

Réseau juridique canadien VIH-SIDA

Mémoire présenté au Comité permanent de la justice et des droits de la
personne de la Chambre de communes

Projet de loi C-217
(Loi sur le prélèvement d'échantillons de sang)

Le 19 février 2002

Introduction

Le Réseau juridique canadien VIH-SIDA saisit l'occasion de commenter le projet de loi C-217, *Loi sur le prélèvement d'échantillons de sang*. Le Réseau juridique appuie les mesures visant à prévenir la propagation du VIH, notamment chez les travailleurs tels que les policiers, les pompiers, les travailleurs de la santé et les bons samaritains. Le Réseau juridique soutient également l'accès aux tests de dépistage et au counselling de qualité, ainsi qu'aux soins, au traitement et au soutien, pour ceux et celles qui sont exposés au risque d'infection au VIH, pendant leur travail ou autrement. Enfin, nous appuyons les mesures de respect et de protection des droits des personnes atteintes du VIH-sida et de celles qui sont vulnérables à l'infection.

Mais à notre avis, le projet de loi C-217 ne constitue pas une solution politique équilibrée au problème de l'exposition professionnelle ou non professionnelle au VIH. Parfois l'adoption rapide d'une loi n'est pas une solution à un problème difficile et, de toute manière, les travailleurs ayant été exposés au risque d'une infection transmise par le sang ont droit à une meilleure réponse de la part des législateurs, une réponse qui ferait davantage pour les protéger. Le présent mémoire explique pourquoi le projet de loi C-217 est préoccupant et représente une réponse complaisante.

Le Réseau juridique canadien VIH-SIDA

Le Réseau juridique canadien VIH-SIDA est un organisme de charité national engagé dans l'éducation, l'analyse juridique et éthique et l'élaboration de politiques. Nous comptons 250 membres dans tout le Canada, dont la moitié sont des organismes communautaires intéressés aux questions de VIH-sida.

Le Réseau fait la promotion des réactions au VIH-sida, qui :

- appliquent les Directives internationales sur le VIH-sida et les droits de la personne;
- respectent les droits des personnes vivant avec le VIH-sida et celles qui sont affectées par la maladie;
- favorisent les efforts de prévention;
- favorisent les soins, le traitement et le soutien des personnes atteintes de VIH-sida;
- réduisent les conséquences néfastes sur les particuliers et les collectivités
- luttent contre les facteurs sociaux et économiques qui accroissent la vulnérabilité au VIH-sida et aux violations des droits de la personne.

Nous facilitons l'accès à nos travaux sur l'information et l'analyse précises et à jour, au sujet de questions juridiques, éthiques et politiques liées au VIH-sida au Canada et à l'échelle internationale.

Le Réseau a participé aux longues consultations gouvernementales, locales et internationales concernant tous les enjeux du VIH-sida au Canada et à l'échelle internationale. Les questions liées au dépistage et à la déclaration du VIH ont constitué la partie centrale des activités d'information du Réseau. En 1998, nous avons publié *Le test de sérodiagnostic et la confidentialité : rapport final*, contenant une analyse poussée des différents aspects de la législation et de la politique canadienne dans ces domaines. En 2000, nous avons produit

Dépistage rapide aux points de service : questions juridiques et éthiques qui traitait de nombreuses questions relatives à l'utilisation des trousse de dépistage rapide du VIH au Canada. En 2001, nous avons publié *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : étude générale*¹.

1. Risques et gestion de l'exposition professionnelle

1.1 VIH

Risque de transmission

Presque toutes les données disponibles sur les risques de transmission professionnelle du VIH viennent d'expositions en milieu de soins. Le US Centers for Disease Control and Prevention et le BC Centre for Excellence in HIV/AIDS estiment que le risque de contracter une infection lors d'une exposition *percutanée* unique (c.-à-d., sous la peau, une blessure par une aiguille ou une coupure) au sang infecté au VIH est de 0,3 % (1 sur 300). Autrement dit, 99,7 % de ces cas d'exposition n'entraînent pas une infection. Ce genre d'exposition percutanée au sang contaminé est le plus important.

Le risque d'infection est inférieur dans le cas des expositions cutanéomuqueuses (c.-à-d., une éclaboussure du liquide sécrété par les muqueuses de l'œil, de nez ou de la bouche) se situe à 0,01 % (1 sur 1000). Si la personne source séropositive prend des médicaments antirétroviraux, la possibilité d'infection est encore plus faible, car les médicaments réduisent la quantité de virus dans le sang (jusqu'à rendre la détection impossible). Si l'état séropositif de la personne source n'est pas connu, statistiquement la probabilité d'infection est encore plus faible.

Ces risques très bas sont reflétés par le fait qu'il y a eu seulement deux cas probables de transmission professionnelle du VIH au Canada, et seulement un cas définitif. Les deux cas probables mettent en cause des travailleurs de laboratoire qui manipulent du sang contaminé, un au début des années 80 (avant que le VIH soit identifié) et un autre qui travaille avec des virus de culture pendant des activités de recherche. Le cas définitif est celui d'un travailleur de la santé qui ne portait pas de gants lorsqu'il a soigné une plaie de ponction chez un patient atteint de sida en phase terminale (lorsque les liquides organiques ont des concentrations élevées de VIH) et qui n'a pas suivi de traitement aux antirétroviraux.

Il existe peu de données sur les expositions professionnelles chez les intervenants des services d'urgence en dehors des milieux de soins (ex., les pompiers, les ambulanciers, les policiers et les employés des services correctionnels). Une étude sur les agents de police aux États-Unis révèle que le tiers des expositions signalées par les policiers sont « importantes ». Celles-ci sont

¹ T. de Bruyn, *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, au VHC ou au VIH : étude générale*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH-SIDA, 2001. Une copie de l'Étude générale a été remise aux membres du comité. À moins d'indication contraire, les données et les études mentionnées dans le présent mémoire sont tirées de l'Étude générale. Veuillez vous y référer pour les citations et les sources originales. Les versions anglaise et française de ce document sont accessibles en ligne : <http://www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/testing.htm> .

rarement des expositions percutanées ou cutanéomuqueuses au sang (dans la plupart des cas, il s'agissait de peau non intacte), mais lorsqu'elles l'étaient, ces expositions se sont produites dans des circonstances où les précautions n'étaient pas une option ou n'auraient pas été efficaces. Parmi les personnes sources identifiées, 94 % ont consenti à passer le test de dépistage du VIH. Aucun des policiers de l'étude n'a été infecté².

Plus récemment, le médecin hygiéniste en chef pour l'Ontario a déclaré devant un comité de l'Assemblée législative provinciale qu'il n'y a pas eu de cas documenté de « travailleurs des services d'urgence » (policiers, pompiers et ambulanciers) contaminés par des pathogènes véhiculés par le sang, dans le cadre de leur travail en Ontario ou au Canada³

Prophylaxie post-exposition

À la suite d'une exposition professionnelle au VIH, si la prophylaxie post-exposition (PPE) est indiquée, elle consiste en un traitement où l'on administre deux ou trois médicaments antirétroviraux pour une période recommandée de 4 semaines. La décision de recommander ou d'offrir le traitement dépend de l'évaluation du degré de risque encouru lors de l'exposition. Idéalement, le traitement devrait débuter dans les quelques heures qui suivent l'exposition.

