

VIH/SIDA ET DROIT

VOLUME 6, NUMÉRO 3, MARS 2002

Prévention de la transmission périnatale : arrêt phare en Afrique du Sud

Le 14 décembre 2001, la Haute Cour d'Afrique du Sud a rendu son jugement dans l'affaire *Treatment Action Campaign et al c. Minister of Health et al*,¹ statuant que le gouvernement avait manqué à ses obligations constitutionnelles et devait élaborer et mettre en œuvre dans les plus brefs délais un programme national complet pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant, notamment en rendant des médicaments anti-rétroviraux disponibles à cette fin. Le présent article résume les arguments juridiques et l'issue de cette affaire, qui revêt une importance mondiale en rendant les gouvernements responsables de leur obligation de réaliser progressivement le droit fondamental à la santé.

Le 26 novembre 2001, la Haute Cour d'Afrique du Sud a commencé l'audition de la demande de la *Treatment Action Campaign* contre la ministre nationale de la Santé et les membres des conseils exécutifs pour la Santé de

huit des neuf provinces d'Afrique du Sud.² Cette affaire – qui représente le point culminant de presque quatre années de lobbying, de revendication et de mobilisation publique intenses – portait sur des questions de vie et

voir page 22

Le test obligatoire du VIH après une exposition professionnelle

En décembre 2001, la législature ontarienne a adopté le Projet de loi 105, autorisant un médecin hygiéniste en chef à délivrer une ordonnance de test sanguin d'une personne source, après qu'un travailleur de services d'urgence ou un « bon samaritain » (de même que des personnes d'autres catégories) ait pu avoir été exposé à une maladie transmissible. Au palier fédéral, un projet de loi similaire (le projet de loi C-217) était à l'étude, en février 2002, devant le Comité de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes, qui a recommandé son abandon. L'article ci-dessous examine la valeur des renseignements à propos de l'état de santé d'une personne source; il analyse le projet de loi C-217 et le projet de loi 105 ainsi que les directives de santé publique en vigueur, les recherches récentes au Canada et les conclusions d'une *Étude générale* publiée par le Réseau juridique canadien VIH/sida.

voir page 27



CANADIAN | RÉSEAU
HIV/AIDS | JURIDIQUE
L E G A L | CANADIEN
NETWORK | VIH-SIDA

Publié par le Réseau juridique canadien VIH/sida.
Un projet financé en partie par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

REVUE CANADIENNE VIH/SIDA ET DROIT

La Revue offre un sommaire des développements juridiques et des politiques liées au VIH/sida, au Canada et à l'étranger. Ses buts sont l'éducation et l'information sur l'évolution dans ce domaine et la promotion de l'échange de connaissances, d'idées et d'expériences. Elle est publiée trois fois l'an par le Réseau juridique canadien VIH/sida.

La soumission d'articles est appréciée. Contactez Anne Renaud, aux coordonnées cidessous, pour proposer un texte et recevoir nos consignes typographiques :

Revue canadienne VIH/sida et droit
Réseau juridique canadien VIH/sida
417, rue St-Pierre (bur. 408)
Montréal QC H2Y 2M4 Canada
Tél. : (514) 397-6828 téléc. : (514) 397-8570 courriel : arenaud@aidslaw.ca

Directeur de la rédaction : Theodore de Bruyn,
tdebruyn@cyberus.ca
Rédacteur en chef, Nouvelles canadiennes : David Garmaise,
dgarmaise@rogers.com
Rédacteur en chef, Nouvelles internationales : David Patterson,
dpatterson@aidslaw.ca
Rédacteur en chef, Le VIH devant les tribunaux & Accès mondial
aux traitements : Ralf Jürgens, ralfj@aidslaw.ca

Correspondants réguliers, Nouvelles canadiennes :
Registre géographique
Liz Scanlon, national, lizs@cdnaids.ca
Tarel Quandt, Colombie-Britannique, tarelq@parc.org
Kevin Midbo, Alberta, kmidbo@aidscalgary.org
Emmanuelle Morin, Saskatchewan, aids.saskatoon@shaw.ca
Ruth Carey, Ontario, careyr@lao.on.ca
Glenn Betteridge, Ontario, betterg@lao.on.ca
Matthew Perry, Ontario, perrym@lao.on.ca
Johanne Leroux, Québec, juridique@arobas.net
Caroline Ploem, Provinces maritimes, cploem@nbnet.nb.ca
Registre thématique
Thomas Kerr, Dossier usage de drogues illégales,
tkerr@intergate.bc.ca
Kim Thomas, Dossier autochtone, kimt@storm.ca

Réviseurs : Garry Bowers et Jean Dussault
Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault et Josée Dussault
Mise en page : C & G Graphics, Montréal

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2002. Le Réseau encourage la diffusion de l'information contenue dans sa Revue et accordera la permission de reproduire du matériel pour peu que l'origine et la source en soient mentionnées. La rédaction apprécierait que lui soit fourni un exemplaire des publications dans lesquelles des extraits de la Revue sont utilisés.

Circulation : 2000
ISSN 1195-5252

La Revue canadienne VIH/sida et droit est financée en partie par Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

Les conclusions, interprétations et opinions exprimées dans cette publication relèvent uniquement de leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les politiques ou positions officielles de Santé Canada ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida est un organisme de charité engagé dans l'éducation, l'analyse juridique et éthique et le développement des politiques. Il fait la promotion de 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 et affectées;
- favorisent les efforts de prévention;
- favorisent les soins, le traitement et le soutien des personnes touchées par le VIH/sida;
- réduisent les conséquences négatives de l'épidémie de VIH/sida sur les individus et les communautés; et
- luttent contre les facteurs économiques et sociaux qui accroissent la vulnérabilité au VIH/sida et aux violations des droits de la personne.

Le Réseau juridique produit une information et une analyse précises et à jour, au sujet des questions juridiques, éthiques et des politiques sur le VIH/sida au Canada et à l'échelle internationale. Il consulte et représente ses membres et une diversité de participants, dans l'identification, l'analyse et la réaction à ces questions et il relie les personnes qui travaillent sur ces questions ou qui s'en préoccupent. Il reconnaît l'impact global de l'épidémie et intègre cette perspective dans son travail. Le Réseau est établi à Montréal et est ouvert aux nouveaux membres. Pour information sur l'adhésion, contacter Anne Renaud : [<arenaud@aidslaw.ca>](mailto:arenaud@aidslaw.ca).

