. (S.A. Strathdee et coll., «Needle Exchange Is Not Enough: Lessons from the Vancouver Injection Drug Use Study», *AIDS 1997* (à paraître)).

[3] *Plan d'action national*, *supra*, note 1, p. 10.

[4] *Ibid.*

[5] *Ibid.*

[6] *Ibid.*, p. 14.

[7] Toutes les recommandations proviennent du *Plan d'action*, *supra*, note 1, p. 37-44.

[8] N.d.t. Nous nous distancions ici de la traduction française originale du rapport du Groupe de travail, où «the revenues produced through Anti-Drug Profiteering» a été traduit par «profits réalisés par les trafiquants de drogues».

[9] Pour plus d'information, voir l'article «Le Groupe de travail recommande l'entretien à la méthadone et l'échange de seringues en prison» dans le présent numéro du *Bulletin*.

[10] *Supra*, note 1, p. 23.

[11] *Ibid.*, p. 26.

[12] *Ibid.*, p. 32.

[13] *Ibid.*, p. 5.

[14] *Ibid.*, p. 6.

[15] *Ibid.*, p. 32.

[16] Deuxième atelier national sur le VIH et l'usage de l'alcool et des autres drogues, 1994.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Les enfants: le visage changeant du sida

L'ONUSIDA et l'OMS estiment que depuis le début de l'épidémie du VIH/sida, près de trois millions d'enfants de moins de 15 ans ont été infectés par le VIH. En 1996, *quotidiennement*, quelque 1 000 enfants ont succombé au sida et ceux qui ont contracté le VIH sont plus nombreux. À la fin de 1996, on a estimé que 830 000 enfants de moins de 15 ans vivaient avec le VIH, un nombre que l'ONUSIDA s'attendait à voir augmenter jusqu'à un million d'ici la fin de 1997. Au delà de 90% de ces enfants vivent dans un pays en voie de développement.[1]

Non seulement des enfants vivent-ils avec le VIH, mais des enfants en sont affectés: l'épidémie a un effet direct et dévastateur sur des millions d'enfants qui ne sont pas eux-mêmes séropositifs, mais dont la vie est marquée en permanence par l'intrusion du VIH dans leur demeure ou communauté.

Au Canada, plusieurs signes clairs indiquent aussi que le VIH et le sida touchent et affectent de plus en plus d'enfants. On ne connaît pas le nombre exact de familles canadiennes où des enfants ou un/les parents vivent avec le VIH/sida, mais des statistiques récentes confirment une incidence croissante du VIH dans la population hétérosexuelle et celle des utilisateurs de drogue par injection, de même qu'un déclin dramatique de l'âge médian auquel les gens contractent le VIH. Particulièrement, un nombre croissant de jeunes femmes contractent le VIH. Puisque le taux d'infection à VIH s'accroît chez les femmes en âge de procréer, le nombre d'enfants séropositifs ou grandissant «dans l'ombre du VIH» augmentera inévitablement.[2]

Partout, le sida change le monde des enfants. Des programmes sur le VIH/sida destinés aux enfants ont été improvisés, fragmentés, et ils ont vu le jour plus tard que ceux consacrés aux adultes. Dans les pays en voie de développement de même qu'au Canada, cette situation est aggravée par la pauvreté.

Au cours de la dernière année, cependant, il y a eu plusieurs initiatives susceptibles de favoriser une réponse plus efficace aux besoins et aux préoccupations des enfants et des familles vivant avec le VIH/sida ou affectés par lui, au Canada et dans le monde. Quelques initiatives marquantes sont décrites ci-

dessous.

Campagne mondiale 1997 contre le sida: *Les enfants dans un monde marqué par le sida*

En 1997, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a lancé une «Campagne mondiale contre le sida », plutôt que des initiatives reliées à la Journée mondiale du sida comme dans le passé. Selon l'ONUSIDA, cela aidera «à l'obtention de résultats plus tangibles en matière d'intervention ainsi que dans les domaines pragmatiques, à maximiser l'utilisation des ressources disponibles, à assurer la rentabilité et à étendre la portée et l'impact des efforts de mobilisation autour du globe».

La Campagne mondiale 1997 contre le sida a pour thème «Les enfants dans un monde marqué par le sida». La campagne est axée sur tout être humain de moins de 18 ans (définition de «enfant» dans la *Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant*). Le thème de 1997 chevauchera celui de la campagne de 1998, axé sur les préoccupations des jeunes (15-24 ans).

La campagne de 1997 a pour objectifs:

- une meilleure compréhension de l'ampleur et de la diversité de l'impact du VIH/sida sur les enfants, leurs familles et leurs communautés;
- un engagement plus solide, des politiques améliorées et une action accrue en vue de prévenir l'infection à VIH et de réduire l'impact de l'épidémie sur les enfants, leurs familles et leurs communautés;
- un accès accru et amélioré à de l'éducation de qualité et à de l'information pertinente sur la prévention et les soins en matière de VIH/sida chez les enfants, leurs familles et leurs communautés; et
- une plus grande compréhension de l'interaction entre les droits des enfants, les droits de la personne et le VIH/sida.

À l'appui de la Campagne mondiale 1997 contre le sida, l'ONUSIDA a produit deux documents: *Les enfants dans un monde marqué par le sida: Campagne mondiale 1997 contre le sida*; et *Objectifs de la campagne*. Pour en obtenir des copies, communiquez avec Dominique De Santis, ONUSIDA, 20 avenue Appia, CH-1211 Genève 27, Suisse. Courriel: desantis@unaid.org, ou consultez le site Internet de l'ONUSIDA: www.unaids.org

Réseau international d'ONG Enfants et sida

Tel qu'indiqué dans un numéro antérieur du *Bulletin*,^[3] le Réseau international d'ONG Enfants et sida, le RIOES (CAINN en anglais), a tenu sa première réunion de planification en novembre 1996. Le RIOES est un réseau international d'ONG qui vise à promouvoir la voix, les droits et besoins des enfants et des jeunes séropositifs, affectés, ou vulnérables au VIH/sida. Il privilégie le principe de participation des enfants affectés, de leurs familles et de leurs communautés à la prise de décision sur le développement de politiques et de programmes. Ses objectifs sont de:

- favoriser la mise en application de la *Convention des droits de l'enfant* et d'autres déclarations et ententes internationales pertinentes;
- s'assurer que les enfants aient l'opportunité d'exprimer leurs points de vue ainsi que leurs désirs et qu'ils soient impliqués dans les décisions qui concernent leurs vies, devant le VIH/sida;
- favoriser sensibilisation, solidarité, compréhension, connaissance et action accrues, face aux questions d'intérêt commun sur les enjeux liés aux enfants et au VIH/sida, et ce, par le partage d'information et de ressources;
- identifier les lacunes dans la recherche sur le VIH/sida relativement aux enfants et aux jeunes; voir à ce que la recherche soit respectueuse de l'éthique;
- s'assurer que les décideurs, aux niveaux international, national et local, inscrivent les enjeux du VIH/sida pour les enfants et les jeunes aux agendas, aux politiques et aux programmes;
- promouvoir la mobilisation et la distribution adéquate de ressources aux enfants et aux jeunes vivant avec le VIH/sida ou affectés par lui; et
- Favoriser une participation importante des familles et des communautés à l'identification de solutions et promouvoir leur participation à la planification et à la prise de décision.

Pour recevoir un sommaire du Rapport de la réunion de planification du RIOES, écrire au Secrétariat du RIOES, a/s CISED, 180 ave. Argyle, Ottawa ON K2P 1B7, Canada. Courriel: icad@web.net

Création d'un groupe de travail canadien sur les enfants affectés par le sida

Un groupe de travail sur les enfants affectés par le sida a été formé en juillet 1997, à l'occasion de l'assemblée générale annuelle de la Société canadienne du sida. Des participants à un atelier sur les enfants affectés par le sida tenu à cette occasion ont identifié un besoin de travailler en collaboration pour s'assurer qu'une action plus efficace soit entreprise en vue d'éliminer les importantes lacunes dans la provision de services de prévention, de traitement, de soins et de soutien aux enfants vivant avec le sida ou affectés par lui, à leurs familles et à leurs communautés.

Le groupe de travail a identifié trois objectifs pour guider ses démarches dans les premiers mois de son existence:

- s'assurer que les organisations qui représentent les enfants et familles affectés par le VIH/sida puissent être entendues lors des consultations pour développer la Phase III de la Stratégie nationale sur le sida;
- informer d'autres organismes et particuliers préoccupés par les besoins des enfants et familles affectés par le VIH/sida, quant à l'existence du groupe de travail, et favoriser leur participation aux activités du groupe de travail;
- obtenir des fonds pour couvrir les coûts: (1) du groupe de travail et (2) de la réunion des partenaires en vue de former une association pancanadienne visant une réponse plus efficace aux besoins et aux préoccupations des enfants et familles du Canada qui sont affecté par le VIH ou le sida.

Pour plus d'information sur le groupe, communiquer avec Richard Thomson ou Bob Watkins, Teresa Group, 790 Bay St., Toronto ON M5G 1N8, Canada. Téléphone: (416) 596-7703; ou Bruce Waring, CISD, 180 ave. Argyle, Ottawa ON K2P 1B7, Canada. Téléphone: (613) 788-5107. Courriel: icad@web.net

Étude canadienne sur les enjeux psychosociaux du VIH/sida pour la famille

Une étude importante sur les besoins présents et futurs des enfants canadiens et des familles vivant avec le VIH/sida a été publiée. L'étude, *Children Born to Mothers with HIV: Psychosocial Issues for Families Living in Canada Living with HIV/AIDS*,^[4] s'est basée sur des entrevues détaillées avec des soignants d'enfants issus de familles vivant avec le VIH/sida. Les entrevues ont été menées par des travailleurs sociaux dans 13 hôpitaux pédiatriques et organismes de services en matière de sida à travers le Canada, entre janvier 1994 et avril 1996. Les chercheurs ont conclu notamment aux besoins de:

- travailler à l'élimination de la stigmatisation et de la discrimination, par le biais de l'éducation, de la défense et de la protection des droits de la personne, et soutenir les familles dans leurs décisions quant à la divulgation;
- promouvoir et supporter la santé et le bien-être de la famille et s'assurer que les parents et enfants vivant avec le VIH/sida puissent demeurer ensemble le plus longtemps possible;
- fournir du soutien de transition aux parents, enfants et soignants si les parents ne sont pas en mesure de prendre soin de leurs enfants pour cause de maladie ou de décès;
- s'assurer que les familles disposent des ressources dont elles ont besoin pour prendre soin d'eux-mêmes et de leurs enfants et pour défrayer les coûts liés au VIH;
- s'assurer que l'on réponde aux besoins particuliers des familles autochtones, immigrantes ou de minorités; et
- accroître le soutien aux familles vivant avec le VIH/sida et répondre à leurs besoins par le biais d'intervention, d'éducation, de planification et de recherche.

Les chercheurs ont fait plusieurs recommandations quant à la façon dont les besoins mentionnés ci-dessus pourraient être satisfaits par des intervenants gouvernementaux ou non gouvernementaux.

Le rapport complet de l'étude (200 pages) est disponible en anglais seulement, au prix de 10\$. Un sommaire (50 pages) est offert sans frais en anglais et en français. Un résumé (5 pages) est disponible sans frais en anglais seulement. Contactez Dale DeMatteo, coordonnateur de recherche, Programme sur le VIH/sida, The Hospital for Sick Children, 555 University Ave., Toronto ON M5G 1X8.

- Bruce Waring

La publication de cet article a été rendue possible grâce à un don du Rotary Club du Vieux Montréal.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] *Les enfants dans un monde marqué par le sida: Campagne mondiale contre le sida*, briefing médias, ONUSIDA, 1997.

[2] *Children born to Mothers with HIV: Psychosocial Issues for Families Living in Canada Living with HIV/AIDS*, Toronto, The Hospital for Sick Children, 1997.

[3] A. Costigan, «Le Réseau international d'ONG Enfants et sida», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1997 3(1): 19-20.

[4] *Supra*, note 2.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

DISCRIMINATION

Revoilà votre santé — vous risquez de perdre la protection contre la discrimination

Bien que les récents progrès de la médecine puissent susciter l'optimisme chez plusieurs personnes vivant avec le VIH ou le sida, il y a lieu de s'inquiéter de certains développements sur le plan du droit.

La discrimination continue, mais les personnes séropositives asymptomatiques ne peuvent plus être certaines d'être protégées contre la discrimination au travail, dans les services publics ou de la part des gouvernements. Au lieu d'affirmer clairement que toute personne séropositive au VIH est protégée contre la discrimination, de plus en plus de tribunaux aux États-Unis soutiennent que l'infection à VIH n'est pas, en soi, un handicap et qu'il faut évaluer la situation de chaque demandeur séropositif pour savoir s'il est handicapé. Souvent, cette évaluation accorde une grande importance à des facteurs qui n'ont rien à voir avec la question de savoir si l'intéressé *a besoin* d'être protégé contre la discrimination.^[1]

Le 26 novembre 1997, la Cour suprême des États-Unis a annoncé qu'elle entendrait l'affaire *Bragdon c. Abbott*,^[2] la première affaire intéressant directement une demande fondée sur la discrimination à l'égard d'une personne séropositive portée devant la Cour suprême. Ce sera la première fois que la Cour aura l'occasion de se prononcer sur l'application de l'*American with Disabilities Act*^[3] (ADA) [loi américaine sur la protection des personnes handicapées] aux personnes séropositives.

L'affaire devant la Cour suprême des États-Unis

L'affaire *Bragdon c. Abbott* soulève la question précise de savoir si les personnes séropositives asymptomatiques ont droit à la protection contre la discrimination au regard de l'ADA. Dans cette affaire, on conteste le refus d'un dentiste de traiter une femme séropositive. Dans un arrêt étoffé, la Cour d'appel du Premier Circuit s'était demandée si une personne asymptomatique pouvait être considérée

comme «handicapée» au sens de l'ADA.[4] La Cour n'a eu aucune difficulté à conclure que la demanderesse avait un handicap physique (*physical impairment*). La question beaucoup plus difficile à résoudre était de savoir si ce handicap physique avait pour effet de limiter considérablement une activité importante de la vie (*substantially limited a major life activity*). En vertu de l'ADA, on entend par «personne handicapée» quiconque: (i) est frappé d'un handicap physique ou intellectuel ayant pour effet de limiter considérablement une activité importante de la vie de l'intéressé ou plusieurs d'entre elles; (ii) a un dossier qui indique qu'il est frappé d'un tel handicap; ou (iii) est considéré comme étant frappé d'un tel handicap. Pendant les débats législatifs qui ont précédé l'adoption de l'ADA, les comités responsables du dossier à la Chambre et au Sénat des États-Unis ont indiqué dans leurs comptes rendus écrits officiels qu'à leur avis, l'infection à VIH était un «handicap» au regard de l'ADA et que son impact sur les activités reproductrice et sexuelle avait effectivement pour effet de limiter considérablement des activités importantes de la vie. Le président de l'époque, George Bush, avait expressément demandé l'adoption de l'ADA pour protéger contre la discrimination les personnes vivant avec le VIH et le sida. Les promoteurs de la loi au Congrès avaient déclaré, pendant les débats, que les personnes vivant avec le VIH, qu'elles soient ou non asymptomatiques, allaient être protégées par l'ADA.

Dans l'arrêt *Abbott*, le tribunal s'est demandé si la reproduction constituait une activité importante de la vie au sens de l'ADA. Malgré l'historique législatif de la loi, le tribunal estimait qu'il s'agissait d'une question difficile à trancher parce que l'ADA n'y fournissait pas de réponse explicite et parce que les autres tribunaux étaient divisés sur cette question. Le tribunal a fini par conclure que la demanderesse avait démontré que le VIH en général limitait considérablement la reproduction parce que «aucun juré raisonnable ne pourrait conclure qu'un risque de huit pour cent de transmettre une maladie incurable, débilitante et inévitablement mortelle à son enfant n'a pas pour effet de limiter considérablement l'activité de reproduction».[5] Toutefois, un autre élément crucial de l'analyse du tribunal était le fait que Mme Abbott était une femme «féconde» qui avait affirmé, dans sa déposition, «avoir décidé, après avoir été diagnostiquée séropositive, de ne pas avoir d'enfant à cause du risque d'infection de l'enfant et du risque d'altérer son propre système immunitaire». Par conséquent, si le tribunal a conclu que Mme Abbott était handicapée, c'est en grande partie à cause du caractère fortuit de la fertilité de l'intéressée. Comme l'ont signalé Parmet et Jackson, «si d'autres tribunaux adoptent ce raisonnement selon lequel chaque intéressé doit démontrer en quoi sa séropositivité a une incidence sur ses propres intentions en matière de reproduction, le sort d'un grand nombre d'individus qui ne peuvent pas démontrer que leur séropositivité les a amenés à modifier leur projet d'avoir des enfants sera incertain».[6] En particulier:

plusieurs gais auront peut-être de la difficulté à expliquer comment leur infection les a amenés à modifier leurs projets en matière de reproduction. Par conséquent, la protection offerte aux personnes séropositives asymptomatiques risque, au mieux, d'être plutôt aléatoire et de dépendre de faits (à savoir la fertilité du demandeur et ses intentions de reproduction) qui n'ont rien à voir avec la discrimination en cause.[7]

La certitude de la protection accordée par l'ADA est minée davantage par le commentaire du tribunal selon lequel les progrès de la médecine pourraient un jour mettre en cause la conclusion que l'intéressée a un handicap. Après avoir conclu que Mme Abbott avait un handicap, le tribunal a affirmé que «si on nous présentait d'autres faits et circonstances dans une affaire ultérieure, des faits reflétant peut-être des

progrès spectaculaires de la médecine, des progrès ayant pour effet de réduire considérablement la probabilité de transmettre le VIH par la reproduction, nous pourrions très bien arriver à une conclusion différente de celle à laquelle nous sommes arrivés aujourd'hui».

Runnebaum c. Nationsbank of Maryland^[8]

Dans l'arrêt *Runnebaum*, la Cour d'appel des États-Unis du Quatrième Circuit est allée encore plus loin que ne l'a fait son homologue du Premier Circuit dans l'affaiblissement de la protection contre la discrimination, pour les personnes séropositives asymptomatiques. L'affaire intéressait un homme gai séropositif, M. Runnebaum, qui avait été embauché par Nationsbank en mai 1991. Runnebaum fut congédié en 1993, seulement 4 mois après avoir confié à un représentant de la banque qu'il était séropositif. La banque affirma que Runnebaum n'avait pas été congédié parce qu'il était séropositif, mais à cause de son piètre rendement au travail. Toutefois, il a fait la preuve qu'il travaillait aussi bien, voire mieux qu'un de ses collègues et qu'il avait reçu de la banque des notes et des commentaires positifs sur son travail.

Dans ses motifs, au nom de six membres du tribunal, le juge Karen Williams a statué, contrairement à la Cour du Premier Circuit, que l'infection asymptomatique à VIH n'était pas un «handicap». Le juge a dit que «en l'absence de symptômes, l'intéressé n'est nullement diminué par l'infection». En outre, le juge Williams a rejeté la thèse selon laquelle l'impact de l'infection à VIH sur l'activité reproductrice ou sexuelle constituait une limite considérable à une activité importante de la vie. Le juge a soutenu que les personnes séropositives pouvaient s'adonner à des activités reproductrices et sexuelles, faisant la distinction entre les handicaps qui empêchent quelqu'un de s'adonner à une activité et les handicaps qui rendent l'activité dangereuse. Dans une remarque désobligeante dirigée personnellement contre le demandeur gai en l'espèce, le juge Williams a signalé qu'il n'y avait aucune preuve au dossier indiquant que Runnebaum s'intéressait à «engendrer un enfant».

Ayant conclu qu'une personne séropositive asymptomatique n'était pas handicapée, le juge Williams s'est ensuite demandé si Runnebaum était protégé par l'ADA du fait qu'il était «perçu» comme ayant «un tel handicap». Selon le juge Williams, cette disposition signifie qu'une personne est protégée si elle peut faire valoir de façon crédible que l'employeur a fait preuve de discrimination à son égard parce qu'il percevait que cette personne avait un handicap. Le juge a accordé foi à l'affirmation de l'employeur de Runnebaum: le congédiement a été attribué au piètre rendement au travail qu'on reprochait à Runnebaum, non à sa séropositivité. L'appel de Runnebaum a donc été rejeté.

Le juge Michael, en son nom et en celui de quatre autres membres du tribunal, a rédigé une dissidence étoffée et percutante. Le juge Michael a signalé que si l'on s'en tenait à la définition de «handicap» donnée par le tribunal, l'infection à VIH asymptomatique ne serait jamais considérée comme un handicap. Le juge a ajouté que cet arrêt avait l'effet:

d'éloigner davantage [le Quatrième] Circuit de la jurisprudence dominante en matière d'interprétation de l'ADA. Qui plus est, il nous éloigne complètement de l'interprétation

qu'avait clairement voulue le Congrès.[9]

Commentaire

D'après le professeur Leonard, de la New York Law School, l'arrêt *Runnebaum* illustre une tendance «chez les tribunaux fédéraux les plus conservateurs, à restreindre l'accès à la protection de l'ADA pour plusieurs motifs connexes, mais qui sont tous fondés sur une interprétation legaliste et littérale du texte de loi, tout en passant outre à l'histoire législative».[10] Selon le professeur Leonard, «ces arrêts indiquent qu'il y aurait peut-être lieu de chercher à obtenir, en droit fédéral, une protection plus explicite pour les personnes vivant avec le VIH/sida, plutôt que de continuer à invoquer la protection générique du droit de la discrimination fondée sur un handicap».[11]

Dans leurs commentaires sur l'arrêt *Abbott* et d'autres jugements récents qui limitent la protection contre la discrimination à l'égard des personnes séropositives asymptomatiques, Parmet et Jackson soulignent que ces jugements semblent s'appuyer sur des questions presque hors propos (par exemple, savoir si l'intéressée avait l'intention d'avoir des enfants ou si l'employeur estimait que le demandeur était incapable d'exécuter certaines tâches), plutôt que de s'appuyer sur une enquête plus pertinente quant à savoir si la présence du VIH a provoqué une réaction irrationnelle et odieuse. Ces auteurs affirment: «Dans un monde où la discrimination demeure monnaie courante, le défaut des tribunaux d'examiner le contexte social de la discrimination a un effet profond.»[12] En outre, les tribunaux n'ont pas considéré les nombreuses autres façons dont le VIH affecte la vie d'une personne et ils ont porté toute leur attention sur l'impact de l'infection à VIH sur l'activité reproductrice ou sexuelle — statuant parfois, comme dans l'arrêt *Runnebaum* — que l'impact de l'infection à VIH sur ces activités ne constituait pas une limitation considérable à une activité importante de la vie. En particulier, les tribunaux n'ont pas tenu compte du fait que l'infection à VIH, parce qu'elle oblige la personne infectée à recevoir des soins médicaux accrus et à prendre jusqu'à trente comprimés deux fois par jour, avait un impact majeur sur sa vie. De plus, comme l'ont affirmé Parmet et Jackson, seule une interprétation restrictive et réductrice de l'expression «activité importante de la vie» empêche de reconnaître l'impact que peut avoir la perspective d'une mort prématurée sur la vie quotidienne d'un individu. Enfin, les tribunaux n'ont pas tenu compte du fait que c'est souvent la réaction sociale à un handicap, plutôt que le handicap physique à lui seul, qui a pour effet de limiter considérablement une activité importante de la vie. Comme l'ont dit Parmet et Jackson:

Le VIH perdra peut-être un jour ses pouvoirs de tuer et d'attirer la discrimination sociale. Dès lors, lorsque les conditions physiques et sociales qui font du VIH un handicap seront disparues, les individus ou la santé publique n'auront plus besoin de la protection des lois relatives aux handicaps. Toutefois, d'ici là, toute doctrine prétendant que le VIH n'est plus un handicap est dangereuse.[13]

La situation au Canada

Jusqu'à maintenant, aucun tribunal canadien n'a suivi la nouvelle tendance américaine. Il n'y a eu aucun

arrêt au cours des dernières années sur la question de savoir si l'infection à VIH constituait une déficience ou un handicap au regard des lois canadiennes sur les droits de la personne. Dans la dernière décision canadienne — et la plus étoffée — sur le VIH/sida en tant que handicap, rendue le 11 avril 1995, le Tribunal des droits de la personne du Québec a affirmé que le fait d'être porteur asymptomatique du VIH constituait un «handicap» au sens de la *Charte [québécoise] des droits et libertés de la personne*.^[14] Toutefois, pour les Canadiens qui vivent avec le VIH et ceux qui leur fournissent des services, il sera important de surveiller attentivement les développements aux États-Unis.

Lectures complémentaires

Pour une excellente vue d'ensemble de la jurisprudence américaine et, plus généralement, de l'impact juridique de la nouvelle perception sociale du VIH, le lecteur est incité à consulter l'article précité de Parmet et Jackson.^[15] On trouve également des mises à jours régulières sur la manière dont les tribunaux américains interprètent l'ADA, dans *Lesbian/Gay Law Notes* (communiquez avec Daniel R. Schaffer au (212) 353-9118 ou au courriel le-gal@interport.net pour avoir de l'information sur la diffusion de cette publication). Le *Bulletin* publiera un article sur l'arrêt de la Cour suprême américaine, attendu pour l'été 1998, et il continuera de vous informer d'autres jugements importants dans ce domaine, au Canada et ailleurs dans le monde.

- Ralf Jürgens

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1]W.E. Parmet, D.J. Jackson, «No Longer Disabled: The Legal Impact of the New Social Construction of HIV», *American Journal of Law and Medicine*, 1997, 23(1): 8, à la p. 40.

[2] No 97-156, 1997 W.L. 434576.

[3] Pub. L. No 101-336, 104 Stat. 328 (1990) (codifié dans 42 U.S.C. 4412101-13 (1994)).

[4] *Abbott c. Bragdon*, 107 F3d 934.

[5] Toutes les citations de cet article sont traduites de l'anglais.

[6] *Supra*, note 1, p. 35.

[7] *Ibid.*

[8] 1997 W.L. 465301.

[9] Rapporté dans A.S. Leonard, «4th Circuit Guts Statutory Protection for "Asymptomatic" People with HIV» *Lesbian/Gay Law Notes*, Septembre 1997, p. 113-114, à 114.

[10] *Ibid.*

[11] *Ibid.*

[12] *Supra*, note 1, p. 40.

[13] *Ibid.*, p. 43.

[14] *La Commission des droits de la personne du Québec c. Dr. G.G.*, TDPQ, Québec, no. 200-53-000002-944, 11 avril 1995, juge Michèle Rivet. Voir B. Guillot-Hurtubise, «Dentiste trouvé coupable de discrimination», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1995, 1(4): 1, 14-15.

[15] *Supra*, note 1.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Questions juridiques concernant les gais et lesbiennes et le VIH/sida: un document de travail

Le Projet conjoint sur les questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida, que mènent le Réseau juridique et la Société canadienne du sida, a publié en août 1997 un document de travail sur les questions juridiques concernant les gais et les lesbiennes.[1]

Le présent article résume le document et ses principales conclusions.

Pourquoi un document sur le VIH/sida et les questions juridiques concernant les gais et lesbiennes?

Durant la phase I du Projet conjoint Réseau/SCS sur les questions d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida, plus de 60 personnes et organisations consultées ont mentionné les questions juridiques concernant les gais et les lesbiennes comme étant l'une des huit questions prioritaires d'ordre juridique et éthique soulevées par le VIH/sida. Ces personnes et organisations, ainsi que les participants à l'atelier que l'on a organisé à ce sujet, en mars 1996, s'entendaient pour dire que: la discrimination contre les gais et les lesbiennes, au Canada, se poursuit et affecte tous les aspects de leur vie; et que la discrimination et l'homophobie ont des répercussions négatives sur la capacité des personnes de se protéger contre la transmission du VIH, ainsi que sur les programmes de prévention du VIH, en général, et sur les soins, le soutien et les traitements offerts aux personnes vivant avec le VIH/sida.

Quel est le lien entre l'homophobie et la discrimination à l'endroit des gais et des lesbiennes, et le VIH/sida ?

Le respect des droits et de la dignité des Canadiens gais et des Canadiennes lesbiennes est un impératif moral et légal. En outre,

dans le contexte du sida, «le respect pour les droits de la personne et la dignité n'est pas qu'un impératif moral et légal, mais c'est aussi la base de politiques efficaces. Il ne peut

plus y avoir de doute que le respect des droits de la personne sauve des vies. Il est largement reconnu que les lois et les pratiques discriminatoires contre les personnes vivant avec le VIH ou le sida ou considérées vulnérables à l'infection [comme les hommes gais] ou qui enfreignent d'autre façon les droits de la personne ne peuvent pas être défendues sur le plan moral et nuisent aux efforts de santé publique».[2]

Comme l'a expliqué l'honorable Michael Kirby,

les stratégies les plus efficaces que nous avons découvertes jusqu'à maintenant pour favoriser la réduction de la propagation du VIH impliquent l'adoption de lois qui protègent les droits des personnes qui sont les plus «à risque» d'infection. Ceci peut sembler surprenant. C'est un paradoxe, mais c'est ainsi.[3]

Parmi les exemples de l'impact de l'homophobie sur les réactions gouvernementales et institutionnelles au VIH/sida, sur la prévention du VIH ainsi que sur les soins, le soutien et le traitement des personnes vivant avec le VIH/sida, mentionnons que:

- vu que le VIH/sida a affecté principalement les hommes gais et d'autres populations marginalisées, les gouvernements ont été et continuent d'être moins enclins à lutter contre la maladie;
- vu que plusieurs systèmes scolaires sont rébarbatifs à offrir une éducation positive au sujet de l'homosexualité et des sexualités gaie et lesbienne, les jeunes gais sont plus vulnérables à contracter le VIH;
- vu que plusieurs prisons provinciales — ainsi que le faisaient les prisons fédérales, jusqu'en 1992 — se refusent à mettre des condoms à la disposition des détenus, par peur d'être perçues comme «fermant les yeux sur les activités homosexuelles» (exemple clair d'homophobie), les détenus et leurs partenaires hors de prison sont plus vulnérables à contracter le VIH;
- vu que plusieurs personnes considèrent encore le VIH/sida comme une maladie de gais, les efforts déployés à l'extérieur des communautés gaies, pour développer d'autres réactions, se heurtent à des obstacles;
- vu la peur d'être identifiées comme gaies, certaines personnes peuvent préférer s'abstenir de subir un test du VIH ou de demander des soins, du soutien ou du traitement pour des maladies liées au VIH (ou encore attendre, jusqu'à parfois trop tard).

Quel est le contenu du *Document de travail* ?

Le *Document de travail* se compose de deux parties. Le but de la Partie 1 est de montrer les formes

diverses que prennent la marginalisation, la stigmatisation, la discrimination et d'autres attitudes d'intolérance rencontrées dans plusieurs secteurs sociaux. Il fait d'abord état de la discrimination en général et du regard que pose l'ensemble de la société sur l'homosexualité, en particulier. Il observe ensuite l'impact de la discrimination et de la stigmatisation sur l'environnement social et les conditions de vie des gais et des lesbiennes, notamment en considérant le processus de sortie et l'homophobie intériorisée; puis il examine l'impact de l'infection à VIH sur les hommes gais. Il y est ensuite question de la discrimination latente exercée dans des contextes particuliers relatifs à l'infection à VIH, celui de la recherche et des services de santé. Enfin, on illustre, en développant le concept de vulnérabilité sociale, les répercussions néfastes de la discrimination sur les interventions visant à prévenir l'infection à VIH.

La seconde partie du *Document de travail* se consacre à l'analyse de la façon dont **la loi** aborde les gais et les lesbiennes. Elle montre comment la discrimination contre les gais et les lesbiennes se fait sentir un peu partout dans les domaines suivants: le droit criminel, la censure, la protection contre la discrimination, les avantages sociaux pour les couples, les enfants et la condition de parent, l'immigration, ainsi que les incapacités et les questions de testaments et de succession.

Quel sont les objectifs du *Document de travail* ?

Les objectifs sont de documenter jusqu'à quel point la discrimination à l'endroit des gais et des lesbiennes est répandue dans plusieurs secteurs de la vie et de la loi; de montrer comment la discrimination affecte la vie des gais et des lesbiennes et, dans le contexte du VIH/sida, affecte aussi les efforts de lutte contre la propagation du VIH et ceux concernant les soins à l'intention des personnes touchées; et de proposer des solutions qui permettront au Canada de réduire la discrimination contre les gais et les lesbiennes et d'accroître et améliorer la prévention et les efforts des soins et services dans le domaine du VIH/sida.

Le document n'offre pas de réponses définitives — le *Rapport final* tentera de le faire, après que des individus et organismes du Canada et d'ailleurs auront eu l'occasion de nous faire part de leurs points de vue, dans le cadre de ce projet. Les conclusions du *Document de travail* sont des conclusions préliminaires qui, espérons-le, stimuleront une discussion sur les nombreux points soulevés aux présentes.

Quelles sont les conclusions du *Document de travail* ?

Conclusions générales

La *Document de travail* présente des exemples clairs de l'ampleur de la discrimination à l'endroit des gais et des lesbiennes, et de son impact sur leur vie de tous les jours. Cette discrimination doit être combattue et les droits des lesbiennes et des gais doivent être protégés avant tout **pour la raison qu'il est juste de le faire**:

Nous accordons à tout être humain ses droits en tant que personne, puisqu'il s'agit de notre

devoir et de son droit.[4]

De plus, les droits et la dignité des gais et des lesbiennes doivent être respectés afin de mieux prévenir la propagation du VIH et offrir de meilleurs services de soins, de soutien et de traitement aux personnes qui vivent avec le VIH/sida.