Il y a des effets indésirables chez pratiquement les trois quarts des personnes qui reçoivent ce traitement. Les plus courants sont la nausée, le malaise ou la fatigue, le mal de tête, les vomissements et la diarrhée. Selon les US Centers for Disease Control and Prevention, ces symptômes peuvent souvent être atténués par des médicaments antiémétiques et antidiarrhéiques qui ciblent ces symptômes sans changer le schéma posologique et, dans d'autres cas, en modifiant l'intervalle entre les doses (c.-à-d., administrer une dose plus faible plus fréquemment) peut aider à s'en tenir au schéma posologique⁴. Cependant, on ne peut pas atténuer efficacement tous les effets indésirables. Ceux-ci entraînent un taux d'absentéisme considérable et constituent la principale raison d'interrompre la PPE. Les effets indésirables cessent habituellement lorsque le traitement est interrompu.

1.2 Hépatite B

Risques de transmission

Il existe un vaccin contre le virus de l'hépatite B (VHB) et, pour ceux qui sont vaccinés, il n'y a pratiquement pas de risque d'infection. Il faudrait que ce vaccin soit offert à tous les intervenants en situation d'urgence et à tous les travailleurs de la santé, comme mesure de protection véritable

² Hoffman, R.E. et al. Occupational exposure to human immunodeficiency virus (HIV)-infected blood in Denver, Colorado police officers. *American Journal of Epidemiology* 1994; 139(9) : 910-917.

³ D^r Colin D'Cunha, médecin hygiéniste en chef pour l'Ontario, mémoire au Comité permanent de la justice et des affaires sociales, Assemblée législative de l'Ontario, le 4 décembre 2001.

⁴ US Public Health Service (Centers for Disease Control and Prevention). Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis, *MMWR* 2001; 50 (No RR-11) 29 juin 2001. (www.cdc.gov/mmwr/PDF/RR/RR5011.pdf) [ci-après « CDC Guidelines »].

contre un risque professionnel. De nombreux membres du public ont également reçu ce vaccin ou ont développé une immunité naturelle après avoir été exposé au VHB.

Traitement post-exposition

Si la personne exposée n'a pas été vaccinée avant l'exposition, le traitement post-exposition comprendra le vaccin contre l'hépatite B et probablement l'immunoglobuline antihépatique B. La vaccination contre le VHB est sécuritaire et on a rarement signalé des effets indésirables graves⁵ après l'administration de l'immunoglobuline antihépatique B. En plus d'aider à prévenir l'infection au VHB si la personne a été exposée à ce virus, le vaccin constitue évidemment une protection pour la personne vaccinée en cas d'expositions futures.

1.3 Hépatite C

Risque de transmission

Il n'existe pas de vaccin contre le virus de l'hépatite C (VHC). Toutefois, selon les directives les plus récentes des US Centres for Disease Control and Prevention sur la gestion des expositions professionnelles, le VHC n'est pas transmis efficacement par les expositions professionnelles au sang⁶. Le risque d'infection à la suite d'une seule exposition percutanée au sang contaminé par le VHC – le degré d'exposition le plus élevé – est évalué à 1,8 %. Le risque d'infection après une exposition cutanéomuqueuse n'est pas connu avec précision, mais on croit qu'il est très faible. La salive et l'urine ne peuvent véhiculer le VHC (ni le VHB ni le VIH) à moins d'être visiblement contaminées par le sang.

Traitement post-exposition

Malheureusement, il n'existe pas de prophylaxie post-exposition pour l'exposition au VHC.

2. Le projet de loi C-217 comporte-t-il des avantages pour les personnes exposées?

Pour les personnes exposées au VIH, au VHC ou au VHB, trois avantages découleraient d'une loi comme le projet de loi C-217. On croit que le fait de connaître l'état sérologique de la personne source est avantageux pour la personne exposée, car ce renseignement peut servir :

1. à influencer les décisions relatives à la prophylaxie post-exposition que doit prendre la personne exposée;
2. à influencer les décisions de la personne exposée concernant les mesures de prévention de la transmission secondaire;
3. à atténuer l'anxiété relative à la possibilité d'infection.

Chacune de ces considérations est importante et les personnes exposées ont besoin de renseignements exacts et de soutien, à la suite des expositions professionnelles. Mais les

⁵ Ibid.at 5.

⁶ CDC Guidelines, voir la note 4.

supposés avantages d'une loi comme le projet de loi C-217, quant à ces trois aspects, dépendent de qualifications importantes dont il faudrait tenir compte en évaluant l'équilibre des avantages et des inconvénients que comporte une telle loi et en veillant à ce que les personnes exposées reçoivent l'information dont elles ont besoin.

2.1 Nombre limité de circonstances dans lesquelles le projet de loi C-217 offrirait un avantage éventuel

Il faut d'abord se rappeler qu'une loi autorisant le dépistage obligatoire serait avantageuse seulement dans les circonstances suivantes :

- une exposition importante au risque d'infection⁷;
- la personne source est disponible pour le dépistage;
- la personne source ne consent pas au dépistage.

Cela signifie, que dans la plupart des cas d'exposition professionnelle, le projet de loi C-217 ne serait pas nécessaire.

Il faudrait se rappeler que la plupart des personnes susceptibles d'être exposées professionnellement au VHB ont probablement reçu un vaccin très efficace. Cela signifie qu'il reste très peu de cas dans lesquels une exposition professionnelle au VHB comporte un risque important d'infection pour la personne exposée. Dans le cas du VHC et du VIH, seulement les cas d'exposition professionnelle au sang (et non aux sécrétions comme la salive, les expectorations, l'urine, etc.) pourraient être considérés comme une exposition importante. Par conséquent, le nombre de cas d'exposition professionnelle justifiant le dépistage chez une personne source est beaucoup moins considérable.

De plus, on a déjà mentionné (y compris le député qui a déposé le projet de loi C-217⁸) au Comité permanent que dans la grande majorité des cas d'exposition professionnelle, la personne source a consenti à subir le test. Les données probantes disponibles confirment certainement ce fait. À titre d'exemple, l'étude déjà mentionnée sur les expositions des policiers américains indique que 94 % des personnes sources ont consenti à subir le test. Et le Comité a entendu le témoignage d'un médecin albertain spécialisé dans les maladies infectieuses selon lequel dans les hôpitaux, lorsque des travailleurs de la santé sont exposés professionnellement, 99 % des patients acceptent de subir le test de dépistage, ce qui l'amène à affirmer que si les seules expositions étaient professionnelles dans un milieu de soin, il ne serait pas en faveur de ce type de loi⁹. Au cours des six premiers mois de l'étude menée par le Réseau canadien de surveillance des

⁷ Notez que dans le cas du VHB, si la personne exposée a déjà reçu le vaccin très efficace, il y aura peu d'expositions significatives comportant un risque appréciable d'infection pour celle-ci.

⁸ Hon. Chuck Strahl, député, présentation au Comité permanent de la justice et des droits de la personne, Chambre des communes, le 12 décembre 2001.

⁹ Dr Sten Shafran, Professor of Medicine, Director of Infectious Diseases Division, University of Alberta Hospital. Mémoire au Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, le 14 juin 2000.

blessures par aiguille, 83 % des personnes sources connues ont accepté de subir le test de dépistage¹⁰.