**SITE WEB DU
RÉSEAU JURIDIQUE
CANADIEN
VIH/SIDA**

www.aidslaw.ca

TABLE DES MATIÈRES

Éditorial	5
DOSSIERS	
Prévention de la transmission périnatale : arrêt phare en Afrique du Sud	1
Le test obligatoire du VIH après une exposition professionnelle	1
Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques	7
Rapport sur les soins de santé complémentaires/parallèles et le VIH/sida	11
Le VIH/sida en prison : nouveaux développements	14
NOUVELLES CANADIENNES	
Inquiétudes exprimées au sujet des nouvelles règles sur l'immigration	35
Des médecins mécontents du nouveau <i>Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales</i>	37
Critiques à propos des pratiques de sélection des donneurs de sang	38
Un tribunal pour le traitement de la toxicomanie est créé en C.-B.	39
C.-B. – Nouvelle prestation d'aide sociale, abolition d'autres prestations	41
La C.-B. s'apprête à limiter la couverture d'assurance médicaments	42
Le Manitoba développera une stratégie sur le sida et les autochtones	43
L'Ontario adopte une loi sur les « échantillons de sang »	44
La <i>Loi sur les personnes handicapées de l'Ontario</i> est finalement adoptée	45
NOUVELLES INTERNATIONALES	
Une <i>Déclaration d'engagement</i> de l'ONU sur le VIH/sida	47
Initiatives parlementaires pour la lutte contre le VIH/sida	49
Autres développements	51
ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS	
Conférence ministérielle de l'OMC : <i>Déclaration sur les ADPIC et la santé publique</i>	57
Afrique du Sud – La campagne de défi se poursuit	60
Canada/É.-U. – Le bioterrorisme met au jour deux poids deux mesures dans l'accès aux traitements	61
Chili – La Cour suprême renverse un jugement ayant accordé des antirétroviraux payés par le régime public	62
Deux rapports identifient les préalables d'une réponse aux besoins mondiaux de santé	62
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA	
La Cour d'appel de l'Ontario déboute un homme séropositif au VIH de sa revendication constitutionnelle à de la marijuana médicinale	64
Contestation de la constitutionnalité des dispositions sur l'« inadmissibilité médicale » de la <i>Loi sur l'immigration</i>	67
Déclaration erronée d'un juge en prononçant la sentence d'un homme séropositif	68
La Cour de l'impôt permet un crédit d'impôt pour les plantes médicinales et les vitamines, mais non pour la massothérapie	69
Un tribunal prononce une ordonnance de non-publication de l'identité d'un témoin séropositif	70

suite page 4

TABLE DES MATIÈRES

Un tribunal rejette un appel en faveur du droit au suicide assisté	71
La Cour d'appel de l'Ontario infirme un jugement en faveur de demandeurs infectés par du sang contaminé	71
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : trois nouvelles affaires	73
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL	
É.-U. – La Cour suprême adopte une définition restrictive de l'expression « handicap » aux termes de la loi anti-discrimination.	77
É.-U. – La Cour d'appel rejette une poursuite en discrimination dans l'emploi intentée par un hygiéniste dentaire séropositif	81
É.-U. – Hôpital jugé négligent pour avoir omis d'avertir d'anciens patients du risque d'infection à VIH par transfusion	83
É.-U. – Un département de Santé tenu responsable d'avoir annoncé erronément à un homme qu'il avait le VIH	84
Afrique du Sud – Dommages accordés à une femme qui a contracté le VIH de son mari	85
R.-U. – Indemnité à une femme infectée lors de relations sexuelles non protégées	85
R.-U. – Ordonnance de non-publication dans une affaire impliquant un professionnel de la santé séropositif	86
R.-U. – Un tribunal maintient l'interdiction de condoms dans un hôpital psychiatrique	87
Inde – Contestation la loi anti-sodomie au regard de la Constitution	88
Actualités internationales sur les litiges relatifs au sang et aux produits sanguins	89
Droit criminel et transmission du VIH (ou exposition) – Une affaire suédoise	92

Revue canadienne VIH/sida et droit

Oui! Je veux continuer de recevoir la *Revue canadienne VIH/sida et droit* **Oui!** Je veux faire un don pour contribuer à la production de la *Revue*.
 Je joins mon don de: 25 \$ 50 \$ 75 \$ 100 \$ Autre _____ \$ (Extérieur du Canada: paiement en devise américaine. Merci.)

Paiement par carte Visa: no de carte _____ Date d'expiration _____

Signature _____

Je joins un chèque/mandat-poste à l'ordre du Réseau juridique canadien VIH/sida. Veuillez me faire parvenir une facture.

Nom _____ Fonction _____

Adresse _____ Code postal _____

Téléphone (Jour) _____ Téléphone (Soir) _____ Télécopieur _____ Courriel _____

Réseau juridique canadien VIH/sida, 417, rue St-Pierre, suite 408, Montréal QC H2Y 2M4 Tél.: (514) 397-6828 Téléc.: (514) 397-8570 Courriel: info@aidslaw.ca Site web: www.aidslaw.ca Au Canada, tous les donateurs de 10 \$ et plus recevront un reçu pour fins d'impôt. D'autres reçus pourront être émis sur demande. Les membres du Réseau juridique reçoivent automatiquement la *Revue* ainsi que d'autres publications du Réseau, bénéficient d'un accès privilégié au Centre de documentation, et plus encore! Veuillez me faire parvenir plus d'information sur la façon de devenir membre (organisationnel ou individuel) du Réseau juridique. Inscription à prix réduit pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

Archives

Les numéros antérieurs de la *Revue* sont accessibles sur QUICKLAW et sur le site Web du Réseau juridique <www.aidslaw.ca>. Des exemplaires imprimés sont vendus au coût de 12\$ chacun

ÉDITORIAL

Changements à la Revue

La *Revue* a subi quelques changements, comme vous le constaterez dans ce numéro. Désormais, elle sera publiée trois fois l'an. Chaque numéro contiendra de l'information à propos de développements dans quatre rubriques principales : Nouvelles canadiennes, Nouvelles internationales, Accès mondial aux traitements et Le VIH/sida devant les tribunaux – du Canada et d'autres pays. La rubrique Droit pénal a été abandonnée : les articles sur le droit pénal et la transmission/exposition au VIH se retrouveront sous d'autres rubriques. Nous continuerons de publier des articles de fond sur le droit et les politiques en matière de VIH/sida, au Canada et dans d'autres pays. Cependant, nous ne publierons plus de critiques de livres et d'autres ouvrages. Compte tenu des limites d'espace, nous ne pouvons pas espérer offrir une couverture même sélective sur de récents ouvrages consacrés au droit et aux politiques sur le VIH/sida.

Nous renforçons notre couverture des nouvelles canadiennes et internationales. Chaque secteur a maintenant son rédacteur en chef : David Garmaise aux nouvelles canadiennes et David Patterson aux nouvelles internationales, qui ont amorcé la création d'un réseau de correspondants au Canada et dans le monde. Nous leur souhaitons la bienvenue dans l'équipe de la *Revue*, de même qu'à leurs correspondants, dont plusieurs ont contribué au présent numéro; et nous attendons avec impatience les nouvelles qu'ils porteront à notre connaissance, au sujet de l'évolution du droit et des politiques en matière de VIH et de sida.

Le présent numéro

Les événements récents, au Canada et dans le monde, montrent encore à quel point les développements dans un pays se répercutent ailleurs, pour le meilleur ou pour le pire.

Sous la rubrique Nouvelles internationales, dans ce numéro, nous faisons état d'initiatives visant à informer

les parlementaires d'Afrique, d'Amérique latine ainsi que du Royaume-Uni, sur l'épidémie du VIH/sida, et à les impliquer dans des efforts de collaboration pour s'y attaquer. Comme le fait valoir le rapport du UK All-Party Parliamentary Group on AIDS, les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne sont un important instrument, à cet égard, qui peut servir à la fois à favoriser un consensus parlementaire et à évaluer les politiques et programmes gouvernementaux en matière de VIH/sida.