Les conclusions du document vont dans le sens de ces objectifs. Elles ne proposent pas de «solution tampon» ou de solution facile aux problèmes nombreux que soulève le VIH/sida. Elles ne suggèrent pas non plus, d'ailleurs, que l'impact sur les droits de la personne soit le seul facteur à considérer dans l'élaboration de politiques sur la santé publique. Cependant, elles soutiennent que la lutte contre la discrimination et en faveur du respect de la dignité de toutes les personnes mérite d'être abordée «avec autant de sérieux que la science, la médecine ou la santé publique»,^[5] en reconnaissant que le VIH et le sida ont affecté de façon disproportionnée des populations vulnérables, y compris les hommes gais, au moins en partie à cause de leur vulnérabilité et de la discrimination à leur endroit. Bien que les campagnes de prévention, les mesures de santé publique et d'autres interventions qui ont été entreprises pour réduire la propagation du VIH étaient importantes et continuent de l'être, elles ne s'occupent souvent pas des problèmes sous-jacents qui causent la vulnérabilité au VIH. Les présentes conclusions s'en occupent. Certaines d'entre elles ne requièrent que des changements mineurs dans certaines lois. D'autres nécessitent des changements d'attitudes qui ne pourront se produire qu'à long terme. Elles nécessitent toutes un engagement dans la lutte contre le VIH/sida plutôt que contre les personnes qui sont les plus affectées par l'épidémie ou contre les comportements de ces personnes. Elles nécessitent que l'on lutte contre le fanatisme et les préjugés dans la société. Elles ne visent pas à accorder aux gais ou aux lesbiennes des «droits spéciaux». Elles reconnaissent plutôt que, bien qu'elle ait diminué et que certains droits aient été accordés aussi aux gais et aux lesbiennes, la discrimination demeure endémique et les gais et lesbiennes devraient être traités avec un respect égal, en matière de justice et dans le contexte du VIH/sida, parce que ceci contribuerait à réduire la propagation du VIH et permettrait de mieux prendre soin des personnes qui vivent avec le VIH ou le sida.

Conclusions spécifiques

Parmi les conclusions du *Document de travail*, on recommande l'adoption des mesures suivantes:

- Effectuer une enquête sur l'homophobie et l'hétérosexisme dans les politiques sociales, les lois, et au sujet de leurs répercussions sur l'environnement social et le bien-être des gais et des lesbiennes. Réviser les politiques sociales et les lois à la lumière des résultats obtenus.
- Donner aux enseignants, ainsi qu'aux intervenants en milieu scolaire et dans les centres et foyers d'accueil, une formation sur l'homosexualité de façon à les habiliter à offrir leur soutien aux jeunes gais et lesbiennes.
- Intégrer un volet sur l'homosexualité dans les programmes d'éducation sexuelle

dispensés en milieu scolaire.

- Créer des groupes de soutien pour les jeunes gais et lesbiennes en milieu scolaire, collégial et universitaire pour, entre autres, les aider dans leur processus de sortie.
- Intégrer un volet sur l'orientation sexuelle dans l'ensemble des recherches menées auprès de la population générale relativement à la santé et au bien-être.
- Mener des recherches pluridisciplinaires sur l'environnement social des gais, l'affirmation de soi, les déterminants d'action («empowerment») en se fondant sur la participation des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, de façon à évaluer l'impact de la discrimination sur la propagation du VIH.
- Veiller à ce que tous les programmes d'études en médecine, en sciences infirmières et en sciences sociales comportent un volet sur l'homosexualité.
- Accroître les fonds alloués à la prévention du VIH auprès des gais.
- Mener des recherches pluridisciplinaires sur des groupes moins connus et moins rejoints, notamment les jeunes, les personnes défavorisées sur le plan socio-économique, les utilisateurs de drogue par injection, les hommes bisexuels et ceux qui ne s'identifient ni comme homosexuels, ni comme bisexuels.
- «Les États devraient promulguer ou renforcer les lois antidiscriminatoires et autres lois qui protègent les groupes vulnérables, les personnes touchées par le VIH/sida et les personnes souffrant d'un handicap contre la discrimination dans le secteur public et dans le secteur privé; garantir le respect de la vie privée ainsi que la confidentialité et l'éthique de la recherche faisant appel à des sujets humains; mettre l'accent sur l'éducation et la conciliation et qui remettent des recours rapides et efficaces en droit administratif et en droit civil.»[6]
- Le gouvernement du Canada devrait reconnaître sa responsabilité dans la suppression pendant plusieurs années d'information qui aurait pu aider à éduquer la communauté gaie au sujet des pratiques sexuelles à risque réduit. Cette reconnaissance aiderait à corriger le préjugé du public selon lequel les gais sont «à blâmer» pour le VIH/sida.
- Toutes les lois provinciales et territoriales sur les droits de la personne doivent comprendre la protection contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, afin d'offrir aux gais et aux lesbiennes à travers le Canada une protection égale contre la discrimination.
- Les protections des droits de la personne dans les lois doivent être assorties de

programmes d'éducation importants et de campagnes de sensibilisation publique, afin de corriger graduellement les attitudes discriminatoires.

- Les régimes, les politiques et les lois qui confèrent des droits ou des responsabilités aux conjoints hétérosexuels doivent être examinés en considération de leur objectif, puis reconsidérés afin d'assurer que toutes les personnes qu'englobe cet objectif reçoivent la même protection, que cette relation soit entre personnes de sexe opposé ou du même sexe et, dans certains cas, que la personne soit ou non en relation.
- Des programmes d'éducation sur l'orientation sexuelle et l'homophobie, à l'intention des intervenants judiciaires, sont nécessaires dans tous les domaines du droit, mais particulièrement dans le domaine du droit de garde et d'accès, où l'on observe une importante discrétion judiciaire dans l'évaluation du meilleur intérêt de l'enfant.
- La «catégorie famille» dans le *Règlement sur l'immigration* doit être élargie pour permettre aux lesbiennes et aux gais de parrainer l'immigration d'un partenaire de même sexe.
- Toutes les provinces et tous les territoires qui ne disposent pas à l'heure actuelle de lois offrant un moyen valable de désigner un mandataire pour les décisions sur les soins de santé devraient voir à adopter de telles lois.
- Toutes les provinces et tous les territoires devraient accorder aux partenaires de même sexe les mêmes droits (1) d'héritage en l'absence d'un testament; et (2) de demander à être administrateur de la succession, comme c'est le cas pour des partenaires mariés.

Prochaines étapes

Le *Document de travail* a été envoyé à des individus et organismes impliqués dans les questions relatives au VIH/sida, pour commentaires et contributions. En mars 1998, un rapport final sera publié: il offrira une analyse détaillée des problèmes, rendra compte de la diversité des points de vue exprimés dans les commentaires portant sur le *Document de travail*, présentera une évaluation critique des questions et formulera des recommandations concrètes.

Pour information supplémentaire, contactez Ralf Jürgens, coordonnateur de projet, au (514) 987-3000 (poste 8773#), télécopieur: (514) 987-3422, courriel: ralfj@aidslaw.ca

On peut consulter ou télécharger le document sur le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida, à www.aidslaw.ca, ou en commander un exemplaire auprès du Centre national de documentation sur le sida: 1565, ave. Carling (bur. 400), Ottawa ON K1Z 8R1, Canada. Tél.: (613) 725-3434, téléc.: (613) 725-9826, courriel: aids@sida@cpha.ca

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] A. Vassal, J. Fisher, R. Jürgens, R. Hughes, *Les questions juridiques concernant les gais et les lesbiennes et le VIH/sida: un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1997.

[2] J. Hausermann, «International Law, Advocacy and Human Rights in the Context of AIDS», *Pediatric AIDS and HIV Infection: Fetus to Adolescent*, 1992, 3(5): 248-250.

[3] M. Kirby, «Human Rights and the HIV Paradox», *Lancet*, 1996, 348: 1217-1218.

[4] *Ibid.*

[5] L.O. Gostin, Z. Lazzarini, *Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic*, New York et Oxford, University Press, 1997, à la p. xvii.

[6] ONUSIDA et Haut-commissaire aux Droits de l'Homme/Centre des droits de l'Homme, *Directives concernant le VIH/sida et les droits de l'Homme*, Genève, 1997. Elles ont été reproduites en partie dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1997, 3(2-3): 1.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

À lire: The Impact of Homophobia and Other Social Biases on AIDS^[1]

Tel que l'a fait remarquer Jonathan Mann, professeur en Santé et droits de la personne à la Harvard School of Public Health, ce rapport franchit une étape marquante vers une compréhension plus large et plus claire des «liens inextricables entre la santé et l'opprobre social, la discrimination, les droits de la personne et la dignité».^[2]

Le rapport souligne que le phénomène du VIH/sida est unique dans l'expérience américaine, puisque «même s'il représente une menace claire et énorme pour la santé publique et notre stabilité nationale, il a reçu moins d'attention publique et a suscité plus de réactions ambivalentes des gouvernements que toute autre urgence de santé publique de proportions semblables, à notre siècle».^[3]

Aux États-Unis,

- Le président Ronald Reagan mentionna en public le mot *sida* pour la première fois durant un discours prononcé le 31 mai 1987, **près de 7 ans après** l'apparition de la maladie. À ce moment, on avait diagnostiqué le sida chez plus de 36 000 hommes, femmes et enfants, aux É.-U., et 20 000 en étaient morts. Par contraste, seulement 2 jours après l'annonce de l'apparition de la maladie du légionnaire, le président des É.-U. était photographié en pleine réunion d'urgence, dans le bureau oval, pour y réagir.
- La Chambre des représentants a ouvert des audiences d'urgence sur les causes possibles de la maladie du légionnaire à peine 3 mois après ses premières manifestations. Cependant, les premières audiences sur le sida, à la même Chambre, ont été ouvertes le 9 mai 1983, près de 2 ans après son apparition aux É.-U.
- Vers la fin des 12 premiers mois de l'épidémie du sida, les Centers for Disease Control (CDC) avaient dépensé au total 1 million de dollars en recherche et lutte contre la maladie. Au même terme après l'apparition de la maladie du légionnaire, le CDC avait dépensé 9 millions contre cette maladie.

- Deux ans après le début de l'épidémie de sida, en présence de 634 cas connus, le *New York Times* n'avait publié que 6 articles, jamais à la une. Ceci contraste avec ses 33 articles — dont 11 à la une — au cours des 30 premiers jours suivant l'apparition de maladie du légionnaire, qui avait causé 24 décès.

Le rapport démontre comment l'homophobie s'applique au VIH/sida et comment l'identification répandue du sida comme une maladie de gais continuent de faire obstacle aux efforts de réponse aux nombreux problèmes soulevés par le VIH/sida.

Quelle est l'importance réelle de l'association du VIH/sida aux hommes gais ou à d'autres groupes vulnérables, dans la lenteur de la réaction de santé publique contre cette épidémie? Selon le rapport,

on peut répondre partiellement à ceci en retournant à notre exemple de la couverture des questions de sida dans le *Times*. En 1983, on a fini par découvrir qu'il y avait des personnes séropositives en dehors des «groupes à risque» des hommes gais, utilisateurs de drogue par injection, hémophiles, Haïtiens et immigrants; au même moment, les scientifiques se rendaient compte que des gens pouvaient porter et transmettre le virus sans montrer eux-mêmes de signes physiques d'infection à VIH. Autrement dit, la maladie pouvait frapper n'importe qui. L'espace accordé au sida dans le *New York Times* a soudainement monté en flèche. De 6 articles publiés durant les 2 années 81 et 82, le *Times* s'est mis à publier des articles sur le sida presque tous les jours, vers le milieu de 83. L'année 1983 est devenue celle où les Américains ont découvert l'épidémie du sida — 2 ans et des centaines de morts plus tard. La fameuse page couverture du magazine *Life*, «Now No One Is Safe From AIDS», est sortie en 1985. Même aujourd'hui, la seule initiative gouvernementale approfondie pour répondre aux besoins de la population américaine, en soins pour le sida, porte le nom d'un enfant — Ryan White — qui, bien qu'il soit indéniablement un vrai héros américain, était également considéré comme une «victime innocente» de l'épidémie, pour avoir contracté le VIH par une transfusion de sang contaminé.[4]

Le Rapport soutient que «pendant que l'opprobre lié au sida est la force motrice de la réponse nonchalante de notre nation au VIH/sida, le problème non résolu de l'homophobie demeure la cause invisible de la stigmatisation du sida dans la société américaine».[5] Il conclut que jusqu'à ce que le problème de l'homophobie soit réglé de façon appropriée et adéquate, les É.-U. [et d'autres pays] sont peu susceptibles de réagir à l'épidémie de VIH/sida de façon posée et objective.[6]

Pour obtenir un exemplaire du rapport, écrivez au Public Media Center, 466 Green Street, San Francisco, CA 94133, É.-U.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Un rapport spécial du Public Media Center, San Francisco, Public Media Center, 1995. Toutes les citations sont tirées de ce rapport.

[2] À la p. 3.

[3] À la p. 5.

[4] À la p. 17.

[5] À la p. 5.

[6] *Ibid.*

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

É.-U. — Discrimination par une compagnie d'assurance

Un juge de compétence fédérale en Californie a conclu que la Prudential Life Insurance Co avait enfreint le *American With Disabilities Act* en refusant de vendre une assurance-vie à toute personne ayant une relation comportant des rapports sexuels avec une personne séropositive.[1]

Dans l'affaire *Cloutier v. Prudential Insurance Co*, le plaignant s'est vu refuser une police d'assurance-vie au montant de 500 000\$ après l'étude de son dossier médical par la Prudential qui a découvert qu'il avait des rapports sexuels protégés avec son partenaire séropositif. Cloutier avait lui-même reçu un résultat négatif au test de sérodiagnostic du VIH.

[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], 1997, 8(2): 20, avec renvoi à *AIDS Policy and Law*, 16 mai 1997.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

CLINIQUES JURIDIQUES

Services juridiques et VIH/sida: obstacles et tendances

Cet article est le premier d'une série sur les cliniques canadiennes d'aide juridique vouées au VIH/sida, les questions et problèmes auxquels elles font face et les tendances qu'elles observent.

HIV & AIDS Legal Clinic, Ontario (HALCO)

HALCO est une clinique d'aide juridique de droit de la pauvreté pour les résidents de l'Ontario vivant avec le VIH/sida. Parce que notre clientèle est défavorisée, les problèmes diversifiés qui nous sont soumis semblent à première vue, dans bien des cas, liés davantage à la pauvreté qu'à l'état sérologique. Toutefois, la réalité n'est pas si simple.

Profil des problèmes juridiques

Toutes les cliniques d'aide juridique de droit de la pauvreté en Ontario tiennent des statistiques sur le nombre de personnes qui leur demandent de l'aide et sur le type de problèmes soumis. D'après les statistiques de la clinique moyenne d'aide juridique, la très grande majorité des demandeurs d'aide connaît des difficultés dans deux domaines principaux:

- les programmes gouvernementaux de soutien du revenu (aide sociale, prestations familiales, Régime de pensions du Canada, assurance-emploi et indemnisation des accidents du travail);
- le marché des logements locatifs.

Les principaux problèmes rencontrés dans les cliniques d'aide juridique de la province concernent le logement (inadéquat ou trop cher) et le revenu pour les besoins fondamentaux.

HALCO traite un plus grand éventail de problèmes. En 1996, le profil des problèmes soumis était le suivant:

Soutien gouvernemental du revenu	10,56%
Logement	11,73%
Assurance	8,48%
Testaments et prise de décision au nom d'autrui	14,49%
Faillite	4,44%
Droits de la personne	4,04%
Droit pénal/carcéral	8,49%
Santé (à l'exception de la faute professionnelle)	3,12%
Emploi	3,26%
Immigration	5,22%
Famille	3,00%
Autres questions en matière civile	23,17%

Pour que HALCO puisse servir la communauté de façon efficace, il est évident qu'elle doit avoir les compétences voulues dans les principaux domaines du droit de la pauvreté. Elle doit également avoir des compétences relativement à une grande diversité de questions juridiques habituellement traitées hors des cliniques d'aide juridique. La catégorie «autres questions en matière civile» comprend la faute médicale, les autres recours fondés sur la responsabilité délictuelle, la constitution d'OSBL, la fiscalité, la rédaction d'affidavits et d'autres documents légaux, etc.

Financement et activités

La grande variété des demandes crée un sérieux problème de ressources pour HALCO, puisque le financement dont nous bénéficions actuellement ne nous permet d'engager qu'un seul avocat à temps plein. Afin que la clinique puisse disposer à l'interne des compétences qui permettraient de répondre aux demandes dans tous les domaines, il faudrait des ressources supplémentaires pour augmenter le nombre des nos avocats. Pour l'exercice financier 1997-98, ce problème a été réglé en partie par l'embauche d'un stagiaire en droit qui peut s'occuper de plusieurs dossiers courants en droit de la pauvreté et de procès devant la cour des petites créances, ce qui permet à l'avocat de s'occuper de dossiers plus particuliers. Les fonds qui ont permis l'embauche du stagiaire ont été obtenus au fil des ans sous forme de dons, et il est

peu probable que nous puissions engager de nouveau un stagiaire.

Le gouvernement ontarien et le Régime d'aide juridique de l'Ontario (qui finance actuellement le volet juridique de nos services) examinent actuellement le régime en vue d'une réduction des dépenses et d'une réorganisation complète. Depuis l'arrivée au pouvoir du gouvernement actuel, l'Ontario a connu une réduction importante du régime, particulièrement en matière civile. Il y a donc beaucoup d'incertitude quant à savoir si HALCO, ou tout autre élément du présent régime d'aide juridique de l'Ontario, survivra à la réforme en cours et continuera d'exister après la fin de cet exercice financier, le 31 mars 1998.

HALCO dispose présentement d'un budget annuel total de 175 000 \$. De ce total, 75 000 \$ proviennent du Bureau de lutte contre le sida, du ministère de la Santé, et servent à financer les services d'éducation, d'intervention et de développement communautaire que nous fournissons. Avec les fonds du Bureau de lutte contre le sida, nous avons embauché un travailleur communautaire à temps plein, et nous avons produit une série de brochures de vulgarisation juridique offertes gratuitement:

- *HIV and Testing in Ontario*;
- *What to do when someone dies and there is no will*;
- *What to do when someone dies and there is a will*;
- trois brochures sur le projet de loi 142, la *Loi de 1997 sur la réforme de l'aide sociale*;
- des mémoires de réforme du droit, présentés au gouvernement de l'Ontario, sur des sujets comme les modifications proposées à la loi sur le logement, la réforme de l'aide juridique et les dossiers de santé publique.

En outre, nous produisons un bulletin pour nos membres, publié occasionnellement.

Le reste de notre financement provient du bureau du ministère du Procureur général et nous est octroyé par le Comité de financement des cliniques du Régime d'aide juridique de l'Ontario. Ces fonds servent à financer tout le travail juridique que nous accomplissons. Au début d'août 1997, nous avons 70 dossiers actifs; nous recevons une centaine de demandes de renseignements et de services par mois. Nos dossiers sont aussi variés que les demandes que nous recevons. Par exemple, au cours de l'été 1997, nous avons contesté, au regard de la *Charte des droits et libertés*, la légalité du règlement pris en application de la *Loi sur l'assurance-santé* de l'Ontario, qui refuse aux immigrants séropositifs l'accès à la plupart des services de santé. L'audition de cette contestation, devant la Commission d'appel des services de santé, a duré 3 jours. En septembre 1997, nous nous sommes vu reconnaître le statut de partie pour agir au nom du Réseau de soutien et d'action des prisonniers et prisonnières atteint-e-s du VIH/sida (PASAN) à l'enquête sur la mort du détenu William Bell, décédé du sida au pénitencier de Kingston. L'enquête était importante parce que M. Bell est décédé en prison alors que la date de sa libération d'office était passée, et en dépit du fait que le Service correctionnel du Canada déclare publiquement que les détenus souffrant d'une maladie mortelle devaient être libérés plus tôt et non plus tard au cours de leur peine.[1]

Tendances jurisprudentielles

L'employé séropositif

L'une des tendances que nous avons constatées dernièrement intéresse la manière dont les employeurs traitent leurs employés séropositifs. Les tribunaux sont disposés à accepter que le degré de diligence dont l'employeur doit faire preuve à l'égard d'un employé qu'il sait séropositif comprend l'obligation de ne pas exercer de pression ou de harcèlement injustifié à son égard.^[2] Il est très encourageant de constater que les tribunaux accueillent des demandes fondées sur la négligence dans le contexte de l'emploi et que le degré de diligence à l'égard d'employés séropositifs puisse devoir être plus élevé. Le milieu de travail peut ainsi être plus accueillant pour les personnes séropositives et moins hostile à leur égard. Compte tenu des difficultés que l'on continue de connaître avec la Commission ontarienne des droits de la personne (notamment les délais excessifs et son refus d'entendre la plupart des plaintes), il s'agit là d'un fait nouveau très positif et d'une solution de rechange qui s'offre aux employés séropositifs, plutôt que de porter plainte en vertu du *Code des droits de la personne* de l'Ontario. Il s'ensuit également que les organismes de services relatifs au sida, qui ont souvent des personnes séropositives à leur emploi, ont des obligations envers ces employés et que les tribunaux pourront imposer des dommages-intérêts en cas de manquement à cet égard.

Assurances

Une autre tendance — très troublante, dans l'ensemble — est la manière dont la disponibilité des nouveaux inhibiteurs de protéase et les actuels résultats de traitement se répercutent dans le secteur de l'assurance: la manière dont les assureurs traitent les personnes séropositives. Un individu tout à fait asymptomatique et qui n'envisage pas de suivre un traitement peut à présent obtenir une assurance-santé privée, bien que nous ne connaissions qu'un seul assureur qui émet ce type d'assurance. Par ailleurs, les individus qui reçoivent des prestations d'assurance-invalidité sont assujettis à une surveillance très étroite des assureurs et ils sont constamment réexaminés en vue d'être privés de leurs prestations d'assurance. Cette situation crée un certain nombre de problèmes.

Premièrement, des gens se font harceler pour fournir des renseignements médicaux supplémentaires. Dans certains cas, les demandes de renseignements médicaux sont incessantes et le bénéficiaire séropositif finit par se sentir menacé et incertain de son revenu. Les médecins sont de plus en plus frustrés par ces requêtes qui constituent une charge déraisonnable pour les praticiens déjà surchargés.

Deuxièmement, on constate de plus en plus de refus catégoriques d'accorder des prestations d'invalidité à court et à long termes. Les compagnies d'assurance ne semblent pas reconnaître les effets secondaires graves que provoquent les programmes de traitement, le fait que plusieurs personnes ne peuvent absolument pas prendre d'inhibiteurs de protéase ou que les traitements n'amènent pas nécessairement un bien-être instantané.

Il est extrêmement difficile pour de petites cliniques d'aide juridique comme HALCO de s'occuper de

dossiers impliquant des compagnies d'assurance. Dans presque tous les cas, le recours consiste à intenter une poursuite pour rupture de contrat, une procédure qui demande beaucoup de travail, d'argent et de temps; de plus, les compagnies d'assurance sont de redoutables adversaires. Un petit nombre de praticiens privés acceptent de s'occuper de certains de ces dossiers pour nous et sont disposés à reporter le paiement d'une bonne partie de leurs honoraires jusqu'à l'issue de l'affaire. Malheureusement, ce réseau officieux ne suffit pas à la demande. Malgré l'aide de ces âmes dévouées, un nombre considérable de gens ayant des recours très sérieux à faire valoir en matière d'assurance ne peuvent obtenir de services juridiques et sont laissés sans recours, à moins que HALCO ne réussisse à trouver les ressources voulues pour les représenter elle-même. Vu le petit nombre de nos employés, nous ne pouvons nous occuper que d'une poignée de ces dossiers à chaque année.

Invalidité et accès aux prestations

L'avènement des inhibiteurs de protéase et la manière positive dont les médias en parlent ont créé d'autres difficultés. Il est de plus en plus difficile de convaincre les administrateurs de régimes gouvernementaux de soutien du revenu, comme le Régime de pensions du Canada ou le ministère des Services sociaux et communautaires (prestations familiales), que nos clients sont des personnes handicapées aux sens de ces lois. En outre, le gouvernement ontarien vient de déposer le projet de loi 142, la *Loi de 1997 sur la réforme de l'aide sociale*, qui a pour effet de modifier radicalement la définition donnée à l'expression «personne handicapée» pour l'application du régime provincial d'aide sociale destiné à ces personnes. En vertu de la nouvelle définition, l'intéressé doit démontrer qu'il a une restriction fonctionnelle importante dans son milieu de travail, à la maison et dans la communauté. Alors que l'ancienne définition portait sur la capacité de travailler, la nouvelle amène plutôt à restreindre l'admissibilité à ceux qui sont trop malades pour sortir du lit et vaquer à leurs occupations. Par conséquent, les personnes qui arrêtent de travailler parce que le travail est contre-indiqué pour leur santé, mais qui peuvent vaquer à leurs occupations parce qu'elles ont arrêté de travailler, peuvent être considérées inadmissibles aux prestations d'invalidité et devront peut-être participer à des programmes de travail municipal obligatoire (ce qui risque de les rendre aussi malades qu'elles l'étaient quand elles avaient un emploi). Le projet de loi 142 est passé en deuxième lecture et on prévoit qu'il entrera en vigueur en mars 1998 .

Faute médicale

Autre grand domaine judiciaire où les personnes séropositives rencontrent des obstacles presque insurmontables à la justice: la faute médicale. Parce que notre clientèle a beaucoup de rapports avec les professionnels de la santé, des questions de faute médicale surviennent assez fréquemment. Comme les demandes d'assurance, ces actions coûtent cher et prennent du temps; il y a très peu de ressources dans le régime d'aide juridique pour appuyer de telles actions. L'un des types de faute médicale que nous rencontrons est le défaut du médecin d'informer son patient de sa séropositivité et le défaut subséquent de traiter le patient pour cette condition. Ce phénomène n'est pas rare. Si l'intéressé ne peut obtenir d'aide juridique pour intenter une poursuite judiciaire, son seul recours possible est de porter plainte au Collège des médecins et chirurgiens, ce qui, au mieux, peut entraîner des sanctions disciplinaires contre le médecin, sans indemnité ou autre réparation pour le plaignant.

- *Ruth Carey*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Voir Lines, *infra*, «Un décès met en lumière le traitement de détenus vivant avec le VIH/sida».

[2] *D.L. c. CATIE*, Cour des petites créances de Toronto, no 23739/96, 7 mars 1997, j. Cengarie.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

RETOUR AU TRAVAIL

Travail et VIH/sida — retour vers le futur ?

Depuis l'avènement des inhibiteurs de la protéase en 1996, la thérapie antirétrovirale a conduit à des améliorations considérables de la santé de plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida. Des organismes de services en matière de VIH/sida (OSVS) répondent à un nouveau besoin de programmes et de services pour aider ceux qui désirent retourner sur le marché du travail. Dans ce numéro du *Bulletin*, nous présentons certaines initiatives de retour au travail récemment entreprises par divers groupes à travers le pays. Le prochain numéro présentera d'autres initiatives, en plus d'une discussion sur certains des enjeux soulevés dans les domaines légal, éthique et des droits de la personne.

Étude de faisabilité de ACT

En 1997, le AIDS Committee of Toronto (ACT) a commandé une étude de faisabilité sur les programmes de retour au travail pour les personnes séropositives.^[1] Bien que l'étude aborde essentiellement les difficultés vécues à Toronto, elle contient des informations qui peuvent venir en aide aux gens d'autres villes canadiennes qui comptent retourner sur le marché du travail.

Objectifs

L'objectif de l'étude était d'évaluer:

- les difficultés de retour au travail rencontrées par les personnes séropositives;
- les services de réadaptation professionnelle d'agences ne concernant pas le VIH/sida;
- la pertinence de ces programmes pour les besoins des personnes séropositives et la possibilité de créer des alliances et partenariats entre des OSVS et ces agences;

- quels programmes de retour au travail ont été créés par des OSVS ailleurs au Canada et dans un ou deux grands centres majeurs américains;
- quelle documentation existe au sujet des programmes de retour au travail et des difficultés rencontrées par les personnes séropositives; et
- quels programmes gouvernementaux existent dans ce domaine et dans quelle mesure ils pourraient apporter du financement en partenariat.

Méthodologie

Entre septembre et novembre 1997, des OSVS ont été consultés à Toronto, ailleurs au Canada et aux É.-U. L'information existante au sujet des besoins des personnes séropositives et des programmes de retour au travail a été rassemblée et documentée. Des consultations ont également été organisées avec des représentants de l'industrie canadienne de l'assurance, des services d'aide sociale des gouvernements fédéral et provinciaux, des agences de réadaptation et de soutien du revenu, des professionnels de la santé et des services communautaires de réadaptation professionnelle du Toronto métropolitain.

Une évaluation des besoins des personnes séropositives a été menée au moyen d'un questionnaire auto-administré et de groupes de discussion avec animateur lors d'une tribune de recherche d'action, à Toronto, qui a réuni 21 personnes.

Conclusions

L'étude a identifié de nombreux obstacles à la réintégration efficace des personnes séropositives au marché du travail, en particulier en ce qui a trait aux actuels programmes de soutien, aux programmes relatifs à l'incapacité à long terme et à des questions psychosociales. Toutefois, l'étude conclut qu'il existe des opportunités importantes de créer des programmes et des partenariats pour vaincre ces obstacles.

Recommandations

L'étude recommande à ACT un ensemble de stratégies possibles dans le domaine du retour au travail, y compris:

- la possibilité de programmes et d'activités à court terme;
- le développement d'une étude pilote sur la réadaptation professionnelle des personnes séropositives en collaboration avec le gouvernement et le secteur privé;
- l'expansion des services-conseil en matière de prestation actuellement offerts par les OSVS et le développement d'information pertinente et de programmes d'éducation; et
- d'autres stratégies d'éducation et d'information pour les personnes séropositives, les agences de réadaptation professionnelle et le secteur de l'assurance.

Le projet de réflexion-action de MIELS-Québec

MIELS-Québec organise une série de 15 rencontres bihebdomadaires pour les personnes séropositives qui songent à retourner au travail.

La première rencontre a eu lieu le 7 janvier 1998. La série vise à répondre aux questions des personnes séropositives concernant le retour au travail: est-il vraiment possible de reprendre une vie professionnelle active? Que faire et quoi dire en présence de tests de pré-embauche? Comment expliquer le trou dans le curriculum vitae? Doit-on révéler ou non sa séropositivité dans le milieu de travail?

Pour plus d'informations sur ce projet, contacter Lina E. Racine, agente de projet, MIELS-Québec, tél. (418) 649-1720; téléc.: (418) 649-1256.

Participation des personnes séropositives au marché du travail: nouveau projet d'étude de la SCS

La Société canadienne du sida coordonne un projet de recherche de 7 mois pour connaître les besoins des personnes vivant avec le VIH en ce qui concerne la participation au marché du travail, et pour évaluer si les programmes et politiques en vigueur y favorisent leur intégration. Le projet est guidé par un comité consultatif national composé de membres de chaque région de la SCS, réunissant de l'expertise en programmes de soutien du revenu, en assurance privée et dans d'autres domaines pertinents à l'emploi. On a engagé un consultant pour coordonner ce projet et en préparer le rapport final.

Cinq consultations régionales auront lieu, lors desquelles on sollicitera les témoignages et commentaires de personnes séropositives de toutes les régions de la SCS. Un sondage national détaillé est en préparation; il sera distribué à l'échelle nationale par l'intermédiaire des organismes communautaires locaux. De plus, on observera les programmes de réadaptation professionnelle des secteurs public et privé, ainsi que des programmes de soutien du revenu, afin d'évaluer la situation actuelle — obstacles, opportunités et modèles d'innovation applicables. On publiera un rapport final qui exposera les conclusions et formulera un ensemble de recommandations d'action à envisager dans ce domaine.

L'information recueillie dans le cadre de ce projet pourra servir à éclairer les initiatives d'éducation et d'intervention auprès d'élaborateurs de politiques de compétence fédérale et provinciale, de fournisseurs de services de réadaptation, de compagnies d'assurance privée, ainsi que d'autres intervenants des secteurs privé et syndical. La SCS l'a déclaré: «À mesure que l'épidémie de VIH croît, au Canada, il deviendra de plus en plus important que la participation au marché du travail demeure une option réelle, pour les personnes qui vivent avec le VIH.»

Pour information sur le projet de la SCS sur la participation au marché du travail, contactez Jim Zamprelli au (613) 834-9463 ou Rodney Kort au (613) 230-3580 (poste 113).

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1]Le texte qui suit est extrait en grande partie du sommaire de l'étude. Voir I. Grubb et C. McClure, *Back to the Future: A Feasability Study on Return-to-Work Programming for People Living with HIV/AIDS*, Toronto, AIDS Commitee of Toronto, novembre 1997, p. iii-iv.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Trithérapie et retour au travail: résultats d'un sondage québécois

Historique

Depuis deux ans, de nouveaux traitements offrent un nouvel espoir aux personnes vivant avec le VIH/sida. Bien qu'ils ne soient pas efficaces pour tous les patients, on constate chez certains une amélioration de la santé et la réduction de facteurs qui font obstacle à la capacité de travailler. Les dernières statistiques québécoises et canadiennes montrent qu'au cours de la dernière année le taux de décès lié au sida a diminué. D'ailleurs, les résidents des maisons d'hébergement remarquent une amélioration de leur santé et l'on constate un allègement des listes d'attente de ces établissements.