Nous n'avons pas vu la preuve que les personnes sources refusent fréquemment de donner un échantillon de sang aux fins de dépistage et les données disponibles indiquent plutôt le contraire. Il se peut très bien que des personnes refusent dans certains cas, mais nous croyons qu'il faudrait prouver l'existence d'un problème considérable avant de nous aventurer sur la pente glissante de l'adoption d'une loi autorisant le dépistage du VIH chez des personnes qui n'ont pas donné leur consentement, notamment lorsque les avantages sont limités pour la personne exposée (comme il est démontré dans les sections suivantes).

2.2 Prise de décisions relatives à la prophylaxie post-exposition (PPE)

VIH

La personne exposée au VIH, dans le cadre de son travail, doit décider si elle entreprend une PPE. Bien que l'efficacité d'une PPE pour le VIH ne soit pas encore prouvée complètement, il existe des avantages indirects et un soutien théorique pour son utilisation dans des circonstances pertinentes. Selon les avis médicaux actuels, il faut commencer le traitement dans les heures qui suivent l'exposition, afin que celui-ci soit efficace.

Mais il est très peu probable que dans une période aussi courte, il soit possible d'organiser une audience judiciaire pour obtenir un mandat (pour lequel une garantie procédurale en cas de violation de droits protégés par la constitution est nécessaire¹¹), en vue d'obtenir un échantillon de sang de la personne source, si le mandat est accordé et recevoir ensuite les résultats. Éventuellement, même s'il est possible d'obtenir ces résultats de dépistage au bout de quelques heures –soit au moyen d'une méthode expéditive étonnamment rapide ou d'un test rapide sur place – nous devons nous rappeler que le test sur la personne source ne fournit qu'une partie de l'information nécessaire pour répondre à la question de la personne exposée concernant le risque et l'opportunité d'entreprendre une PPE.

Quant aux tests rapides, il faudrait également remarquer qu'il s'agit de tests de dépistage qui ne donnent pas les résultats confirmés qu'on peut obtenir présentement par les analyses de laboratoire minutieuses consistant en analyses répétées à l'aide de différents tests. Ils sont en effet conçus pour être hyper réactifs, afin de pouvoir détecter tout cas possible d'infection au VIH. Il s'avère que bon nombre des résultats positifs obtenus à l'aide de tests rapides sont en fait des faux positifs. À titre d'exemple, les statistiques annuelles récentes pour l'Ontario indiquent que les deux tiers des résultats positifs à l'origine sont devenus des faux positifs en poussant les

¹⁰ S. Onno. Exposé à la 9^e Conférence annuelle de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie, 2001. Pour discussion, voir l'Étude générale, notes précédentes 1 à 7.

¹¹ Voir *R c Dymnt*, [1988] 2 SCR 417 à 438.

tests de confirmation¹². Des résultats semblables ont été signalés pour les tests effectués à différents endroits en Alberta¹³.

Par conséquent, il est proposé d'autoriser le dépistage obligatoire du VIH lorsque dans le court délai où il pourrait être de quelque utilité tout de qui est disponible est un résultat de test non fiable. La personne est toujours confrontée aux décisions relatives à la prophylaxie post-exposition. Si la personne source réagit positivement à un des tests rapides, cela peut évidemment inciter la personne exposée à décider que le traitement PPE s'impose. Qui, en recevant un résultat initial positif, pouvant très bien être un résultat erroné ou un faux positif, voudrait courir le risque de renoncer au schéma posologique en sachant que l'exposition est importante?

Comme on l'a déjà mentionné, certaines personnes choisissent d'interrompre la PPE lorsque le test subi par la personne source est négatif. Même si les tests de dépistage du VIH sont négatifs et que ces résultats sont rassurants, ils n'excluent pas complètement la possibilité d'infection chez la personne exposée. Il se peut que la personne source soit encore en période de séroconversion, ayant été contaminée mais réagissant négativement au test¹⁴. La période de séroconversion est en fait une cible en mouvement et les progrès de la technologie des tests l'ont réduite considérablement, mais elle demeure une préoccupation dont la personne exposée doit être informée¹⁵.

Il y a lieu de s'inquiéter si la personne source s'est engagée récemment dans des activités à risque, comme le partage de seringues ou une relation sexuelle non protégée. Si le fait est connu du policier ou du travailleur de la santé exposé – comme cela se pourrait très bien dans des situations que vous pouvez imaginer, par exemple, le policier qui se pique avec une aiguille en fouillant un individu pendant l'arrestation – il est certain que dans des cas de ce genre, la personne exposée craint l'infection possible. C'est alors qu'elle craint le plus la possibilité d'un résultat faux négatif.

Les résultats des tests effectués sur la personne source donnent des renseignements utiles pour prendre les décisions relatives à la PPE et, s'ils sont disponibles, il faudrait en tenir compte (parallèlement à d'autres renseignements comme les facteurs de risque de la personne source, la nature de l'exposition, les antécédents de la personne source en matière de traitement aux antirétroviraux, etc.) dans cette prise de décision. Mais souvent, ces autres renseignements ne sont pas disponibles et il est nécessaire de bien comprendre les limites des résultats des tests.

La question est : les avantages pour la personne exposée, dans les rares cas où il y a eu exposition importante et où la personne source refuse de subir le test de dépistage, justifient-ils la transgression d'autres droits importants de la personne source et les préjudices concomitants,

¹² Voir Elliott, R., Jurgens, R. *Dépistage rapide aux points de service : questions juridiques et éthiques*. Montréal, Réseau juridique canadien VIH-SIDA, 2000. Accessible en ligne en anglais et en français : www.aidslaw.ca.

¹³ Communication avec le D^r Bryce Larke, président du Comité fédéral-provincial-territorial sur le sida, 2000.

¹⁴ Se référer à l'Étude générale, p. 15 à 18, pour une description des différents tests disponibles pour le VIH, le VHC et le VHB.

¹⁵ Évidemment, la réduction de la période de séroconversion entre l'infection et la détection signifie également que le délai pendant lequel la personne exposée doit attendre avec d'être fixée est également moins long.

dans l'ensemble des circonstances prévues actuellement dans la formulation générale du projet de loi C-217?

VHB

Vu la disponibilité d'un vaccin très efficace et d'une prophylaxie post-exposition ne comportant pas de risque sérieux, l'état de la personne source n'est pas un renseignement nécessaire pour prendre les décisions relatives au traitement. Par conséquent, ce n'est pas un motif impérieux pour imposer un test de dépistage du VHB à la personne source sans son consentement.

VHC

Malheureusement, il n'existe pas de vaccin contre le VHC, ni de prophylaxie post-exposition connue. À défaut d'options médicales de ce genre, les tests subis par la personne source ne peuvent étoffer les décisions d'arrêter ou d'entreprendre la prophylaxie post-exposition et, de ce fait, ne constituent pas un motif impérieux de dépistage obligatoire du VHC chez la personne source.

2.3 Prévention de la transmission secondaire

VHC et VHB

La personne exposée au sang contaminé par le VHC ou le VHB n'a pas besoin de prendre des mesures particulières pour prévenir la transmission secondaire pendant la période de suivi (comme la modification des pratiques sexuelles, ou éviter de devenir enceinte ou d'allaiter). Tout ce qu'elle devrait faire est s'abstenir de donner du sang, du plasma, des organes, des cellules ou du sperme¹⁶. Il n'est pas nécessaire de savoir que la personne source est porteuse du VHC ou du VHB pour cela. La prévention de la transmission secondaire ne constitue donc pas un motif impérieux pour le dépistage obligatoire du VHC ou du VHB chez la personne source.