L'adoption récente du projet de loi 105, en Ontario, dont il est question à la rubrique Nouvelles canadiennes, est un exemple de ce que peuvent causer le manque d'information et d'engagement des parlementaires. En vertu de cette nouvelle loi, un médecin hygiéniste peut ordonner qu'une « personne source » subisse des tests sanguins lorsqu'une victime de crime, un intervenant de services d'urgence, ou une autre personne a des motifs de croire qu'elle a été exposée à une infection transmissible. La loi a été adoptée dans la mêlée, avec plusieurs autres projets législatifs, à la veille de l'ajournement de la législature ontarienne en décembre 2001. Aucune audience publique n'a été tenue. Le seul témoin entendu par le Comité permanent de la justice et des politiques sociales de l'Ontario, le médecin hygiéniste en chef de la province, s'est opposé au projet de loi. Néanmoins, le projet de loi a été adopté; seulement deux députés s'y sont opposés par leur vote. Adopter une telle loi *en dépit* de l'avis du médecin hygiéniste en chef et sans consulter publiquement toutes les parties impliquées, c'est trahir la confiance que le public accorde aux représentants qu'il a élus.

Lorsque des gouvernements adoptent des lois ou des politiques en l'absence de consultation publique, sans considérer comme il se doit tous les témoignages et sans un raisonnement transparent, il peut être nécessaire d'avoir recours aux tribunaux. En Afrique du Sud, la Treatment Action Campaign, appuyée par la Save Our Babies Campaign et le Children's Rights Centre, a eu

gain de cause dans sa contestation du refus du gouvernement de fournir de la névirapine aux femmes enceintes vivant avec le VIH et d'établir un plan raisonnable pour la mise en œuvre d'un programme de prévention de la transmission du VIH de la mère au fœtus (voir l'article à la une). Dans un jugement contre le gouvernement sud-africain, la Haute cour du pays a affirmé que « la politique [du gouvernement national et de huit des neuf gouvernements provinciaux] interdisant l'utilisation de névirapine hors des sites témoins, dans le secteur des soins de santé publics, n'est pas raisonnable et constitue un obstacle injustifiable à la réalisation progressive du droit aux soins de santé ».

Certes, il est réjouissant de voir un tel jugement, rendu sur la force d'arguments fondés sur des droits garantis aux Sud-africains en vertu de leur Constitution et du droit international, mais il se trouve de meilleures méthodes pour élaborer des politiques et des lois en matière de VIH/sida, même dans des situations (comme en cas d'exposition professionnelle) où il n'est pas facile de trouver des compromis. De telles méthodes requièrent toutefois des parlementaires qui soient informés et engagés ainsi que des gouvernements qui soient respectueux des droits de leurs citoyens, qui ne ferment pas les yeux sur les

évidences et qui fonctionnent par des mécanismes transparents et publics.

Il est réconfortant, par conséquent, qu'au Canada le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes ait non seulement tenu des audiences publiques relativement à un projet de loi émanant d'un député et ayant pour objet d'autoriser des tests sanguins obligatoires après une exposition professionnelle (projet de loi C-217, *Loi sur le prélèvement d'échantillons de sang*), mais que le Comité ait recommandé que le projet de loi soit abandonné, après avoir entendu les sérieuses inquiétudes exprimées par le Commissaire à la protection de la vie privée du Canada, la British Columbia Civil Liberties Association, l'Association canadienne de droit pénal, l'Association du Barreau canadien, l'Association canadienne de santé publique, l'Association canadienne des infirmières et infirmiers, et plusieurs organismes de lutte contre le VIH/sida, dont le Réseau juridique (voir l'article à la une). Cela confirme l'importance du rôle que de tels organismes peuvent jouer auprès des parlementaires et du grand public, pour faire en sorte que les lois et politiques soient respectueuses des droits de la personne en relation avec le VIH/sida.

DOSSIERS

Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques

L'escalade de la crise de santé actuelle parmi les utilisateurs de drogue par injection, au Canada, suscite de nombreux appels à l'introduction de lieux sécuritaires pour l'injection afin de réduire le nombre de surdoses, la transmission d'infection sanguines et d'autres problèmes communautaires et de santé associés à l'injection de drogue. L'article qui suit résume un rapport sur les lieux sécuritaires pour l'injection, publié par le Réseau juridique canadien VIH/sida au début de 2002.¹ Le rapport contribue à la discussion sur les politiques, au Canada, et il explique pourquoi et comment le droit devrait soutenir l'introduction de lieux sécuritaires pour l'injection.

Que sont les lieux sécuritaires pour l'injection?

L'injection de drogue est au cœur d'une crise de santé de plus en plus grave, au Canada. Les personnes qui s'injectent des drogues côtoient de graves risques pour leur santé, notamment des surdoses, mortelles ou non, et la transmission d'agents infectieux par le sang, comme le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC).

Une des solutions proposées consiste à établir – d'abord à titre d'essai – des « lieux sécuritaires pour l'injection » (aussi appelés « sites d'injection sécuritaires » ou « lieux d'injection supervisés »). Cette mesure est utilisée et fonctionne avec succès en Suisse, en Allemagne, aux Pays-Bas et, depuis récemment, dans un endroit en Australie. En novembre 2001, les ministres de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux du

Canada ont mandaté un comité intergouvernemental d'examiner la possibilité d'établir un lieu sécuritaire pour l'injection (LSI), à titre de projet d'étude scientifique et médicale.

Un lieu sécuritaire pour l'injection est un endroit où des personnes qui s'injectent des drogues ont la possibilité de le faire au moyen de matériel stérile et sous la supervision d'un personnel détenant une formation médicale. Aucune drogue n'est fournie sur les lieux : elle y est apportée par les utilisateurs. L'équipe de professionnels n'aide pas à l'administration de la drogue, mais aide les utilisateurs à éviter les surdoses, la transmission d'infections sanguines et d'autres problèmes de santé (comme les abcès) qui peuvent résulter de l'utilisation de matériel d'injection non stérile ou de pratiques non sécuritaires d'injection.

Les lieux sécuritaires pour l'injection peuvent en même temps contribuer à diriger des utilisateurs de drogue vers des programmes de traitement et de réadaptation; ils peuvent aussi jouer un rôle de centres de soins de santé primaires. Les établissements fournissent gratuitement du matériel d'injection stérile, y compris des seringues, de l'alcool, des cotons ouate, de l'eau, des chauffoirs/cuillères et des garrots. Leurs buts sont de réduire les incidents de l'utilisation non sécuritaire de drogues par injection et de prévenir les conséquences néfastes qui résultent trop souvent de l'injection non sécuritaire. Il ne s'agit pas de piqueries, qui ne sont pas reconnues légalement ou officiellement, et sont souvent non sécuritaires parce qu'elles n'offrent pas de conditions salubres, d'accès à du matériel d'injection stérile, de supervision et d'accès immédiat à du personnel de soins de santé, ni de lien avec d'autres services de soutien et de santé.

Quel est le but du rapport?

Le but du rapport est de contribuer à éclairer une évolution des lois et politiques canadiennes de manière à appuyer des mesures de réduction des méfaits comme des lieux sécuritaires

pour l'injection. Il explique que, pour favoriser le bien-être des utilisateurs de drogue et des communautés, il est nécessaire d'apporter des changements aux lois et politiques sur la

Plusieurs rapports publiés au Canada ont recommandé la mise en œuvre ou l'essai de lieux supervisés pour l'injection.

drogue, notamment pour mettre en œuvre des lieux sécuritaires pour l'injection. De tels changements sont possibles et l'on se doit de les réaliser, en vue de réduire les méfaits associés à l'usage de drogue ainsi que ceux qui découlent à proprement parler des politiques sur la drogue.