Parmi les personnes pour lesquelles le régime de la trithérapie fonctionne, on observe une augmentation de l'espérance de vie, une diminution du taux de décès et un changement radical de leurs besoins. En effet, les intervenants d'organismes communautaires de lutte contre le sida (OCLS) constatent que leur clientèle éprouve un nouveau besoin: le retour au travail.

Dans une étude américaine menée à Chicago auprès de 55 personnes vivant avec le VIH/sida, 82% des répondants disent avoir discuté d'une possibilité de retour au travail avec leur conseiller et 58% avec leur médecin.[1] De ces répondants, 66% semblent enclins à un retour au travail et certains ont même pris des actions en ce sens, 77% pensent pouvoir travailler pour une période de temps indéfinie, 72% veulent effectuer un retour progressif au travail, 93% croient pouvoir travailler efficacement avec les autres, 82% ne pensent pas pouvoir retourner à leur ancien emploi (de ces derniers, 51% identifient comme facteur d'inhibition la nécessité de dévoiler des informations personnelles et 60% ne savent pas comment expliquer le vide dans leur curriculum vitæ).

Dans une autre étude américaine, auprès de 389 travailleurs séropositifs gais ou bisexuels, plus de la moitié (52%) des répondants ont dévoilé leur orientation sexuelle à leur employeur.[2] Cependant, ce dévoilement se fait plus facilement quand l'employeur est lui-même gai, tandis que le dévoilement de la séropositivité se fait après que l'employé ait quitté son milieu de travail. Parmi les répondants qui ont

dévoilé leur séropositivité à l'employeur (35%), 4 ont été congédiés et 8 ont dû changer de type de travail.

Devant l'évolution de la problématique du sida, un sondage a été élaboré et diffusé à travers le réseau des OCLS du Québec et dans deux médias gais (B@B Magazine et *Fugues*) au mois de septembre 1997. Un deuxième envoi sera effectué en janvier 1998 dans le réseau de la santé et des services sociaux à l'aide du bulletin *Information sur les Traitements de l'Immunodéficience* (ITI), et parmi ses abonnés, afin d'obtenir le point de vue de gens touchés mais qui ne fréquentent pas les OCLS ou les milieux gais. Le questionnaire auto-administré est rempli de façon anonyme et confidentielle, et ne renferme aucune question susceptible d'identifier le répondant, son type d'emploi ou son lieu de travail. Le questionnaire comporte 16 questions. Les répondants pouvaient faire parvenir leur questionnaire de quatre façons: par courrier, par télécopie, par l'organisme communautaire ou par Internet. L'enquête a permis de recueillir 418 questionnaires (361 hommes et 57 femmes). Les résultats qui suivent sont issus de la première vague d'envoi et correspondent à la clientèle des OCLS ou aux milieux gais.

Résultats

Dans notre échantillon, 86% des répondants sont des hommes, 82% ont moins de 45 ans, 69% résident sur l'Île de Montréal, 35% ont une séropositivité datant de 5-10 ans, 70% sont sous le régime de la trithérapie (dont la moitié depuis plus d'un an) et 5% ont abandonné la trithérapie, 14% sont sur le marché du travail, 65% touchent des prestations de sécurité du revenu, 34% désirent retourner sur le marché du travail, 71% bénéficient de l'assurance-médicaments du gouvernement du Québec, 56% n'ont aucune difficulté à payer leurs médicaments, 87% affirment que les employeurs devraient offrir à leurs employés une formation sur le sida en milieu de travail et 82% ne connaissent pas le programme Sida en milieu de travail.

De façon générale, les répondants de moins de 45 ans sont davantage portés à vouloir retourner sur le marché du travail. En revanche, les répondants âgés de plus de 45 ans ne le désirent pas ou sont incertains. En effet, plus le temps de séropositivité est long et moins les répondants sont enclins à vouloir retourner sur le marché du travail. Les obstacles évoqués par les répondants face à un retour éventuel sur le marché du travail se divisent selon sept grandes catégories: sociale, familiale, formation, santé, milieu de travail, économique et individuelle. Cependant, l'obstacle principal demeure l'état de santé.

Dans notre échantillon, les femmes sont plus jeunes que les hommes, résident à Montréal, sont séropositives depuis 1 à 3 ans, absentes du marché du travail (seulement 5 de ces femmes sont sur le marché du travail), n'ont pas d'assurance collective, désirent davantage que les hommes retourner sur le marché du travail et ont plus de difficulté à payer leurs médicaments. Les facteurs les plus souvent mentionnés sont les suivants: être monoparentale, avoir des enfants en bas âge ou avoir un enfant séropositif. Ces résultats viennent confirmer la précarité d'emploi et la situation de pauvreté de ces femmes.

Des répondants qui sont sur le marché du travail (n=59), 54% habitent à Montréal, 85% ont moins de 45 ans (51% sont dans la catégorie des 36-45 ans), 73% ont une séropositivité datant de moins de 10 ans (39% sont séropositifs depuis 5 à 10 ans), 75% sont sous le régime de la trithérapie, 41% le sont depuis plus d'un an et aucun n'a abandonné son traitement, 54% bénéficient d'une assurance collective et 37% bénéficient de l'assurance-médicaments du gouvernement du Québec, 34% ont des difficultés à payer leurs médicaments, 66% fréquentent un OCLS, 73% ne sont pas syndiqués, 22% affirment que l'entreprise possède une politique de sida en milieu de travail, 78% sont en faveur d'une formation sur le sida pour les employés et 49% ont dévoilé leur séropositivité à leur employeur. De ceux qui ont dévoilé leur séropositivité, une personne sur cinq éprouve des problèmes avec son employeur. La présence ou l'absence de syndicat ne semble pas être un facteur associé au dévoilement de sa séropositivité.

Les répondants qui ne prennent pas de médicaments (11%) évoquent les raisons suivantes: peur d'être identifié dans son milieu de travail, peur face à la compagnie d'assurance (surtout à cause du bris de confidentialité possible), peur de perdre son emploi, peur de la trithérapie (préfèrent attendre que l'on en connaisse mieux les effets).

Les répondants qui ont le plus de difficultés à payer leurs médicaments sont les individus qui bénéficient de l'assurance-emploi et ceux qui sont aux études ou en recherche d'emploi. De plus, le montant à déboursier avant le remboursement par la compagnie d'assurance, la prime associée à l'assurance-médicaments et l'achat de certains produits comme les vitamines, les suppléments alimentaires et les médicaments de confort augmentent la difficulté de payer les médicaments.

Conclusion et perspectives

Les résultats de cette enquête nous permettent de soulever les problèmes suivants, en milieu de travail, pour les personnes vivant avec le VIH/sida:

- En milieu de travail, il existe trois types de «silence»: le silence sur son orientation sexuelle, le silence sur sa séropositivité et le silence sur la prise de médicaments. Ces silences engendrent le stress et la peur, et ils influencent la décision de suivre ou non un traitement.
- Le maintien en milieu de travail ne semble pas acquis et le dévoilement de la séropositivité à l'employeur mène encore à des congédiements.
- L'état de santé est leur préoccupation principale. La trithérapie augmente l'espérance de vie de certaines personnes sans toutefois améliorer nécessairement leur qualité de vie. En effet, la quantité de médicaments absorbés, l'horaire strict de la prise des médicaments, l'importance de la fidélité aux traitements et les effets secondaires sont les obstacles dont les personnes doivent tenir compte lors d'un éventuel retour au travail.
- Pour la plupart, on ne désire pas retourner à l'ancien emploi, soit à cause du niveau de

stress, soit à cause de la discrimination ou de l'attitude de l'employeur. On préfère aller vers des milieux de travail où il y a une plus grande ouverture face à l'orientation sexuelle, la séropositivité et la trithérapie. Le milieu favorisé est le secteur communautaire. En effet, selon certains répondants, le milieu communautaire favorise le retour au travail par une intégration souple et respectueuse de leur état de santé. Toutefois, le bénévolat n'est pas source de revenu.

- L'obligation de l'accommodement raisonnable par les employeurs est la composante la plus difficile à faire accepter. Notamment, comment une personne qui vit avec le VIH/sida et qui désire retourner au travail peut-elle se voir accorder une flexibilité d'horaire (en raison de son état de santé, de la prise de médicaments, de rendez-vous chez le médecin et pour des tests ou des traitements), ainsi qu'un nombre d'heures et une description de tâche qui tiennent compte de son état de santé? L'employeur est-il prêt à adapter ses attentes quant à la productivité et à l'assiduité? L'environnement de travail réduit-il l'exposition aux microbes?
- Comment s'explique, dans un curriculum vitæ, une absence de travail de plus d'un an?
- Il faut souligner l'apport positif de l'assurance-médicaments du Québec pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Toutefois, le gouvernement devrait réviser sa politique sur l'adhésion obligatoire à l'assurance collective afin de permettre à ces personnes de bénéficier de l'assurance-médicaments sans devoir dévoiler leur séropositivité et de pouvoir trouver un travail sans être préoccupées par la divulgation.
- La formation des employés et l'adoption d'une politique de sida en milieu de travail devraient, selon nous, faire partie de l'agenda de toute entreprise.

- *Yves Jalbert*

Le programme Sida en milieu de travail est un service de consultation sur la problématique du sida qui s'adresse aux entreprises et aux organismes privés, publics et parapublics du Québec. Sa mission est de fournir des outils pour l'évaluation et l'analyse des besoins de l'entreprise ou de l'organisme; d'aider les entreprises ou organismes à élaborer une politique sur le sida en milieu de travail; de mettre sur pied des séances de formation pour les gestionnaires et les employé-e-s sur la transmission et la prévention du VIH dans le cadre d'activités personnelles et professionnelles; de renseigner sur les droits des personnes vivant avec le VIH/sida, des employé-e-s et des employeurs et d'identifier les responsabilités de chacun; de fournir des kiosques d'information sur la problématique du VIH/sida; d'assurer le suivi après les séances de formation; d'intervenir en situation de crise; de fournir des personnes ressources; d'évaluer l'impact des séances de formation en milieu de travail; et d'assurer la mise à jour des informations.

Pour obtenir des renseignements concernant ce programme ou pour obtenir une copie de l'enquête, communiquer avec Yves Jalbert au (514) 282-1015 ou par écrit au 4205, rue Saint-Denis (bur. 320), Montréal QC H2J 2K9.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Howard Brown Health Center, *Employment Options Survey Results - Summary*, Chicago, le HBHC, 1997.

[2] J.M. Simoni, H.R.C. Mason, G. Marks, «Disclosing HIV Status and Sexual Orientation to Employers», *AIDS Care*, 1997, 9(5): 589-599.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

CONFIDENTIALITÉ

L'indemnisation des accidents du travail et la divulgation

Nous divulguons des informations tous les jours. Nous disons des choses à nos amis, à notre famille, à nos collègues et à nos conjoints. Les raisons pour lesquelles nous choisissons de divulguer des informations sont multiples: pour bavarder, pour renseigner, pour éduquer ou pour obtenir des informations d'autres personnes. Parfois, la loi, les tribunaux ou l'administration nous obligent à divulguer des informations. Dans certaines situations, nous avons la possibilité de choisir le degré et la quantité d'information que nous donnerons. Cependant, dans d'autres situations, d'autres personnes sont maîtres du contenu de l'information à divulguer ou peuvent être tenues de divulguer des informations à notre sujet.

Confidentialité et exceptions

Plusieurs professionnels, médecins, avocats, journalistes et prêtres ont avec leurs clients des relations protégées par certains degrés de confidentialité. Cependant, ce privilège n'est absolu que dans le cas des avocats. Les médecins, par contraste, sont souvent contraints de divulguer des informations. Par exemple, la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* de l'Ontario[1] et d'autres loi similaires dans d'autres provinces et territoires les obligent à aviser les autorités sanitaires quand un de leurs patients est atteint d'une maladie transmissible mentionnée dans la loi. Dans toutes les provinces et territoires, les cas de sida (et dans certains endroits, la séropositivité) doivent obligatoirement être déclarés.[2]

Indemnisation des accidents du travail

Dans diverses autres situations, les médecins ont l'obligation de donner des informations à des comités, des commissions ou des tribunaux. Dans le présent article, nous analyserons de façon plus détaillée les cas de demandes d'indemnité reliées aux accidents du travail, où les médecins sont souvent contraints de fournir un rapport médical.[3]

La question que devraient se poser les médecins et les éventuels requérants, dans ces cas, est la suivante: le rapport médical devrait-il contenir de l'information sur la séropositivité d'une personne? Il n'existe pas de lignes directrices pour déterminer les situations dans lesquelles un médecin devrait divulguer de l'information relative au VIH/sida ou d'autre information de nature médicale. Plusieurs lois n'établissent pas dans quelle mesure ce type d'information peut être exigé. Certaines lois prévoient que «toute information raisonnable et nécessaire» devrait être divulguée. La question demeure: la séropositivité d'un patient constitue-t-elle une information raisonnable et nécessaire en ce qui a trait à une demande d'indemnisation relative à un accident du travail?

Évidemment, si le requérant fait une demande parce qu'il a été exposé au VIH et qu'il a été infecté (par exemple un travailleur dans le domaine de la santé qui s'est piqué avec une seringue contaminée), il serait raisonnable d'inclure des informations concernant sa séropositivité. Cependant, il est moins certain que ce genre d'information doive être inclus lorsque la séropositivité du requérant n'a aucun lien avec la blessure pour laquelle il demande d'être indemnisé: un médecin est-il tenu de révéler la séropositivité d'un travailleur qui souhaite être indemnisé pour une blessure à la tête? Il peut y avoir des situations où le médecin croit que la séropositivité du requérant est une information pertinente qui a un effet sur l'état actuel du patient et qu'elle devrait être divulguée. Dans ces circonstances, toutefois, le médecin devrait être conscient des préjugés qui peuvent naître une fois que la séropositivité d'une personne est révélée.

Cas récent

Un cas survenu récemment en Nouvelle-Écosse illustre certains problèmes susceptibles de se produire lorsque la séropositivité d'une personne est incluse inutilement dans un rapport médical. Le requérant s'était blessé à la colonne vertébrale dans l'exécution de ses fonctions, à son lieu de travail. Dans le rapport destiné à la Commission des accidents du travail, le médecin soignant a déclaré que le requérant était séropositif, mais asymptomatique. La Commission refusa d'accorder au requérant une indemnisation à long terme parce que, selon elle, ses maux de dos ne découlaient pas de sa blessure, mais d'un problème congénital préexistant.

Le requérant est déménagé par la suite en Ontario, où il a subi d'autres examens qui ont démontré qu'il n'avait pas de problème congénital et que la blessure avait bel et bien causé le dommage à la colonne. À ce moment-là, le requérant ne pouvait plus en appeler de la décision de la Commission: le délai d'appel était écoulé.

Durant tout le processus, le requérant était convaincu que son cas aurait connu un traitement et un résultat différents si le médecin n'avait pas divulgué sa séropositivité. Plus particulièrement, le requérant a senti que la Commission avait des préjugés contre lui à cause de sa séropositivité. Bien qu'il soit difficile d'aborder et de contester le préjugé s'il n'est pas déclaré et manifeste, et bien qu'il soit difficile de prouver que le préjugé a effectivement joué un rôle dans ce cas particulier, il est important de reconnaître les conséquences que peut avoir une divulgation inutile de la séropositivité d'un requérant.

Solutions

Lorsqu'un médecin doit divulguer des renseignements médicaux sur un travailleur séropositif qui fait une demande d'indemnisation relative à un accident du travail, il devrait suivre les étapes suivantes:

- déterminer si la séropositivité du requérant a une pertinence par rapport à la demande d'indemnisation;
- s'informer de l'opinion du requérant relativement à l'inclusion éventuelle de son sérodiagnostic dans un rapport médical destiné à la commission;
- s'il a été décidé de divulguer la séropositivité du requérant dans le rapport destiné à la commission, aviser le requérant avant de le faire; et
- si le médecin n'est pas certain de devoir dévoiler cette information dans un rapport médical, il devrait demander les conseils d'un avocat ou de son ordre professionnel.

Les personnes vivant avec le VIH/sida qui soumettent une demande d'indemnisation d'accident du travail devraient être conscientes que cette information peut être incluse dans un rapport médical. Elles devraient faire part de leurs préoccupations à leur médecin et demander à voir une copie du rapport médical avant que celui-ci ne soit transmis.

En général, à moins que la séropositivité soit un élément important de la demande (comme dans le cas d'un travailleur de la santé exposé au VIH), il est peu probable que les commissions demandent spécifiquement des renseignements concernant la séropositivité du requérant. Pour de nombreuses raisons, les médecins ne devraient jamais se sentir obligés de donner ce type d'information, à moins que la commission ne l'exige:

- il est plus difficile de corriger les dommages causés au requérant par la discrimination ou les préjugés que la divulgation a entraînés, que d'attendre à une étape ultérieure pour dévoiler l'information s'il devient manifeste que celle-ci est pertinente;
- si la divulgation de la séropositivité du requérant n'est pas pertinente, peu importe que celle-ci ait nui ou non au traitement de la demande, le médecin s'expose à une poursuite judiciaire ou à des sanctions disciplinaires;^[4] et,
- outre la possibilité que la divulgation de la séropositivité nuise au traitement de la demande, il existe une possibilité que, à la suite de la divulgation à la commission, la séropositivité du requérant devienne publique.

Compte tenu des stigmates sociaux associés au VIH/sida, les médecins et autres professionnels devraient exercer la plus grande prudence avant de divulguer des renseignements sur la séropositivité d'un patient: ne le faire qu'avec grande réserve.

- David Smagata

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Loi sur la protection et la promotion de la santé, L.R.O. 1990, c. H7.

[2] Le VIH n'a pas à être obligatoirement déclaré au Québec, en Alberta, en Colombie-Britannique et au Yukon. Pour plus d'information, voir R. Jürgens, M. Palles, *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité: un document de travail*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1997, p. 221-224.

[3] Plusieurs lois provinciales confèrent aux commissions d'accidents du travail le pouvoir d'exiger les rapports de tout membre du personnel médical ayant déjà soigné le demandeur. Voir, par exemple, la Loi sur les accidents du travail, L.R.O. 1990, c. W11, art. 51; le Workers' Compensation Act, R.S.N.S., 1989, c. 508, art. 67; le Workers' Compensation Act, S.A., c. W16, art. 29(1).

[4] Certaines lois contiennent des dispositions destinées à empêcher que les rapports médicaux puissent être produits en preuve contre leurs auteurs, à moins que ces rapports n'aient été rédigés dans l'intention de nuire. Voir Workers' Compensation Act, S.A., c. W-16, art. 29(3).

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

É.-U. — Sanction pour bris de confidentialité

William Calvert, ancien employé d'un service de santé publique de la Floride, a été condamné, à la suite de son plaidoyer de non-contestation, à une année de probation pour avoir violé la confidentialité de patients ayant le sida.

Tel que rapporté dans le numéro d'octobre 1996 du *Bulletin*,^[1] M. Calvert avait apporté à chez lui une liste informatisée de 4 000 personnes ayant le sida. Son ancien partenaire a eu accès à cette liste, il l'a imprimée et utilisée à des fins non autorisées. L'ancien partenaire de Calvert, Gregory Wentz, avait déjà été reconnu coupable d'un délit de second degré et il a été condamné à un emprisonnement de 60 jours pour le rôle qu'il a joué dans cette affaire. Cette sentence a été portée en appel.^[2]

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1]Éditeur, «É.-U. - Divulgence d'une liste de 4 000 personnes atteintes du sida», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 3(1): 43.

[2] Tiré d'un reportage paru dans *Lesbian/Gay Law Notes*, 154 (octobre 1997).

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

NOUVELLES CANADIENNES

Les questions juridiques deviennent un «secteur stratégique» de la SNS III

Sensible à l'importance croissante que revêtent les questions juridiques et éthiques et les droits de la personne, dans la lutte contre le VIH/sida et ses conséquences, le ministre de la Santé Allan Rock a annoncé le 1 décembre 1997 que, pour la première fois depuis la création de la Stratégie nationale sur le sida (SNS), ces questions constitueront l'un des «secteurs stratégiques» de la Phase III de la Stratégie.

Le ministre Rock a accueilli favorablement la recommandation du groupe d'intervenants nationaux — Société canadienne du sida (SCS), Association canadienne de santé publique, Réseau communautaire d'info-traitement sur le sida, Comité canadien aviseur sur l'accès aux traitements, Réseau canadien autochtone sur le sida, Réseau canadien pour les essais VIH, Association canadienne de recherche sur le VIH, Coalition interagence sida et développement, Société canadienne de l'hémophilie, etc. — formulée devant le constat (à l'issue de consultations nationales à grande échelle, quoique brusquées par un échéancier serré) que la discrimination demeure une préoccupation de premier ordre pour les Canadiens et Canadiennes qui vivent avec le VIH/sida, et qu'elle fait obstacle aux efforts visant à réduire la propagation du VIH et à donner des soins, du soutien et des traitements aux personnes affectées. Les intervenants avaient aussi proposé que soit accordé à ce secteur stratégique un budget annuel d'un million de dollars pendant 5 ans, mais aucune décision finale n'avait encore été prise relativement à l'allocation budgétaire, au moment d'aller sous presse.

Les intervenants ont recommandé que le financement dans le domaine juridique, éthique et des droits de la personne serve entre autre à:

- permettre de poursuivre le travail sur les dossiers entrepris durant la Phase II de la SNS (notamment les questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida en prison, celles liées au test et à la confidentialité, celles concernant les gais et les lesbiennes au regard du

VIH/sida, ainsi que la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida ou contre les populations affectées);

- effectuer du travail sur les «priorités de premier ordre» du droit et de l'éthique, identifiées lors d'une vaste consultation menée en 1995 par la SCS et le Réseau juridique dans le cadre de leur Projet conjoint sur les questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida (notamment l'accès aux soins et traitements pour le VIH/sida, les lois et politiques sur la drogue, les lois et politiques sur la prostitution et leur impact sur la propagation du VIH); et
- effectuer des consultations en vue d'établir et de réévaluer de façon soutenue un inventaire des questions nouvelles et croissantes, en matière de droit, d'éthique et de droits de la personne; et s'attaquer à ces questions.

Le 15 octobre 1997, le Réseau juridique a déposé un mémoire devant Secrétariat de consultation sur le VIH/sida, intitulé «The Legal, Ethical, and Human Rights Dimensions of HIV and AIDS: Where Should We Go From Here?», dont on peut obtenir copie en contactant le Réseau aux coordonnées inscrites à la p. 2.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Autochtones et VIH/sida: enjeux légaux

Le Réseau juridique canadien VIH/sida mène un projet sur les enjeux légaux soulevés par le VIH/sida dans les communautés autochtones du Canada.

Soutenu financièrement par Santé Canada dans le cadre de la Phase II de la Stratégie nationale sur le sida, le projet implique d'importantes consultations auprès d'individus et d'organismes oeuvrant auprès des communautés des Premières nations, notamment des organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida, des représentants des ministères provinciaux et fédéral de la Santé et des intervenants en santé communautaire. En mars 1998, on publiera des documents de travail sur trois aspects importants:

- les Autochtones, le VIH/sida et la discrimination;
- les questions de compétence et de financement; et
- les enjeux relatifs au test et à la confidentialité pour les Autochtones.[1]

Le travail effectué jusqu'à maintenant atteste que de plusieurs problèmes entravent le développement et la mise en oeuvre d'une réponse efficace au VIH/sida par les organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida et les travailleurs de la santé: un manque de sensibilisation à propos de la maladie dans certaines communautés, des échecs des leaders autochtones et non-autochtones à reconnaître l'impact potentiel du VIH/sida sur les communautés autochtones, un état de santé générale peu satisfaisant parmi plusieurs communautés Autochtones au Canada, le racisme, ainsi que la frustration de vivre et de se voir défini selon un régime législatif imposé par l'extérieur.

Les gens consultés se disent alarmés par la rapidité de la progression des taux d'infection à VIH parmi les Autochtones. Ils indiquent que des facteurs de risque de VIH et d'autres maladies infectieuses telles que les hépatites se rencontrent chez les Autochtones. Plusieurs vont jusqu'à conclure que l'impact du VIH/sida sur les communautés autochtones pourrait s'avérer dévastateur. Ils soulignent que le besoin d'éducation persiste et que des initiatives de soins, de traitement et de soutien adaptées aux cultures amérindiennes sont de plus en plus nécessaires.

En général, on fait valoir que des organismes autochtones de lutte contre le sida, des personnes vivant avec le VIH/sida, des femmes, des gens «de deux esprits» [gais autochtones] et d'autres parmi les plus affectés par la maladie se mobilisent pour lutter contre le VIH/sida. Selon les gens consultés, les modèles efficaces qui permettront de vaincre les obstacles au contrôle de la propagation du VIH devront venir de ces individus et organismes. Enfin, tous ceux qui ont été consultés ont convenu qu'il est temps que les gouvernements de tous les niveaux mettent en oeuvre des stratégies coordonnées et élaborées par des Autochtones touchés ou affectés par le VIH, et axées sur cette population.

- *Stefan Matiation*

Pour plus d'information sur ce projet, contactez Ralf Jürgens, tél.: (514) 451-5457, courriel: ralfj@aidslaw.ca

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Les documents sont un prolongement du travail effectué au cours de l'été 1994 par Stefan Matiation, stagiaire en droits de la personne auprès de 2-Spirited Peoples of the 1st Nations. Voir «VIH/sida et communautés autochtones: problèmes de juridiction et de discrimination», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 3(1): 1, 50-51.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

NOUVELLES INTERNATIONALES

Sommet sur la fin de la vie

Madrid (Espagne) — Des représentants de 10 pays ont participé à l'*International Summit on End of Life Care for Persons with HIV and AIDS*, du 13 au 15 juin 1997. Le sommet a conduit au développement d'un énoncé de position et à 8 résolutions visant la promotion de normes de soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

John Campbell, de la UK Coalition of Persons Living with HIV & AIDS, a eu l'idée de ce sommet et a reçu l'appui de la Royal Free Hospital School of Medicine et du programme Positive Action de Glaxo Wellcome. Outre l'énoncé de position, on a développé une «invitation à amorcer le changement autour des questions de fin de la vie» dans le but d'aider les organismes communautaires à promouvoir de meilleurs soins pour les personnes qui sont proche de la mort. Le document explique en quatre points les questions de base qui, selon les participants, doivent être abordées: l'information et l'éducation, les soins aux personnes mourantes, le respect des choix et l'aide à mourir.

Des représentants du sommet ont présenté les documents lors de conférences régionales et nationales sur le sida, en 1997, et ils les présenteront lors de la Conférence internationale sur le sida, à Genève en 1998. Nous offrons ci-dessous une traduction de l'énoncé de position.

Préambule

Le Sommet international sur la promotion de normes de soins relatives aux décisions de fin de la vie pour les personnes vivant avec le VIH et le sida regroupe des personnes qui vivent avec le VIH, des soignants, des militants et des universitaires ayant diverses expériences de la maladie du VIH.

Nous avons soigneusement réfléchi à nos expériences et nous avons identifié des points fondamentaux d'entente sur plusieurs questions qui se posent à la fin de la vie, pour des personnes ayant la maladie du

VIH.

L'expérience du mourir, pour les gens qui ont le sida, varie considérablement d'une culture à l'autre et au sein même de chacune. Dans certains contextes culturels, la personne mourante peut être entourée de soins hautement professionnels et techniques; dans d'autres circonstances, les soins donnés sont humains, non professionnels et non techniques. En outre, il y a certaines situations qui ne dépendent en rien des normes culturelles et des ressources économiques, où une personne ayant le sida aura une expérience du mourir dépourvue de tout soin humain, professionnel ou technique.

Nous ne nous prononçons pas sur la question qu'une façon de mourir soit ou non meilleure qu'une autre, en soi. Cependant, nous sommes fortement opposés à ce que l'on enlève la vie à une personne contre son gré. Nous croyons par ailleurs que lorsqu'une personne décède d'une manière qui peut sembler acceptable à d'autres mais qui ne respecte pas ses valeurs, il s'agit d'un affront à la dignité humaine.

Peu importe le contexte socioculturel ou la situation économique, nous croyons que pour toutes les personnes vivant avec le VIH le processus du mourir peut être amélioré.

Résolutions

Ainsi, nous résolvons d'encourager, de promouvoir et d'améliorer les normes de soins à la fin de la vie. On portera attention aux domaines de préoccupation suivants.

1. La promotion de la notion selon laquelle les décisions concernant le processus du mourir sont aussi importantes que celles qui concernent la vie. Somme toute, mourir fait partie intégrante de la vie.
2. La promotion du développement et la distribution d'information concernant les options de fin de vie, à l'intention des personnes qui vivent avec le VIH ou le sida et de celles qui sont autrement affectées.
3. La promotion d'une réflexion précoce aux choix en matière de traitements et de soins de fin de vie.
4. La promotion du bien-être psychosocial de la personne mourante.
5. La promotion et l'amélioration de la gestion des symptômes physiques et mentaux associés à la mort dans le contexte du VIH.
6. La promotion du droit de prendre soi-même des décisions profondément personnelles au sujet de son corps, y compris des choix relatifs à la manière et au moment de la mort.
7. La promotion de l'implication des personnes vivant avec le VIH et le sida dans les

discussions et le débat sur les décisions de fin de vie.

8. La promotion de réforme législative et de développement de politiques afin de protéger les droits des personnes vivant avec le VIH et le sida.

- *Russel Ogden*

Les parties désireuses de formuler des commentaires ou de ratifier l'énoncé de position peuvent écrire à: UK Coalition of People Living with HIV & AIDS, 250 Kennington Lane, Londres SE11 5RD, Royaume-Uni.
Courriel: editor@positivenation.co.uk

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

POLITIQUES SUR LES DROGUES

VIH/sida et usage de drogue par injection: plan national d'action (et de raison)

Eugene Oscapella, avocat à Ottawa et membre fondateur de la Fondation canadienne des politiques sur les drogues, réagit au Plan d'action national sur le VIH/sida et l'usage de drogue par injection.

Les usagers de drogues par injection ne vivent pas en vase clos. Comme tout citoyen, ils vivent dans la communauté.[1]

Si seulement les parlementaires et les bureaucrates qui les influencent pouvaient apprendre à accepter cette idée simple et humaine! Pourtant, seulement quelques jours avant la publication du rapport du Groupe de travail, le plus récent sacrifice du gouvernement au dieu de la prohibition, la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, est entrée en vigueur. Alors que le Groupe de travail énumérait les méfaits que causent les lois canadiennes sur les drogues et qu'il demandait au gouvernement de les modifier, le cabinet proclamait en force une législation prohibitionniste encore plus répressive. La *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* ne fera rien pour régler la propagation du VIH et d'autres infections transmissibles par le sang parmi les utilisateurs de drogue et leurs contacts. Il continuera plutôt à favoriser les conditions qui mènent à la propagation de ces infections.[2]

Même avant l'avènement du VIH/sida, les lois canadiennes sur les drogues étaient carrément inadéquates et provoquaient beaucoup plus de méfaits qu'elles n'en prévenaient. À présent, devant les épidémies de VIH/sida et d'hépatite parmi les utilisateurs de drogue par injection — épidémies étroitement liées à la prohibition qui frappe la drogue — les élaborateurs de politiques et les politiciens devraient en être à planter les derniers clous au cercueil de la prohibition. Malheureusement, ils sont trop nombreux qui semblent effrayés à l'idée de funérailles — sauf, bien sûr, lorsqu'il s'agit des funérailles de ceux qui ont le sida ou l'hépatite.

Le rapport du Groupe de travail réserve peu de surprises: il réunit plusieurs des analyses existantes qui démontrent que notre système légal et social actuel accentue le problème du VIH/sida et de l'usage de drogue par injection. Parmi ses positions les plus audacieuses, le Groupe de travail recommande de mettre fin à la criminalisation de la possession de petites quantités de drogues présentement illégales pour usage personnel (recommandation qui fait écho à celle formulée par la Fondation canadienne des politiques sur les drogues lors des audiences du Sénat et de la Chambre des communes sur le projet de loi qui est devenu la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*).

Parmi les autres recommandations importantes, on note: la recommandation de modifier la législation afin que les médecins puissent prescrire des substances présentement illégales — par exemple, l'héroïne et la cocaïne — aux utilisateurs de drogue, pour réduire les méfaits associés à l'achat de drogue dans la rue; et la recommandation que la moitié des revenus tirés de la «guerre aux drogues» et des procès criminels soit redirigée vers des programmes de prévention, de traitement et de réorientation des sentences. Cette recommandation déplaira presque assurément à des agences d'application de la loi, qui ont peut-être hâte de récolter les fruits des perquisitions et d'en faire une vache à lait pour renflouer leur financement, à l'instar de certaines forces policières américaines.

Un problème — maladie et mort associés à l'injection de drogue — mais deux réponses de politique et de législation fondamentalement différentes: la réponse du gouvernement, par le biais de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, nouvellement proclamée, continuera de provoquer un flot soutenu de nouveaux cas d'infection à VIH et d'hépatite parmi les utilisateurs de drogue par injection et, par leur intermédiaire, aux autres dans la communauté en général. L'autre réponse — celle proposée par le Groupe de travail — offre aux Canadiens une chance de sauver des vies et de se tirer du borbier créé par nos politiques et lois actuelles en matière de drogue.