HIV

Il faudrait conseiller les personnes exposées au VIH quant aux pratiques sexuelles sûres, à la nécessité d'informer leurs partenaires sexuels du risque éventuel de transmission et d'éviter d'autres activités (le partage d'aiguilles, par ex.) qui comportent un risque de transmission. Les femmes devraient éviter la grossesse jusqu'à ce qu'elles aient une certitude raisonnable de ne pas être infectées (3 à 6 mois) et si elles sont déjà enceintes, il faudrait leur conseiller un traitement aux antirétroviraux ou d'autres interventions pour réduire considérablement le risque de transmettre le virus à leur enfant pendant la grossesse ou l'accouchement. Il faudrait aussi les informer des risques de l'allaitement et des solutions de rechange. Toutes ces mesures représentent des modifications temporaires du comportement et peuvent être appliquées, que la séropositivité de la personne source soit connue ou non.

¹⁶ CDC Guidelines, voir la note 4 (23).

2.4 Atténuer l'anxiété de la personne exposée

Il est certain que le fait d'apprendre que les résultats des tests VHC, VHB ou VIH d'une personne source sont négatifs peut soulager l'anxiété de la personne exposée (et de ses proches) quant à une infection possible, car cela signifie qu'il est beaucoup moins probable statistiquement qu'une infection découle de l'exposition¹⁷.

Mais il est également important pour atteindre ce but de s'assurer que la personne exposée est suffisamment renseignée et conseillée, ce qui est possible et devrait se faire sans recours au dépistage obligatoire. On a signalé de trop nombreux cas de policiers, de pompiers, de travailleurs de la santé croyant avoir été exposés à un risque d'infection beaucoup plus grand que les circonstances de leur exposition ne l'indiquent, ou ne comprenant pas très bien l'étendue de la période requise pour les tests de suivi pendant laquelle ils pourraient réagir positivement. Il s'agit d'une énorme source d'anxiété qui est complètement évitable et qui doit être corrigée en assurant l'accès à une information exacte et de qualité.

La personne exposée peut éprouver de l'anxiété jusqu'à ce qu'elle ait la certitude de ne pas avoir contracté l'infection. Comme l'indique l'Étude générale ci-jointe, il existe différents types de tests disponibles pour ces trois virus¹⁸ :

- Le test des acides nucléiques sert à détecter le VHB chez la personne exposée aussi tôt que 33 jours après l'infection, le VHC aussi tôt que 12 jours après l'infection et le VIH, 11 jours après l'infection.
- Le test de détection des anticorps peut détecter l'infection au VHB 60 jours après l'exposition, le VHC seulement 70 jours après l'exposition et le VIH seulement 22 jours après l'infection.
- Chez la plupart des personnes infectées, la séroconversion au VIH se produit dans les premières semaines ou les premiers 3 mois qui suivent l'exposition et dans 95 % des cas, elle se produit dans les 6 mois qui suivent l'exposition. Étant donné les risques très faibles d'infection professionnelle même par les expositions percutanées au sang contaminé par le VIH (une probabilité évaluée à 0,3 %), si la personne exposée ne devient pas séropositive dans les 3 ou les 6 mois qui suivent l'exposition, les chances qu'elle le devienne au-delà de ce délai sont de toute évidence excessivement minces.

Pour apaiser l'anxiété des personnes exposées au VIH, la sensibilisation à la nature vraiment minime des risques et, dans les pays industrialisés, au nombre très faible des intervenants en situation d'urgence (aucun au Canada) ou des travailleurs de la santé (1 cas certain, 2 probables au Canada) qui ont été infectés dans le cadre de leur travail.

La divulgation du résultat de test VIH subi par la personne source tout en ayant une certaine valeur pour les décisions relatives à la PPE peut constituer une épée à deux tranchants en ce qui à

¹⁷ Dans le cas de la personne exposée déjà vaccinée contre le VHB, on devrait s'efforcer de lui donner suffisamment d'information sur l'efficacité du vaccin, afin d'apaiser l'anxiété post-exposition; ce qui signifie qu'il est beaucoup moins important de connaître le résultat du test subi par la personne source.

¹⁸ Étude générale, 16.

trait à l'anxiété éprouvée par la personne exposée. Dans les cas où la personne source est déclarée séropositive au VIH, ce renseignement ne peut qu'accroître l'anxiété de la personne exposée pendant la période d'attente. Le fait est simplement que l'avantage cherché en diminuant l'anxiété est, comme les autres avantages à connaître l'état de la personne source, un avantage mitigé.

3. Préoccupations relatives à une loi autorisant le dépistage obligatoire

Le Réseau juridique souhaite aborder les préoccupations relatives à quatre aspects du projet de loi C-217 :

- l'abstraction faite du principe juridique et éthique du consentement éclairé;
- les diverses violations de la *Charte des droits* sans justification suffisante;
- l'enjeu de l'imposition du dépistage obligatoire seulement dans certains cas d'exposition;
- la question de la compétence du gouvernement fédéral quant à l'adoption d'une loi de ce genre.

3.1 Doctrine juridique et éthique en matière de consentement éclairé

Les avantages mitigés du dépistage obligatoire doivent être évalués en fonction d'autres préoccupations éthiques, d'autres valeurs que nous jugeons importantes. La Cour suprême du Canada a reconnu à plusieurs reprises qu'une personne ne peut être soumise à des tests médicaux sans son consentement éclairé¹⁹. Cette exigence a été codifiée aussi dans les lois de nombreuses provinces et constitue une partie des codes de déontologie de l'ensemble des professionnels de la santé.

Cette doctrine légale reflète le principe de déontologie fondamental du respect des personnes et de leur autonomie. Ce dernier comprend leur intégrité physique et psychologique, ainsi que leur droit au respect de leur vie privée en ce qui concerne leur dossier médical. Le respect des personnes – un impératif de déontologie – exige que la personne soit traitée en fonction de ses propres besoins, et non comme un moyen d'atteindre les fins d'une autre personne. À notre avis, le dépistage obligatoire ne serait pas conforme à l'éthique, car il violerait un principe fondamental. Les avantages mitigés déjà mentionnés ne sont pas suffisants pour justifier cette violation de l'éthique.

En 1995, Santé Canada a organisé une conférence nationale qui a abouti à un consensus sur les lignes directrices relatives à un protocole d'avis post-exposition pour les intervenants des services d'urgence exposés à une maladie infectieuse²⁰. En 1996, Santé Canada a convoqué une réunion pour élaborer un protocole de gestion de l'exposition des travailleurs de la santé au

¹⁹ *Reibl c Huges*, [1980] 2 R.C.S. 990; voir aussi : *Hopp c Lepp* [1980] 2 R.C.S. 192; *Ciarllo c Schacter*, [1993] 2 R.C.S. 119; *Malette c Shulman*, (1990) 37 OAC 281 (CA); *Fleming c Reid* (1991), 82 DLR (4th) 298 (Ont. CA); *Videto c Kennedy* (1981), 33 OR (2th) 497 (CA).