La publication du document s'inscrit dans la suite du rapport publié en 1999 par le Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, qui abordait de nombreuses problématiques mais n'offrait pas une analyse juridique et éthique des questions particulières aux lieux sécuritaires pour l'injection. Il s'inscrit aussi dans la lignée de plusieurs rapports canadiens qui ont abordé expressément le dossier des lieux supervisés pour l'injection et qui ont demandé la mise en œuvre de telles initiatives, ou du moins la mise à l'essai d'un tel site, comme une facette importante de la stratégie générale du Canada pour réagir à l'usage de drogue par injection et aux méfaits qui s'y associent.²

Que contient le rapport?

Le rapport décrit l'étendue et la gravité de la situation en ce qui a trait à

l'injection de drogue, au Canada, et la crise de santé qui sévit parmi les utilisateurs de drogue. Il décrit les types d'approches adoptées en réaction à l'usage de drogue, allant de mesures prohibitionnistes jusqu'aux approches à multiples facettes assorties d'initiatives de réduction des méfaits.

Ensuite, le rapport examine les arguments invoqués fréquemment à l'appui et à l'encontre de la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection, puis il conduit à la conclusion que plusieurs arguments invoqués contre les lieux sécuritaires pour l'injection sont non fondés ou sont exagérés, et que leur contenu est dépassé en importance par les bienfaits possibles de la création de lieux sécuritaires.

Le document examine la réussite de la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection, dans quelques pays européens, et il rend compte de récentes initiatives amorcées dans certains territoires de l'Australie. Les données disponibles montrent que l'intégration de lieux sécuritaires pour l'injection en tant que volet d'une réaction plus complète à l'injection de drogue est susceptible d'entraîner d'importants bénéfices pour les utilisateurs et pour l'ensemble de la communauté, et que de telles initiatives devraient à tout le moins être mises à l'essai.

Après avoir examiné sur les arguments pour et contre l'introduction de lieux sécuritaires pour l'injection, ainsi que l'expérience d'autres pays à ce chapitre, le document aborde les questions de droit international et interne liées à la mise en œuvre et au fonctionnement de LSI.

Premièrement, une brève discussion sur le droit international des droits de la personne démontre que le

refus d'introduire une telle mesure peut constituer une violation des obligations du Canada à l'égard des droits humains dans le cadre du droit international, en particulier l'obligation légale d'adopter des mesures législatives et d'autre nature, pour assurer progressivement le droit à la santé de tous les Canadien-ne-s, y compris ceux qui utilisent des drogues illégales.

Deuxièmement, le rapport examine les traités sur le contrôle de la drogue signés par le Canada; il conclut que ces traités n'empêchent pas d'ouvrir des lieux supervisés pour l'injection et que, de fait, ils renferment des dispositions qui permettent de créer de tels programmes.

Troisièmement, il aborde des questions liées à la responsabilité criminelle et à la responsabilité civile, en relation avec le fonctionnement de lieux d'injection; et il conclut qu'il est possible de régler ces préoccupations.

Le rapport discute ensuite brièvement de l'argument selon lequel, en échouant à mettre sur pied ou à tout le moins à mettre à l'essai des lieux supervisés pour l'injection, les gouvernements pourraient être tenus responsables de négligence ou de manquement à leurs obligations constitutionnelles.

En outre, les mécanismes légaux disponibles pour permettre un essai de lieu supervisé d'injection sont abordés; certaines recommandations spécifiques sont formulées à propos des principaux éléments d'un cadre légal pour régir le fonctionnement de lieux sécuritaires pour l'injection, au Canada.

Que recommande le rapport?

Le document se termine en adressant au(x) gouvernement(s) du Canada six recommandations d'action, quant aux lieux supervisés pour l'injection :

1. Le gouvernement fédéral devrait rafraîchir la Stratégie canadienne antidrogue afin d'appuyer explicitement la mise à l'essai de lieux sécuritaires pour l'injection en tant qu'importantes mesures de réduction des méfaits qui devraient être intégrées aux politiques de réaction aux méfaits associés à l'injection de drogue.
2. Le gouvernement fédéral devrait établir un cadre de réglementation aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS), pour éliminer le risque de responsabilité criminelle des employés et clients de lieux sécuritaires pour l'injection; et pour réduire les risques de responsabilité civile liée à l'opération de ces établissements.
3. Ce cadre de réglementation devrait aborder des éléments comme les critères d'accès à l'établissement, les activités et services autorisés sur les lieux, et les exigences administratives minimales pour assurer un fonctionnement sécuritaire et efficace. Ce cadre de réglementation à établir aux termes de la LDS devrait comporter, pour les LSI autorisés, une exemption de l'application des dispositions pertinentes de la LDS; de plus, en vertu de ce cadre réglementaire,
 - l'accès aux lieux sécuritaires pour l'injection ne devrait pas être

réservé à des adultes, mais permis également aux jeunes qui s'injectent de la drogue;

- l'accès à ces lieux ne devrait pas être interdit aux femmes enceintes;
- l'accès à ces lieux ne devrait pas être interdit aux clients accompagnés d'enfants;
- l'accès à ces lieux ne devrait pas être refusé automatiquement à un client parce qu'il est en état d'ébriété;
- le partage de matériel d'injection entre clients devrait être interdit dans tout lieu sécuritaire pour l'injection;
- le partage et la vente de drogue devraient être interdits dans ces lieux;
- seule l'auto-injection devrait être permise; on devrait interdire l'aide à l'injection par le personnel des lieux;
- on devrait assurer la prise en considération d'éléments de sécurité, dans la planification physique des lieux, et stipuler que du personnel de sécurité soit présent pendant toutes les heures d'opération; et
- on devrait requérir qu'une partie du personnel se compose d'infirmiers/infirmières détenant des qualifications médicales, ou de médecins, et que tous les employés aient reçu une formation élémentaire en premiers soins, en soins d'urgence en cas de surdose, de même qu'en gestion de crise; et soient formés adéquatement au sujet de toutes les politiques et procédures relatives à la sécurité, à la référence à d'autres services, à la confidentialité de l'information sur les clients, etc.

Les traités internationaux sur le contrôle de la drogue n'interdisent pas au Canada d'ouvrir des lieux supervisés pour l'injection.

4. D'ici à ce qu'un tel cadre de réglementation soit en vigueur, la ministre fédérale de la Santé devrait accorder des exemptions ministérielles de l'application des dispositions pertinentes de la LDS, à certains lieux sécuritaires pour l'injection (et aux programmes d'échange de seringues) ainsi qu'à leurs employés et clients, de sorte que ces programmes puissent fonctionner à titre d'essai.
5. Santé Canada devrait financer le fonctionnement et l'évaluation d'un essai scientifique multi-sites de lieux sécuritaires pour l'injection – comprenant des études de l'impact de ces programmes sur la santé et le bien-être des personnes qui y ont recours, de même que des retombées générales sur le plan de la santé publique et dans les communautés concernées.
6. Les fonctionnaires et élus des paliers fédéral, provincial/territorial et municipal qui ont des responsabilités dans les domaines de la santé, des services sociaux ainsi que de l'application de la loi devraient collaborer à faire en sorte que la mise à l'essai de lieux sécuritaires pour l'injection s'amorce dès que possible.