Le plus grand service rendu par le rapport du Groupe de travail est sans doute de dérober aux bureaucrates et aux élus l'excuse de n'avoir pas su à quel point le problème de l'infection à VIH était grave parmi les utilisateurs de drogue, ou comment en arriver à une solution. Avant la publication du rapport du Groupe de travail, nombre de bureaucrates et de politiciens pouvaient plaider (ou feindre) l'ignorance, face à l'allégation que leurs lois et politiques pourraient être responsables de la mort évitable de nombreux Canadiens. De tels plaidoyers d'ignorance ne sont désormais plus crédibles et ce que l'on appelle (en politique américaine) la «plausible deniability» («je n'étais pas au courant qu'avait lieu un tel carnage») ne peut plus servir de prétexte.

Bientôt, comme dans le cas du scandale du sang en France (où les autorités ont consciemment permis la distribution de sang contaminé), les bureaucrates et politiciens récalcitrants du Canada se trouveront-ils peut-être du mauvais côté de la loi. Des militants de la lutte contre le VIH/sida et des tenants de la réforme des politiques sur les drogues soulèvent de plus en plus la possibilité d'actions civiles contre les autorités gouvernementales qui ne passent pas à l'action ou qui agissent avec négligence. Existe également une perspective plus convaincante, et plus susceptible d'insuffler un certain dynamisme à ceux qui préféreraient ignorer la question de l'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue: le spectre de la poursuite *criminelle* privée pour négligence criminelle.

De solides idées de changement sont mises de l'avant par le rapport du Groupe de travail. Comme le travail de tant d'autres instances consultatives, le rapport risque d'être relégué aux oubliettes par des bureaucrates rigides et des politiciens peureux. Un élément joue malgré tout en sa faveur: le rapport est maintenant dans les mains d'un gouvernement qui peut se risquer à innover, car il n'y a pas d'élections en vue avant plusieurs années. Battons le fer pendant qu'il est chaud et que le gouvernement est nouveau.

- *Eugene Oscapella*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection: un plan d'action national*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, 1997, p. 10.

[2] Voir, pour plus de détails (toutes les références renvoient à des articles du *Bulletin canadien VIH/sida et droit*): D. Riley, E. Oscapella, «Projet de loi C-7: incidences sur la prévention du VIH/sida», 1995; 1(2): 1, 11-13; R. Jürgens, «Lois sur les drogues et VIH/sida», 1996, 2(3): 1, 29-32; D. Riley, E. Oscapella, «Projet de loi C-7: mise à jour», 1996; 2(3): 5; J. Conroy, «L'Association du Barreau canadien se joint au tollé contre le projet de loi C-8», 1996, 2(4): 21-23; éditeur, «Création d'un groupe de travail sur le VIH/sida et l'usage de drogue», 1996, 3(1): 12-13; E. Oscapella, D. Riley, «Le Sénat "propose énergiquement" un examen des lois, politiques et programmes canadiens antidrogue», 1996, 3(1): 13-14.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Affaire Terry Parker: marijuana pour l'épilepsie — bientôt pour le VIH/sida?

Terry Parker, un résidant de Toronto âgé de 42 ans, fume de la marijuana pour traiter son épilepsie depuis son adolescence. Par suite d'un jugement de la Cour de l'Ontario adopté le 10 décembre 1997,[1] il peut à présent faire usage de marijuana et cultiver ses propres plants légalement.

Terrance Parker avait 4 ans lorsque sont apparus ses premiers symptômes d'épilepsie. Ses crises sont devenues un événement quotidien, même avec des doses importantes de médicaments. À 14 ans, Parker a subi une lobotomie temporale à droite, suivant l'avis de ses neurochirurgiens. Les crises se sont intensifiées et il vécut une première crise de grand mal dans la salle de réveil. Une seconde résection corticale du lobe temporal a été effectuée trois ans plus tard, mais les crises persistèrent. C'est à cette époque qu'un préposé d'un des hôpitaux lui donna de la marijuana. Parker remarqua que plus il fumait, plus la fréquence et l'intensité des crises diminuaient. Suivant l'avis de son médecin, il s'est mis à tenir un journal et à noter la relation directe entre le fait d'avoir des crises et de ne pas fumer de marijuana. Le médecin a fourni une lettre à Parker spécifiant qu'il avait besoin de marijuana à des fins thérapeutiques.

«Quand je sens qu'une crise se prépare... je fume quelques joints... et tout est sous contrôle», affirme Parker. La marijuana est également exempte des effets secondaires de dépression et de perte d'appétit qui accompagnent les médicaments. Lorsqu'il ne fume pas, Parker peut avoir chaque semaine de trois à cinq grands maux et une douzaine de petits. Il a été hospitalisé plus de 100 fois pour des accidents survenus pendant des crises. Devant le tribunal, Parker a déclaré:

Quand on me traite uniquement avec des médicaments, ma vie est très difficile à vivre, même véritablement misérable par moments. Lorsque je peux consommer de la marijuana à chaque jour, je suis capable d'apprécier la vie, sans crise, et de vivre de façon relativement normale.

Parker a d'abord été arrêté pour culture et trafic de marijuana en juillet 1996: 71 plants furent

confisqués. Il a de nouveau été arrêté en septembre 1997 et accusé de possession. Trois plants furent confisqués. Puisque Parker a avoué avoir donné de la marijuana à d'autres personnes à des fins médicinales, le juge Sheppard l'a trouvé coupable de trafic et l'a condamné à un an de probation. Le juge Sheppard a acquitté Parker des deux autres chefs d'accusation en se fondant sur le fait que l'ancienne loi sur la drogue, la *Loi sur les stupéfiants* et la nouvelle *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, sont trop larges et anticonstitutionnelles et qu'elles enfreignent l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Dans sa décision, le juge Sheppard s'est largement appuyé sur une autre affaire (celle de Chris Clay) où étaient contestées les lois canadiennes en ce qui a trait à l'usage récréatif de la marijuana,[2] en évoquant que «la marijuana ne provoque aucun méfait physique ou psychologique chez la grande majorité des usagers» [trad.]. Il a déclaré que de priver Parker de marijuana violait son droit à la vie, à la liberté et à la sécurité prévu par la Charte. Il a ordonné que les trois plants de marijuana confisqués lors de la seconde perquisition lui soient rendus puisqu'ils sont un médicament essentiel et que Parker, vivant de prestations d'incapacité, ne pourrait ou ne devrait avoir à acheter sa marijuana dans la rue.

L'avocat de la Couronne a demandé que le jugement soit reporté de 6 mois, afin que de donner au gouvernement l'opportunité d'évaluer la décision, et il a déclaré que de permettre l'utilisation de la marijuana à des fins médicinales provoquerait du désordre. Le juge Sheppard a rejeté ces arguments et requêtes, en soulignant qu'il appartiendra aux médecins de déterminer qui utilisera la marijuana à des fins médicinales.

La Couronne a porté la décision en appel. Pendant ce temps, Parker est libre de cultiver et de posséder de la marijuana, mais les autres fumeurs de marijuana à des fins médicinales devront porter leur affaire en cour jusqu'à ce qu'une décision soit rendue par une cour de compétence supérieure ou que le gouvernement fédéral modifie la loi. Les commentaires de Parker en réaction à la décision étaient très pertinents: «Lorsque la Cour suprême du Canada décidera que l'usage médical du *pot* devrait être approuvé, alors nous aurons la victoire requise pour aider aux gens qui en ont besoin.» Entre-temps, en Ontario et à travers le Canada, de nombreuses autres contestations judiciaires se préparent quant à l'usage de marijuana à des fins médicinales. En outre, Don Kilby, médecin d'Ottawa, a déposé le 18 décembre dernier une demande afin de procurer l'accès à la marijuana à des fins médicinales à un de ses patients atteint du sida.

- Diane Riley et Eugene Oscapella

Pour plus d'information et de documents de recherche concernant l'usage de la marijuana à des fins médicinales, consulter le site Internet de la Fondation canadienne des politiques sur les drogues, à 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](#)

NOTES

[1] *R. v. Parker*, Cour de justice de l'Ont. (Div. prov.), 10 déc. 1997, j. Sheppard.

[2] *R. v. Clay*, Cour de l'Ont. (Div. gén.), 14 août 1997, j. McCart.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Australie — Des élus recommandent une réforme des lois sur la drogue

Le Groupe parlementaire australien pour la réforme des lois sur la drogue a publié un rapport favorable à la disponibilité contrôlée de drogues illicites et demandant la décriminalisation de l'usage personnel de drogue.[1]

La disponibilité contrôlée implique la fourniture de drogue sur prescription, sous contrôle strict, dans des cliniques semblables à celles créées selon le modèle de l'entretien à la méthadone.

Le rapport est intitulé *Drug Lore: the questioning of our current drug law*. On y souligne que le commerce de drogue illicite est «la deuxième plus importante industrie mondiale après l'armement» et on estime à entre 450 et 500 milliards de dollars (canadiens) les profits qui en proviennent. «Au coeur même du problème se trouve le fait que l'on définisse l'usage de drogue en tant que question légale plutôt que question de santé», y déclare-t-on. «Les sanctions criminelles réduisent les chances d'emploi futur [et] de stabilité dans la vie, mais elles ne semblent pas réduire l'usage de drogues dangereuses.»

Le rapport souligne les spectre de conséquences néfastes découlant des lois criminelles antidrogue, notamment la corruption policière, le détournement des fonds alloués à l'application des lois, et la contribution à la propagation du VIH et des virus d'hépatites en prison.

[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], 1997, 8(2): 3.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

La réduction des méfaits aux É.-U. — mouvement pour le changement

En simplifiant les problèmes de l'usage de drogue, en polarisant le débat et en stigmatisant le comportement, la «guerre antidrogue» rend plus difficile de simplement percevoir le contexte plus large, sur les plans social et politique, pour s'attaquer aux méfaits de l'usage de drogue. Le présent article soutient que pour arriver à vaincre les divisions créées par la «guerre antidrogue», les militants de la réduction des méfaits et les regroupements d'utilisateurs de drogue devront développer un terrain commun pour l'action et rallier à leur cause d'autres mouvements progressistes.

L'approche de la réduction des méfaits

Les politiques et les programmes fondés sur l'approche de la réduction des méfaits de l'usage de drogue ont pour but de «réduire les conséquences néfastes des drogues sans nécessairement réduire leur consommation».[1] Bien que les origines de la pratique et de la philosophie de la réduction des méfaits puissent être attribuées à l'initiative des utilisateurs eux-mêmes, la réduction des méfaits est devenue, dans maints pays, une expression spécifique et une alternative en matière de politiques, dans le but de réagir à la gravité de l'une des conséquences de l'injection de drogue: la transmission du VIH par le partage de matériel d'injection. Ainsi, les programmes d'échange de seringues, qui distribuent du matériel d'injection stérile et qui recueillent les aiguilles et seringues usagées, sont devenus à la fois le site et le symbole de l'approche de la réduction des méfaits, qui accepte la réalité de l'usage de drogues licites et illicites, et qui s'attache à en réduire les effets négatifs.

L'échange de seringues aux États-Unis

Il existe aux États-Unis une centaine de programmes d'échange de seringues (PES), attribuables en grande partie au courage et à l'énergie des militants qui les ont organisés. Mais le portrait est diversifié:

- dans certains États, comme ceux de New York, du Connecticut, de Washington et

d'Hawaï, les PES sont maintenant appuyés et financés;

- dans d'autres États, comme la Californie, les PES ne reçoivent pas de soutien étatique, mais des fonds publics sont versés aux programmes locaux par des villes et des comtés;
- le New Jersey et le New Hampshire ne se contentent toutefois pas de refuser leur appui aux PES: ils s'affairent à rechercher les programmes (qui tentent bien sûr de demeurer incognito) pour les poursuivre en justice.

La toile de fond de ce paysage accidenté d'un État à l'autre nous vient de l'interdiction fédérale de financer les PES. Le Congrès américain a banni l'allocation de fonds publics à l'échange de seringues jusqu'à ce que les chercheurs démontrent qu'en plus de réduire la transmission du VIH, cette mesure ne conduit pas à un accroissement de l'usage de drogue. Or, cette preuve est maintenant faite et l'interdiction est maintenue. Toutes les commissions d'experts chargées par le gouvernement fédéral de se pencher sur la question ont exprimé leur appui à la levée de l'embargo. En février 1997, le rapport d'un comité créé par les National Institutes of Health (NIH) concluait que les PES sont «un moyen très efficace de prévenir la propagation du VIH» et qu'ils ne conduisent pas à un accroissement de l'usage de drogue.[2] Le comité exhortait en outre les autorités à «éliminer les obstacles importants des politiques et des lois, pour que ces interventions protègent la population», [3] par exemple en amendant les lois sur les ordonnances et accessoires de consommation de drogue, comme l'ont déjà fait certains États.[4]

La «guerre antidrogue»

Mais les barrières politiques et juridiques aux PES et à la réduction des méfaits demeureront tant et aussi longtemps que le «problème de drogue» des États-Unis sera perçu et dépeint comme une menace plus grave que l'urgence de santé publique reconnue que constitue le sida. Le fait que, malgré les résultats de la recherche scientifique, la «guerre antidrogue» ait préséance sur la lutte contre le VIH/sida (un fait qui distingue les politiques américaines de celles des pays industrialisés de l'Europe, de l'Australasie et — jusqu'à un certain point — du Canada) ne devrait surprendre personne, compte tenu des impératifs politiques, économiques et sociaux que sert cette guerre. La question élémentaire n'est plus «est-ce que l'échange de seringue fonctionne?» ou «comment pourrions-nous améliorer les programmes?», mais bien: «Quelles conditions politiques, économiques et sociales devraient prévaloir, pour que les programmes d'échange de seringues et l'approche de la réduction des méfaits en général puissent connaître des avancées aux États-Unis?»

Il est urgent que l'on réponde à cette question, car cette guerre sacrifie de nombreuses vies. Environ les deux tiers des nouveaux cas d'infection à VIH aux États-Unis sont attribués à l'usage de drogue par injection — 50% au partage de matériel d'injection contaminé, le reste à la transmission périnatale ou au contact sexuel impliquant une personne ayant déjà utilisé du matériel tel. On estime que 50% des utilisateurs de drogue par injection de la ville de New York sont séropositifs et le sida est maintenant la principale cause de décès parmi les Américains de 25-44 ans. Tel que l'explique Chris Lanier, de la National Coalition to Save Lives Now, «l'administration Clinton a le pouvoir de prévenir des dizaines de

milliers de nouveaux cas de sida durant plusieurs années, en mettant simplement fin à l'embargo sur le financement de l'échange de seringues».[5]

La «guerre antidrogue» gaspille bien d'autres vies. Un tiers de l'augmentation de la population incarcérée, depuis 1980, est dû à la hausse du nombre de personnes arrêtées pour avoir enfreint les lois antidrogue: le nombre de détenus incarcéré dans les prisons fédérales américaines en vertu de ces lois s'est accru de 850% entre 1980 et 1994. On punit des fournisseurs de services qui s'efforcent de réduire l'impact de cette «guerre». Les PES dans certains États font l'objet de poursuites criminelles; celui de Santa Clara, en Californie, a été fermé en 1996 par une intervention de l'État. Certaines mesures législatives sur l'immigration et l'aide sociale prévoient exprès des sanctions contre les utilisateurs de drogue. En fait, la désinformation et la rhétorique entourant la drogue sont d'un tel extrémisme, dans la culture américaine, que toute reconnaissance des besoins légitimes ou des droits d'un individu qui consomme de la drogue risque d'attirer contre son auteur des représailles et la dérision.

Fonctions de la «guerre antidrogue»

Selon d'aucuns, les dommages causés par les politiques américaines antidrogue prouvent l'échec auxquelles elles sont vouées. Pour d'autres, la défaite est révélée sans équivoque par l'augmentation de la consommation et du trafic de drogue, tandis que la droite néolibérale souligne les avantages financiers associés à la perspective de laisser tomber ces onéreux efforts prohibitionnistes et de plutôt légaliser la drogue tout en la soumettant à une taxe. Cependant, la «guerre antidrogue» des États-Unis est loin d'être un échec: c'est une réussite fonctionnelle, pour peu que l'on en saisisse bien les fonctions.

Reeves et Campbell ont décrit les initiatives antidrogue de Reagan comme «une mise en scène politique qui a présenté les problèmes sociaux découlant de transformations économiques comme s'il s'était agi de problèmes moraux et comportementaux que l'on pouvait régler en retournant aux valeurs familiales traditionnelles, en changeant les mauvaises habitudes, en patrouillant les rues mal fréquentées et en incarcérant les méchants».[6] Les politiques sur les drogues et l'élaboration de politiques sont par là mises au service d'une perception individualisée d'une réalité sociale pénible et effrayante. Les transformations économiques et sociales s'accompagnent généralement d'angoisse, de peur et, possiblement, de dissidence et de protestations. Le «problème de la drogue» — ainsi que ses solutions — sert à endiguer cette dissidence en projetant cette angoisse et cette peur sur l'«autre» et en les détournant du problème de fond: l'injustice sociale.

Problème de drogue

Nous ne contestons pas qu'il existe des problèmes liés à la drogue. Porte-parole du mouvement de la réduction des méfaits aux É.-U., la Harm Reduction Coalition dit sans équivoque qu'elle «ne cherche pas à minimiser ou à renier le fait que l'usage de drogues licites et illicites soit associé à plusieurs méfaits réels et tragiques».[7] De nombreuses personnes font usage de drogue, pour de nombreuses raisons. De toute évidence, l'usage de drogue est source de problèmes pour plusieurs. Mais, dans plusieurs sociétés, la façon dont on définit le «problème de la drogue» déforme intentionnellement la perception des

relations complexes entre l'usage de drogue, l'usage nocif de drogue, les circonstances socio-économiques et la psychologie des individus. Cette complexité est ignorée lorsque la drogue est désignée comme *le* problème et que l'utilisateur de drogue devient la cible du blâme.

Objets de blâme

Pour masquer leur faiblesse ou le dommage qu'ils entraînent, les systèmes en transformation ou qui sont soumis à des tensions ont besoin d'avoir des «objets de blâme». En septembre 1996, lors de la première conférence américaine nationale sur la réduction des méfaits, le Dr Sam Friedman, des National Development and Research Institutes, a fait valoir que, tout en exerçant une influence sur la production et la consommation de drogue, les transformations du capitalisme mondial ont exacerbé *par nécessité* la «démonisation» de la drogue que l'on fait passer pour un débat, aux États-Unis et de plus en plus ailleurs. *Par nécessité*, selon Friedman, parce que la mondialisation et la déréglementation du commerce et du travail engendrent une extrême pauvreté dans des communautés industrialisées et d'autres en développement, tandis que quelques-uns vivent dans l'abondance — créant ainsi un besoin de boucs émissaires afin de parvenir à diviser et à détourner l'opposition possible.

L'écart entre riches et pauvres, plutôt que de se rétrécir, s'est accru considérablement depuis quelques décennies. À ce sujet,

- le Programme de développement des Nations Unies faisait remarquer dans son rapport de 1996 que durant la période entre 1975 et 1990, le segment de 1% le plus riche aux États-Unis a accru la part de son avoir de 20% à 36%;[8] et
- en 1980, le rapport entre les salaires d'un dirigeant d'entreprise et d'un employé d'usine était en moyenne de 41 pour 1; en 1992, ce rapport était de l'ordre de 157 pour 1.[9]

Les protestations publiques contre les injustices que révèlent ces chiffres ont été étouffées par la célébration de l'idéologie de «libre marché»: la philosophie du *qui-riskue-gagne* est invoquée pour rationaliser ces inégalités croissantes, en termes d'accomplissement personnel et d'échec, et la drogue est invoquée pour ajouter d'autres explications à cet échec. L'association entre la dépendance à la drogue et la dépendance à des programmes d'aide sociale vient d'ailleurs de trouver son expression légale: la loi sur l'aide sociale récemment promulguée [aux É.-U.] permet le dépistage de la drogue chez les prestataires. La réduction budgétaire des programmes d'aide sociale, en soi une source de problèmes graves pour certains utilisateurs de drogue, est ainsi justifiée non seulement par des motifs économiques mais désormais aussi par des arguments moraux qui font appel à la notion de «pauvre indigne» qui était si populaire dans l'Angleterre victorienne. La drogue porte les stigmates de «l'immoral» et l'usage de drogue est à présent un marqueur auquel on a recours pour séparer les demandeurs méritants et ceux qui sont indignes.

Conservatisme moral

Le conservatisme moral qui a fait régresser l'aide sociale, qui s'en est pris à l'action affirmative et qui a défié le féminisme, fait intervenir la drogue dans sa représentation du «mal». En faisant croire que l'usage de drogue illicite est synonyme de dépendance, on exclut l'utilisateur de drogue du cadre moral qui valorise depuis longtemps l'autonomie, l'accomplissement personnel et le «dur travail». Dans la soi-disant crise des valeurs familiales qui a favorisé un retour en force de la droite, la drogue joue un rôle de prédilection, en menaçant l'innocence de la jeunesse («dites simplement *non*, les jeunes») et la décence de la maternité. Comme l'explique le Dr Denise Paone, de la Chemical Dependency Unit du Beth Israel Medical Center, «au paroxysme de la panique morale soulevée par le crack, au milieu des années 80, les «bébés du crack» sont devenus symbole de l'abrogation du rôle de mère; la preuve de la consommation de crack était considérée par les autorités de l'aide sociale, à New York, comme un cas de négligence *prima facie*, rendant la mère passible de poursuites».[10] Le symbolisme racial et socio-économique était flagrant. Les «mères du crack», «pathologisées», étaient des Noires, pauvres, célibataires. Mais Paone fait remarquer que l'on a également utilisé le facteur de l'usage de drogue pour raconter des histoires sur le danger de la sexualité des femmes, particulièrement des femmes noires, sur la précarité de leur maîtrise de soi, sur l'euphorie instantanée du crack qui transformait les mères en putains. De cette façon, la «guerre antidrogue» a été mise à contribution dans le projet patriarcal qui cherchait à mettre en question l'ambiguïté féministe et à reprendre son contrôle sur la notion de «bonne» femme et de «mauvaise».

Classe, race et sexe

La «guerre antidrogue» se joue au carrefour des notions de classe, de race et de sexe, identifiant les individus qui se situent à l'extérieur et qui sont une menace pour l'ordre moral et économique. Cette création de boucs émissaires mène notamment à l'oppression très réelle de nombreuses personnes. «L'histoire des drogues et des politiques sur les drogues, aux É.-U., a toujours eu une connotation raciale et cela est mis au service de mesures et de politiques de répression»,[11] considère Lisa Moore, professeure adjointe au département d'éducation sur la santé, à la San Francisco State University. Par exemple,

- la possession de 5g de crack est passible d'un emprisonnement de 5 ans dans une prison fédérale, comparativement à 500g de cocaïne pour la même sentence;
- 94% des accusés relativement au crack, dans des cours fédérales en 1994, étaient des Noirs;
- les hommes de race noire constituent 12% de la population des É.-U. et constituent environ 13% des utilisateurs de drogue, mais ils sont l'objet d'environ 55% des accusations de possession de drogue; et
- un Noir sur 15 est incarcéré.

Le rôle important du racisme dans la détermination des peines relativement à la drogue, la

criminalisation du peuple Noir, conduit à la perte de ses droits politiques. Une étude menée le 30 janvier 1997 par le Sentencing Project a révélé que 14% des hommes de race noire étaient — à ce moment ou en permanence — privés de leur droit de vote parce qu'ils étaient incarcérés ou accusés d'un crime.^[12]

La «guerre antidrogue» et la désignation de «l'autre» comme un bouc émissaire contribuent notamment à l'érosion de la notion de classe sociale en tant que critère d'analyse des inégalités dans l'ordre social américain. En cette époque de politique de l'identité, la drogue confère à l'inégalité un caractère individuel et elle permet ainsi de formuler des raisons individualisées pour justifier l'injustice sociale et économique.

Une panique entretenue

De fait, la «guerre antidrogue» est une panique morale cultivée: elle sert (et est en même temps servie par) les nombreux intérêts complexes et les complexes d'intérêts. Aux États-Unis, la majorité des détenus des prisons fédérales s'y trouvent pour avoir enfreint des lois sur la drogue. Les peines pour ces crimes ont fomenté un immense programme de construction de prisons, créant ainsi des emplois fort bienvenus, des contrats de construction et des sentiments illusoires de sécurité et d'accomplissement. La drogue est également utile pour justifier un véritable complexe de surveillance. Les trousse de dépistage de drogue ont fait s'immiscer à domicile la surveillance d'une génération par l'autre. Les récents projets de la police new-yorkaise de placer des caméras dans des lieux de criminalité élevée désignaient les vendeurs drogue comme une cible qu'il faut surveiller de près.

La simplification: fonction élémentaire

Ces complexes créés autour de la drogue exploitent la simplification, un phénomène qui fait partie des fonctions principales de la «guerre antidrogue» et qui présente aux moins deux facettes: la polarisation et la déshumanisation. Le débat américain sur la drogue est actuellement polarisé entre tenants et opposants de la prohibition. Vu les dégâts que la prohibition permet au système de justice criminelle de faire subir à certains segments de la population américaine (surtout aux Noirs et aux Hispaniques, urbains et pauvres), il existe des arguments convainquants de modifier la prohibition, voire de l'abolir, pour diminuer ces dommages. Mais ce n'est pas l'unique question, pas plus que les méfaits de la prohibition ne sont les seuls méfaits liés à l'usage de drogue ou subis par les utilisateurs de drogue. Si l'on se concentre sur la question de la légalisation, sous quelque forme que ce soit, on peut perdre de vue le fait que la race et la classe sociale sont des déterminants fondamentaux des méfaits liés à la drogue (licite ou illicite) et que l'abolition ou la modification de la prohibition ne donneraient pas pour autant un logement et un emploi adéquats aux nombreux utilisateurs de drogue qui n'en ont pas, ni les droits et le respect qui leur sont actuellement refusés.

De pair avec la polarisation, on observe la déshumanisation du débat, qui réduit les gens à des étiquettes («junkie», «dépendant») et ramène la complexité de leur vie à des stéréotypes insultants. Bien sûr, il est plus facile d'utiliser des gens comme boucs émissaires si on ne les considère pas comme des personnes à part entière. Le manque d'humanisme et de considération pour les questions de droits de la personne est

flagrant dans les débats sur la drogue et les politiques actuelles; certaines conclusions d'études soulignent d'ailleurs que «la capacité de l'échange de seringues de modifier le comportement ne réside pas uniquement dans la provision de matériel d'injection mais aussi dans les relations de respect mutuel entre les participants et les employés».[13] Par conséquent, «les règlements et les procédures qui minent ce respect mutuel sont peut-être le principal obstacle à l'efficacité de l'échange de seringues aux É.-U.».[14]

Perspectives de changement

Comment le mouvement de la réduction des méfaits pourrait-il lutter contre ces besoins de déshumaniser, de polariser et de désigner des boucs émissaires, dans la «guerre antidrogue»? La première étape nécessaire est de maintenir le respect des droits de la personne et de la dignité humaine au coeur de la pratique de la réduction des méfaits. En insistant sur le principe que tout programme, toute intervention, doit commencer «là où l'utilisateur en est», les praticiens de la réduction des méfaits renversent le déséquilibre de pouvoir entre le client et le fournisseur de services (qui caractérise encore plusieurs programmes antidrogue). L'approche de la réduction des méfaits reconnaît ainsi non seulement le droit de l'individu de déterminer son propre cheminement: elle appuie sa capacité d'influencer les services et d'exercer un contrôle également dans d'autres sphères de sa vie. Néanmoins, ce renversement du pouvoir qui s'opère au niveau de l'individu, dans le cadre de certains programmes spécifiques, a peu de répercussions sur la relation avec les processus décisionnels en matière de politiques et avec les centres de pouvoir.

Selon certains, la possibilité d'un changement de cet ordre est faible. Dans un article publié dans *The Nation* (6 janvier 1997), Bertram et Sharpe disent craindre que «les détracteurs de la guerre aux drogues, les réformistes en matière de traitement ainsi que les tenants de la réduction des méfaits ... ont beau avoir en commun une critique des échecs et des contradictions de cette guerre, ils n'ont pas de plan commun pour le changement; les alliances qu'ils ont formées sont rares et précaires», ce qui constitue en soi un indice que la «guerre antidrogue» réussit à imposer le ton au débat public. Un programme de changement et les alliances qui pourraient en découler seraient plus susceptibles de voir le jour si l'on reconnaissait les réussites et les fonctions de la «guerre antidrogue». Cette reconnaissance mènerait au constat que les politiques sur les drogues ne pourront être modifiées et la «guerre antidrogue» arrêtée que dans le contexte de changements plus globaux aux niveaux politique, économique et social. Ceci porte à croire que le mouvement de la réduction des méfaits, dans ses efforts pour arrêter l'utilisation de boucs émissaires et la déshumanisation des actuelles politiques sur la drogue, aurait avantage à faire front commun avec d'autres mouvements qui revendiquent des changements sociaux.

Embûches

Il existe toutefois des obstacles à cette cause commune. Paradoxalement, le raisonnement de santé publique qui a tant aidé la réduction des méfaits à acquérir un certain statut dans d'autres pays (et ici, dans une moindre mesure) constitue un obstacle possible au développement d'une alliance politique. Nous sommes loin de l'idéologie des pionniers de la santé publique de la fin du XIXe siècle et du début du XXe, qui plaçait la santé dans le contexte des conditions sociales et économiques plutôt que de n'y

voir que des pathologies individuelles, et dont la perspective a été cristallisée dans la célèbre maxime de Virchow: «La santé est politique et la politique c'est la santé à grande échelle.» De nos jours, plutôt que de considérer la réduction des méfaits en des termes politiques, les bureaucrates chargés de la santé publique dépolitisent l'approche et la rationalisent comme une série d'interventions techniques axées sur les utilisateurs de drogue (*eux*) pour le bien du public (*nous*). On peut donc difficilement s'étonner que l'approche de la réduction des méfaits aux États-Unis soit généralement considérée comme un synonyme de l'échange de seringues et de la prévention du VIH, et qu'il subsiste pour nombre de gens «quelque chose de dégoûtant à aider les toxicomanes à se piquer, mais en termes de santé publique, c'est peut-être un compromis acceptable pour ralentir la propagation du VIH».[15]

Ralliement d'utilisateurs de drogue

Le regard que porte la santé publique sur la réduction des méfaits véhicule le message implicite que le comportement des utilisateurs de drogue constitue une menace pour le public (duquel ils ne font d'ailleurs pas partie), ce qui appuie subtilement leur déshumanisation et leur marginalisation par la «guerre antidrogue». Un moyen pour modifier ceci, et dans lequel le mouvement de la réduction des méfaits doit aller puiser de la force, passe par l'organisation des utilisateurs. «Chaque fois que des utilisateurs s'unissent et racontent leurs expériences, c'est un autre coup porté à la mort silencieuse qu'imposent l'opprobre, la discrimination et les violations des droits de la personne», déclare Dave Burrows, chargé des politiques sur l'usage de drogue par injection à l'Australian Federation of AIDS Service Organizations.

Mais l'organisation des utilisateurs de drogue aux É.-U. se bute contre des obstacles énormes. Contrairement à l'expérience européenne ou australienne, les groupes d'utilisateurs aux É.-U. ont souvent vu le jour en raison des exigences des États que les services d'échange de seringues soient supervisés par un groupe d'usagers des services. Par conséquent, les groupes créés sont contraints par leur mandat de formuler des conseils pour améliorer les services et non de critiquer les politiques — une position conférée officiellement par un mandat, qui attire évidemment la méfiance de plusieurs membres de leur communauté: les autres utilisateurs.

On peut soutenir que pour combattre leur marginalisation, les utilisateurs de drogue devront doter leur organisation d'un plan d'action politique plus vaste, car leur marginalisation résulte non seulement de la consommation de drogue mais aussi du rôle qui est attribué à l'histoire de la «dépendance à la drogue» afin de justifier l'accroissement des disparités de richesse et de pouvoir au sein de la société et dans l'exercice du contrôle contre les personnes qui risquent de menacer l'ordre social. Les regroupements d'utilisateurs pourraient se tourner vers une communauté plus large, afin de faire front commun: l'immense bassin de toutes les personnes qui subissent les conséquences injustes des politiques sociales et économiques actuelles et qui veulent changer cette situation.

Alliances avec d'autres mouvements

Créer un terrain commun pour l'action constitue une priorité pour les coalitions émergentes entre les

militants de la réduction des méfaits, les groupes d'utilisateurs et des militants d'autres mouvements. Inévitablement, la plus grande partie de ce travail doit se faire à l'échelle locale. Mais il est possible d'identifier certains thèmes autour desquels divers groupes pourraient former des coalitions. On trace souvent des liens entre drogue et violence, mais il importe de bien comprendre ces relations dans le contexte du contrôle des armes (ou, plus précisément, de *l'absence* d'un tel contrôle aux É.-U.). Dans un commentaire sur les efforts des É.-U. pour contraindre la Jamaïque à autoriser l'intervention de navires américains dans ses eaux nationales en vertu de la prohibition sur la drogue, le ministre jamaïcain de la Sécurité nationale K.D. Knight a souligné que «la question des armes est intrinsèquement liée à celle de la drogue» et il a demandé à ce que les Américains resserrent leur contrôle des armes.^[16] Aux États-Unis, le lobby en faveur du contrôle des armes et les militants de la réduction des méfaits pourraient faire front commun afin de dire que le problème vient de la disponibilité des armes à feu et de la culture des armes, plutôt que d'individus pathologiques que l'on associe souvent à la drogue (son usage ou son trafic) et qui abusent de leur droit constitutionnel d'avoir une arme.