²⁰ Santé Canada. Un consensus national sur les directives pour l'élaboration d'un protocole d'avis de post-exposition pour les intervenants en urgence. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995; 21 (19). 169-175.

VHB, au VHC et au VIH²¹. Les deux ont réitéré la nécessité d'obtenir le consentement éclairé pour effectuer les tests sur la personne source.

3.2 Questions relatives à la Charte

Le projet de loi C-217 soulèvent des préoccupations relatives aux dispositions de la *Charte*. À notre avis, l'État viole la *Charte des droits et des libertés* s'il autorise le dépistage du VIH sans consentement. Il contrevient notamment aux droits à la liberté et à la sécurité de sa personne (article 7) et au droit à la protection contre les saisies abusives (article 8).

Liberté et sécurité de la personne

D'abord et avant tout, la personne qui refuse de se conformer à une ordonnance du tribunal lui enjoignant de fournir un échantillon de sang est passible d'emprisonnement pour une période pouvant aller jusqu'à six mois. Qu'est-ce qui peut empêcher un tribunal d'ordonner le recours à la force de l'État pour contraindre physiquement le dépistage devant un refus de se conformer à l'ordonnance du tribunal? Les agents de la paix sont autorisés à utiliser raisonnablement la force nécessaire pour appliquer la loi. La violation de la liberté et de la sécurité de la personne est évidente.

Vie privée : aspect physique

Dans l'arrêt *Dyment*, la Cour suprême a décrété que :

«l'utilisation du corps d'une personne sans son consentement pour obtenir des renseignements sur elle viole une zone d'intimité personnelle essentielle au maintien de la dignité humaine... La protection qu'accorde la *Charte* va jusqu'à interdire à un agent de police ou un mandataire de l'État de prendre une substance aussi personnelle que le sang à un médecin qui la détient avec l'obligation de respecter la dignité et la vie privée de cette personne.»²².

Dans l'arrêt *Dyment*, la police a obtenu, sans le consentement du patient, un échantillon du sang qui s'écoulait librement (non prélevé) d'un médecin qui traitait un homme impliqué dans un accident d'automobile. La Cour suprême a déclaré : «La saisie en l'espèce était abusive. L'atteinte au droit à la vie privée n'était pas minimale en l'espèce ».

La Cour a dit antérieurement dans un des grands arrêts concernant l'article 8 de la *Charte*²³, et réitéré dans *Dyment*, que le rôle de la *Charte* est de pourvoir « à la protection constante des droits et libertés individuels et qu'un objet important, mais non nécessairement le seul, de la protection constitutionnelle contre les fouilles, les perquisitions et les saisies abusives est la protection de la vie privée des particuliers ». De plus, « ce droit doit recevoir une interprétation

²¹ Santé Canada. Un protocole intégré pour la gestion des cas de travailleurs de la santé exposés au pathogènes transmissibles par le sang. *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1997; 23 (Suppl. 23S2) : 1-14.

²² *R c Dyment*, [1988] 2 R.C.S. 417.

²³ *Hunter c Southam*, [1984] 2 R.C.S. 145 (155).

large et libérale, de manière à garantir au citoyen le droit d'être protégé contre les atteintes du gouvernement à ses attentes raisonnables en matière de vie privée »²⁴.

Au Canada, on a signalé un seul cas concernant directement la question de savoir si un tribunal peut ordonner le dépistage du VIH chez une personne sans son consentement et la transmission du résultat à la personne qui prétend avoir été exposée au risque d'infection : dans l'arrêt *Beaulieu*, un homme accusé d'agression sexuelle a comparu devant le tribunal et la femme qu'il avait censément agressée demandait une ordonnance l'obligeant à fournir un échantillon de sang pour dépister le VIH. Le tribunal dans ce cas, un tribunal québécois de première instance, s'est référé à la décision de la Cour Suprême dans l'arrêt *Dyment* et a dit que cela soulevait de sérieuses questions concernant la *Charte*. Le tribunal a refusé l'ordonnance.

Le prélèvement d'échantillons sur une personne sans son consentement constitue l'exception plutôt que la règle dans notre droit. En effet, le Code criminel le permet seulement dans deux circonstances soigneusement limitées – à savoir l'alcootest lorsqu'il y a des motifs raisonnables de croire qu'un délit de conduite en état d'ébriété a été commis et aux fins d'analyse ADN reliée à une poursuite pour certains délits graves désignés. Dans ces deux cas, la violation de la vie privée est justifiée dans l'intérêt de l'application de la loi, lorsqu'il existe des motifs raisonnables de croire qu'une personne est engagée dans une conduite criminelle.

Le projet de loi C-217 autoriserait l'exécution de tests médicaux sur une personne sans son consentement, sans aucune exigence qu'il y ait au moins une prétention de faute établie à première vue. Le dépistage obligatoire pourrait être ordonné dans le cas d'une personne qui n'a pas même été accusée d'une faute criminelle ou quasi criminelle. En vertu du projet de loi C-217, la victime d'un accident inconsciente sur le bord de la route pourrait faire l'objet d'une ordonnance de dépistage du VIH, du VHC ou du VHB. Une personne blessée pendant une agression familiale pourrait être obligée de subir un test de dépistage de ces trois virus. Les patients qui reçoivent des services de santé pourraient faire l'objet d'une ordonnance de dépistage obligatoire. Le défaut de se conformer impliquerait une peine d'au plus six mois de prison.

Vie privée : aspect psychologique

La violation de l'intégrité physique est aggravée par la violation de l'intégrité psychologique. Le projet de loi C-217 stipule que la personne source doit être informée des résultats de ses tests. Cela exclut pour elle le choix de subir les tests et du moment du moment de le faire, uniquement parce qu'elle s'est trouvée dans un accident ou qu'elle perdait du sang lorsque les ambulanciers ou les pompiers sont arrivés. Les gens ne devraient pas hésiter à demander une ambulance sans avoir peur d'être contraints de subir des tests sans leur consentement.

Vie privée : aspect informationnel

²⁴ *Dyment*, voir la note 22, 426. Dans un arrêt antérieur, *R c Pohoretsky*, [1987] 1 R.C.S. 945, la Cour souligne qu'il est grave de porter atteinte à l'inviolabilité du corps d'une personne et que c'est un affront à la dignité.

Deux ans après l'arrêt *Dyment*, la Cour suprême a précisé dans l'arrêt *Duarte*²⁵ que la *Charte* protège le droit de la personne de déterminer elle-même quand, comment et dans quelle mesure les renseignements personnels qui la concerne peuvent être divulgués.

Parce que la plupart des gens (comme les faits le prouvent) consentent à subir les tests dans l'éventualité du risque que constitue une telle exposition pour un intervenant des services d'urgence ou un travailleur de la santé, il est probablement difficile pour plusieurs d'imaginer pourquoi quelqu'un refuserait de subir le test. Mais il existe en réalité de bonnes raisons pour refuser le test. La perte de la confidentialité quant à une question telle que l'état de séropositivité peut avoir une foule de conséquences négatives.