Conclusion

La mise sur pied de lieux sécuritaires pour l'injection est une des nombreuses stratégies proposées pour lutter contre certains des méfaits associés à l'injection de drogue. Cette mesure vise à répondre à un problème précis,

La Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne ont démontré que la création de lieux sécuritaires pour l'injection est réalisable et efficace.

en apportant une dimension qui manque à un ensemble de mesures qui sont déjà en place – dont certaines cherchent à s'attaquer à la dépendance elle-même, alors que d'autres tentent principalement de réduire les conséquences négatives qui se rattachent à l'usage de drogue par injection et d'atténuer la rudesse improductive des approches punitives. Les LSI poursuivent des buts et objectifs qui sont délibérément circonscrits; leur visée principale est de réduire les risques associés au fait de s'injecter de la drogue, tout en permettant en même temps de mettre les utilisateurs en contact avec d'autres services de santé et de soutien (y compris des traitements de la toxicomanie), et de réduire les retombées négatives que peut avoir un lieu de consommation de drogue à ciel ouvert, dans la communauté.

Résister à la possibilité de créer des lieux sécuritaires pour l'injection, en plus d'être contraire à l'éthique, est contraire aux obligations internationales du Canada à l'égard des droits de

la personne – par exemple, d'atteindre le meilleur état de santé possible. Les initiatives comme les LSI sont permises en vertu des traités internationaux sur la drogue, à titre d'expériences scientifiques pour prévenir la maladie et pour rehausser les efforts de traitement et de réadaptation. De plus, en cas de constat de réussite aux termes de la mise à l'essai de LSI (ce qui est déjà démontré en Australie, en Suisse, en Allemagne et aux Pays-Bas), ils peuvent devenir des volets permanents des stratégies à multiples facettes pour la réduction des méfaits. Par ailleurs, les traités sur la drogue dont le Canada est signataire autorisent la mise en œuvre permanente de LSI, dans le cadre du droit de chaque État signataire de déterminer à quelles mesures il peut avoir recours en fonction des « conditions qui prévalent » et des exigences de son droit interne. En outre, le droit canadien n'est pas nécessairement un obstacle à la mise en œuvre de lieux sécuritaires pour l'injection et, de fait, il lui serait même relativement facile de s'y accommoder.

La Suisse, les Pays-Bas et l'Allemagne ont démontré que la création de lieux sécuritaires pour l'injection est une initiative réalisable et efficace. L'Australie en a reconnu la nécessité et elle est à l'étape d'expérimentation. Le Canada a une obligation éthique, et possiblement une obligation légale (du moins en vertu du droit international) de mettre en œuvre un essai clinique de lieu sécuritaire pour l'injection, en tant que mesure qui protégera et favorisera la santé des Canadiens-ne-s. Les gouvernements des paliers fédéral, provincial et municipal ne peuvent continuer d'ignorer les risques de santé qui s'associent à l'injection de drogue et à l'approche actuelle du droit criminel

pour réagir à l'usage de drogue. Il est plus que temps que le gouvernement passe à l'action pour prévenir des cas évitables de maladie et de décès qui résultent d'un usage non sécuritaire de drogue.

– Richard Elliott, Ian Malkin
et Jennifer Gold

Des exemplaires de ce rapport (et des feuillets d'information qui en résument le contenu) peuvent être téléchargés du site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida, à <www.aidslaw.ca>, ou commandés auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (tél. : 613 725-3434; téléc. : 613 725-1205; courriel : <aidsida@cpha.ca>). Richard Elliott est avocat et directeur des politiques et de la recherche, au Réseau juridique canadien VIH/sida; on peut communiquer avec lui à <relliott@aidslaw.ca>. Ian Malkin est chargé d'enseignement à la faculté de Droit de l'Université de Melbourne; son courriel est <i.malkin@law.unimelb.edu.au>. Jennifer Gold est étudiante en Droit à l'Université McGill, Montréal, et elle a effectué un stage au Réseau juridique canadien VIH/sida, en 2001; on peut la joindre à <jgold2@po-box.mcgill.ca>.

¹ R. Elliott, I. Malkin, J. Gold, *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (accessible à <www.aidslaw.ca>). Ce document est une adaptation canadienne d'un article écrit par Ian Malkin au sujet de la nécessité de créer des lieux sécuritaires pour l'injection : I. Malkin, « Establishing Supervised Injecting Facilities: A Responsible Way to Help Minimise Harm », *Melbourne University Law Review*, 2001, 25(3) : 680.

² Voir, p. ex., T. Kerr, *Safe Injection Facilities: Proposal for a Vancouver Pilot Project*, préparé pour la Harm Reduction Action Society, Vancouver, 2000; J.V. Cain, *Report of the British Columbia Task Force into Illicit Narcotic Overdoses* (« le rapport Cain »), Victoria, C.-B., ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 1994; E. Whynot, *Health impact of injection drug use and HIV in Vancouver*, Vancouver, Vancouver Health Board, 1996; Provincial Task Force on Addictions, « Weaving the Threads », rapport commandé par le premier ministre de la Colombie-Britannique; *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogue par injection au Canada*, rapport du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la Santé de la population, 2001.

Rapport sur les soins de santé complémentaires/parallèles et le VIH/sida

En 2001, le Réseau juridique canadien VIH/sida a publié un rapport exhaustif sur les *Approches complémentaires et parallèles en santé et VIH/sida : questions de droit, d'éthique et de politiques dans le réglementation* – le premier d'une série de documents produits par le Réseau, à propos de questions prioritaires d'ordre juridique et éthique liées aux soins, aux traitements et au soutien pour le VIH/sida. L'article qui suit en résume le contenu.

Pourquoi un rapport sur les approches complémentaires/parallèles en santé et le VIH/sida?

Depuis une décennie (et particulièrement depuis les cinq dernières années), on s'intéresse de plus en plus, au Canada, aux médecines complémentaires/parallèles (MCP). La recherche dans ce domaine s'est considérablement développée. Le gouvernement fédéral a élaboré un nouveau cadre réglementaire pour les produits de santé naturels et l'on observe des développements continus au palier provincial/territorial dans la reconnaissance et la réglementation des praticiens de certaines MCP. Les organismes communautaires actifs dans le domaine du VIH/sida discutent de plus en plus des étapes nécessaires à assurer que les personnes vivant avec le VIH/sida aient accès à une gamme d'options de traitement et à l'information nécessaire pour prendre des décisions éclairées à ce sujet.

Un nombre important et croissant de Canadiens utilisent des MCP et des données portent à croire que cette tendance est encore plus prononcée parmi les personnes vivant avec le VIH/sida, qui utilisent diverses MCP

dans le but notamment d'exercer un contrôle sur leur santé, de lutter contre la dépression, de stimuler leur système immunitaire, de prévenir des infections ou de retarder la progression de la maladie à VIH, ou encore d'alléger des effets secondaires désagréables qui sont associés aux médicaments conventionnels.

Il est cependant manifeste aussi que plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida sont réduites à prendre ces décisions de traitement en n'ayant qu'un accès limité à des renseignements fiables, à propos de l'innocuité et de l'efficacité des thérapies qu'elles utilisent, y compris en matière d'interactions possibles avec des médicaments conventionnels et d'effets possibles en particulier pour des personnes dont le système immunitaire est compromis. Cette situation donne lieu à des questions éthiques et juridiques, pour les individus qui utilisent des MCP, pour les professionnels des soins de santé conventionnels qui soignent des personnes vivant avec le VIH/sida, pour les fabricants de produits de santé naturels, pour les praticiens des diverses thérapies complémentaires/parallèles, de même que pour les instances gouvernementales et de réglementation profession-

nelle qui doivent assurer un équilibre adéquat entre la protection des consommateurs/patients et le respect de leurs choix en matière de soins de santé.

Plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida sont réduites à prendre des décisions avec un accès limité à des renseignements fiables sur l'innocuité et l'efficacité des thérapies complémentaires ou parallèles qu'elles utilisent

Quel est le but du rapport?