On peut identifier d'autres points susceptibles de stimuler des ralliements: la lutte contre le dépistage de la drogue et contre sa violation des libertés civiques; la réforme des sentences (notamment en ce qui a trait aux minima obligatoires tel qu'appliqués aux infractions aux lois antidrogue); la perspective que les sites de programmes de réduction de méfaits puissent du même coup servir de lieux d'inscription aux listes électorales, pour les usagers de ces services; et la possibilité qu'ils participent aux manifestations soulevées par la réforme de l'aide sociale. Il est bien facile de lancer ces idées et combien moins facile de travailler à construire et à maintenir des coalitions sur ces thèmes. On peut progresser dans cette tâche en entretenant le dialogue sur l'analyse des fonctions et réussites de la «guerre antidrogue» et sur ce que la réduction des méfaits peut offrir au mouvement global du changement social, politique et économique.

- Alan Greig

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] A. Wodak, «Harm Reduction: Australia as a Case Study», *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1995, 72(2): 339-347, à la p. 340.

[2] «Interventions to Prevent HIV Risk Behaviors», déclaration des National Institutes of Health, 11-13 février 1997 (à paraître), p. 14.

- [3] *Ibid.*
- [4] Voir p. ex. L.H. Glantz, W.K. Mariner, «Annotation. Needle Exchange Programs and the Law - Time for a Change», *American Journal of Public Health*, 1996, 86(8): 1077-1078; L.O. Gostin et coll., «Prevention of HIV/AIDS and Other Blood-Borne Diseases Among Injection Drug Users - A National Survey on the Regulation of Syringes and Needles», *Journal of the American Medical Association*, 1997, 277(1): 53-62; P. Lurie, E. Drucker, «An Opportunity Lost: HIV Infections Associated with Lack of a National Needle-Exchange Programme in the USA», *The Lancet*, 1997, 349: 604-608.
- [5] Entretien avec C. Lanier, 4 août 1997.
- [6] J. Reeves, R. Campbell, *Cracked Coverage*, Londres, Duke, 1994.
- [7] Harm Reduction Coalition, *Working Together Towards Individual and Community Health*, New York, la Coalition, 1997.
- [8] S. Friedman, *Socio-economic and Political Environments and Drug-Related Harm*, présentation lors de la First National Harm Reduction Conference, Oakland, 18-21 septembre 1996.
- [9] *Ibid.*
- [10] Entretien avec D. Paone, 12 février 1997.
- [11] L. Moore, «In Harm's Way», *Crossroads*, 1995, 56: 14-17, à la p. 14.
- [12] F. Butterfield, «Many Black Men Barred From Voting», *The New York Times*, 30 janvier 1997.
- [13] D. Des Jarlais et coll., «Regulating Controversial Programs for Unpopular People: Methadone Maintenance and Syringe Exchange Programs», *American Journal of Public Health*, 1995, 85: 1577-1584, à la p. 1583.
- [14] *Ibid.*
- [15] *The Economist*, 18 mai 1996.
- [16] L. Rohter, «US-Jamaica Spat Undermines Region's Anti-Drug Efforts», *The New York Times*, 9 février 1997.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

DÉTENUS ET VIH/SIDA

De la méthadone dans les prisons fédérales, mais pas de projet sur l'échange de seringues

Le 1 décembre 1997, le Service correctionnel du Canada a annoncé de «nouvelles» mesures pour combattre la propagation du VIH et d'autres maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux.

[1] Selon des représentants du Réseau juridique canadien VIH/sida et du Réseau d'action et de soutien pour les détenu-e-s vivant avec le VIH/sida, les mesures sont «carrément inadéquates»[2] et «ne sont pas à la hauteur des recommandations formulées par le propre comité d'experts sur le sida et les prisons du SCC en 1994».[3]

Les «nouvelles» mesures qui font partie du programme national sur le VIH/sida du Service correctionnel du Canada (SCC) comprennent l'introduction du traitement d'entretien à la méthadone et d'«efforts plus intenses visant à promouvoir le dépistage du VIH/sida, ainsi qu'un projet de dépistage anonyme qui sera mis à l'essai par un établissement correctionnel fédéral désigné».[4]

Pour un certain temps, cependant, l'entretien à la méthadone sera offert seulement aux détenus qui suivaient déjà un tel programme avant d'être incarcérés — même s'il est largement recommandé que lorsque cette option est offerte aux opiomanes dans la communauté, elle soit aussi mise à la disposition de ceux qui sont incarcérés (qu'ils soient inscrits ou non à un tel programme à l'extérieur).[5]

En outre, le SCC avait d'abord annoncé en mars 1994 qu'il entendait soutenir un projet pilote de test anonyme dans une prison fédérale, en réponse au *Rapport du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*.

[6] La répétition d'un engagement formulé il y a plus de trois ans et demi peut donc difficilement être considérée comme une «nouvelle» mesure pour lutter contre la propagation du VIH — ce n'est que l'accomplissement très tardif d'une vieille promesse, et un signe supplémentaire de la lenteur du changement au SCC.

Une fois de plus, le SCC n'a pas su être proactif et est demeuré figé, de peur que l'introduction de réels changements — comme des projets pilotes de distribution de matériel d'injection stérile et de tatouage sécuritaire — soit perçue comme une tolérance à l'égard de l'usage de drogue et du tatouage. Pendant ce temps, le nombre de détenus vivant avec le VIH/sida derrière les barreaux augmente continuellement et les comportements à risque, particulièrement le partage de matériel d'injection, persistent — plus récemment, ils ont d'ailleurs soulevé des préoccupations quant à une vague potentielle d'épidémie d'infection à VIH dans deux prisons fédérales. Des représentants du Réseau juridique l'ont souligné:

Le gouvernement pourrait être tenu moralement et légalement responsable. Il est clairement négligent. Faudra-t-il une enquête comme celle de la Commission Krever pour que notre système correctionnel se résigne à faire ce qui devrait être fait depuis déjà des années? Le gouvernement aurait pu sauver bien des vies et beaucoup d'argent en mettant en pratique les recommandations des experts.[7]

- Ralf Jürgens

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Service correctionnel du Canada, communiqué, «Le Service correctionnel du Canada met en place un programme de traitement d'entretien à la méthadone», Ottawa, le SCC, 1 décembre 1997.

[2] Réseau juridique canadien VIH/sida, communiqué, «Le Service correctionnel du Canada échoue à s'attaquer à la crise du VIH/sida en prison - Peu d'espoir pour les détenus du Canada, en cette Journée mondiale du sida», Montréal, le Réseau juridique, 1 décembre 1997.

[3] Réseau d'action et de soutien pour les détenu-e-s vivant avec le VIH/sida, communiqué, «Prison HIV/AIDS Activists respond to Correctionnal Service Canada - Community Group Says CSC's announcement Is Not Enough», Toronto, PASAN, 2 décembre 1997.

[4] *Supra*, note 1.

[5] Voir, p. ex., recommandation 5.4 dans *VIH/sida et prisons: rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, à p. 118.

[6] SCC. *Rapport du Comité d'experts sur le SIDA et les prisons*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1994.

[7] *Supra*, note 2.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Le Groupe de travail recommande l'entretien à la méthadone et l'échange de seringues en prison

Dans son *Plan d'action national*,^[1] le Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection réitère les appels en faveur de l'entretien à la méthadone et de programmes d'échange de seringues en prison.

Selon le Groupe de travail, «le milieu carcéral, faute d'y avoir apporté les correctifs nécessaires pour redresser la situation, est devenu un facteur de propagation du virus».^[2] Le Groupe de travail souligne que:

Les aspects juridiques de la consommation de drogues, et leur interrelation avec le VIH et le sida, ont créé une situation d'urgence dans les prisons du pays. De nombreux usagers de drogues par injection sont incarcérés pour des convictions [sic] directement associées à la drogue ou pour des convictions [sic] de nature criminelle reliées à celle-ci.^[3]

Le Groupe rappelle que, entre avril 1994 et août 1995, le nombre de cas connus de VIH/sida dans les établissements correctionnels fédéraux a augmenté de 40% et les taux des cas d'hépatite C variaient de 28% à 40%. Il poursuit:

Les prisonniers entretiendront toujours des comportements à haut risque, c'est là une réalité que l'on ne peut changer. Malheureusement, les mesures administratives adoptées dans les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux en vue de prévenir la propagation du virus du sida ont jusqu'à ce jour été insuffisantes (Jürgens, 1996). Or, étant donné que la majorité des détenus réintègrent la communauté à la fin de leur peine, il nous est interdit d'ignorer la gravité du danger que cette situation représente pour tous les Canadiens.^[4]

Le Groupe de travail conclut qu'il faut «améliorer les conditions dans les établissements de correction»:

[5]

- en permettant aux détenus qui participaient à un programme d'entretien à la méthadone avant leur incarcération de poursuivre ce traitement en prison;
- en veillant à ce que le traitement à la méthadone soit offert aux détenus opiomanes qui n'en bénéficiaient pas avant leur incarcération;
- en instituant des programmes pour évaluer la nécessité de l'entretien à la méthadone avant la libération, et en assurant qu'à leur libération, les détenus ont un accès prioritaire à ces programmes dans la communauté; et
- en réalisant des projets pilotes d'échange de seringues dans des établissements correctionnels fédéraux et provinciaux.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection: un plan d'action national*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Association canadienne de santé publique, 1997. Le présent numéro du *Bulletin* présente un résumé du plan - «Plan d'action national sur le VIH/sida et l'usage de drogues par injection».

[2] *Ibid.*, p.8.

[3] *Ibid.*

[4] *Ibid.*; avec renvoi à R. Jürgens, *VIH/sida et prisons: rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996.

[5] *Supra*, note 1, p.16.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

La méthadone dans les prisons provinciales en C.-B.

En septembre 1996, la BC Corrections Branch a officiellement adopté une politique de continuer la provision de méthadone aux adultes incarcérés qui suivaient un programme d'entretien par prescription de méthadone dans la communauté avant leur incarcération.[1]

Depuis des années, la continuation du traitement à la méthadone était la norme pour les femmes enceintes, car il a été démontré que le sevrage de la méthadone entraîne un risque accru de fausse couche. Mais c'est la première fois au Canada qu'une autorité correctionnelle, toutes compétences confondues, rend la thérapie d'entretien à la méthadone disponible aux détenus selon une base uniforme.

Jusque là, les participants à un tel programme à l'extérieur s'en voyaient retirer dès l'admission dans un établissement de détention, selon une procédure médicale et sous étroite supervision. Toutefois, on a reconnu que, même s'il était sécuritaire sur le plan médical, le sevrage de la méthadone peut exposer le détenu/patient à un risque accru d'utiliser de la drogue par injection pendant son séjour en prison et diminuer ainsi les chances (ou rendre plus difficile) qu'il réintègre un programme de méthadone après sa libération.

La BC Corrections Branch (BCCB) a adopté une approche très progressiste orientée sur la réduction des méfaits, relativement à la provision de méthadone en prison. On a d'abord effectué une consultation qui a duré 2 ans, auprès d'experts en matière de dépendance et de propagation de maladies contagieuses, puis on a créé le Comité de réduction des méfaits du BCCB, une équipe multidisciplinaire qui a travaillé ensemble pendant 14 mois. Ce comité était composé de 10 membres: médecins et infirmiers, administrateurs de prison, conseiller en matière de drogues, agents correctionnels, ainsi qu'un représentant provincial en matière de sécurité et de santé du travail, et était présidé par l'auteure du présent article.

Le Comité de réduction des méfaits s'est attaqué à l'énorme tâche d'examiner en détail la littérature mondiale sur la réduction des méfaits et sur les dépendances. On a aussi amorcé un processus de

consultation internationale, nationale et locale, auprès d'experts des domaines de la santé publique et des corrections, d'organismes de lutte anti-VIH/sida, de la BC Civil Liberties Association, du collège des médecins de la C.-B., du Bureau de l'Ombudsman, de plusieurs experts fédéraux et provinciaux en médecine et en droit, du Provincial Advisory Committee on Methadone et de médecins de la région, pour n'en nommer que quelques-uns. Les personnes impliquées dans les programmes de méthadone et d'échange de seringues dans les prisons de la Suisse ont aussi été consultées abondamment.

Les membres du comité ont examiné les nombreux mémoires reçus et d'autres documents pertinents. Le comité se réunissait à chaque mois pour entendre une grande diversité de présentateurs et d'invités. Quiconque souhaitait s'exprimer devant le comité ou poser des questions était bienvenu. Par la suite, le comité a examiné tout ce qu'on lui avait présenté et a discuté de tous les aspects impliqués.

À l'origine, les opinions des membres du comité divergeaient abondamment et le débat était parfois tendu. Cependant, à mesure que s'est accrue la somme de preuves médicales, sociales, psychologiques et juridiques, un mouvement de rapprochement réellement ahurissant s'est amorcé au sein du groupe.

Au terme de ce travail, le comité était à même de formuler un ensemble cohérent et unanime de recommandations en faveur d'une gamme de stratégies de réduction des méfaits, y compris la méthadone, l'eau de Javel, les condoms, les conseils sur l'usage sécuritaire d'aiguilles et seringues, le traitement et le counselling pour les dépendances, les mesures de sécurité et la gestion globale du sevrage. Le comité appuyait aussi à l'unanimité l'échange de seringues en tant que mesure de réduction des méfaits valide sur le plan médical. Cependant, on a suggéré de retarder sa mise en oeuvre dans le contexte correctionnel en raison de sérieux problèmes de relations syndicales et de possibles risques de responsabilité. La recherche se poursuit sur les meilleures façons d'appliquer cette stratégie.

Toutes les recommandations du comité ont été acceptées par la haute bureaucratie de la BCCB et la mise en application s'est amorcée immédiatement. Après un an, le comité préparera un rapport sur la situation. En ce qui concerne l'eau de Javel et les condoms, ils sont déjà disponibles depuis plusieurs années dans les établissements correctionnels provinciaux de la C.-B., mais on renforce l'application de ces mesures.

Le comité a proposé que la méthadone soit rendue disponible en deux étapes. La première étape, on l'a expliqué, touche la continuation du traitement entrepris hors de prison. La seconde étape, que l'on se propose d'amorcer après environ un an de fonctionnement réussi de la première, concerne la possibilité que des détenus dépendants de l'héroïne commencent à recevoir l'entretien à la méthadone durant leur incarcération ou peu avant leur libération, s'ils le veulent. Dans une phase comme dans l'autre, on encourage fortement qu'il s'accompagne d'une thérapie intensive contre la toxicomanie et de counselling.

Au début de la phase 1, les employés du service de santé ont dû être informés en détail sur la prescription et la distribution de méthadone, et les médecins ont dû suivre une formation approfondie auprès du collège des médecins de la province, pour que ce dernier leur accorde l'autorisation d'en prescrire. Cette préparation n'a pas fait l'affaire de tous, au début, mais à présent que les médecins ont leur permis de prescription de méthadone ils considèrent ce traitement comme un outil nécessaire à la

mise en oeuvre d'un programme global de réduction des méfaits, et comme une stratégie possible sur la voie de l'abstinence.

La deuxième phase de la recommandation concernant la méthadone n'est pas encore commencée. Le rapport d'évaluation du comité de réduction des méfaits est attendu à la fin de 1997; c'est alors que l'on examinera la faisabilité et l'opportunité de commencer un traitement à la méthadone pendant l'incarcération. Le début d'un tel traitement nécessite des médecins hautement qualifiés et expérimentés, ainsi que des évaluations et des ajustements à la dose assez fréquents au cours des premiers mois. Les médecins se disent inquiets quant aux aspects pratiques de la tentative de stabiliser les détenus purgeant une peine de courte durée et quant aux difficultés d'offrir un suivi approprié dans une population à roulement rapide.

Entre-temps, une solution qui a donné de bons résultats consiste à escorter le détenu à ses premier et deuxième rendez-vous chez un médecin expérimenté en matière de méthadone dans la communauté, pour planifier sa thérapie. À sa libération, le patient est accompagné au rendez-vous suivant, lors duquel il reçoit sa première prescription de méthadone. Les résultats préliminaires laissent entrevoir une bonne rétention.

Jusqu'à présent, la fourniture de méthadone dans les prisons provinciales de la C.-B. se déroule très bien, quoiqu'elle alourdisse la charge de travail des employés du service médical, en termes de communication avec des pharmacies locales, avec des médecins et avec le Collège des médecins (qui gère le programme de méthadone, en C.-B.). Ceci est nécessaire afin de vérifier les dossiers des patients et les doses de prescription. Au début de septembre 1997, environ 200 patients (58 femmes et 142 hommes) avaient ainsi pu continuer leur traitement pendant la détention.

En vertu des directives de la BCCB sur la méthadone, on procède à un test de dépistage de drogue dans l'urine de chaque patient qui suit un traitement de la méthadone, au moment de son admission. Dans la très grande majorité des cas, cette analyse a révélé la présence dans leur organisme de diverses substances autres que la méthadone; presque sans exception on a détecté la présence de cocaïne et de benzodiazepines (tranquillisants). La majorité des patients recevant de la méthadone s'injecte encore de la drogue au moment de leur incarcération. Quoique ce ne soit pas une raison pour interrompre leur participation au programme de méthadone, il s'agit d'une constatation préoccupante qui soulève des questions quant à l'efficacité des stratégies actuelles de réduction des méfaits pour la population des utilisateurs de drogue.

Fait encourageant: pendant l'incarcération le dépistage de drogues illicites dans l'urine est généralement négatif même si de telles drogues sont clairement disponibles en milieu carcéral. Ceci indique que ce groupe de patients peut obtenir de bons résultats dans certaines circonstances. Toutefois, en raison de la durée parfois très brève de l'incarcération dans le système provincial, il reste à effectuer un suivi de ces patients à plus long terme.

- *Diane Rothon*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Voir aussi C. McLeod, «Droit au traitement d'entretien à la méthadone en milieu carcéral?», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4): 22-23.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Un décès met en lumière le traitement de détenus vivant avec le VIH/sida

L'enquête d'un coroner sur la mort d'un détenu vivant avec le VIH/sida a révélé qu'il était mort seul, «comme un chien au fond d'un chenil».[1] Le jury du coroner a fait une série de recommandations visant à éviter que les «circonstances fâcheuses et regrettables» entourant le décès du détenu se reproduisent.

Circonstances entourant le décès

Le 15 mai 1996, Billy Bell est mort du sida. Il avait 32 ans et il était détenu à l'établissement de Millhaven (Kingston), où il avait été président du comité des détenus. Au moment de son décès, Billy était seul dans sa cellule de l'unité régionale de soins du pénitencier de Kingston. Il purgeait une peine de cinq ans et demi et avait été diagnostiqué comme ayant le sida au début de 1995, puis, peu après, une méningite à cryptocoque liée au sida.

En septembre 1997, une enquête de coroner a été tenue sur le décès de Billy. À la demande de la famille Bell, le Réseau d'action et de soutien pour les détenu-e-s vivant avec le VIH/sida (PASAN), de Toronto, a demandé et reçu le statut d'intervenant dans l'intérêt du public, dans le cadre de cette enquête. Billy était un client de PASAN depuis 1995, et l'organisme avait gardé contact avec sa famille après son décès. PASAN était représenté par la HIV/AIDS Legal Clinic Ontario (HALCO).

À l'enquête, une spécialiste de la clinique de VIH à l'Hôpital général de Kingston, Dr Sally Ford, a témoigné de l'incapacité de la prison à offrir à Billy les soins de qualité que ses patients reçoivent à l'extérieur. La pharmacie de la prison manquait parfois d'AZT et Billy n'obtenait pas sa dose pendant plusieurs jours. Billy a éprouvé des difficultés à obtenir des médicaments adéquats pour le contrôle de sa douleur, en plus de subir un manque de compassion du personnel et de dangereux délais dans le diagnostic de maladies liées au sida. Ce fut un aumônier, et non un membre du personnel de santé de la prison, qui a suggéré que sa migraine chronique pouvait être causée par la méningite.

En décembre 1995, six mois avant son décès, Billy a été envoyé dans une maison de transition de Toronto sans même que des arrangements soient faits pour répondre à ses besoins médicaux. La maison de transition n'avait pas de personnel médical et n'avait jamais travaillé auprès d'une personne aussi malade. D'autres détenus recouvraient de plastique les chaises que Billy utilisait. En janvier 1996, la liberté conditionnelle de Billy lui fut retirée car il se trouvait illégalement à l'extérieur de la maison de transition: il avait obtenu la permission d'aller se faire soigner dans un hôpital, mais lorsqu'il ne put y être admis, il n'est pas retourné à la maison de transition à temps.

Billy a été renvoyé à l'établissement de Millhaven et éventuellement transféré à l'unité de soins du pénitencier de Kingston, qui héberge tous les détenus atteints de maladies chroniques, dans cette région. Billy était terrifié à l'idée de mourir en prison. Malgré son désir de ne pas être laissé seul pour mourir, et les promesses aux membres de sa famille que la prison les contacterait pour qu'ils soient à ses côtés, Billy est mort seul dans sa cellule. Les circonstances ont outré l'un des aumôniers de la prison au point qu'il a laissé une note sur la porte d'un collègue: «Billy Bell est mort ce soir, comme un chien au fond d'un chenil». Un autre aumônier de la prison a remis sa démission en réaction au traitement reçu par Billy.

Problèmes

Le décès de Billy a mis en évidence de nombreux problèmes liés à la façon dont le SCC traite la question du VIH et les détenus séropositifs. À l'enquête, PASAN a choisi de se concentrer sur deux questions: les soins palliatifs et la libération conditionnelle.

Soins palliatifs

Le traitement reçu par Billy au cours des dernières phases de sa maladie était loin de rencontrer les normes reconnues de soins palliatifs au Canada, même s'il est écrit dans le mandat même du SCC d'offrir des soins de santé d'un niveau «comparable à ceux offerts dans la communauté».

Libération conditionnelle

On a refusé la liberté conditionnelle à Billy seulement 19 jours avant sa mort. Dans sa réponse au rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons, le SCC affirmait qu'il «recommande... que les détenus qui ont le sida ou une autre maladie évolutive qui peut être mortelle soient libérés de prison plus tôt dans le cours de leur maladie, avant de n'être en phase terminale, s'ils ne constituent pas une menace à la sécurité du public». Cependant, le SCC n'agit pas souvent de la sorte. On pourrait même dire que la libération conditionnelle n'existe pas vraiment, puisque le SCC n'a pas de critères ni de processus d'application pour y accéder. Ce que le SCC appelle «libération conditionnelle» — la libération de détenus en phase terminale quelques jours avant leur décès — devrait porter le nom plus exact de «libération stratégique» — libérer des détenus pour qu'ils ne décèdent pas dans ses établissements, ce qui susciterait l'enquête d'un coroner. Dans son plaidoyer devant le jury, l'avocate de PASAN, Ruth Carey, a proposé:

- que le SCC mette en oeuvre un véritable processus de libération conditionnelle, incluant des critères et des processus d'application et d'appel; et
- que les décisions concernant la libération conditionnelle soient retirées du contrôle de la Commission nationale des libérations conditionnelles (CNLC) et que les applications soient plutôt entendues par des tribunaux dont la représentation serait composée d'experts médicaux, de membres de la communauté et de la CNLC.

Les recommandations du jury

À la fin de l'enquête, le jury du coroner a déposé une série de recommandations pour éviter que les circonstances du décès de Billy Bell ne se reproduisent. On recommande entre autres:

- que le SCC révise et améliore son approche en matière de soins palliatifs pour rencontrer les principes et pratiques développés par l'Association canadienne des soins palliatifs;
- que le contrôle de la douleur soit accessible pour détenus;
- qu'une planification adéquate de pré-libération soit effectuée;
- que le SCC révise son Programme de libération conditionnelle en vue d'augmenter l'influence de l'équipe de soins palliatifs dans le processus de décision de la CNLC;
- que toutes les formes de test, incluant le test anonyme, soient disponibles facilement et sans délai pour les détenus et le personnel; et
- que le SCC étudie les programmes d'échange de seringues d'autres systèmes carcéraux et envisage d'élaborer son propre programme pilote.

Les conclusions du jury sont importantes non seulement en raison de leur contenu, mais aussi parce qu'elles ont été faites par un groupe de membres de la communauté de Kingston sélectionnés au hasard. Cinq membres de la communauté, après avoir entendu des témoignages sur la crise du sida dans le système carcéral canadien, ont développé des recommandations qui reflètent plusieurs recommandations déposées précédemment par des experts et des militants. Le SCC dit craindre une réaction négative du public, comme excuse pour retarder ou ignorer la nécessité de programmes de prévention et de soins du VIH/sida (tels que l'introduction d'un programme d'échange de seringues). Mais les résultats de cette enquête indiquent clairement qu'à la lumière des faits, des Canadiens «bien ordinaires» — non seulement des experts et des militants — appuient et réclament des programmes complets pour les détenus en matière de VIH/sida.

- Rick Lines

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1]Note du rév. Arnold Main, aumônier de prison, le 15 mai 1996, après que Billy Bell soit décédé du sida en prison.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Contre la ségrégation en unité de soins «spécialisés»

Depuis le début de l'épidémie du VIH/sida, il est arrivé que des gens au sein des gouvernements et certains responsables de la santé publique réclament la ségrégation des personnes séropositives. De telles demandes se font de plus en plus rares en ce qui concerne les personnes séropositives dans la communauté en général, mais elles sont tenaces dans le contexte des prisons.

Ségrégation «traditionnelle»

Dans certains systèmes carcéraux aux États-Unis, le test obligatoire de sérodiagnostic du VIH et la ségrégation forcée des détenus séropositifs sont chose courante. Au Canada, on s'oppose rigoureusement à de telles mesures et on a plutôt recommandé qu'une stratégie globale soit adoptée pour répondre aux besoins des détenus séronégatifs et au nombre sans cesse croissant de détenus séropositifs. Néanmoins, au sein des systèmes carcéraux comme à l'extérieur, d'aucuns continuent de considérer la ségrégation comme une solution à la crise du VIH/sida qui sévit dans les prisons canadiennes.

En novembre 1996, le commissaire du Service correctionnel du Canada (SCC), M. Ole Ingstrup, a indiqué au Sous-comité parlementaire sur le VIH/sida que le SCC considère que le test obligatoire ou la ségrégation forcée ne pourraient pas être utile dans sa stratégie sur le VIH/sida.^[1] Pourtant, des démarches récentes des systèmes carcéraux provinciaux et fédéraux vers l'adoption d'éléments du modèle américain — et un climat politique qui persiste à utiliser les détenus comme des boucs émissaires pour les fléaux sociaux — ont soulevé des préoccupations chez les défenseurs des droits des détenus et des personnes vivant avec le VIH/sida, au sujet de récentes rumeurs concernant le VIH et la ségrégation, en prison. Il semble qu'une combinaison de facteurs — forte prévalence du VIH parmi les détenus, hausse du coût des traitements, compressions budgétaires — crée une situation où les discussions sur la ségrégation refont surface dans des systèmes correctionnels canadiens. Toutefois, plutôt que de considérer une ségrégation obligatoire et forcée des détenus séropositifs — ce qui constituerait une quarantaine et pourrait donner lieu à une contestation fondée sur la *Charte* — les discussions actuelles ont revêtu des apparences plus banales.

Ségrégation en unité de soins «spécialisés»

Au sein du SCC, on discute fréquemment de l'idée de la création d'unités de soins «spécialisés» dans une ou plusieurs des prisons fédérales déjà existantes. De telles unités seraient spécifiquement équipées et dotées de personnel pour répondre aux besoins des personnes vivant avec le VIH/sida en matière de soins de santé. Les détenus séropositifs pourraient choisir d'être «volontairement» transférés dans de telles unités et par conséquent avoir accès à des soins médicaux «de première qualité». On soutient que la création de ces unités ferait économiser de l'argent au système carcéral, tout en offrant aux détenus vivant avec le VIH/sida un accès à du soutien médical, social et diététique spécialisé.

À première vue, cette idée peut sembler bonne. Mais en analysant la situation de plus près, on constate que, bien qu'il puisse s'agir d'une bonne intention, ceci n'a pas sa place dans une stratégie efficace en matière de VIH/sida. Au moins sept raisons expliquent cela:

La ségrégation «volontaire» n'est pas volontaire

La ségrégation «volontaire» dans une prison offrant des soins spécialisés n'est jamais volontaire. L'existence même d'une ou de plusieurs prisons dont les unités de soins de santé offrent des soins «spécialisés» pour les détenus vivant avec le VIH/sida reviendrait à admettre que les autres prisons n'offrent pas les meilleurs soins. Par conséquent, les détenus vivant avec le VIH/sida devraient choisir entre la perspective de rester dans une prison qui, tout en étant plus proche de leur famille et amis, n'offre pas les meilleurs soins, ou celle d'être transférés dans une prison plus éloignée, mais où ils obtiendraient des soins «spécialisés». Cela n'est pas un choix volontaire.

La responsabilité d'offrir des soins de santé

Le SCC a la responsabilité d'offrir des soins de santé selon une norme adéquate et soutenue dans tous ses établissements. Sa responsabilité envers les détenus vivant avec le VIH/sida ne peut se limiter à la création d'une ou de quelques unités de soins spécialisés. Il s'agit plutôt de s'assurer que tous les membres du personnel de soins de santé sont formés et outillés pour faire face aux besoins des détenus vivant avec le VIH/sida et que les détenus de tous les établissements aient accès à des soins, du soutien et des traitements équivalents à ceux disponibles à l'extérieur.

On craint que l'existence d'unités «spécialisées» n'entraîne une détérioration du niveau déjà instable de soins offerts aux détenus vivant avec le VIH/sida, et qu'elle ne limite les possibilités de recours juridique des détenus séropositifs et de leurs défenseurs. Par exemple, si un détenu vivant avec le VIH/sida refusait le transfèrement «volontaire» et recevait de ce fait des soins en deçà des normes ou décédait d'une maladie liée au sida pendant sa détention, pourrait-on lui attribuer la faute de ne pas avoir «choisi» l'accès aux «meilleurs» soins médicaux offerts par le SCC (plutôt que de blâmer le système de ne pas offrir un niveau uniforme et adéquat de soins médicaux de façon générale)?

La ségrégation conduit à éviter le test

Des craintes vis-à-vis de la perte de confidentialité, de la stigmatisation et de la discrimination continuent d'agir comme des obstacles considérables qui poussent les gens à éviter le test de sérodiagnostic du VIH. Si les détenus savent ou craignent qu'ils seraient transférés dans un autre établissement pour recevoir des soins médicaux de qualité dans le cas d'un résultat positif, certains choisiront probablement de ne pas passer le test plutôt que de «choisir» d'être transférés et isolés.

En réponse à cette préoccupation, d'aucuns soutiennent que les détenus devraient être testés obligatoirement de tout façon. Pourtant, en plus de soulever de graves problèmes vis-à-vis de la *Charte des droits de la personne*, le test obligatoire ne permettrait pas aux systèmes carcéraux d'identifier tous les détenus séropositifs: il peut s'écouler jusqu'à un an après la transmission du VIH sans que les anticorps qui déclenchent un résultat positif au test ne soient produits. Cela signifie que dans tout programme de test certains individus obtiendront un résultat négatif même en étant séropositifs. Donc, même en laissant de côté les problèmes en regard de la *Charte*, le test obligatoire n'est pas justifié car il ne peut pas fonctionner de la façon dont le prétendent ses tenants.

Stigmatisation

Toute personne incarcérée dans une prison avec unité spécialisée serait à coup sûr soupçonnée d'être séropositive par tous les membres du personnel, tous les détenus de cette prison et des autres établissements. Cela stigmatiserait tous les détenus de cette prison, peu importe leur état sérologique.

Messages de prévention illusoires et nocifs

L'existence de telles prisons créerait chez les détenus et le personnel des autres prisons la fausse et dangereuse impression que tous les détenus qui ont le VIH/sida sont placés dans ces établissements spéciaux. Cela pourrait conduire aux fausses impressions plus graves (1) que les détenus d'autres prisons n'ont pas besoin de se protéger lors de relations sexuelles ou de l'injection de drogue; et (2) que le personnel des autres prisons n'a pas besoin d'utiliser les précautions universelles, car «il n'y a pas de VIH» dans leur établissement. Le test obligatoire des détenus ne ferait que renforcer ces dangereuses illusions. De façon générale, les messages ainsi véhiculés s'opposeraient à une éducation et à une prévention efficaces contre le VIH, et pourraient conduire à une augmentation des comportements à risque et de la transmission du VIH.

Problèmes de niveaux de sécurité

Au Canada, les détenus fédéraux sont classés et placés dans des prisons à sécurité maximale, moyenne ou minimale selon leur dossier criminel et d'incarcération. Cependant, l'infection à VIH ne fait pas de discrimination entre les niveaux de sécurité. S'il n'y avait qu'une seule ou quelques institutions au Canada offrant un niveau adéquat de soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida, comment logeraient-elles une population de niveaux de sécurité variés? L'expérience laisse songer que le niveau de sécurité des institutions avec unités de soins «spécialisés» serait probablement maximal, puisque les systèmes carcéraux sont beaucoup plus susceptibles de placer des détenus de sécurité minimale dans un

encadrement à sécurité maximale que l'inverse (de fait, c'est la pratique actuelle à travers le Canada).