La stigmatisation et la discrimination liées à une maladie comme le VIH-sida sont une réalité au Canada²⁶. Des personnes qui ont simplement admis avoir subi un test de dépistage du VIH (même si le résultat est négatif) se sont vues refuser une assurance; il est certain que les personnes séropositives ne pourront pas obtenir d'assurance santé à l'avenir. La victime d'une agression familiale déclarée séropositive à la suite d'un test de dépistage du VIH est confrontée à la possibilité que les autorités de la santé publique de la plupart des provinces soient tenues d'aviser son ou sa partenaire, qui peut également être l'abuseur, de l'exposition antérieure probable au VIH. La personne séropositive peut se voir refuser la permission de résider en permanence au Canada. Pour les personnes connues ou perçues comme séropositives, porteuses du VIH ou de l'hépatite, la discrimination persiste dans l'emploi, les services, le logement, l'adhésion aux associations professionnelles ou sociales.

Le projet de loi C-217 ne contient pas de dispositions suffisantes pour protéger la confidentialité des résultats de tests subis par la personne source. En effet, il y a lieu de se demander si ce projet de loi prévoit autre chose qu'une protection illusoire. Il est évident qu'il interdit l'usage du certificat de résultats de test comme preuve dans une procédure civile ou criminelle. Mais c'est un avantage pratique limité. Une fois que la personne source connaît son état, elle peut être contrainte de divulguer ce renseignement sous serment dans une autre procédure. Donc, le fait que le certificat lui-même n'ait pas d'usage admissible peut être non pertinent. De plus, le projet de loi C-217 ne prévoit pas de dispositions exigeant la destruction du certificat de résultats des tests subis par la personne source. Et il n'existe pas de raison pour que les résultats de ces tests soient communiqués au policier chargé d'exécuter le mandat; tout ce que ce policier a besoin de savoir, c'est que le test a été effectué.

En outre, le projet de loi C-217 ne prévoit pas de mesures pour préserver la confidentialité des résultats de test subi par la personne source. Il ne prévoit aucune peine criminelle ni cause d'action civile pour le bris de confidentialité. Même s'il le faisait, ces dispositions n'auraient vraisemblablement qu'une valeur pratique négligeable. Vingt ans d'expérience montrent que les personnes vivant avec le VIH sont couramment victimes de bris de confidentialité dans les petites collectivités où tout le monde se connaît et que les conséquences de ces bris peuvent être dévastatrices. Dans la plupart des cas, il n'existe pas de remède accessible et efficace.

²⁵ [1990], 1 R.C.S. 30 à 46.

²⁶ Une série de feuillets sur le VIH-sida et la discrimination ont été distribués aux membres de Comité permanents. Voir aussi : T. de Bruyn. *Discrimination et VIH-sida : rapport final*. Montréal, Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 1998. Tous les documents sont disponibles en ligne (en anglais et en français) : www.aidslaw.ca.

Autorisation judiciaire préalable discutable comme garantie contre les atteintes à la liberté, à la sécurité et à la vie privée de la personne

On a largement débattu le fait que le projet de loi C-217 exige une autorisation judiciaire préalable au dépistage obligatoire. Il est certes important d'examiner soigneusement la légitimité d'une demande avant de soumettre quelqu'un à un test sans son consentement. Quoique cette garantie puisse ne pas être aussi solide que certains le croient.

Sans vouloir critiquer les juges et les avocats, il faudrait se rappeler qu'ils sont faillibles eux aussi et basent parfois leur interprétation et leur application de la loi sur une information erronée. Cela s'est produit en ce qui concerne le VIH et les conséquences ont été profondément injustes.

Dans l'arrêt *Thissen*, en 1996, une personne séropositive (VIH) qui avait mordu un policier à la main pendant un bref moment au cours d'une altercation suivant son arrestation, sans lui infliger de blessure profonde, a été accusée de voies de fait graves, sous prétexte que la morsure avait mis la vie du policier en danger. Il n'y a pas de risque appréciable de transmission du VIH dans ces circonstances. Néanmoins, après un débat prolongé sur le fléau mondial du VIH-sida (une épidémie énorme à laquelle les morsures humaines n'ont apparemment pas contribué) le tribunal a imposé à l'inculpé une peine de 2 ans d'emprisonnement pour une accusation qui n'avait pas sa raison d'être ou n'aurait pas dû être retenue en premier lieu. L'état séropositif de l'inculpé aurait dû être jugé non pertinent et entraîner une peine mineure (probablement sans emprisonnement) pour voies de fait simples, comme cela aurait été le cas pour un accusé non porteur du VIH.

Plus récemment, il y a quelques semaines, en prononçant la sentence d'un accusé, un autre juge a déclaré à tort que le VIH pouvait être transmis en crachant, envoyant de ce fait un message erroné et dangereusement stigmatisant à la collectivité en ce qui trait au VIH et aux personnes porteuses du VIH. Ces exemples montrent la nécessité d'inclure dans la loi des dispositions exigeant que les tribunaux entendent des preuves fondées scientifiquement quant aux modes et aux risques de transmission des maladies transmissibles par le sang, s'ils doivent rendre des décisions justes et juridiquement éclairées. À défaut d'exigence de ce genre, une loi comme le projet de loi C-217 autorisant le dépistage obligatoire invite à la discrimination fondée sur une déficience mentale ou physique (contraire à l'égalité garantie par l'article 15 de la *Charte*) découlant d'une compréhension erronée.

Le fait d'exiger une autorisation judiciaire ne règle pas non plus les questions relatives à la vie privée à un stade précoce. À ce jour, l'expérience indique que les médias s'intéressent aux cas d'exposition professionnelle au VIH chez les policiers et les intervenants des services d'urgence. Il est très probable que l'application du dépistage obligatoire en vertu d'une loi comme le projet de loi C-217 attirerait l'attention des médias. Mais ce projet de loi ne contient aucune disposition obligeant les médias à s'abstenir de publier les noms ou d'autres renseignements permettant d'identifier la personne source au cours d'un reportage sur une action en justice, ou exigeant que le tribunal entende une requête telle qu'une interdiction de publier.

L'analyse de la « justification »

Dans l'arrêt clé *Oakes*²⁷, la Cour suprême a fixé les exigences relatives à la justification d'une loi qui restreint les droits de la *Charte* en vertu des dispositions de l'article premier de la *Charte* :

- l'objectif poursuivi par les mesures qui restreignent le droit doit être lié à des questions qui sont « pressantes et substantielles » dans une « société libre et démocratique »;
- les mesures doivent être équitables et non arbitraires, être soigneusement conçues pour atteindre l'objectif en question et avoir un lien rationnel avec cet objectif;
- le moyen choisi doit être de nature à porter le moins possible atteinte au droit en question;
- il doit y avoir proportionnalité entre les effets de la mesure restrictive et l'objectif poursuivi -- plus les effets préjudiciables d'une mesure sont graves, plus l'objectif doit être important.

Nous admettons que les mesures visant à protéger les gens contre les expositions professionnelles ou autres aux pathogènes transmissibles par le sang et à les aider à faire le nécessaire dans la période post-exposition reflètent certainement des préoccupations pressantes et importantes.

Nous nous demandons si, dans sa version actuelle, le projet de loi C-217 est conçu avec soin pour atteindre ces objectifs et s'il est lié rationnellement avec ceux-ci. Nous remarquons que les principales associations de professionnels de la santé (voir ci-dessous) ont critiqué ce type de projet de loi en le qualifiant de « non garanti, injustifié » et que le directeur de la santé publique de l'Ontario est d'accord avec l'intention qui sous-tend ce projet de loi, tout en croyant que celui-ci ne concrétise pas cette intention. Nous avons déjà signalé que les motifs qui justifient l'autorisation du dépistage obligatoire du VHC et du VHB sont plutôt limités.