Ce document ne recommande pas et ne déconseille pas le recours à des thérapies ou pratiques complémentaires/parallèles en particulier, pas plus qu'il n'a pour objet d'aborder toute la pléiade de questions juridiques et éthiques que soulève l'utilisation de MCP par des personnes vivant avec le VIH/sida. Le but principal est d'examiner l'approche à adopter pour réglementer le domaine de la médecine complémentaire/parallèle (tant les produits que les praticiens). L'objectif est de faire en sorte que les règles de droit et de politiques canadiennes dans le domaine des soins de santé complémentaires/parallèles se fondent sur les données disponibles,

les considérations d'ordre éthique et une compréhension des cadres et principes juridiques pertinents.

Que contient le rapport?

Le document offre :

- une discussion des difficultés de définir précisément le domaine des médecines complémentaires et/ou parallèles;
- un examen des données disponibles au sujet de l'utilisation de MCP dans l'ensemble de la population canadienne;
- un examen des données disponibles au sujet de l'utilisation de MCP par des personnes vivant avec le VIH/sida, en identifiant certaines des principales conclusions à tirer au sujet de la prévalence de cette utilisation ainsi qu'à propos des tendances et des raisons de cette utilisation;
- des commentaires sur des questions particulières qui sont pertinentes aux peuples autochtones et au sujet des pratiques autochtones de guérison traditionnelles;
- une analyse des questions éthiques associées à l'usage de MCP, en particulier par des personnes vivant avec le VIH/sida; à la lumière d'une application des principes de non-malfaisance, de bienveillance, de respect de l'autonomie personnelle, ainsi que de justice, on tire certaines conclusions quant aux éléments nécessaires en vertu de l'éthique, dans les domaines du droit, des politiques et de la pratique; puis
- un examen de questions juridiques et de politiques, quant à l'approche appropriée pour la réglementation des MCP dans les secteurs de la réglementation fédérale des produits de santé naturels ainsi que de la réglementation provinciale/terri-

toriale des praticiens; et

- une discussion sur la question de la responsabilité des praticiens dans la fourniture de MCP.

Trois thèmes se dégagent de l'examen des données disponibles et de l'analyse éthique et légale effectuée :

- la nécessité de recherches plus abondantes et de meilleure qualité, au sujet des MCP;
- la nécessité d'améliorer l'éducation et la formation des professionnels de la santé, tant dans des domaines complémentaires/parallèles que dans la médecine conventionnelle, en matière de VIH/sida et de MCP; et
- la nécessité d'une approche qui assure un équilibre approprié des considérations éthiques, dans la réglementation des produits et des praticiens.

Quelles sont les conclusions et les recommandations?

Le document renferme des conclusions et recommandations liées à ces trois domaines principaux.

Nous recommandons notamment de :

- financer des recherches sur l'utilisation de MCP par des personnes vivant avec le VIH/sida, sur leurs connaissances à propos des MCP, sur les obstacles à l'accès aux MCP pour ces personnes, ainsi que sur les opinions concernant la couverture de MCP par les assurances;
- financer des recherches sur l'innocuité et l'efficacité de divers produits et thérapies complémentaires/parallèles, en particulier pour l'usage qu'en font des personnes vivant avec le

VIH/sida, et en accordant une priorité particulière à la recherche sur les produits et thérapies au sujet desquels il existe :

- (a) des indications préliminaires encourageantes et fiables sur le plan de l'efficacité;
- (b) des indications anecdotiques constantes sur le plan de l'efficacité;
- (c) des indications d'un usage répandu parmi les personnes vivant avec le VIH/sida; et/ou
- (d) des indications d'effets nocifs, connus ou potentiels, notamment lorsque utilisés en conjonction avec des traitements conventionnels pour le VIH/sida;

- soutenir le développement de compétences de recherche parmi les praticiens de MCP au Canada;
- assurer que les recherches par/avec les communautés autochtones, et au sein de celles-ci, à propos des pratiques traditionnelles de guérison, soient régies par les principes que les peuples autochtones ont articulés quant à la propriété, au contrôle et à l'accès relatifs aux méthodes et aux résultats de recherche; et assurer la protection des connaissances traditionnelles, contre l'appropriation et l'exploitation;
- intégrer une éducation de base sur les MCP dans le programme de formation des praticiens des soins de santé conventionnels; intégrer une éducation sur le VIH/sida dans la formation des praticiens de MCP; et inviter les professionnels de la santé à interroger leurs patients à propos de leur usage de MCP, en tant qu'élément de bonne pratique et d'intérêt lié au bien-être du patient;
- régler des questions comme la

norme applicable à l'examen pour homologation, les exigences en matière d'étiquetage, la surveillance des produits après l'approbation pour vente au Canada, afin de repérer d'éventuels effets secondaires; assurer que les fabricants ou vendeurs de produits respectent les exigences du régime de réglementation; assurer l'indépendance du Bureau des produits de santé naturels, à titre d'instance fédérale de réglementation, en lien avec le nouveau cadre réglementaire qui est en développement pour l'homologation et la vente de produits de santé naturels au Canada;

- développer de la documentation qui aiderait les praticiens non réglementés, dans des domaines complémentaires/parallèles, à se doter de mécanismes d'autoréglementation s'ils en décident ainsi;
- financer des recherches sur les divers modes de réglementation, afin d'évaluer la possibilité et l'à-propos de réglementer divers groupes de praticiens complémentaires/parallèles;
- procéder à un examen des lois provinciales et des politiques d'instances de réglementation professionnelle des praticiens des soins de santé conventionnels, en

ce qui a trait aux médecines complémentaires/parallèles, en vue d'assurer que les patients puissent prendre des décisions éclairées quant à une gamme de pratiques de soins de santé et de praticiens qualifiés, et qu'ils puissent y avoir accès.

Un sommaire des recommandations est inclus à la fin du document.

Prochaines étapes

Le document a été transmis à une vaste gamme d'individus et organismes impliqués dans les domaines du VIH/sida et des médecines complémentaires/parallèles. Il a aussi été transmis aux intervenants pertinents du domaine des politiques gouvernementales, aux instances de réglementation professionnelle, aux associations de praticiens, aux universités et collèges qui s'occupent d'éducation aux praticiens des soins de la santé, ainsi qu'à d'autres parties intéressées. Ceux qui ont reçu le document ont été invités à formuler leurs commentaires et suggestions quant aux questions abordées et aux recommandations, et à exprimer leur avis sur les meilleures manières de progresser dans la mise en œuvre de ces recommandations.

De plus, des feuillets d'information au sujet des questions juridiques et

éthiques associées aux MCP et aux soins pour le VIH/sida ont été préparés. Les feuillets résument le contenu du document sous une forme plus facile à consulter, de manière à rendre le rapport plus accessible à divers publics et à servir d'instrument utile pour l'éducation et les discussions sur les éléments de contenu qu'il aborde.

– *Robert Crouch, Richard Elliott, Trudo Lemmens et Louis Charland*

Robert Crouch est étudiant de 3^e cycle au département de Philosophie de l'University of Virginia. On peut le joindre à <rac9v@unix.mail.virginia.edu>. Richard Elliott est avocat à l'emploi du Réseau juridique canadien VIH/sida; son courriel est <relliott@aidslaw.ca>. Trudo Lemmens est professeur adjoint aux facultés de Droit et de Médecine de l'Université de Toronto. On peut le joindre à <trudo.lemmens@utoronto.ca>. Louis Charland est professeur adjoint au département de Philosophie et à la faculté des Sciences de la santé de l'University of Western Ontario; son courriel est <charland@julian.uwo.ca>.