Le fait de placer des détenus de sécurité minimale (qui sont la plupart du temps incarcérés pour des délits non violents) avec des détenus de sécurité maximale (qui sont souvent incarcérés pour des délits violents) provoque des conditions extrêmement tendues et potentiellement dangereuses, particulièrement pour les détenus qui requièrent un niveau de sécurité moindre. Par conséquent, les détenus de sécurité moyenne/minimale vivant avec le VIH/sida pourraient se retrouver dans une position où ils devraient non seulement choisir «volontairement» la ségrégation, mais aussi choisir «volontairement» la ségrégation dans une institution à niveau de sécurité plus élevé.

Qu'est-il advenu de la libération pour des raisons humanitaires?

La ségrégation dans une prison offrant des soins médicaux de première qualité ne peut pas se substituer à la libération pour des raisons humanitaires.

En mars 1994, le SCC a affirmé qu'il appuyait la recommandation formulée dans *Le VIH/sida en milieu carcéral*, que les détenus qui ont le sida ou une autre maladie évolutive qui peut être mortelle «soient normalement libérés plus tôt au cours de leur maladie, avant qu'ils ne soient en phase terminale, dans la mesure où ils ne représentent pas une menace pour la sécurité du public».[2] Les détenus vivant avec le sida n'ont pas encore pu constater les avantages concrets de ces belles paroles.

Conclusion

Isoler du reste de la population les personnes vivant avec le VIH/sida entraînerait des risques considérables, en prison comme ailleurs. La ségrégation pour des raisons soi-disant «humanitaires» et pour offrir des soins «spécialisés» dans une ou quelques institutions aurait aussi de nombreuses conséquences négatives. Elle ne servirait pas l'intérêt des détenus vivant avec le VIH/sida. Elle ne réduirait pas les taux de transmission du VIH. Il s'agirait d'une mauvaise politique.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Voir aussi J. Dussault, «Méthadone et seringues stériles bientôt dans les prisons fédérales du Canada? Le Sous-

comité parlementaire entend des témoins», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1997, 3 (2/3): 30-33, à la p. 31.

[2] Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral: rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1994, à p. 128.

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Preuves de la transmission du VIH en prison

Peu d'études sont faites sur la transmission du VIH en prison. Certaines ont conclu à des taux de transmission plutôt faibles, d'autres ont montré comment la transmission du VIH derrière les barreaux peut atteindre un rythme alarmant.

Certaines études sur les comportements à risque en prison ont indiqué que les utilisateurs de drogue par injection (UDI) constituent une proportion entre un quart et la moitié des détenus. Entre un tiers et la moitié de ces UDI continue de s'injecter de la drogue durant l'incarcération et presque tous les cas d'injection entraînent le partage de seringue. Plusieurs détenus utilisent aussi du matériel de tatouage et entre 5% et 10% de la population masculine a des rapports sexuels en prison. La prévalence du VIH, dans tous les pays, est plus élevée en prison que dans la communauté. Les programmes de prévention du VIH en prison sont limités. Pourtant, on certaines études concluent à de faibles taux de transmission du VIH en prison. Le texte qui suit, présenté lors de la 3e Conférence européenne sur les services liés à la drogue et au VIH/sida dans les prisons (Amsterdam, février 1997), offre quelques explications à ce phénomène et propose des approches pour l'étude de la transmission du VIH en prison.

Preuves de transmission

Dans au moins trois pays, la transmission du VIH parmi les UDI a été associée à un passé d'emprisonnement: en France (Richardson et coll., 1993), en Espagne (Granados et coll., 1990) et en Thaïlande (Choopanya, 1996). À Bangkok, Thaïlande, l'infection à VIH parmi les UDI a bondi de 2% à 43% entre 1987 et 1988. Cette augmentation a eu lieu peu de temps après (et est attribuée à) la libération par amnistie de centaines de prisonniers, y compris des UDI, à l'occasion de l'anniversaire de naissance du roi (Choopanya, 1989; Wright et coll., 1994; Choopanya et coll., 1996).

Au total, dix études ont porté sur la transmission du VIH en prison: deux études rétrospectives, quatre études prospectives, deux études sur des modèles mathématiques et deux études d'épidémies (voir Tableau 1).

Tableau 1 - Preuves de transmission du VIH en prison

Lieu	Type d'étude	Référence
É.-U.	2 études rétrospectives	CDC, 1986; Mutter, 1994
É.-U.	4 études rétrospectives	Kelly, 1986; Horsburgh, 1990; Brewer, 1988; Castro, 1991.
R.-U. et N.-G.S.	2 modèles mathématiques	Medley, 1992; Dolan, 1994
Écosse	étude d'épidémie	Taylor, 1995
Australie	étude d'épidémie	Dolan, 1996

Études rétrospectives

Dans la première étude de ce type, en 1985, le test du VIH a été offert à des détenus incarcérés au Maryland depuis au moins 7 ans (CDC, 1986). Environ un tiers des individus a accepté de subir le test, dont deux (1%) ont été trouvés séropositifs. Les deux avaient été incarcérés pendant 9 ans.

La seconde étude rétrospective a eu lieu en Floride, en 1991. On a examiné les dossiers médicaux de 556 détenus qui étaient demeuré incarcérés sans interruption pendant les 14 années précédentes. Des résultats de sérodiagnostic du VIH étaient consignés au dossier de 87 d'entre eux; 18 parmi ceux-ci étaient positifs, dont 8 étaient encore asymptomatiques à la fin de 1991, après 14 ans d'emprisonnement, et on a assumé qu'ils avaient probablement contracté le VIH en prison. Cependant, puisque certains cas de personnes séropositives au VIH asymptomatiques pendant plus de 15 ans ont déjà été recensés (Deacon et coll., 1995), on ne peut pas déclarer avec certitude que les infections observées par ces deux études s'étaient produites en prison, malgré la forte probabilité.

Études prospectives

Parmi quatre études prospectives, l'incidence du VIH en prison variait entre 0% et 4%.

Dans la première étude, 1% de 913 détenus d'un pénitencier américain à sécurité maximale étaient séropositifs en 1983 (Kelley et coll., 1986). Des tests effectués de nouveau chez 542 détenus incarcérés suffisamment longtemps n'ont décelé aucun cas de séroconversion. Toutefois, l'échantillon n'était pas représentatif des populations carcérales, en raison d'une sous-représentation des détenus pour des crimes liés à la drogue (15%) et d'une surreprésentation d'agresseurs sexuels (38%). En outre, dans les établissements à sécurité maximale, les détenus ont rarement l'occasion d'interagir avec des pairs et de s'adonner à des comportements à risque.

Dans la deuxième étude, un test répété chez 1069 détenus au Nevada, en 1985, a révélé que 3 détenus avaient séroconverti en prison (Horsburgh et coll., 1990). Les 3 séroconversions s'étaient produites chez des personnes qui avaient été incarcérés depuis peu de temps au moment où elles avaient reçu un sérodiagnostic au VIH initialement négatif; il est donc possible que le VIH ait été contracté avant l'incarcération. Les auteurs de l'étude ont conclu que la transmission du VIH entre détenus était chose rare au Nevada (Horsburgh et coll., 1990).

Dans la troisième étude, Brewer (1988) a effectué à deux reprises des tests chez 393 détenus au Maryland, en 1985, et constaté que 2 détenus avaient eu une séroconversion en prison. Au moment de leur dernier sérodiagnostic négatif au VIH, ces deux personnes étaient en prison depuis 60 jours et 146 jours. Comme dans l'étude précédente, il n'a pas été possible de déterminer avec certitude qu'ils avaient contracté le VIH en prison, même si cela était probable. Les détenus qui ont refusé de participer à cette étude, ou pour lesquels le suivi n'a pas été possible, étaient plus probablement condamnés pour des crimes liés à la drogue, ou étaient de race noire, ou ils purgeaient une peine de moins de 5 ans. Compte tenu du fait que ces caractéristiques aient été associées à la séropositivité au moment de l'admission, il est probable que les détenus ayant le plus important risque d'infection aient été sous-représentés dans cette étude. En utilisant les résultats de cette étude, Hammett a calculé que jusqu'à 60 nouveaux cas d'infection à VIH pouvaient se produire chaque année, dans la population carcérale du Maryland (Hammett et coll., 1993).

Dans la quatrième étude, la prévalence du VIH parmi les détenus à leur admission, en Illinois, était de 3,9% (n=2390) en 1989 (Castro et coll., 1991). Après une année en prison, 8 détenus avaient séroconverti. La probabilité que le VIH ait été contracté en prison était forte mais, encore une fois, on ne pouvait pas éliminer la possibilité que l'infection ait précédé l'incarcération. Cette étude a fait appel au dépistage massif parmi des détenus purgeant des peines d'au moins un an, ce qui en excluait donc ceux qui purgeaient des sentences plus brèves.

Modèles mathématiques

Deux modèles mathématiques ont été utilisés pour calculer le taux de transmission en prison, en Angleterre et en Nouvelle-Galles du Sud, Australie (Medley, Dolan et Stimson 1992; Dolan, Wodak, Hall et Kaplan, 1994). Les deux études ont estimé le nombre de détenus ayant des antécédents d'injection de drogue, le nombre qui continuait cette pratique en prison, et la proportion de ces derniers qui partageait du matériel d'injection. On avait pris en considération la prévalence du VIH et le nombre de seringues en circulation. Les deux études ont estimé que, chaque année, 2% des UDI qui partageaient du matériel d'injection contracteraient le VIH.

Études d'épidémies

Prison de Glenochil

Taylor et son équipe ont mené, en 1995, une enquête sur la vague d'infection à VIH signalée 2 ans plus tôt dans la prison de Glenochil, à Glasgow, Écosse (voir Tableau 2). Avant que l'étude ne s'amorce, 263 des détenus qui avaient été incarcérés dans cet établissement avaient été soit libérés, soit transférés dans un autre établissement. Des 378 détenus restants, 227 ont été recrutés pour l'étude. Le taux de participation variait entre 26% et 51%, parmi les 11 sous-unités de l'établissement. Des déclarations anecdotiques indiquent que plusieurs de ceux qui ont refusé le counselling étaient des UDI d'une sous-unité où le taux d'injection est particulièrement élevé (Scottish Affairs Committee, 1994). Parmi les 227 participants, 76 ont déclaré des antécédents d'injection et 33 ont déclaré s'y être adonné à Glenochil. Vingt-neuf de ces derniers ont subi un test du VIH, parmi lesquels 14 ont reçu un résultat positif. Chez 13 de ceux-ci la souche de VIH était la même. Il est donc prouvé qu'ils avaient contracté le VIH en prison (McMenamin et coll., 1996). Tous les UDI ayant contracté le VIH en prison ont déclaré avoir partagé des seringues pendant longtemps (voir Taylor et Goldberg, 1996).

Tableau 2 - Vague d'infection à VIH dans la prison de Glenochil

	Détenus	Pourcentage
Au moment de l'épidémie	645	100
À Glenochil en début d'étude	378	59
Participants à l'étude	227	35
Antécédents d'injection	76	12
Injection à Glenochil	33	5
Testé pour le VIH	29	4,5
Sérodiagnostic positif	14	2,2
Même souche de VIH	13	2,0

Le Scottish Affairs Committee a tenté d'évaluer l'ampleur de l'épidémie à Glenochil, en discutant avec les employés du service médical de l'établissement. En considérant que les détenus qui ont refusé de subir un test présentaient la même possibilité que ceux de l'étude d'être UDI et d'avoir contracté le VIH, le comité a estimé que le nombre total de détenus ayant contracté le VIH en prison pendant cette période pouvait se situer entre 22 et 43.

Australie

Des preuves épidémiologiques et génétiques ont été utilisées pour confirmer une vague d'infection à VIH dans une prison de l'Australie (voir Tableau 3). Parmi les critères utilisés pour déterminer si l'infection par le VIH avait bel et bien eu lieu en prison: les résultats au test de sérodiagnostic du VIH, l'évaluation des cas documentés d'infection primaire par le VIH (Kinloch, 1993) par un comité d'experts sur le VIH, la durée et le lieu de l'incarcération, les comportements à risque en prison, ainsi que la parenté génétique des séquences du VIH parmi les répondants. Des efforts pour retrouver 31 utilisateurs de drogue par injection ont permis d'en localiser 25. Parmi ceux-ci, 2 étaient séronégatifs, 7 étaient décédés, 2 ont refusé de participer et les 14 autres ont accepté de participer à l'étude. On est parvenu à démontrer que 8 de ces 14 individus avaient contracté le VIH alors qu'ils étaient en prison. Ils ont tous déclaré qu'ils avaient partagé des seringues, 2 ont aussi dit qu'ils s'étaient fait tatouer et l'un d'eux a dit avoir eu des rapports sexuels anaux.

Tableau 3 - Vague d'infection à VIH dans une prison d'Australie

Tentatives de localisation	31
Trouvés	25
Séronégatifs	2
Décédés	7

Refus de participer	2
Participants à l'étude	14
Infectés en prison	8
Même souche de VIH	5

Analyse

Les études rétrospectives et prospectives ont conclu que les taux de transmission du VIH en prison étaient relativement faibles, tandis que les modèles mathématiques et les études d'épidémie ont révélé des taux beaucoup plus élevés. Plusieurs raisons peuvent expliquer ces disparités: (1) puisque 4 des études rétrospectives et prospectives ont eu lieu avant 1986, aux premières années de l'épidémie de VIH et alors que les UDI étaient encore peu touchés, il n'est pas étonnant qu'elles aient relevé des taux plus faibles; (2) l'échantillon des études rétrospectives et prospectives est probablement biaisé: elles recrutent des détenus incarcérés à long terme, parmi lesquels la probabilité d'usage de drogue par injection est plus faible — la recherche a effectivement montré que les UDI sont incarcérés moins longtemps mais plus souvent que les non UDI (Dolan et coll., 1996; Gore, 1995). En outre, puisque les personnes incarcérées pour de longues peines sont habituellement placées dans des établissements où le niveau de sécurité est plus élevé, elles ont moins d'occasions d'avoir des contacts entre elles (et de se transmettre des agents infectieux comme le VIH).

Méthodes pour l'étude de la transmission du VIH en prison

Dans plusieurs pays, avant de mettre en oeuvre les mesures de prévention adéquate, les autorités attendront que soit faite la preuve de transmission du VIH parmi les détenus. Lorsqu'il est possible d'obtenir la collaboration des autorités carcérales, l'examen des dossiers médicaux pourra révéler des cas de transmission ayant eu lieu en prison. Il est possible d'effectuer un suivi sur les nouveaux cas d'infections virales sanguines, comme l'a fait Taylor dans son étude de l'épidémie de Glenochil. Autrement, on pourrait effectuer une étude de cohorte à court terme avec des détenus UDI qui subiraient périodiquement un test du VIH.

Lorsque la collaboration des services correctionnels n'est pas obtenue, on peut faire des études auprès des ex-détenus — en particulier les ex-détenus séropositifs. Si ces personnes donnent leur consentement, il pourrait être possible d'avoir accès à leur dossier médical de prison.

Conclusions

Le VIH se propage dans les prisons, mais il est difficile d'en recueillir des preuves concluantes. À l'occasion, cette rareté de preuves a été interprétée comme une faible incidence (Brewer, 1992; Braithwaite et coll., 1996; Horsburgh, 1990). Cependant, la plupart des études qui ont conclu à des taux de transmission du VIH relativement faibles ont été effectuées tôt dans le cours de l'épidémie et ont tiré leurs conclusions de l'observation de détenus purgeant de longues sentences (qui auraient été moins exposés au risque d'infection que des détenus purgeant des sentences plus brèves).

Les efforts pour réduire la transmission du VIH en prison doivent mettre l'accent sur la réduction de la

prévalence ou de la fréquence de l'injection (p. ex. à l'aide de programmes d'entretien à la méthadone aux critères d'accès souples), sur la réduction du risque d'infection (p. ex. grâce à des programmes d'échange de seringues et/ou de distribution d'eau de Javel); et sur le nombre de détenus exposés au risque d'infection (p. ex. à l'aide de programme de diversion).

- *Kate Dolan*

On peut contacter Kate Dolan au NDARC, University of New South Wales, Sydney 2052, Australie. Téléc.: (61-2) 9398 9333; courriel: ndarc8@unsw.edu.au Pour un sommaire du texte ci-dessus (en anglais, en français et en allemand), voir *Rapport de la 3e Conférence sur les services concernés par les problèmes liés à la drogue, au VIH et au sida dans les prisons, février 1997, Amsterdam, Pays-Bas*, Londres, Royaume-Uni: Cranstoun Drug Services, 1997, p. 100-103.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

Bibliographie

Braithwaite, R.L., Hammett, T.M., Mayberry, R.M., *Prisons and AIDS: A public health challenge*, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1996.

Brewer, T.F., Vlahov, D., Taylor, E., Hall, D., Munoz, A. & Polk, F., «Transmission of HIV-1 within a statewide prison system», *AIDS*, 1988, 2: 363-367.

Brewer, T.F., Derrickson, J., «AIDS in prison: a review of epidemiology and preventive policy», *AIDS*, 1992, 6: 623-628.

Castro, K., Shansky, R., Scardino, V., Narkunas, J., Coe, J., Hammett, T., *HIV transmission in correctional facilities*, présenté à la VIIth International Conference on AIDS, Florence, 16-21 juin 1991, p. 314.

Centers for Disease Control, «Acquired Immunodeficiency Syndrome in correctional facilities: Report of the National Institute of Justice and the American Correctional Association», *MMWR*, 1986, 35 (12): 195-199.

Choopanya, K., *AIDS and drug addicts in Thailand, Bangkok*, Bangkok, Metropolitan Authority Department of Health, 1989.

Choopanya, K., Des Jarlais, D., Vanichseni, S., Raktham, S., Kitayaporn, D., *Incarceration as a continuing*

HIV risk factor among injecting drug users in Bangkok, présenté à la XIth International Conference on AIDS 1996, abrégé WeD 352, p. 47, vol. 2.

Crofts, N., Webb-Pullman, J., Dolan, K., *An analysis of trends over time in social and behavioural factors related to the transmission of HIV among IDUs and prison inmates*, Canberra, Commonwealth of Australia, 1996.

Crofts, N., Stewart, T., Hearne, P., Ping, X.Y., Breschkin, A.M., Locarnini, S.A., «Spread of blood-borne viruses among Australian prison entrants», *British Medical Journal*, 1995, 310: 285-288.

Dolan, K., Wodak, A., Dwyer, D. & Saksena, N., «Epidemiological and genetic evidence for HIV transmission among injecting drug users in an Australian prison system», article soumis.

Dolan, K., Shearer, J., Hall, W., Wodak, A., *Bleach easier to obtain but inmates still risk infection in New South Wales Prisons. Technical Report*, Sydney, National Drug and Alcohol Research Centre, 1996.

Dolan, K., *HIV in Australian prisons: transmission, risk behaviours and prevention*, thèse de doctorat, University of New South Wales, Sydney, déposée en 1996.

Dolan, K., Kaplan, E., Wodak, A., Hall, W., Gaughwin, M., *Modelling HIV Transmissions in NSW Prisons, Australia*, Xth International Conference on AIDS, Yokohama, 1994, abrégé PD 0524.

Dolan, K., Hall, W., Wodak, A., Gaughwin, M., «Evidence of HIV transmission in an Australian prison», lettre, *MJA*, 1994, 160: 734.

Dye, S., Isaacs, C., «Intravenous drug misuse among prison inmates: implications for spread of HIV», *British Medical Journal*, 1991, 302: 1506.

Gaughwin, M.D., Douglas, R.M., Wodak, A.D., «Behind bars - risk behaviours for HIV transmission in prisons, a review», dans Norberry, J., Gerull, S.A., Gaughwin, M.D. (éd.), *HIV/AIDS and Prisons Conference Proceedings*, Canberra, Australian Institute of Criminology, 1991.

Gore, S.M., Bird, A.G., Burns, S.M., Goldberg, D.J., Ross, A.J., Macgregor, J., «Drug injection and HIV prevalence in inmates of Glenochil prison», *British Medical Journal*, 1995, 310: 293-296.

Horsburgh, C.R., Jarvis, J.Q., MacArthur, T., Ignacio, T., Stock, P., «Seroconversion to Human Immunodeficiency virus in prison inmates», *American Journal of Public Health*, 1990, 80(2): 209-210.

Kelley, P.W., Redfield, R.R., Ward, D.L., Burke, D.S., Miller, R.N., «Prevalence and incidence of HTLV-111 infection in a prison», *Journal of the American Medical Association*, 1986, 256(16): 2198-2199.

Kinloch-de Loes, S., de Saussure, P., Saurat, J.H., Stadler, H., Hirschel, B., Perrin L., «Symptomatic primary infection due to HIV type 1: Review of 31 cases», *Clinical Infectious Disease*, 1993, 17: 59-65.

Lowe, D., *Evaluation of the condom trial in 3 Correctional Centres in New South Wales. Final Report for the Department of Corrective Services*, 1996.

Medley, G., Dolan, K.A., Stimson, G., *A model of HIV transmission by syringe sharing in English prisons using surveys of injecting drug users*, présenté à la VIIIth International Conference on AIDS, Amsterdam, 1993, abrégé MoD 0038, p. 75.

Mutter, R.C., Grimes, R.M., Labarthe, D., «Evidence of intraprisoon spread of HIV infection», *Archives of Internal Medicine*, 1994, 154: 793-795.

Taylor, A., Goldberg, D., Emslie, J., Wrench, J., Gruer, L., Cameron, S., Black, J., Davis, B., McGregor, J., Follett, E., Harvey, J., Basson, J., McGavigan, J., «Outbreak of HIV infection in a Scottish Prison», *British Medical Journal*, 1995, 310: 289-292.

Taylor A., Goldberg D., «Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3): 16-17.

Wright, N.H., Vanichseni, S., Akarasewi, P., Wasi, C., Choopanya, K., «Was the 1988 HIV Epidemic among Bangkok's drug users a common source outbreak?», *AIDS*, 1994, 8: 529-532.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Prisons privées et prévention du VIH en Australie

On discute de plus en plus de la privatisation de prisons au Canada, en particulier en Ontario. Est-ce que les buts de la privatisation — notamment la réduction des coûts — sont compatibles avec les responsabilités morales et éthiques de l'État relativement à la détermination et à l'exécution des peines? Quelles conséquences la privatisation pourrait-elle avoir sur les soins pour les détenus vivant avec le VIH/sida et sur la prévention du VIH en milieu carcéral?

En Australie, la majeure partie du système de justice criminelle relève de la compétence des États. Depuis quelques années, les gouvernements de plusieurs États se tournent de plus en plus vers la privatisation de certains secteurs d'activité du milieu carcéral, allant de contrats de services (comme la formation du personnel correctionnel, le travail des détenus et la livraison de programmes) à la construction et au fonctionnement complètement privés de certaines prisons qui appartiennent à des entreprises et consortiums.[1]

D'importantes préoccupations ont été soulevées, lors d'une conférence organisée par l'Australian Institute of Criminology, *Privatisation and Public Policy: A Correctional Case Study*, tenue à Melbourne (État de Victoria) en juin 1997.

«Accès», «imputabilité» et «confidentialité» sont les termes que l'on a utilisés le plus souvent, lors de cette conférence. Pour les entreprises commerciales présentes, ces thèmes se rattachaient à la compétition commerciale et à l'attribution des contrats— «accès» à l'information sur les appels de soumissions, sur les procédures administratives et les pratiques d'opération (pour calculer les coûts d'opération, par exemple); «imputabilité» des fournisseurs de services, en termes contractuels; «confidentialité» de toute information qui pourrait s'avérer utile à un compétiteur commercial. En revanche, pour les visiteurs et les représentants des détenus, «accès» s'appliquait à la relation de la communauté avec le milieu correctionnel et les détenus eux-mêmes, ainsi qu'à l'accessibilité des dossiers médicaux et de détention; «imputabilité» concernait la responsabilité des directions d'établissements envers les détenus et la communauté, d'assurer le caractère humain des conditions de détention et d'offrir des soins de santé adéquats; «confidentialité» désignait la pratique de certains gestionnaires de prisons

privées qui refusent de révéler bon nombre d'informations non-fiduciaires en prétendant que cette transparence affecterait leur position par rapport à leurs compétiteurs.

Le juge Frank Vincent[2] et plusieurs universitaires se sont dit inquiets que la commercialisation de ces aspects ne menace la nature même de l'état démocratique: elle masque les responsabilités éthiques et morales de l'État de déterminer et d'administrer les sentences; elle détourne le devoir conséquent de l'État de prendre soin des personnes qu'il place en détention; et elle embrouille le fait que toutes les parties — services correctionnels publics et privés, ministères, fournisseurs de soins de santé et systèmes judiciaires — se doivent de rendre des comptes, en bout de ligne, à la société.

Par ailleurs, dans le contexte spécifique de la santé publique, il est clair que le fait même d'établir des clauses de contrat qui soient quantifiables, et dont on puisse effectuer le suivi, va à l'encontre des caractéristiques et du point de vue qui sont nécessaires pour l'efficacité de programmes de santé publique. Par conséquent, il est fort probable que les stratégies de prévention du VIH ne seront pas conuertes de façon adéquate par ces contrats.

Par ailleurs, on craint:

- que les termes des contrats ne puissent pas être suffisamment détaillés pour prévoir convenablement les approches requises et l'application des leçons apprises, en matière d'efficacité des mesures d'éducation et de prévention des maladies infectieuses, particulièrement le VIH et les hépatites;
- que la fragmentation accrue du fonctionnement des établissements complique l'adoption de stratégies concertées et entrave l'adoption et la mise en oeuvre des mesures requises;
- que les canaux de communication et d'imputabilité ne soient entravés, voire coupés, par une complexification excessive résultant de réattributions successives de sous-contrats par des contractuels privés;
- que la relation des fournisseurs de services commerciaux avec les autorités empêche que l'on puisse discuter efficacement et ouvertement;
- que la complexité administrative finisse par entraîner que la responsabilité des programmes d'éducation et de prévention du VIH tombent entre les chaises.

Si la liste qui précède peut sembler théorique ou spéculative, voici un exemple clair de situation problématique du VIH/sida dans les services correctionnels privatisés. Le contrat de gestion d'au moins une prison (Borallon, dans le Queensland) stipulait que le fournisseur de services ne serait pas contraint d'accepter de détenus séropositifs au VIH.[3] L'inclusion de telles clauses pose des problèmes évidents: elle implique que l'on procède à un test obligatoire du VIH à tous les détenus avant de les transférer dans cette prison (sans parler des limites relatives à la période fenêtre et à l'activité à risque pouvant avoir lieu

entre le moment du test et celui du résultat) et elle fait la promotion de la notion impossible que tous les détenus d'une prison puissent être séronégatifs.

En outre, parmi les motifs d'organiser cette conférence, tel que mentionné par l'Australian Institute of Criminology: la relation entre l'accroissement de la population carcérale et l'accroissement de la privatisation des prisons. Faut-il expliquer que les compagnies privées souhaitent tirer des profits de l'opération des prisons? L'un des représentants du privé a déclaré lors de la conférence que les profits possibles «par lit» n'étaient pas grands. Le lien logique qui en découle est que la marge de profit des compagnies reposera sur le volume de «clientèle». Par conséquent, quelles conclusions pouvons-nous tirer en ce qui a trait aux programmes de santé publique et de prévention du VIH, puisque leur objectif fondamental vise à réduire le besoin de services en s'assurant de prévenir la transmission?

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] Le présent article résume celui de Jan Cregan, plus détaillé dans le volet anglais du *Bulletin*. Pour un sommaire de la situation actuelle des prisons privées en Australie, prière de vous référer à l'article original.

[2] Juge Frank Vincent, Supreme Court of Victoria, abrégé: *Contracting out Community Corrections: The Judicial Perspective*.

[3] R.W. Harding, «Trends and Issues in crime and criminal justice» - no 36, *Private Prisons in Australia*, mai 1992, Canberra, Australian Institute of Criminology, 1992.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Prescription de stupéfiants à des personnes toxicodépendantes en milieu carcéral - quelques résultats intérimaires

Depuis janvier 1994, en s'appuyant sur une série de mesures fédérales du 20 février 1991 visant à diminuer les problèmes liés à la drogue, la Suisse procède à des essais de prescription de stupéfiants sous contrôle médical à des toxicodépendants. Dans le plan de recherche élargi de ces essais scientifiques, le *Projet de prescription de stupéfiants sous contrôle médical en prison* (PSTEP) est un volet distinct. Son évaluation indiquera la faisabilité de la prescription de stupéfiants sous contrôle médical en milieu carcéral.

Le projet PSTEP

L'établissement pénitentiaire d'Oberschöngrün, à Soleure, compte 75 détenus. Pour exécuter sa peine à Oberschöngrün, un détenu ne doit pas présenter un danger pour la société ou un risque de fuite. Le projet PSTEP permet à l'établissement d'être actif dans une mission de réinsertion sociale. Il permet aussi aux détenus toxicomanes de se sentir mieux, d'avoir la possibilité de se stabiliser en prison sans le stress physique et psychique de l'approvisionnement, et de se libérer du cercle vicieux consommation-approvisionnement étroitement lié à la délinquance.

Mise en oeuvre et déroulement du projet PSTEP

Le projet PSTEP s'adresse aux détenus toxicodépendants dont les comportements délictueux sont liés à la toxicomanie. En raison de comportements encore «déviants», ces personnes n'ont pu être intégrées dans la prison «ordinaire» et n'ont, de ce fait, pas profité de ses offres d'intégration sociale. La participation aux essais était le résultat d'une décision volontaire: les détenus n'y ont pas été formellement invités ou incités, mais simplement informés de leur existence.

Les conditions de participation étaient les suivantes: être âgé d'au moins 20 ans (exceptionnellement, 18 ans), être toxicodépendant depuis au moins 2 ans, avoir suivi sans succès un traitement thérapeutique et/

ou avoir une raison fondée de croire qu'un traitement dans le cadre des offres thérapeutiques existantes pourrait échouer, et présenter des déficits médicaux, psychologiques et/ou sociaux dus à la dépendance. Les candidats devaient donner leur accord par écrit après avoir été informés des analyses et recherches que l'on allait effectuer. Un critère de sélection supplémentaire était de consommer illégalement de l'héroïne pendant la détention. Par ailleurs, afin de mener des recherches scientifiques significatives, les candidats devaient être incarcérés pour une période d'au moins 9 mois. Ils ne devaient pas avoir été condamnés à l'expulsion du pays et les autorités judiciaires ont dû approuver leur participation aux essais et consentir à une éventuelle réintégration du détenu en cas d'exclusion du projet PSTEP. En outre, les participants devaient être aptes et disposés à travailler dans une ferme avec des animaux.

Pendant le projet, les huit participants ont vécu et travaillé dans un bâtiment annexe, partiellement isolés des autres détenus, à 3km de la prison d'Oberschöngrün. Le bâtiment n'était pas clôturé et, vu de l'extérieur, n'avait pas l'air d'un établissement pénitentiaire. Chaque participant recevait 3 fois par jour l'héroïne qu'il allait lui-même s'injecter, dans un lieu de remise spécialement aménagé sur le plan sanitaire et de la sécurité. L'infirmière et un employé du service de sécurité étaient présents lors de la remise d'héroïne. Quelques infirmières ont été engagées pour la remise des stupéfiants, mais les autres tâches ont été confiées à des employés de la prison.

Les participants étaient employés à des travaux agricoles. Au travail, ils ont été formés et supervisés par des instructeurs professionnels. Le rythme de travail des détenus s'est calqué sur les exigences de l'agriculture, c'est-à-dire au rythme de 7 jours par semaine, commençant le matin dès 5h30, soit deux heures avant la première remise d'héroïne.

Premiers résultats

Les résultats présentés ci-dessous sont issus d'analyses qualitatives^[1] et regroupés sous des thèmes qui, à notre avis, font ressortir clairement les principales implications de tels essais pour un établissement pénitentiaire. Les résultats sont basés — lorsque cela n'est pas mentionné autrement - sur des données relevées lors d'entretiens, retravaillées et systématiquement catégorisées. Les catégories sont basées sur les déclarations de toutes les personnes liées à la prison et reflètent donc dans une certaine mesure leur perception de leur réalité.

Le projet a débuté le 8 septembre 1995. Une phase pilote a été menée avec 4 participants durant 3 mois (septembre-novembre). Après une période d'adaptation qui a permis d'apprivoiser la nouvelle situation, le projet s'est poursuivi jusqu'en mars 1996, sans incident grave outre le problème médical d'un participant qui, après la première prise d'héroïne, a dû être réanimé.

Capacité de travail

Au début, les prestations de travail attendues étaient fournies avec peine, et de fait, certains participants ne répondaient pas aux exigences établies. Le manque de prestation était lié d'une part aux effets sédatifs de l'héroïne, d'autre part au fait que plusieurs n'avaient jamais réellement travaillé, n'ayant pas terminé

leur formation professionnelle ou pas pratiqué longtemps une activité rémunérée. Après quelques semaines, le rendement des participants au travail s'est nettement amélioré et a rencontré les attentes. Avant le début des essais, on avait douté de la capacité de travail des détenus qui allaient recevoir de l'héroïne. En effet, on craignait qu'ils soient trop affectés par l'effet de l'héroïne, qu'ils se comportent de manière passive, avec moins de motivation au travail que les autres. Mais le résultat fut positif et la capacité de travail sous utilisation contrôlée d'héroïne n'est plus mise en doute dans la prison d'Oberschöngrün: les prisonniers sous héroïne peuvent fournir un travail qui ne se différencie pas de celui des autres détenus, tant que la dose n'a pas d'effets sédatifs trop forts ou qu'elle n'engendre pas de crise de sevrage.