Cependant, en admettant aux fins de la discussion que cette condition soit remplie, nous soutenons que le projet de loi C-217 porte atteinte aux droits de la *Charte* d'une manière beaucoup plus considérable que minimale, pour les raisons déjà mentionnées, notamment :

- la possibilité d'emprisonnement et l'application de la force physique pour poser un acte médical sans le consentement de la personne intéressée;
- les invasions de la vie privée sur le plan physique, psychologique et informationnel que représente le dépistage obligatoire;
- l'absence de garanties adéquates avant l'émission d'un mandat obligeant le test;
- l'absence de protection suffisante quant à la confidentialité des résultats de tests subis par la personne soumise au dépistage obligatoire (un bris de confidentialité causant un préjudice pour lequel il pourrait ne pas y avoir de remède efficace);
- les ramifications négatives éventuelles qui suivront probablement la personne déclarée séropositive à la suite d'un test obligatoire (en particulier pour le VIH);
- les options viables pour la gestion des expositions professionnelles (et non professionnelles) qui cherchent à répondre aux nombreuses questions et besoins des personnes exposées, sans violer les droits des personnes sources présumées.

À la lumière de ce qui précède, nous signalons respectueusement que la proportionnalité nécessaire entre les objectifs et la violation des droits de la *Charte* n'est pas suffisamment démontrée.

²⁷ *R c Oakes*, [1986] 1 R.C.S. 103.

3.3 Cohérence dans le droit : une question politique

Des propositions comme le projet de loi C-217 soulèvent aussi la question de la cohérence dans le droit, ce qui est souhaitable en tant que question politique. Le projet de loi C-217 autorise le dépistage obligatoire chez la personne source lorsqu'un intervenant d'un service d'urgence ou un travailleur de la santé est exposé dans le cadre de son travail, ou si un bon samaritain est exposé en portant secours à une autre personne.

Mais qu'arrive-t-il si l'intervenant d'un service d'urgence, le travailleur de la santé ou le bon samaritain expose l'autre personne au risque d'infection? Dans ces circonstances, il faudrait sans aucun doute appliquer les mêmes raisonnements quant à l'information nécessaire pour appuyer les décisions relatives à la PPE, à la prévention de la transmission secondaire et à la diminution de l'anxiété. Nous nous trouvons donc devant la perspective d'autoriser le dépistage obligatoire pour les intervenants en urgence, les travailleurs de la santé et les bons samaritains. Ou, en fait, autoriser le dépistage obligatoire à la suite de toute exposition importante d'une personne par une autre. Des représentants de Justice Canada ont déjà soulevé cette question²⁸ devant le Comité permanent (en ce qui concerne l'ancien projet de loi C-244). La question demeure quant au projet de loi C-217.

3.4 Le Parlement n'a pas la compétence pour adopter le projet de loi C-217

Comme l'ont déjà fait remarquer au Comité permanent les représentants de Justice Canada, on peut se demander si le Parlement fédéral possède la compétence constitutionnelle pour adopter le projet de loi C-217, car celui-ci ne semble pas avoir de lien avec le droit criminel : « il est simplement mentionné qu'on peut obtenir un mandat sans aucun lien avec le droit criminel au sens où on l'entend habituellement »²⁹. Le simple fait que le projet de loi (ou une partie de celui-ci) propose de modifier le Code criminel ne répond pas à la question de savoir si, en son essence même, ce projet tombe bien sous le pouvoir fédéral de légiférer en matière de droit criminel; un argument de ce genre soulève la question.

De nombreuses décisions prises antérieurement par la Cour suprême ont établi les paramètres du pouvoir en matière de droit criminel. Selon Justice Canada, ces décisions ne constituent pas un fondement pour adopter une loi telle que le projet de loi C-217³⁰. On a déjà laissé entendre au Comité permanent que la décision de la Cour suprême du Canada dans le Renvoi relatif à la *Loi sur les armes à feu*³¹ constituerait, si elle confirme la loi fédérale sur le contrôle des armes à feu, une base pour conclure que le projet de loi C-217 est un exercice valable du pouvoir en matière de droit criminel. Le pourvoi a été rejeté et la Cour a confirmé la loi. Mais à cet égard, elle ne fournit pas d'autre appui pour cette conclusion. La Cour a décidé que « de par son « caractère véritable », la Loi vise à améliorer la sécurité publique en régissant l'accès aux armes à feu. Elle

²⁸ M. Yvan Roy, Avocat général principal, Section de la politique en matière de droit criminel, Justice Canada. Mémoire au Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, le 13 juin 2000.

²⁹ Ibid.

³⁰ Ibid.

³¹ [2000] 1 R.C.S. 783.

a pour objectif la dissuasion de l'usage abusif des armes à feu, le contrôle des personnes ayant accès à des armes à feu et le contrôle de types précis d'armes ». De plus, il y a eu un long historique des diverses formes de contrôle des armes à feu considérées valides en droit criminel (et qui n'ont pas été remises en question comme n'étant pas de compétence fédérale) parce que les armes à feu sont dangereuses et constitue un risque pour la sécurité du public.

Le projet de loi C-217 n'a pas pour but de préserver la sécurité du public en contrôlant l'accès à des choses dangereuses en elles-mêmes ou à leur utilisation. Il n'est pas lié à la collecte de preuve ou d'information relative à des activités criminelles, à l'application du droit criminel, à l'interdiction d'exposer une personne à un risque de préjudice, etc. Il porte plutôt sur le fait de donner des renseignements en matière de santé aux personnes qui sont exposées au risque de contracter des maladies infectieuses particulières, une question qui relève traditionnellement de la loi ou de la santé publique provinciale ou territoriale régissant le milieu de travail. En ce qui concerne les bons samaritains, le lien avec le droit criminel est également ténu.

4. Positions des autres intervenants

Les travailleurs de la santé sont ceux qui sont les plus exposés au risque de contracter une maladie transmissible par le sang et ont de loin le taux le plus élevé d'accidents. Mais les grandes associations nationales de professionnels de la santé ne donnent pas leur appui à une mesure législative comme le projet de loi C-217.

- En novembre 2000, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) a adopté une déclaration selon laquelle, à son avis, le dépistage obligatoire avant ou après une exposition importante « n'est pas garanti ».
- L'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie (ACIIS) a publié une déclaration en avril 2000 sur la prévention et la gestion des expositions professionnelles dans laquelle elle affirme que soumettre un patient à un test sans son consentement est contraire à l'éthique.
- L'Association médicale canadienne (AMC) n'est pas en faveur du dépistage obligatoire. En présentant le projet de loi C-217 au Comité permanent, l'honorable Chuck Strahl a cité une résolution adoptée par l'AMC en 1998, demandant aux patients de signer une décharge autorisant le dépistage du VIH et de l'hépatite dans l'éventualité d'une exposition professionnelle pour le travailleur de la santé. Toutefois, l'AMC a par la suite examiné cette question plus en profondeur et a commandé un examen épidémiologique et deux avis juridiques. À son conseil général 2000, l'AMC a scindé sa proposition antérieure recommandant le dépistage obligatoire. À ce jour, la position de l'AMC indique que « le dépistage obligatoire n'est pas justifié ». En ce qui concerne la loi sur le dépistage obligatoire adoptée récemment en Ontario, un porte-parole de l'AMC a indiqué « qu'il ne semble pas y avoir de besoin pour ce type de loi radicale »³².