Des exemplaires supplémentaires du rapport et des feuillets peuvent être téléchargés du site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida, à <www.aidslaw.ca>, ou commandés auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (tél. : 613 725-3434; téléc. : 613 725-1205; courriel : <aidssida@cpha.ca>).

Le VIH/sida en prison : nouveaux développements

L'ancien président des États-Unis, Bill Clinton, déplore les taux élevés d'incarcération, affirmant que le système judiciaire des É.-U. est un facteur important dans la transformation de certaines prisons en « incubateurs pour la toxicomanie et pour le VIH/sida ». Des études irlandaises confirment ce qu'avaient conclu des études antérieures dans d'autres systèmes carcéraux : les taux de VIH/sida et d'hépatite C sont beaucoup plus élevés en prison que dans le reste de la population, et les détenus sont exposés à un risque élevé de contracter le VIH et d'autres infections. Des comportements à risque sont répandus et certains systèmes carcéraux refusent d'accroître l'accès à la méthadone pour les détenus dépendants d'opiacés (bien qu'une récente étude canadienne démontre clairement les avantages d'offrir le traitement à la méthadone, en prison) ou d'amorcer des programmes d'échange de seringues en prison. Au Canada, des services correctionnels sont maintenant l'objet de poursuites intentées par des détenus qui soutiennent avoir contracté le VIH en prison en raison de la négligence du système des prisons, et par la suite, ne pas avoir reçu des soins adéquats. Par ailleurs, le gouvernement de l'Espagne a ordonné que des programmes d'échange de seringues soient offerts dans toutes les prisons du pays. Ces développements et d'autres sont décrits dans la série d'articles ci-dessous, compilée par Ralf Jürgens, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut communiquer avec Ralf à <ralfj@aidslaw.ca>.

Poursuite d'un détenu contre le SCC

Le présent article résume une poursuite en justice déposée récemment à la Cour supérieure de justice de l'Ontario par un détenu séropositif au VIH d'un établissement fédéral, contre le Service correctionnel du Canada (SCC). Cette action est l'une des importantes tentatives amorcées pour tenir le gouvernement et les autorités publiques responsables pour leur défaut de réagir comme il se doit à la crise du VIH/sida dans les prisons. Une des allégations est que le SCC doit être tenu responsable de la séroconversion d'un détenu qui était sous sa garde et

ses soins; il est par ailleurs allégué que le SCC fait preuve de négligence dans la fourniture de soins médicaux aux détenus vivant avec le VIH. L'auteur de ce compte-rendu, Darrell Kloeze, est avocat au service de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) et il représente M. Pothier dans son action contre le SCC. On peut joindre Me Kloeze à <kloezed@lao.on.ca>.

Jason Pothier, un homme de 25 ans qui a été détenu pendant la quasi-totalité des huit dernières années (et incarcéré dans le système pénitentiaire fédéral depuis septembre 1997)

a intenté une action en dommages pour négligence contre le SCC, relativement à son infection par le VIH et ses soins médicaux après avoir contracté le VIH. Cette action est fondée sur deux principes reconnus en common law, la négligence et la responsabilité fiduciaire, de même que sur la *Charte canadienne des droits et libertés*.

Les faits

M. Pothier a contracté le VIH et le VHC alors qu'il était incarcéré dans le système fédéral de prisons, en s'injectant de l'héroïne au moyen de seringues usagées. Il est devenu dépendant de l'héroïne pendant son incarcération dans un établissement correctionnel fédéral. Il n'avait pas utilisé d'héroïne avant d'être incarcéré. Conscient du risque que comporte l'injection au moyen de seringues usagées, il avait demandé plusieurs fois d'être admis à un programme de traitement d'entretien à la méthadone, ce qui lui fut refusé chaque fois. Il n'était pas admissible au traitement à la méthadone, en vertu des directives du SCC en la matière, parce qu'il ne recevait pas de tel traitement avant d'être incarcéré, et parce que son cas en regard de l'utilisation d'héroïne a été jugé trop léger. Après avoir essuyé des refus au traitement à la méthadone, il est devenu séropositif au VIH.

Les arguments

À présent, M. Pothier a intenté une poursuite contre le SCC, alléguant que le Service doit être tenu responsable de son infection par le VIH en raison de son refus de lui avoir accordé le traitement à la méthadone tout en sachant qu'il était fort probable que M. Pothier allait contracter le VIH, vu sa dépendance à l'héroïne (et en raison, par ailleurs, du refus de mettre à disposition du matériel d'injection stérile, dans les établissements du SCC). De plus, M. Pothier affirme que le SCC a fait défaut de lui fournir des médicaments anti-VIH avec régularité. En raison de ce facteur, une résistance virale à plusieurs médicaments s'est développée chez M. Pothier.

M. Pothier allègue, premièrement, que le SCC a fait preuve de négligence dans ses soins et traitements, avant et après son infection par le VIH. Il soutient que les soins et traitements médicaux qu'il reçoit en prison ne respectent pas les normes professionnelles de soins que le SCC est tenu d'offrir à tous les détenus qui sont sous sa garde.

Pour prouver que le SCC a fait preuve de négligence dans la provision de soins de santé à M. Pothier, ce dernier devra démontrer que les soins qu'il a reçus en prison ne satisfaisaient pas à une norme de soins acceptable. M. Pothier s'appuie sur l'article 86 de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, qui stipule que le Service correctionnel doit veiller à ce que « chaque détenu reçoive les soins de santé essentiels » et que la « prestation des soins de santé doit satisfaire aux normes professionnelles reconnues ».

M. Pothier allègue que le SCC a fait preuve de négligence en lui refusant le traitement à la méthadone malgré ses demandes expresses de recevoir ce traitement afin de réduire

son risque de contracter le VIH après être devenu dépendant de l'héroïne.

M. Pothier allègue de plus que le SCC a été négligent en omettant de lui fournir des soins médicaux soutenus pour le VIH, après qu'il l'ait contracté. M. Pothier a témoigné qu'à plusieurs occasions, il n'a pas reçu ses médicaments antirétroviraux pendant jusqu'à une semaine, et une fois jusqu'à dix jours. Pendant les périodes où le SCC a négligé de lui fournir régulièrement ce traitement médicalement important, il s'est développé chez M. Pothier une résistance virale à ces médicaments. Ces failles dans le traitement compromettent à présent la capacité du médecin spécialiste de traiter l'infection à VIH chez M. Pothier et, par conséquent, la santé de ce dernier en souffre.

En défense contre la poursuite, le SCC a argué que M. Pothier avait volontairement assumé le risque de contracter le VIH lorsqu'il a commencé à s'injecter de l'héroïne, et que son infection avait résulté de sa propre négligence. En l'essence, le SCC plaide que M. Pothier devrait assumer la responsabilité de son infection par le VIH.

En réponse à cette allégation, M. Pothier peut toutefois affirmer qu'il a fait les efforts pour réduire son propre risque de contracter le VIH – il a demandé à plusieurs reprises un traitement à la méthadone, qui lui a été refusé. Et, triste ironie des directives du SCC sur la provision du traitement à la méthadone, on a fini par accorder à M. Pothier un traitement d'entretien à la méthadone, mais seulement après qu'il ait contracté le VIH. L'explication offerte par le SCC est que M. Pothier est maintenant admissible au traitement à la méthadone en raison des graves conséquences de sa dépendance à l'héroïne sur la capacité de son médecin de le traiter pour l'in-

fection à VIH.