Conflits au sein du groupe

Selon les participants, les plus grandes difficultés sont venues de «conflits au sein du groupe», mais ce problème s'est atténué. Les conflits entre participants découlaient de frustrations diverses: des taquineries lors de la remise d'héroïne, le fait de s'imposer lors des activités journalières, le fait de devoir faire le travail des autres, des humiliations verbales, des dénonciations ou des menaces de dénonciation, des comportements malhonnêtes et des menaces de violence. L'incapacité des participants à trouver des solutions constructives à leurs conflits était frappante et menait presque toujours à la confrontation ou à la fuite de la confrontation.

La prison a tenté d'alléger ce climat au moyen de «discussions hebdomadaires de groupe». Ces discussions ont été perçues comme claires et soulageantes par les collaborateurs. Les participants les ont jugé tantôt apaisantes, tantôt sans véritables effets concrets. L'établissement pénitentiaire a réagi aux situations susmentionnées par la «séparation des rivaux» lors de la remise et par un «transfert de provocateurs» qui, au début, vivaient dans l'annexe sans participer au projet. En outre, l'introduction de postes de télévision dans les cellules a permis aux participants d'éviter les autres en se retirant dans leur cellule.

Les conflits ont été attribués, par les participants et les collaborateurs, au contexte général du projet. On doit tenir compte des faits suivants:

- la «suppression du stress lié à l'approvisionnement en drogue» a changé les relations entre les participants, étant donné qu'ils ne dépendaient plus les uns des autres pour obtenir ou distribuer l'héroïne dans la prison. Comme la dynamique n'était plus fondée sur la dépendance sociale, les conflits se sont accrus;
- ces toxicomanes étaient dépendants depuis longtemps et faisaient donc partie «d'un groupe d'individus aux déficits sociaux graves». Pour cette raison, la cohabitation était à priori très difficile; et
- les participants ont vécu dans une «communauté forcée» avec peu de possibilités d'éviter les autres.

Les conflits étaient typiques de l'exécution judiciaire, mais aggravés ici par le fait que les participants étaient incarcérés ensemble et ne pouvaient s'éviter qu'en se retirant dans leur cellule. Face aux cas très dysfonctionnels d'adaptation, on suppose que les participants pourraient avoir aussi des problèmes graves dans la gestion adéquate des pressions et des conflits après leur mise en liberté. Ceci s'oppose aux efforts de réinsertion du projet. D'un point de vue thérapeutique, il semble nécessaire d'accompagner les participants sur le plan sociopédagogique afin qu'ils puissent apprendre certaines règles sociales. D'un autre point de vue, il est délicat pour une prison de traiter un groupe de prisonniers «différemment» des autres, car ceci peut mettre en cause sa crédibilité et entrer en conflit avec les objectifs d'organisation.

Déroulement de la mise en oeuvre

Selon leurs fonctions, les collaborateurs ont exprimé lors d'entretiens la manière dont ils percevaient et jugeaient l'organisation et la réalisation du projet PSTEP. Nous avons choisi quelques sujets «problématiques» qui, à notre avis, sont particulièrement intéressants.

«Adaptation unilatérale de la prison au projet PSTEP»

Afin de réaliser le projet, l'institution a dû fournir un effort supplémentaire considérable. Les collaborateurs responsables du projet, surchargés de travail, ont dû négliger d'autres tâches. La priorité donnée au projet a créé une opposition parmi les employés et les prisonniers qui n'y participaient pas.

«Flexibilité plutôt que régularité»

Grâce à un véritable effort d'organisation au début des essais, une adaptation rapide et flexible de l'organisation a été possible. L'utilisation du concept original de façon flexible a été bien acceptée et favorisée par les responsables du projet. D'autres employés ont plutôt critiqué ceci comme un «manque de régularité».

«Conflits de rôles et d'objectifs»

Ce type de conflits s'est accentué. Pour une partie des employés, l'objectif et la voie poursuivis par la prescription d'héroïne étaient en contradiction avec l'idée d'une réinsertion des prisonniers toxicodépendants. Ceci s'est manifesté également dans l'enquête standardisée sur les «objectifs d'une prison» menée auprès des employés. Ces derniers étaient d'entente qu'il fallait réinsérer les prisonniers par le travail, l'occupation, l'ordre, la disposition à s'entretenir, la motivation et la prévention. À Oberschöngrün, tous s'accordaient à dire que le maintien de l'ordre et de la sécurité, ainsi qu'une attitude cohérente envers les prisonniers étaient des objectifs importants. Par contre, les opinions étaient partagées quant aux aspects punitifs de l'exécution pénale ainsi qu'à l'attention et au traitement particulier accordés aux prisonniers toxicodépendants. De même, la question de savoir si la prison d'Oberschöngrün devait effectivement faire un travail de pionnier dans ce domaine a été vivement discutée.

Conclusions préliminaires

D'après les résultats du rapport intérimaire, nous sommes à même de dire que malgré les doutes initiaux, la prescription d'héroïne sous contrôle médical en prison est réalisable. Tous les problèmes médicaux ou sociaux ont pu être résolus de manière satisfaisante. Malgré les problèmes sociaux susmentionnés, les participants ont vu la qualité de leur vie s'améliorer. Après quelques problèmes de départ, l'adaptation à la demande de l'exécution pénale a été jugée satisfaisante par les employés de la prison. Pour l'établissement pénitentiaire, ce projet pilote était un grand défi qui, grâce aux efforts supplémentaires d'employés motivés et disponibles, a pu être mené à bien.

Devant ce défi, les problèmes observés n'étonnent pas: une prison, par sa structure même, est un système totalitaire et autoritaire, un milieu qui aspire à la stabilité davantage qu'à la flexibilité, où le système de fonctionnement hiérarchique rencontre la sous-culture des prisonniers. L'espace d'interaction d'un tel système est limité et les formes d'interaction sont plutôt stéréotypées. Dans la perspective des employés, l'ordre, le traitement régulier et cohérent des prisonniers, ainsi que la stabilité et un déroulement prévisible du système sont prioritaires et, de ce point de vue, le projet PSTEP a pu sembler constituer une menace pour les objectifs d'une institution traditionnelle et pour le déroulement habituel du système. De par les objectifs et le déroulement traditionnels d'un établissement pénitentiaire, la prescription d'héroïne est un acte remarquable et plutôt osé: le projet PSTEP a radicalement changé la relation entre la prison et ses participants. La prison a fait un pacte officiel avec ce groupe de prisonniers dans le domaine «subculturel» de la consommation de stupéfiants, qu'elle avait jusqu'à présent poursuivie de manière répressive. La prison d'Oberschöngrün l'a fait et l'a compris comme une étape vers la «réinsertion» des détenus toxicomanes. De cette manière, elle doit reconnaître que l'approche punitive et traditionnelle pour résoudre les problèmes de drogue en prison était en opposition avec sa mission de réinsertion et avait échoué par rapport au groupe des détenus toxicomanes. L'initiative de prescrire de l'héroïne est un acte courageux pour un établissement pénitentiaire. Par conséquent, il n'est pas étonnant qu'il y ait eu de vives discussions sur le sujet. Avec la prescription d'héroïne et la suppression du stress lié à l'approvisionnement, un progrès essentiel a été réalisé chez les participants en vue de la réduction des méfaits. En effet, les participants étaient capables de se sortir du cercle vicieux de l'approvisionnement et de la consommation de drogue. De cette façon, une condition importante pour la réinsertion des criminels toxicomanes avait été remplie. La question reste ouverte à savoir si les participants peuvent apprendre une manière de se comporter socialement qui leur permette de maîtriser leur vie en liberté, si l'on ne leur offre pas un encadrement de soutien social plus actif.

Pour la prison, la question se pose: jusqu'à quel point veut-elle et doit-elle avoir une fonction thérapeutique? Ici, on touche au vieux et insoluble conflit entre d'un côté, la punition, la restriction de la liberté et l'expiation, et d'un autre côté la réinsertion. Ces divergences d'opinions n'existent pas seulement pour les exécutions pénales, mais aussi plus généralement dans la société: que doit-on faire devant les problèmes liés à la drogue? Les établissements pénitentiaires doivent impérativement s'occuper de ce dilemme, car deux missions existent et ne peuvent pas être niées. Il y a toujours des groupes d'employés qui s'identifient, selon leur fonction, à l'une ou l'autre de ces missions. Mais chaque établissement pénitentiaire, ainsi que chaque société, doit trouver sa propre solution à ce dilemme. Pour la prison d'Oberschöngrün, il semble qu'il soit important de réunir les deux objectifs qui avaient pu

sembler s'opposer, afin que sa capacité de fonction ne soit pas mise en doute par le maintien de conflits de longue date au sein de ses rôles et objectifs.

- *Beat Kaufmann, Réjane Dreifuss, Anja Dobler-Mikola*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Les résultats ici présentés sont basés sur la période de recherche allant de septembre 1995 à mars 1996. Ils font partie du rapport intérimaire (1996) de B. Kaufmann, A. Dobler-Mikola, Die kontrollierte Opiatabgabe in der Strafanstalt Oberschöngrün: Forschungsplan und erste Ergebnisse. Ein Sonderbericht im Rahmen des zweiten Zwischenberichtes der Forschungsbeauftragten Uchtenhagen A, Gutzwiller F, Dobler-Mikola A (Hrsg), Institut für Suchtforschung in Verbindung mit der Universität.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

É.-U. — Un détenu contracte le VIH en prison

Une cour fédérale de district à Saint-Louis a acquitté plusieurs fonctionnaires carcéraux accusés d'avoir violé les droits de la personne d'un ancien détenu qui avait apparemment contracté le VIH en prison.

Le verdict rendu le 29 août 1997 dans la poursuite intentée par l'ancien détenu ne met pas fin à l'affaire: le jury n'a pas rendu de décision relativement à deux des co-défendeurs et ces derniers feront l'objet d'un nouveau procès.

L'ancien détenu avait été diagnostiqué séronégatif au VIH peu de temps après son incarcération au centre correctionnel Menard, après sa condamnation pour vol d'auto et cambriolage. Il affirme que ses anciens codétenus en avaient fait leur esclave sexuel et l'avaient violé à plusieurs reprises. Il a été diagnostiqué séropositif un an après son admission. Après ce diagnostic, il a été transféré à un autre établissement de détention, où il a subi une intervention chirurgicale au rectum pour ce qu'il affirme être des blessures causées par le viol.

Pour avoir droit à des dommages-intérêts dans sa poursuite en responsabilité délictuelle fédérale de 1,5 million de dollars, l'ancien détenu devait convaincre le jury que les fonctionnaires carcéraux avaient fait preuve d'indifférence délibérée à l'égard de son bien-être. Les témoins de l'établissement ont affirmé que le détenu ne s'était jamais plaint d'avoir été agressé sexuellement pendant qu'il était au centre correctionnel et qu'il avait, en fait, décliné une offre d'isolement protecteur.^[1]

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Tiré d'un reportage paru dans *Lesbian/Gay Law Notes*, octobre 1997, p. 155, avec référence au *St Louis Post Dispatch*, 30 août 1997.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Australie — Plaidoyers de réforme dans les prisons de l'Australie méridionale

Le Comité du développement social du gouvernement de l'Australie méridionale a recommandé d'amorcer dans les prisons de cette province la distribution de condoms et d'eau de Javel, l'entretien à la méthadone, ainsi que des mesures de tatouage sécuritaire.[1]

Le Ministre de la Santé de l'Australie méridionale, le Dr Armitage, a promis «une prise en considération appropriée et sérieuse» de ces recommandations du rapport du Comité, *HIV/AIDS, Hepatitis B and C: The Rights of Infected and Non-Infected Persons*.

Notant dans son rapport que les détenus de l'État australien n'ont pas accès à des moyens (comme les condoms et l'échange de seringues et aiguilles) qui réduisent la propagation du VIH et des hépatites hors des prisons, le Comité conclut que «les droits des détenus de demeurer à l'abri de l'infection est sérieusement compromis dans les conditions qui prévalent».

[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], 1997, 8(2): 4.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Nouvelles publications sur le VIH en prison

Les préoccupations d'épidémie croissante du VIH/sida derrière les barreaux stimulent la production écrite sur le sujet, notamment sur le VIH et l'usage de drogue en prison. Voici un aperçu des nouveautés.

L'ONUSIDA publie sa position sur les prisons et le sida^[1]

En avril 1997, le Programme commun des Nations Unies sur le sida (ONUSIDA) a publié une paire de documents fort utiles sur le VIH/sida et l'usage de drogue dans les prisons du monde: statistiques et gravité du problème pour la société, défis, réactions et ressources, et l'énoncé de la position de l'ONUSIDA pour s'attaquer à la crise. Il s'agit probablement du meilleur sommaire qui existe sur le VIH/sida et l'usage de drogue en prison. *Point de vue* et *Actualisation* sont offerts en français [on peut télécharger le premier à www.us.unaids.org/highband/bpc/pointv/index.html], en anglais, en espagnol et en russe. Pour contacter le Centre d'information de l'ONUSIDA le plus près de chez vous, visitez l'ONUSIDA à www.unaids.org ou informez-vous par courriel (unaids@unaids.org), tél. (41-22) 791-4651, ou au Centre d'information de l'ONUSIDA: 20 avenue Appia, 1211 Genève 27, Suisse.

Rapport québécois sur la prévention du VIH dans les prisons provinciales^[2]

En juin, après un an de réflexion et de consultation avec plusieurs experts sur le VIH/sida et l'usage de drogue, le groupe de travail créé par le ministère québécois de la Sécurité publique a publié son rapport. Il recommande l'amélioration des programmes d'éducation pour les détenus et le personnel des prisons provinciales du Québec, un accès accru et plus discret à des condoms, un accès accru à de l'eau de Javel, la continuation de l'entretien à la méthadone pour les détenus qui suivent un tel programme avant l'incarcération, et de l'éducation sur les mesures de précaution pour le tatouage.

Ces recommandations sont en accord avec celles formulées au Canada et à l'échelle internationale par d'autres agences et groupes d'experts. Elles se distinguent cependant par le fait qu'elles ont été formulées

par un groupe entièrement composé de gens qui sont à l'emploi du système carcéral et du gouvernement du Québec, en particulier d'employé-e-s de prisons à travers la province. Le groupe, tout en reconnaissant qu'il «n'est sans doute pas réaliste de viser l'élimination complète des conduites à risque chez nos clients»,^[3] recommande que les Services correctionnels du Québec «inscrivent leurs actions dans l'approche de réduction des méfaits en matière de santé conformément à l'approche préconisée en santé publique et selon les recommandations de l'OMS».^[4] Mais, en dissonance stupéfiante avec le reste de ce qui est autrement un rapport bien pensé et bien argumenté, la partie sur l'échange de seringues en prison se caractérise par une absence de logique. Cherchant des raisons pour refuser de mettre du matériel d'injection stérile à la disposition des détenus, le groupe soutient que puisque l'accessibilité de ce matériel est «timide» hors des prisons on ne devrait pas le rendre disponible pour les détenus. Le groupe constate le fait que l'injection parmi les UDI de l'extérieur diminue lorsqu'ils sont en prison mais il passe outre au fait que dans une étude menée dans une prison de Québec, par exemple, 11 des 12 détenus qui ont déclaré s'injecter de la drogue en prison ont aussi déclaré qu'ils y partagent des seringues — avec les risques évidents de transmission qui s'ensuivent.^[5] Néanmoins, c'est un rapport que devrait lire tout employé ou responsable de prison.

Services de counselling et de test dans deux centres de détention du Québec^[6]

Ce rapport de l'évaluation des services de counselling et de test du VIH offerts dans deux prisons provinciales de Montréal — l'une pour hommes, l'autre pour femmes — conclut qu'il est «justifié de maintenir, voire d'améliorer l'accès aux services de counselling et de dépistage du VIH [...] dans l'ensemble des établissements de détention provinciaux». Dans les deux établissements à l'étude, les services de test et de counselling sont offerts depuis 1994 par le Centre local de services communautaire (CLSC).

Entre novembre 1995 et juin 1996, période de l'évaluation, 197 détenu-e-s ont eu recours au service de counselling. Soixante-cinq p. cent d'entre eux ont répondu au questionnaire d'évaluation alors que 24 entrevues individuelles ont été réalisées. De plus, on a organisé des entretiens de groupe parmi les détenus qui n'avaient pas recours aux services offerts, pour identifier les obstacles à leur utilisation.

L'évaluation a révélé que les services rejoignaient une clientèle à risque élevé d'infection à VIH:

- 52% des hommes et 56% des femmes qui ont utilisé les services ont déclaré s'être injecté de la drogue dans les 12 mois précédant leur incarcération;
- 10% des hommes et 67% des femmes avaient eu des activités de prostitution;
- 8% des hommes et 46% des femmes cumulaient les 2 facteurs de risque précédents;
- 41% des hommes et 34% des femmes avaient eu des rapports sexuels avec des UDI.

De plus, l'évaluation a montré que plusieurs des clients n'avaient pas eu recours aux services de test et de

counselling dans la communauté: pour 63% des hommes et 43% des femmes ayant utilisé ces services en prison, c'était le premier test de sérodiagnostic du VIH.

Le rapport propose des moyens d'améliorer les services de test et de counselling dans les prisons. Il conclut que:

il faut tenter de rejoindre ceux et celles qui continuent, à l'intérieur de la prison, de s'exposer aux risques d'infection par le VIH. En particulier, l'accès aux moyens de protection (seringues stériles, condoms, traitement à la méthadone, etc.) doit être assuré dans le cadre d'une stratégie globale de prévention du VIH en milieu carcéral.[7]

Rapport de la 3e Conférence européenne sur les services concernés par les problèmes liés à la drogue, au VIH et au sida dans les prisons[8]

Il s'agit d'un rapport très détaillé sur ce qui constitue probablement la plus volumineuse conférence consacrée exclusivement au VIH/sida et la drogue en prison — 226 participants sont venus de 27 pays, à la troisième édition, tenue à Amsterdam en février 1997.[9]

Le rapport contient les sommaires de 40 abrégés et de 6 ateliers (chacun en anglais, français et allemand). Parmi les thèmes abordés: recherche sur le VIH/sida et l'usage de drogue, promotion de la santé, échange de seringues, stratégies en matière de drogue, traitement d'abstinence, préparation à la libération, interventions sur le VIH et l'hépatite, double diagnostic, traitement de substitution et diversion au traitement. C'est à lire, pour quiconque s'intéresse aux questions soulevées par le VIH et l'usage de drogue en prison.

Aussi publiés par les Cranstoun Drug Services et fortement recommandés: (1) *A Question of Equivalence: A Report on the Implementation of International Guidelines on HIV/AIDS in Prisons of the European Union*, par Oonagh O'Brien et Alex Stevens, 1997, 47 pages, £3,95 (ce rapport compare la réalité du VIH/sida dans les prisons d'Europe et les recommandations de l'OMS et du Conseil de l'Europe); et (2) *Digest of Research on Drug Use and HIV/AIDS in Prisons*, par Clare Flanagan et Alison J. Giame, 1997, 57 pages, £3,95 (un recueil d'abrégés de 85 rapports internationaux, livres et articles). Contact: Francesca Ambrosini, administratrice du projet européen, Cranstoun Drug Services, 4th floor, Broadway House, 112-134, The Broadway, London SW19 1RL, Royaume-Uni / tél. (44-181) 543-8333 / téléc. (44-181) 543-4348 / courriel: prs@easynet.co.uk

Harm Reduction in Prisons[10]

C'est sous ce titre qu'est enfin disponible le compte rendu du Symposium sur la réduction des méfaits en prison, tenu à Berne (28 fév. - 1 mars 1996),[11] où les résultats préliminaires de la première évaluation scientifique d'un projet d'échange de seringues en prison avaient été présentés et discutés afin de «préparer une base scientifique pour des décisions politiques subséquentes». Le professeur J. Nelles, qui a effectué l'évaluation du projet, écrit dans son introduction:

Les résultats de ce projet de 12 mois sont maintenant disponibles. Les conclusions, complètement positives, dissipent toutes les craintes décrites avant le début du projet. Plus important encore, le partage de seringues usagées entre les personnes dépendantes de la drogue est pratiquement disparu.[12]

Selon Nelles et Fuhrer, ce projet [et celui sur la prescription d'héroïne à la prison d'Oberschöngrün, dont il est question dans ce même numéro du *Bulletin*] se caractérise par

le fait qu'ils ont été tous deux initiés par des employés de prison inquiets qui ont acquis l'engagement d'une instance active de santé publique qui a assuré la conception systématique du projet, sa supervision scientifique et le financement de sa mise en oeuvre. En dernière analyse, c'est cette combinaison *d'action courageuse, d'appui circonspect et d'évaluation scientifique* qui ont rendu le projet acceptable du point de vue politique et qui ont permis de le réaliser.[13]

Les résultats des projets suisses sont publiés pour élargir la discussion et constituent une lecture incontournable pour quiconque s'intéresse au VIH/sida et à l'usage de drogue en prison, en particulier pour les responsables des politiques. Il reste à espérer que les résultats seront pris en considération dans les décisions politiques et dans la planification et la mise en oeuvre de projets futurs.

Rapport de Belgique sur le sida en prison[14]

Un autre rapport sur le même sujet. On analyse la situation dans un pays — ici la Belgique — et on formule des recommandations sur la façon de résoudre les problèmes constatés. Ces recommandations sont les mêmes que dans les autres rapports, y compris au sujet d'un projet pilote sur la distribution de matériel d'injection stérile. Le problème, en Belgique comme ailleurs, sera de convaincre l'administration pénitentiaire d'agir dans le sens des recommandations.

Autres publications à signaler

L'infection à VIH en milieu carcéral: épidémiologie, prévention, aspects éthiques et juridiques[15]

Dans ces actes du premier Séminaire du Réseau européen sur la prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, qui a eu lieu à Marseille le 20 juin 1996, la transcription des discours des participants s'accompagne d'une revue de la littérature sur les pratiques à risque en milieu carcéral et d'un sommaire de la situation dans 6 pays: l'Allemagne, l'Écosse, la France, l'Italie, les Pays-Bas et la Suède. Contact pour commande: Service d'étude de l'Observatoire régional de la Santé - Provence, Alpes, Côte d'Azur, 23 rue Stanislas Torent, 13006 Marseille, France / tél. (33-4) 91-59-89-00 / téléc. (33-4) 91-37-48-24.

Understanding HIV-Related Risk Behaviour in Prisons: The Inmates' Perspective[16]

Ce rapport présente les résultats d'une petite étude pilote exploratoire menée en 1994 pour comprendre le potentiel de transmission du VIH entre détenus dans les établissements fédéraux au Canada. Bien que la taille restreinte de l'échantillon (n=39, 20 hommes, 19 femmes) limite la portée des conclusions permises, les renseignements recueillis montrent que

des détenus s'engagent dans des pratiques à risque élevé et que plusieurs n'ont pas recours aux mesures de réduction des méfaits qui sont à leur disposition. La structure de la vie en prison et la culture carcérale sont des obstacles à leur usage. Pour que les interventions actuelles et proposées soient plus efficaces contre le VIH, elles doivent être adaptées au caractère unique de l'environnement carcéral.[17]

Entre-temps le Service correctionnel du Canada a publié les résultats de son sondage auprès de 4285 détenus, démontrant qu'au moins 26% des détenus avaient eu des «pratiques à risque» dans l'établissement où ils étaient au moment du sondage.[18]

Pour obtenir un exemplaire du rapport, contactez le Centre national de documentation sur le sida - tél. (613) 725-3769, téléc. (613) 725-1205, courriel: aids/sida@cpha.ca

- *comptes rendus de Ralf Jürgens*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] *Le SIDA dans les prisons - Point de vue ONUSIDA*, collection ONUSIDA sur les meilleures pratiques, Genève, avril 1997; et *Le SIDA dans les prisons - Actualisation ONUSIDA*, collection ONUSIDA sur les meilleures pratiques, Genève, avril 1997.

[2] Gouvernement du Québec, ministère de la Sécurité publique, direction générale des Services correctionnels, *Les moyens de prévention de la transmission du VIH en milieu carcéral en regard de la clientèle UDI - Rapport du groupe de réflexion*, Québec, Direction du partenariat et du conseil en services correctionnels, 19 juin 1997.

[3] *Ibid.*, à la p. 8.

[4] *Ibid.*

[5] Dufour, A., et coll., «HIV Prevalence Among Inmates of a Provincial Prison in Québec City», *Journal canadien des maladies infectieuses*, 1995, 6(suppl. B): 31B.

[6] J. Beauchemin, J.F. Labadie, *Évaluation de l'utilité et de l'accessibilité des services de counselling et de dépistage du VIH en milieu carcéral - Services offerts par le CLSC Ahunstic à la Maison Tanguay et à l'Établissement de détention de Montréal, rapport final: août 1997*, Montréal, Direction de la Santé publique de Montréal-Centre et CLSC Ahunstic, 1997.

[7] *Ibid.*, p. 6.

[8] Londres, R.-U. Cranstoun Drug Services, 1997.

[9] La quatrième conférence, Prisons & Drugs 1998 - A Conference for European Guidelines, aura lieu à Oldenburg, Allemagne, du 12 au 14 mars 1998. La conférence portera principalement sur le traitement sans drogue, le soutien par les pairs, l'échange de seringues et les traitements de substitution en prison. Les participants élaboreront des directives pour le travail sur le VIH/sida et l'usage de drogue en prison, qui seront présentées aux ministres de la Justice et à ceux des Affaires intérieures des États de l'Union européenne.

[10] J. Nelles, A. Fuhrer (éd.), *Harm Reduction in Prison: Strategies Against Drugs, AIDS and Risk Behaviour*, Berne, Peter Lang, AG, 1997.

[11] Voir «Symposium on Harm Reduction Strategies in Prisons», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(2): p. 25.

[12] Nelles et Fuhrer, *supra*, note 10, à la p. 9.

[13] *Ibid.*, à la p. 21 (les italiques sont dans l'original).

[14] Agence de Prévention du Sida, ministère de la Santé de la Communauté française de Belgique, *Sida et Prison*, Bruxelles, l'APS, septembre 1997.

[15] Réseau européen sur la prévention de l'infection à VIH et des hépatites virales en milieu carcéral, 1997.

[16] L. Calzavara et coll., *Understanding HIV-Related Risk Behaviour in Prison: The Inmates' Perspective*, Toronto, HIV Social, Behavioural and Epidemiological Studies Unit, faculté de Médecine, Université de Toronto, 1997.

[17] *Ibid.*, à la p. 33.

[18] Service correctionnel du Canada, *Rapport de recherche, Sondage national auprès des détenus: Rapport final - 1995*, Ottawa, SCC (Secteur de recherche et développement), 1996, No SR-02.

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

JUSTICE PÉNALE

Justice retardée et refusée dans l'affaire de morsure

En mai 1996, une prostituée transsexuelle séropositive était condamnée par un tribunal ontarien à un emprisonnement de 2 ans moins un jour pour avoir mordu un policier à la main.

L'incident s'était produit lors d'une bagarre lorsque le policier a tenté d'arrêter la prostituée, au centre-ville de Toronto, pour sollicitation.^[1] Après avoir mordu le policier, la prostituée lui a dit qu'elle avait le sida. Sur l'hypothèse que la morsure aurait «mis en danger» la vie du policier, la prostituée avait été accusée de «voies de faits graves» et elle avait plaidé coupable.

Bien qu'il n'y eût aucune preuve au procès selon laquelle la morsure avait effectivement mis en danger la vie du policier, le tribunal avait noté les déclarations du policier (marié) qui a affirmé avoir obtenu du counselling régulier et subi des tests trimestriels du VIH; le policier avait également affirmé que lui et son épouse angoissée avaient reporté leur projet de famille «étant donné le danger qui menaçait sa vie». (Le policier était toujours séronégatif au moment du prononcé de la sentence, plus de 8 mois après la morsure.) Le juge s'était rangé à l'avis du ministère public selon lequel une peine de 2 ou 3 ans était appropriée en l'espèce; il avait également parlé de l'énormité de la «menace pour la santé à l'échelle mondiale» causée par l'épidémie du sida. Toutefois, vu la preuve selon laquelle les pénitenciers fédéraux n'avaient pas les installations voulues pour traiter convenablement le VIH/sida, le tribunal avait réduit la sentence à une peine d'emprisonnement de 2 ans moins un jour pour qu'elle puisse être purgée dans une prison provinciale. Le tribunal avait imposé une période de probation supplémentaire de 3 ans après la libération, avec interdiction d'avoir des relations sexuelles non protégées.

L'appel de la prostituée avait été retardé et devait être entendu en octobre 1997. Elle a été libérée en septembre 1997 – après avoir purgé 16 mois de sa peine – avant qu'un tribunal d'appel puisse contrôler la justice de la condamnation et de la peine imposée. L'appel a été retardé de nouveau depuis lors.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] *R. c. Thissen*, jugement non publié, 16 mai 1996, Cour de l'Ontario (Div. prov.), Toronto, juge Cadsby. Voir également R. Elliott, «Prostituée condamnée à deux ans de prison pour avoir mordu un policier», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 3(1): 22.

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

La Cour d'appel de C.-B. se prononce sur la détention d'une prostituée séropositive

Dans un verdict prononcé le 25 juin 1997, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a déclaré qu'une prostituée séropositive qui consomme de la drogue ne devrait pas être incarcérée en vertu du *Code criminel* pour cause de maladie physique.^[1]

La femme séropositive (l'appelante) contestait une décision d'une Commission d'examen en vertu des dispositions de l'article 672.54 du *Code criminel*. La Commission d'examen avait rejeté sa demande de libération en ordonnant qu'elle continue d'être détenue.

Les faits

En juillet 1995, l'appelante a été accusée de voies de faits ainsi que d'avoir frauduleusement tenté d'obtenir de la nourriture dans un restaurant. Elle avait attaqué le propriétaire et un employé d'un restaurant alors que ces derniers essayaient de l'empêcher de fuir. Elle avait alors 27 ans et connaissait son état sérologique séropositif au VIH. En septembre 1995, un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de troubles mentaux a été rendu. En août 1995, elle avait d'ailleurs été *certifiée* en vertu de la Loi sur la santé mentale de Colombie-Britannique,^[2] et hospitalisée au Forensic Psychiatric Institute (FPI).

Lors de la première audience de la Commission d'examen, le 3 novembre 1995, l'appelante a été acquittée sous condition, puis libérée cinq jours plus tard. De retour dans la communauté, elle a recommencé à consommer de la drogue et à se prostituer. On l'a ramenée au FPI. Lors de la seconde audience devant la Commission d'examen, le 24 janvier 1996, on lui a accordé une libération conditionnelle lui permettant un accès à la communauté sans supervision. Le 2 février, elle a quitté le FPI sans escorte et la police l'y a ramenée le jour suivant. Lors d'une troisième audience, le 17 avril 1996, l'ordre de détention du 24 janvier a été confirmé.

L'appelante a contesté la quatrième décision de la Commission d'examen, rendue en octobre 1996 lors

d'une audience où la Commission a pris en considération la preuve qui lui fut soumise et qui démontrait l'amélioration de la condition mentale de l'appelante, mais qui démontrait également qu'elle continuait de se prostituer ainsi que de consommer de la drogue et de l'alcool.

L'article 672.54 du *Code criminel* se lit comme suit:

Pour l'application du paragraphe 672.45 (2) ou de l'article 672.47, le tribunal ou la commission d'examen rend la décision la moins sévère et la moins privative de liberté parmi celles qui suivent, compte tenu de la nécessité de protéger le public face aux personnes dangereuses, de l'état mental de l'accusé et de ses besoins, notamment de la nécessité sa réinsertion sociale:

(a) lorsqu'un verdict de non-responsabilité criminelle pour cause de trouble mentaux a été rendu à l'égard de l'accusé, une décision portant libération inconditionnelle de celui-ci si le tribunal ou la commission est d'avis qu'il ne représente pas un risque important pour la sécurité du public ;

(b) une décision portant libération de l'accusé sous réserve des modalités que le tribunal ou la commission juge indiquées ;

(c) une décision portant détention de l'accusé dans un hôpital sous réserve des modalités que le tribunal ou la commission juge indiquées.

Lors de la quatrième audience, la Commission d'examen a considéré que l'appelante posait un risque pour la communauté et a affirmé que:

l'accusée est séropositive et pose un danger à la communauté dans l'éventualité où elle a recours à l'utilisation d'une seringue et la partage avec d'autres. Nous nous devons de constater qu'elle comprend le danger qu'elle peut poser dans de telles circonstances, ainsi que dans l'éventualité où elle aurait des relations sexuelles. (paragraphe 12).

La Commission d'examen a ajouté:

l'alcool ne semble pas en soi compter pour beaucoup dans le fait qu'elle pose un risque, mais nous sommes concernés par le fait qu'il s'agit d'une substance qui fait tomber les inhibitions. Dans un tel état, nous sommes inquiets qu'elle poserait un risque de transmettre le virus du VIH [sic], surtout si l'on considère qu'elle se prostitue lorsqu'elle n'est pas incarcérée." (paragraphe 13).