³² D^f John Williams, Directeur de l'éthique, AMC, cité dans : B. Mackay, New Ontario law could allow force blood sample collection, *e-CMAJ*, 16 janvier 2002.

- Le Syndicat canadien de la fonction publique (SCFP) représente les membres du secteur des soins ou des professions liées à la santé qui risquent d'être exposés aux pathogènes transmis par le sang dans le cadre de leur travail, comme les ambulanciers, le personnel d'entretien, de buanderie, les aides infirmiers, ainsi que les techniciens et les technologues de laboratoire. Le SCFP n'est pas en faveur du dépistage obligatoire chez les personnes sources dans l'éventualité des expositions professionnelles.
- Le Syndicat des employés et employées de la fonction publique de l'Ontario (SEEFPO) représente différents travailleurs des services sociaux qui sont exposés professionnellement aux maladies infectieuses, y compris le personnel des services correctionnels. Le SEEFPO n'appuie pas la proposition de dépistage obligatoire chez les personnes sources³³.

D'autres organismes ont également signalé qu'ils n'appuieraient pas une mesure législative comme le projet de loi C-217.

- La Société canadienne du sida (SCS), qui représente plus de 100 organismes locaux intéressés au sida Canada, a déjà fait part au Comité permanent de son opposition à ce projet de loi (le projet de loi C-244, à la session précédente du Parlement) et, plus récemment, a exprimé ses préoccupations concernant le projet de loi C-217 au ministre de la Justice³⁴.
- L'Association canadienne de santé publique manifeste depuis longtemps son opposition au dépistage obligatoire du VIH³⁵.
- Le Conseil ministériel sur le VIH/sida, un comité de spécialistes chargés de conseiller le ministre fédéral de la Santé sur la Stratégie canadienne du VIH-sida, a fait remarquer au ministre que ce projet de loi, tout en étant bien intentionné, soulève de sérieuses questions juridiques et éthiques³⁶.
- Les représentants de Santé Canada ont déjà déclaré au Comité permanent que « le dépistage obligatoire ne répond pas aux objectifs de santé publique et ne crée pas un contexte national sûr et rassurant pour les personnes qui envisagent le dépistage³⁷ ».
- Les représentants de Justice Canada ont également soulevé devant le Comité permanent des questions de compétence touchant la politique et la *Charte* que pose cette mesure législative. L'honorable Ann McLellan, alors ministre de la Justice et maintenant ministre de la Santé, a récemment déclaré que le gouvernement est conscient des difficultés que rencontrent les personnes exposées au risque d'infection dans l'exercice de leurs

³³ Lettre de M^{me} Leah Casselman, présidente du SEEFPO au Réseau juridique canadien VIH/SIDA, 20 décembre 2001.

³⁴ Lettre de la Société canadienne du sida à l'honorable Martin Cauchon, ministre de la Justice et procureur général du Canada, le 25 janvier 2002.

³⁵ CPHA, Résolution de 1998 (voir www.clearinghouse.cpha.ca).

³⁶ Lettre des coprésidents du Conseil ministériel sur le VIH/sida à l'hon. Allan Rock, ministre de la Santé, 2001.

³⁷ M. David Hoe, conseiller en politique, Division des politiques de la coordination et des programmes sur le VIH/SIDA, Santé Canada. Mémoire au Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, le 13 juin 2000.

fonctions d'aide aux autres, mais que la solution à ce problème épineux n'est peut-être pas dans le projet de loi C-217, lequel soulève des questions constitutionnelles importantes »³⁸.

- Le Directeur de la santé s'est prononcé contre l'adoption par l'Ontario d'une loi semblable au projet de loi C-217, la décrivant comme une réaction primaire non pertinente ni efficace du point de vue de la santé publique. À son avis, il existe des moyens plus efficaces, plus opportuns et moins invasifs d'arriver à protéger ou à améliorer la santé des travailleurs des services d'urgence et les autres. Il admet qu'il n'y a pas de solution simple dans ces cas difficiles, mais attire l'attention sur les protocoles actuels de réduction et de gestion des expositions professionnelles (et autres) qui constituent des options viables et préférables³⁹.

5. Conclusion

Le dépistage obligatoire *après le fait* de l'exposition est un moyen peu efficace de « protéger » les travailleurs exposés à ce danger professionnel. Les personnes dont le travail comporte un risque d'exposition aux maladies infectieuses méritent mieux. Et la population canadienne a droit à une loi qui protège mieux ses droits fondamentaux.

Le projet de loi C-217 propose de soumettre au dépistage obligatoire du VIH une personne qui n'est pas nécessairement accusée de méfait et de la forcer à connaître le résultat d'un test médical auquel elle n'a pas donné son consentement, dans le but de fournir un renseignement (probablement inexact) à une autre personne qui en a besoin (rapidement) pour prendre une décision relative à un schéma posologique de médicaments. C'est contraire au principe éthique de respect de l'autonomie et de la vie privée et à l'exigence juridique correspondante relative au consentement éclairé pour les interventions médicales. Les droits constitutionnels concernant la liberté, la sécurité de la personne et la vie privée sont violés sans motifs suffisants.

À notre avis, il existe de meilleurs choix. Le premier, évidemment, consiste à s'assurer que tous connaissent et prennent les précautions universelles. Cela contribuerait, dans bien des circonstances, à réduire considérablement le risque d'infection éventuelle. Il y a toutefois des circonstances où les précautions universelles ne sont pas réellement applicables. Mais cette malheureuse réalité ne veut pas dire qu'il est nécessaire de créer une loi pour imposer le dépistage de force. Parfois, la loi ne constitue pas une réponse.

Deuxièmement, il faudrait légiférer sur l'usage d'aiguilles et de seringues plus sûres dans les établissements de soins de santé, comme mesure de sécurité en milieu de travail, afin de réduire la probabilité de blessure avec aiguille, l'exposition professionnelle la plus courante au VIH ou autres pathogènes transmissibles par le sang dans le milieu de la santé.

³⁸ Lettre de l'hon. Anne McMellan, ministre de la Justice et procureure générale du Canada aux coprésidents du Conseil ministériel sur le VIH/sida, le 4 janvier 2002.

³⁹ D'Cunha, voir la note 4.

Troisièmement, nous devons veiller à ce que les personnes exposées aient accès en temps opportun au test de dépistage du VIH et de l'hépatite B et C, ainsi qu'à l'information appropriée et au service conseil, au soutien et à la PPE gratuite lorsque ce service existe. Ces mesures seraient beaucoup plus utiles aux personnes exposées que le test imposé à une autre personne.

Enfin, nous devons prendre des mesures pour améliorer la sécurité des personnes qui acceptent de subir le test volontairement. Par exemple, donner le choix à la personne source de ne pas recevoir les résultats des tests. Détruire les résultats des tests à moins que la personne source demande de faire autrement. Mieux protéger la confidentialité et augmenter les protections contre la discrimination liée au VIH. Encourager le dépistage volontaire servira mieux le but ostensible de ce projet de loi, sans préjudice pour les personnes et la vie privée des canadiens et des canadiennes qui vivent avec l'hépatite ou le VIH ou le sida.