La Commission a en outre déclaré que «c'est sa sobriété qui garantit sa sécurité, et sa sobriété ne semble pouvoir être assurée que par sa détention». (Paragraphe 13).

L'appel

La question principale en litige pour la Cour d'Appel de la Colombie-Britannique était de déterminer si la Commission d'examen avait rendu une décision déraisonnable ou qui ne pouvait simplement pas être justifiée par la preuve soumise au dossier. Le procureur de l'appelante a donc argué que:

- la Commission d'examen n'avait pas l'autorité d'ordonner la détention d'une personne en raison de sa condition physique (comme l'infection à VIH); et que
- l'expression «risque important» en vertu de l'article 672.54 du *Code criminel* ne réfère qu'à une menace pour la communauté que soit posé un acte criminel. Comme l'a exprimé le procureur, le fait d'être séropositive et le fait de se prostituer ne font pas de l'appelante un risque important pour la sécurité du public au sens du *Code criminel*: «ce n'est pas un crime d'être une prostituée et ce n'est pas non plus un crime d'être une prostituée séropositive» (paragraphe 19).

La décision

La Cour d'appel de la Colombie-Britannique a accueilli les arguments du procureur de l'appelante. En particulier, pour déterminer les limites du terme «risque important» que l'on retrouve à l'article 672.54 du *Code criminel*, la Cour d'Appel a décidé que le risque devait référer à une conduite ou une activité de nature criminelle puisque la procédure de révision dans cette affaire en était une qui fait partie des dispositions du *Code*. La Cour fut donc d'avis que: «Le Parlement n'a jamais voulu réglementer [incarcérer] des personnes souffrant de problèmes de santé ou de troubles mentaux dans le cadre de ses articles du *Code criminel*.» (paragraphe 22).

La Cour a pris en considération le fait que le dossier médical de l'appelante indiquait une stabilisation de sa santé mentale. Tout en reconnaissant que l'appelante pouvait à l'occasion poser un risque à elle-même ou à d'autres si elle avait des relations sexuelles ou partageait ses seringues, la Cour a précisé que «la levée d'inhibitions ou le caractère impulsifs d'actes commis sous l'influence de l'alcool ou de drogue ne constituent pas en eux-mêmes des infractions criminelles en vertu du *Code criminel*." (paragraphe 24).

La Cour a conclu que l'appelante

ne doit pas être détenue pour la raison de sa maladie physique. Si un trouble mental se manifeste lors de sa remise en liberté, la section 20 de la Loi sur la santé mentale est la disposition appropriée pour répondre à cette situation. Si on considère qu'elle pose un risque en raison de sa condition de santé, l'article 7 de la Loi sur la santé peut être invoqué. Ce n'était pas dans l'intention du Parlement d'incarcérer des personnes qui peuvent souffrir du sida ou de toute maladie infectieuse. (paragraphe 26)

Considérant que le Procureur général a admis lors de l'appel que l'appelante était en détention parce

qu'elle était séropositive, la Cour d'Appel fut d'avis que la décision de la Commission d'examen était, en droit, déraisonnable puisqu'il n'y avait eu aucune preuve ou argument permettant de conclure que l'appelante posait un risque important dans un contexte propre à l'application de la loi (*Code criminel*).

- *Bruno Guillot-Hurtubise*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] *Chambers c. Procureur Général de la Colombie-Britannique*, [1997] B.C.J. No. 1497

[2] R.S.B.C. 1978, c. 256.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Accusations criminelles contre un homme séropositif

Selon un reportage paru le 30 novembre 1997, un homme de Gatineau (Québec) a été accusé de négligence criminelle et d'agression sexuelle mettant la vie en danger, pour avoir eu présumément des rapports sexuels non protégés avec sa conjointe, entre 1993 et 1997, tout en sachant qu'il était séropositif au VIH.[1]

Pour de plus amples informations sur d'autres affaires du genre, consultez les 6 fiches sur le droit criminel publiées par le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida, ainsi que *Droit criminel et VIH/sida: rapport final*. [2] On peut obtenir copie de ces publications en contactant le Centre national de documentation sur le sida - tél. (613) 725-3434 / téléc. (613) 725-9826 / courriel: [aids/sida@cpha.ca](mailto: aids/sida@cpha.ca)

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTES

[1] «Un sidéen [sic] trop discret a été accusé de négligence criminelle», *Le journal de Montréal*, 30 novembre 1997, p. 19.

[2] R. Elliott, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1997.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Le VIH considéré comme un facteur aggravant

Un homme de 36 ans a récemment été condamné à 28 mois d'emprisonnement pour s'être masturbé devant son amie après s'être disputé avec elle et l'avoir empoignée à la gorge.[1]

L'homme a plaidé coupable à l'accusation d'agression sexuelle. Bien qu'il n'y ait pas eu de risque de transmission du VIH, le juge Laberge, de la Cour du Québec a considéré la séropositivité de l'agresseur comme un facteur aggravant et l'a condamné à un emprisonnement de 28 mois.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Voir P. Richard, «Un sidatique [sic] se masturbe devant son amie: 28 mois de pénitencier», *Le journal de Montréal*, 19 novembre 1997, p. 8.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

É.-U. — 10 ans pour des rapports sexuels non-protégés

Un homme qui a eu des rapports sexuels non protégés avec plusieurs femmes pendant un certain nombre d'années, après avoir appris en 1991 qu'il était séropositif au VIH, a été condamné à un emprisonnement de 10 ans sur deux chefs d'avoir risqué l'infection d'autrui par le VIH.

Des travailleurs de la santé de Kansas City ont affirmé, dans leurs témoignages, qu'ils avaient à maintes reprises averti l'intéressé d'utiliser un moyen de protection, après qu'il eut été diagnostiqué séropositif, mais qu'il avait été traité pour des maladies vénériennes à 6 reprises, entre 1992 et 1996. Une de ses partenaires sexuelles a été diagnostiquée séropositive en 1993.

Les accusations contre l'homme ont été portées en vertu d'une loi pénale ayant spécialement pour objet le VIH; cette loi avait été adoptée par la législature du Missouri en 1988. Il ne s'agit que de la deuxième accusation portée en vertu de cette loi. L'homme a affirmé qu'il n'avait pas eu l'intention de faire du tort à personne et il a blâmé l'alcoolisme pour son comportement.[1]

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Extrait de *Lesbian/Gay Law Notes*, octobre 1997, p. 154-155.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

É.-U. — Refus de clémence à des accusés ayant le sida

Dans deux décisions récentes rendues aux États-Unis, des cours d'appel fédéral ont réaffirmé la position maintenant bien établie selon laquelle il n'y a pas lieu d'appliquer les critères de détermination de la peine de façon plus clémence à l'endroit des accusés qui ont le sida, uniquement en raison de leur sérodiagnostic.[1]

Les deux cours ont spécifié que la clémence serait de mise seulement si le juge du procès arrivait à la conclusion que l'état physique de l'accusé est si gravement compromis qu'il lui serait impossible de commettre d'autres actes criminels ou de représenter un danger pour la société. Les deux cours d'appel ont jugé que les cours de district avaient correctement utilisé leur discrétion et qu'il n'y avait aucun motif pour modifier les peines imposées dans chacun des cas.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] *Montanez-Anaya c. U.S.*, 1997 WL 351634 (1^{er} Cir., 20 juin 1997) (décision non publiée), et *U.S. c. Smith*, 1997 WL 346045 (4^e Cir., 24 juin 1997) (décision non publiée). Rapporté dans *Lesbian/Gay Law Notes*, été 1997, p. 107.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Australie – Homme accusé d'avoir intentionnellement transmis le VIH

Un homme séropositif qui aurait eu des relations sexuelles non protégées avec 8 personnes pendant une période de 7 ans fait face, dans l'État de Victoria, à 80 accusations d'avoir intentionnellement transmis le VIH.[1]

L'homme est également accusé de 21 chefs de tentative de transmission du VIH, de 180 chefs de conduite insouciante ayant mis la vie d'autrui en danger, de 13 chefs lui reprochant d'avoir administré une drogue (du nitrate amylique, aussi connu sous le nom de «poppers») dans le but de faciliter la pénétration sexuelle, de 2 chefs de bestialité et de 6 chefs d'indécence.

Les présumées victimes sont 7 hommes et une femme, dont les âges varient entre 19 et 34 ans. Trois d'entre eux ont été diagnostiqués séropositifs, quatre sont atteints de déficience intellectuelle. L'accusé a plaidé non coupable aux accusations.

L'infraction de transmission intentionnelle d'une maladie très grave a été insérée dans le *Crimes Act 1958 (Vic.)* (article 19A) en 1993.

[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], 1997, 8(2): 5.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Australie — Emprisonnement pour aide au suicide

Une personne transsexuelle d'homme à femme et séropositive qui a plaidé coupable à l'accusation d'avoir aidé au décès de son partenaire a été condamnée à 2 ans d'emprisonnement par la Cour suprême du Queensland. Ceci semble être la première condamnation prononcée en Australie pour un crime d'aide au suicide.[1]

Le juge Moynihan a dit devoir considérer l'acte de l'accusée «dans un registre situé entre le pacte de suicide conjoint qui a échoué et l'aide détachée pour contribuer à réaliser le souhait de quelqu'un à se suicider». Le jour du décès de son partenaire, ils avaient vendu une automobile pour s'acheter de l'héroïne, se la sont injectée, ont pris d'autres drogues et se sont couché. Le partenaire est décédé d'une surdose de drogue tandis que l'accusée a repris conscience à l'hôpital. L'accusée, qui purgeait au moment de l'audience une peine de 12 mois pour «infliction illégale de blessure», a été condamnée et emprisonnée en tant qu'homme, avec recommandation de mise en liberté sous condition après 9 mois.

[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], 1997, 8(2): 4. Dans une autre affaire, un homme séropositif qui avait aidé son amant séropositif à mourir avait été condamné pour avoir aidé et encouragé une

tentative de suicide. Voir «Australie – Jugement clément dans une affaire d'euthanasie», *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4), 28-29.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Australie — Des médecins reconnaissent pratiquer l'euthanasie et l'aide au suicide

Dans leurs réponses à un sondage du journal melbournien *The Sunday Age*, 12 médecins ont déclaré avoir déjà aidé à mourir des patients en phase terminale d'une maladie, tout en sachant que c'était illégal.^[1]

Le Dr Jonathan Anderson, médecin généraliste à Melbourne, a reconnu avoir donné une injection létale à trois de ses patients mourant de conditions liées au sida. Il a déclaré au journal qu'il avait techniquement commis des meurtres mais qu'il avait posé ces actes par obligation envers ses patients.

[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], 1997, 8(2): 5.

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

IMMIGRATION

Un tribunal européen empêche l'expulsion d'un homme ayant le sida

Dans un arrêt rendu le 2 mai 1997, la Cour européenne des droits de l'homme a statué que la *Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales* empêchait le Royaume-Uni d'expulser vers son pays d'origine un passeur de drogue étranger ayant le sida.[1]

Dans un arrêt unanime rendu par une formation de 9 juges, la Cour a statué que si l'intéressé, à l'article de la mort en raison de complications liées au sida, était expulsé vers l'île antillaise de Saint-Kitts, cela reviendrait à imposer un «traitement inhumain», interdit par l'article 3 de la Convention.

L'homme avait tenté en janvier 1993 d'entrer au Royaume-Uni (R.-U.) à titre de touriste, mais on lui en a refusé la permission en découvrant qu'il était en possession d'une quantité importante de cocaïne. Il a ensuite été reconnu coupable d'importation de drogue et condamné à 6 ans d'emprisonnement. En 1994, pendant sa détention, il a été diagnostiqué comme ayant le sida. En janvier 1996, il a été libéré et placé en détention d'immigration en attendant son expulsion vers Saint-Kitts.

Il a demandé l'autorisation de demeurer au R.-U. pour des motifs humanitaires, puisque son expulsion vers Saint-Kitts l'aurait privé du traitement médical qu'il recevait. La demande a été refusée au motif que la politique du service de l'Immigration n'accordait pas aux personnes ayant le sida le droit de demeurer au R.-U. à titre exceptionnel lorsque le traitement était administré aux frais de l'État, c'est-à-dire du Service national de la santé. En appel de ce refus, la Cour d'appel a jugé que la décision du ministère n'était ni irrationnelle, ni déraisonnable, puisque si l'homme n'avait pas tenté de passer de la drogue en contrebande, il ne serait peut-être même pas allé au R.-U.

L'homme s'est adressé à la Commission européenne des droits de l'homme, plaidant qu'il souffrait d'une maladie mortelle, que son expulsion vers un endroit où il n'y avait pas de traitements médicaux suffisants aurait pour effet d'abrégé sa vie et de le priver de son droit à la vie, contrairement à divers

articles de la Convention. La Commission a souscrit à sa thèse et l'affaire a été renvoyée devant la Cour des droits de l'homme.

L'article 3 de la Convention prévoit que «nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants». L'homme a plaidé que son expulsion vers Saint-Kitts le condamnerait à vivre le reste de ses jours dans la douleur et la souffrance, dans des conditions d'isolement, de misère et de d'indigence. Puisqu'il n'avait aucun logement, pas d'argent et aucun accès à l'aide sociale, sa mort serait non seulement accélérée mais aurait lieu dans des conditions inhumaines et dégradantes. Le gouvernement britannique a soutenu que Saint-Kitts n'allait pas *sciemment exposer* l'homme à un traitement qui contreviendrait à l'article 3. Il se trouverait dans la même situation que celle où se trouvent d'autres personnes ayant le VIH/sida dans un pays en voie de développement dépourvu d'installations médicales adéquates. Selon le gouvernement, les difficultés et l'espérance de vie réduite de l'homme étaient attribuables à sa maladie.

La Cour a conclu que l'article 3 interdisait *en termes absolus* la torture ou les peines ou traitements inhumains ou dégradants, et que ses garanties s'appliquaient indépendamment du caractère répréhensible de la conduite de l'intéressé. À la lumière de la preuve médicale, la Cour a conclu que le retrait abrupt de traitements médicaux causé par une expulsion vers Saint-Kitts équivaldrait à un traitement inhumain par le gouvernement britannique, en violation de l'article 3. La Cour a souligné que les étrangers qui avaient purgé leurs peines d'emprisonnement et qui faisaient l'objet d'une mesure d'expulsion ne pouvaient pas, en principe, revendiquer le droit de demeurer dans le pays en cause pour bénéficier de l'aide que l'État leur offrait pendant leur incarcération, notamment l'aide médicale ou sociale. Ce n'est qu'à titre exceptionnel, comme en l'espèce, que la Cour était disposée à maintenir la protection offerte par l'article 3.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] *D. c. Le Royaume-Uni* (numéro de dossier 146/1996/767/964). On trouve le texte intégral du jugement à <www.dhcour.coe.fr>. Le texte qui suit est un résumé de Hseuh Mei Tan paru dans le *HIV/AIDS Legal Link* [Australie], 1997, 8(2): 18.

© Réseau juridique canadien VIH/sida, 1997-98

Bulletin canadien VIH/sida et droit

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

CHRONIQUE INTERNET

Politiques sur les drogues et réduction des méfaits sur Internet

Le réseautage du mouvement de réduction des méfaits fait boule de neige. Nouveau matériel et sites améliorés: Internet est une précieuse source de documentation qui incite à l'action et au pragmatisme, en plus de combattre la désinformation.

Le site Internet de la Fondation canadienne des politiques sur les drogues <<http://fox.nstn.ca/~eoscapel/cfdp/cfdp.html>> mérite la mention d'être toujours à jour, en plus d'être la source d'information canadienne la plus complète sur la réforme des lois et politiques pertinentes. On y suit de près l'affaire de l'usage médicinal de la marijuana au Canada et la couverture qu'en font les médias. La liste de liens virtuels est impressionnante et bien documentée.

Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies a fait quelques ajouts à son site Web <www.ccsa.ca>, incluant une «section intérêt spécial» sur les questions concernant la marijuana qui — signe des temps? — propulse l'internaute vers une capsule d'information du (U.S.) National Institute for Drug Abuse... On y trouve aussi, entre autres, le *Plan d'action* du Groupe de travail national sur le VIH/sida et l'injection de drogue, et un menu d'archives.

Si l'Association médicale canadienne ne ferme pas les yeux à l'approche de la réduction des méfaits, notons qu'une recherche par mot(s)-clé(s) à <www.cma.ca/sitesearch/index.html> s'avérera infiniment plus fructueuse en la matière qu'une promenade intuitive dans ce site d'une grande richesse. Vous y dénicherez du matériel intéressant, comme des lettres sur la légalisation de la prescription de drogue illicites, les résultats d'une étude économique d'un programme d'échange de seringues, et des versions intégrales ou abrégées de nombreuses publications de l'AMC.

Pour les personnes intéressées par l'«évolution» de la situation américaine (nos politiques sur les drogues n'étant certainement pas détachées des leurs), le Drug Reform Coordination Network <<http://drcnet.org>>

publie des mises à jour régulières (*The week online*) et aborde les questions liées au sida. Par ailleurs, le National Drug Strategy Network <www.ndsn.org>, bien que son mandat exclue la prise de position, offre de l'information sur les événements, des reportages intéressants («Newsbrief») et une section de liens absolument hétéroclite où l'excellent site du Lindesmith Center (qui demeure un must! <www.lindesmith.org>) voisine ceux du FBI, de la DEA, etc.

L'International Harm Reduction Association a mis en-ligne sur son site <www.ihra.org.uk> un bagage de grande valeur. Sous la rubrique *Proceedings from the 8th International Conference on the Reduction of Drug Related Harms*, on trouve plusieurs abrégés des plénières, des séances principales et des symposia de la VIIIe Conférence internationale sur la réduction des risques liés aux drogues (Paris, mars 1997). On y trouve un peu de matériel en français et beaucoup d'idées inspirantes.

- Jean Dussault

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

NOUVELLES PUBLICATIONS

Positively Women Living With AIDS^[1]

J'ai toujours été une grande admiratrice de Positively Women, l'organisme britannique pour les femmes vivant avec le VIH/sida, créé par des femmes séropositives au début de l'épidémie. En 1992, lorsque Kate Thomson, l'une des fondatrices de Positively Women, et Sue O'Sullivan, sa coéditrice, ont publié *Positively Women Living With AIDS*, j'y ai lu avidement les témoignages poignants de femmes vivant avec le VIH — des témoignages qui étaient si différents et ceux écrits ailleurs par des gens cherchant à plaindre ou à blâmer ces femmes et qui décrivaient des vies dans lesquelles on n'arrivait pas à se reconnaître.

Positively Women Living With AIDS a récemment été mis à jour et redistribué par Pandora/HarperCollins. Sa force réside encore dans le récit des expériences de femmes vivant avec le VIH. Les douze qui avaient contribué à l'édition de Sheba Press (1992) ont mis à jour leurs histoires dans cette nouvelle édition. Ces histoires sont encore captivantes, même racontées de nouveau. Elles sont le coeur du livre. Mais, on s'en doute (pourquoi alors ai-je été secouée?), certains des récits se terminent malheureusement par le décès de leur narratrice, y compris celle de Sheila, qui a fondé Positively Women avec Kate Thomson.

Le reste du livre est peu convaincant — les histoires des femmes n'en occupent que la moitié. Il est important de noter que la «mise à jour complète» de cet ouvrage (tel qu'indiqué au dos du livre) se résume à un simple ajout par les éditeurs d'environ un paragraphe en italique à la fin des essais et témoignages qui faisaient partie de l'édition originale. Il ne s'agit pas d'une révision approfondie, et le livre en souffre.

La section intitulée «How HIV/AIDS Affects Women's Lives» aborde les droits de la personne, les questions médicales, la recherche, les thérapies complémentaires, le racisme, la sexualité, le logement, les questions légales, etc. Même dans la première édition, je considérais que cette section n'était ni très

songée ni bien forte. Quelques années plus tard, la majeure partie de cette information se présente comme une réitération superficielle et ennuyeuse de dogmes du sida (nous avons besoin de plus de recherche chez les femmes, l'AZT peut être dommageable, chaque femme vit différemment avec le VIH, les relations sexuelles protégées peuvent être agréables...). Une écriture précise et provocante semble avoir été sacrifiée au profit d'un principe d'inclusion, ce qui a probablement été une approche passionnante dans la création du livre, mais qui ne conduit pas à une lecture informative et éclairante.

Pire encore, l'information médicale y est carrément désuète. Le débat sur la grossesse, par exemple, s'est considérablement modifié depuis qu'il est prouvé que l'AZT réduit le risque de transmission périnatale du VIH mais, tout au long de l'ouvrage, les auteures semblent peu conscientes des implications de cette information. Aucune information sur les inhibiteurs de la protéase, mais des références surannées à l'ARC (*AIDS-related complex*). Le manque complet d'intérêt à saisir les nuances qui entourent le traitement, dans cette nouvelle édition de *Positively Women Living With AIDS*, saute aux yeux: le chapitre que l'édition originale consacrait au traitement médical du VIH a d'ailleurs été abandonné pour en ajouter un, prosaïque, sur le deuil et la perte.

Les questions qui concernent directement les femmes vivant avec le VIH continuent de provoquer des réponses dynamiques: chez ces femmes; dans le travail communautaire; dans le militantisme; dans la recherche; dans la fourniture de soins et services de santé. Il est malheureux que cette nouvelle édition de *Positively Women Living With AIDS* n'ait pas servi à faire valoir certaines de ces expériences encourageantes.

- Critique de Darien Taylor

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Sue O'Sullivan, Kate Thomson. *Positively Women Living With AIDS*. San Francisco, CA: Pandora/HarperCollins, 1996 (303 p., ISBN 0-04-440943-5).

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Typhoid Mary: Captive to the Public's Health^[1]

En 1907, Mary Mallon, une immigrante irlandaise travaillant comme cuisinière, devenait la première personne identifiée comme porteuse saine de la typhoïde. Le concept de personne en santé portant une maladie était nouveau; un concept défini en laboratoire qui était contraire à l'intuition et à la compréhension du public. Mallon fut arrêtée à deux reprises, et isolée sur la North Brother Island pendant 26 ans.

Dans *Typhoid Mary: Captive to the Public's Health*, Leavitt décrit la vie de Mallon selon diverses perspectives; elle explore d'une part la manière dont l'histoire de Mallon a été modelée par la science, les responsables de l'élaboration des politiques publiques, la loi, les médias et les préjugés sociaux de l'époque; elle emprunte d'autre part le point de vue personnel de Mallon. Le lecteur en vient à constater comment l'identité même de Mallon a été éclipsée par un symbole, et comment ce symbole, «Typhoid Mary», était une construction publique, un discours sur la transmission de la maladie qui n'avait guère à voir avec cette femme, mais plutôt avec ceux qui se préoccupaient d'influencer les opinions et les politiques sur la santé.

Mallon ne fut pas la seule porteuse saine à être identifiée au début des années 1900. Mais les autres, contrairement à Mallon, n'ont pas stigmatisés en ce qui a trait à leur «race, sexe, apparence physique personnelle [et] les médias n'ont pas porté de jugement et sont demeurés objectifs» (p. 153). Comme le souligne Leavitt au cours du texte:

L'histoire, qui raconte comment Mary Mallon est devenue «Typhoid Mary», met en évidence la nécessité s'attarder aux problèmes de santé publique sous différents angles. Très tôt dans son histoire, une puissante image négative est venue remplacer l'être humain — une image négative construite par des responsables de la santé publique, des auteurs médicaux et les médias, qui ont tous contribué à l'implanter dans la culture américaine. En conséquence, la signification culturelle de l'expression populaire stigmatisante «Typhoid Mary» a influencé le traitement même de Mary Mallon, ainsi que ses propres réactions à la situation. (p. 232)

Au fil du texte, Leavitt incite le lecteur à adopter un point de vue plus clément et empathique envers les individus qui portent un virus, en soulignant qu'une telle attitude pourrait «favoriser une coopération avec les mesures de santé publique et aider à endiguer de dangereuses crises épidémiques» (p. 238).

Leavitt étudie également la façon dont les enjeux fondamentaux de l'histoire de Mallon peuvent aider à éclairer la pensée contemporaine sur les tensions entre la santé publique et les droits de la personne. Elle décèle des similarités entre l'histoire de Mallon et les réactions actuelles au VIH, en soulignant que «l'association initiale de l'infection aux hommes gais et aux réfugiés haïtiens a permis à la marginalisation de l'homosexualité et de la race de construire un stigma lié à la maladie, d'exacerber [...] une distribution injuste du blâme» (p. 247).

Tout au long de son ouvrage, Leavitt attire l'attention du lecteur sur les aspects sociaux de nos tentatives de lutte contre la propagation de la maladie. Son récit lucide du traitement de Mallon est pertinent pour toutes les personnes engagées dans le discours public sur la santé.

- *Critique de Anne Stone*

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Judith Walzer Leavitt, *Typhoid Mary: Captive to the Public's Health*, Boston, Beacon Press, 1996 (331 pages).

© [Réseau juridique canadien VIH/sida](#), 1997-98

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

Volume 3 Numéro 4 & Volume 4 Numéro 1 - Hiver 1997-98

Les droits de l'enfant dans le contexte du VIH/sida

Tous les enfants de moins de 18 ans vivant dans le monde d'aujourd'hui — qu'il s'agisse d'enfants séropositifs, d'enfants dont le foyer et/ou la communauté sont affectés le VIH/sida, ou d'enfants vivant dans l'ombre du risque d'infection à VIH — sont reconnus par la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant.

La Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant dans le contexte du VIH/sida a énoncé des principes en vue de réduire la vulnérabilité des enfants à l'infection et de les protéger contre la discrimination fondée sur une séropositivité réelle ou supposée. Les gouvernements peuvent utiliser ce cadre pour garantir la défense de l'intérêt supérieur des enfants eu égard au VIH/sida.[1]

- Il faut garantir le droit des enfants à la vie, à la survie et au développement.
- Il faut veiller au respect des droits et libertés civils des enfants, en insistant sur le retrait de politiques pouvant conduire à séparer les enfants de leurs parents ou de leur famille.
- Les enfants doivent avoir accès à l'éducation sur la prévention du VIH/sida, à l'information, ainsi qu'aux moyens de prévention. Il faut prendre des mesures pour éliminer les obstacles sociaux, culturels, politiques ou religieux qui s'opposent à cet accès.
- Il faut reconnaître aux enfants le droit au secret médical concernant de leur séropositivité et à l'intimité. Ceci implique la reconnaissance du fait que le test de sérodiagnostic du VIH doit être volontaire et pratiqué avec le consentement éclairé de la personne concernée, obtenu dans le cadre du counselling avant le test. Si les personnes juridiquement responsables de l'enfant sont impliquées, elles doivent tenir compte de l'opinion de l'enfant, si ce dernier est suffisamment âgé ou mûr pour en avoir une à ce sujet.
- Les enfants doivent tous bénéficier d'un traitement et d'une prise en charge VIH/sida,

notamment les enfants pour lesquels ceci peut nécessiter des dépenses supplémentaires en raison de leur situation - les orphelins, par exemple.

- Les États devraient reconnaître le VIH/sida comme une incapacité, s'il existe des lois relatives aux incapacités, afin de mieux protéger les personnes vivant avec le VIH/sida contre la discrimination.
- Les enfants doivent avoir accès aux services et programmes de santé, et il convient d'éliminer les obstacles qui en entravent l'accès pour les groupes particulièrement vulnérables.
- Les enfants doivent avoir accès aux avantages sociaux, notamment à la sécurité sociale et à l'assurance sociale.
- Les enfants doivent bénéficier d'un niveau de vie suffisant.
- Les enfants doivent avoir accès à l'éducation et à l'information pour la prévention du VIH à la fois à l'école et en dehors de l'école, indépendamment de leur état sérologique au VIH/sida.
- Les enfants ne doivent subir aucune discrimination dans le cadre des loisirs, des activités récréatives, sportives et culturelles, liée à leur état sérologique au VIH/sida.
- Les gouvernements doivent prendre des mesures spéciales pour prévenir et atténuer l'impact du VIH/sida engendré par le trafic, la prostitution forcée, l'exploitation sexuelle, l'incapacité à négocier des rapports sexuels protégés, les abus sexuels, la consommation de drogues par injection, et les pratiques traditionnelles néfastes.

VIH/sida et enfants: informations chiffrées^[2]

- L'ONUSIDA (Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida) estime à plus de 23 millions déjà le nombre de personnes vivant avec le VIH, dont 40% de femmes. Dans certains des pays les plus durement touchés, jusqu'à 40% des femmes qui se rendent aux consultations prénatales dans les zones urbaines sont séropositives au VIH.
- Rien qu'en 1996, 400 000 nouveaux cas d'infection à VIH ont été enregistrés chez les enfants de moins de 15 ans, ce qui, fin 1996, portait à 830 000 le nombre total d'enfants dans ce groupe d'âge vivant avec le VIH.
- D'ici à fin 1997, le nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant avec le VIH aura vraisemblablement atteint le chiffre de 1 million, dont plus de 90% dans les pays en développement.

- Selon les estimations de l'ONUSIDA et de l'OMS, désormais le nombre d'enfants séropositifs de moins de 15 ans qui sont nés d'une mère séropositive dépasse largement les 2 millions; et ils sont des centaines de milliers à avoir contracté le VIH lors de transfusions sanguines ou de rapports sexuels.
- Du fait que, chez l'enfant, l'infection à VIH évolue plus rapidement vers le sida, la plupart des enfants de moins de 15 ans, sur les quelque 3 millions diagnostiqués séropositifs depuis le début de l'épidémie, ont développé le sida et ont été emportés par la maladie.
- Sur les 1,5 million de personnes emportées par le sida en 1996, 350 000 étaient des enfants de moins de 15 ans.
- Selon une estimation du Bureau du Recensement des États-Unis d'Amérique, si l'on ne parvient pas à maîtriser la propagation du VIH, d'ici à l'an 2010 le sida pourrait avoir accru la mortalité infantile de 75%, et fait plus que doubler la mortalité chez les enfants de moins de 5 ans dans les régions les plus touchées.
- À la mi-1996, selon l'ONUSIDA, 9 millions d'enfants de moins de 15 ans ont perdu leur mère, emportée par le sida. Plus de 90% de ces enfants vivent en Afrique subsaharienne.
- La plupart des orphelins du sida sont concentrés dans les pays les plus durement touchés par l'épidémie. Par exemple, les données fournies par le Bureau du Recensement des États-Unis et la Banque mondiale indiquent que le sida a ravi à 1,2 million d'enfants ougandais de moins de 18 ans soit leur père, soit leur mère, voire les deux. Selon les estimations, ce chiffre augmenterait de 50 000 chaque année.
- Selon l'UNICEF, au Zimbabwe, les orphelins du sida constituent le groupe d'enfants vivant «dans des conditions particulièrement difficiles» le plus important et celui qui se développe le plus rapidement. A fin 1996, selon une estimation, environ 8% des enfants de moins de 15 ans avaient perdu leur mère, morte du sida.
- Dans les communautés et les pays durement touchés, même les enfants qui ne sont ni séropositifs ni orphelins du sida subissent les retombées socio-économiques de l'épidémie. Une étude réalisée par AIDSCAP a estimé que d'ici l'an 2005, le produit intérieur brut du Kenya aura diminué de 14,5%, par rapport à ce qu'il aurait pu être sans le sida. Le revenu par habitant devrait, quant à lui, être réduit de 10%.
- L'absence de reconnaissance — par refus ou désintérêt — des droits des filles en tant que personnes humaines, et notamment la discrimination liée au sexe, vient accroître leur vulnérabilité à l'infection à VIH, avec pour conséquence un accès médiocre aux

opportunités socio-économiques.

- Dans bon nombre de pays en développement, environ 50% de la population a moins de 18 ans. Il est donc capital d'axer les efforts de prévention sur les enfants, si l'on veut freiner la propagation de l'épidémie.
- Les adolescents sont particulièrement exposés au risque de transmission de l'infection par le biais des rapports sexuels ou de l'injection de drogue.
- L'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales et les sévices sexuels infligés aux enfants au sein du foyer sont autant de facteurs contribuant à la propagation du VIH chez ce groupe de population.
- Lors du Congrès mondial 1996 sur l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales, un chiffre dramatique a été évoqué: plus d'un million d'enfants dans le monde arrivent chaque année sur le marché du sexe.
- D'innombrables enfants dans le monde sont exposés au risque de sévices sexuels infligés par des parents, par d'autres membres de la communauté ou par des inconnus.
- D'après les estimations, ils sont non moins de 100 millions d'enfants et d'adolescents dans le monde à travailler ou à vivre dans la rue, souvent exposés à la violence et au danger.
- L'enfant victime de sévices physiques et psychologiques est plus que tout autre susceptible d'avoir un comportement sexuel à risque, ce qui accroît sa vulnérabilité au VIH.

[Retour au haut de cette page](#)

[Retour à la table des matières](#)

[Retour à la page d'accueil](#)

NOTE

[1] Source: *The Role of the Committee on the Rights of the Child and its impact on HIV/AIDS: Problems and Prospects*, exposé du Programme mondial de lutte contre le SIDA de l'Organisation mondiale de la Santé lors de

la conférence AIDS and Child Rights: The Impact on the Asia-Pacific Region, Bangkok, Thaïlande, 21-26 novembre 1995.

[2] Extrait de la Campagne mondiale contre le sida 1997.