M. Pothier s'appuie aussi sur la doctrine juridique selon laquelle le SCC a envers lui une obligation fiduciaire d'assurer sa sécurité et son bien-être. Il allègue qu'il y a une rela-

M. Pothier a contracté le VIH et le VHC alors qu'il était incarcéré dans le système fédéral.

tion particulière entre le SCC et les détenus qui sont sous sa garde et sa responsabilité. Le SCC a une responsabilité particulière de veiller à ce que les détenus reçoivent les soins de santé nécessaires puisque, dans leur situation, ils ne peuvent clairement pas pourvoir eux-mêmes à leurs besoins à ce chapitre. La reconnaissance de l'obligation fiduciaire, dans ces circonstances, est susceptible d'accroître la probabilité que M. Pothier touche une compensation financière pour les dommages subis. Fait plus important encore, cela met en relief le sérieux de la responsabilité du SCC de voir à ce que les détenus sous ses soins et sa garde reçoivent tous les soins et services de santé essentiels, et ce, de manière acceptable et professionnelle.

M. Pothier appuie par ailleurs sa poursuite contre le SCC sur un certain nombre de dispositions de la *Charte canadienne des droits et libertés*, en tant que fondement indépendant. Notamment, il invoque l'article 7 de la *Charte* qui garantit à tout Canadien « le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne ». M. Pothier soutient que le peu de professionnalisme de la norme des soins de santé qu'il a reçus affecte matériellement la sécurité de sa personne, puisqu'il vit

maintenant avec l'infection à VIH et que le virus présent dans son organisme a développé une importante résistance aux médicaments qui le

On a fini par accorder à M. Pothier un traitement d'entretien à la méthadone, mais seulement après qu'il ait contracté le VIH.

rend moins susceptible de bénéficier de l'effet des traitements.

M. Pothier invoque aussi l'article 12 de la *Charte*, qui garantit le droit à la protection contre tous « traitements ou peines cruels et inusités ». Cet article de la *Charte* a déjà été cité par des tribunaux, dans des commentaires sur le manque de soins appropriés contre le VIH dans les prisons canadiennes.

En outre, M. Pothier invoque l'article 15 de la *Charte*, qui garantit le droit « à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination ». M. Pothier allègue que ses statuts de détenu, de personne dépendante de l'héroïne et de personne vivant avec le VIH/sida ont été autant de facteurs ayant un impact discriminatoire sur les soins de santé qu'il a reçus du SCC.

Dédommagement

M. Pothier réclame des dommages pour négligence, violation de responsabilité fiduciaire et violation de la *Charte*, par le SCC. Toutefois conscient de l'impossibilité de compenser pleinement la grave perte de santé qu'il a subie, M. Pothier demande

aussi des changements plus vastes à l'échelle institutionnelle, de la part du SCC. Un but important de son action est de modifier la manière dont les détenus vivant avec le VIH sont traités, dans le système correctionnel. Il espère aussi que son action suscitera une meilleure sensibilisation du SCC à l'égard des problèmes qui affectent les détenus vivant avec le VIH/sida et qu'elle entraînera des programmes plus réalistes requis pour réduire les risques de transmission du VIH en situation carcérale.

Prochaines étapes

Le SCC a maintenant présenté sa défense. La prochaine étape dans cette affaire est la participation à un processus obligatoire de médiation institué par la Cour supérieure de l'Ontario. Le litige se poursuivra ensuite par les interrogatoires préliminaires, par les parties; l'étape suivante du procès n'est pas attendue d'ici au moins un an.

Canada – Un autre détenu poursuit une prison

En janvier 2002, un détenu séropositif a intenté des poursuites contre le gouvernement de la Colombie-Britannique et le Kamloops Regional Correctional Centre. Le plaignant, incarcéré depuis août 2001, affirme qu'un médecin lui prescrit des médicaments anti-VIH depuis septembre 2001. Il allègue que, depuis, il a reçu à trois reprises une trop forte dose de médicaments, et qu'à une occasion il a été laissé sans ses médicaments parce que la pharmacie de l'établissement avait omis de les commander comme requis. Il réclame des dommages pour préjudices à sa santé physique et émotive (incluant des pensées suicidaires).¹

Canada – Une étude démontre l'effet positif du traitement à la méthadone

Une étude récente sur le traitement d'entretien à la méthadone (TEM) dans des établissements correctionnels fédéraux démontre que le TEM a un impact positif sur l'issue de la mise en liberté et sur le comportement en établissement.² Ces conclusions appuient la nécessité d'accroître l'accès au TEM en prison. Fait important, elle conclut notamment qu'à long terme, le TEM pour les détenus pourrait bien réduire les dépenses du Service correctionnel du Canada (SCC) : « Les coûts du programme de TEM en établissement pourraient être compensés par les économies qu'entraînerait le séjour prolongé sans problème des délinquants dans la collectivité comparativement aux délinquants qui n'ont pas suivi un programme de TEM ».

Contexte

En janvier 1998, le SCC a amorcé la phase I d'un Programme national de TEM à l'intention des détenus de ressort fédéral présentant une dépendance à l'héroïne ou à d'autres opioïdes.³

La Phase I était conçue pour permettre la continuation de traitements à la méthadone qui avaient été amorcés dans la communauté, avant l'incarcération. En mars 1999, la Phase I du programme de TEM a été modifiée afin de permettre, dans des circonstances exceptionnelles, d'accorder le TEM à des détenus ayant une forte dépendance à l'héroïne et ne répondant pas aux critères d'accès à ce traitement. Les critères

de « circonstances exceptionnelles » sont les suivants : tous les traitements et programmes disponibles ont échoué; la santé du détenu continue d'être gravement compromise par la dépendance; et il « doit être absolument nécessaire d'intervenir immédiatement ».⁴

Selon le SCC, le but du programme de TEM vise à « réduire le plus possible les effets néfastes, sur le plan physique, psychologique, social et criminel, qui sont associés à la consommation d'opiacés, notamment la propagation du VIH et d'autres maladies infectieuses dans les unités opérationnelles du SCC ».⁵

Buts de l'étude

Le but de l'étude effectuée par la Direction de la recherche du SCC consistait à examiner l'issue de la mise en liberté de personnes qui avaient participé au programme de TEM dans un établissement du SCC, en comparaison avec un groupe de personnes ayant obtenu des résultats positifs à des tests de détection de l'héroïne pendant leur détention et qui avaient été identifiés comme toxicomanes, mais qui n'ont pas suivi de TEM. L'étude a par ailleurs examiné l'effet de la participation à un TEM sur le comportement en établissement. En particulier, les manquements à la discipline en établissement et le temps en période d'isolement ont été examinés avant et après l'amorce du TEM.⁶

D'après le rapport de l'étude,

[e]n étudiant l'incidence du TEM, on sera en mesure de déterminer ses effets bénéfiques possibles ainsi que la contribution qu'il peut avoir à la sécurité dans la collectivité. Il s'agit d'un traitement coûteux qui nécessite des ressources financières et humaines considérables. En obtenant des renseignements sur les résul-

tats du programme de TEM, les décideurs pourront mieux évaluer les répercussions éventuelles d'un programme élargi capable de répondre aux besoins de délinquants n'ayant pas encore suivi de TEM. La présente étude représente un premier pas vers la réunion de l'information nécessaire.⁷

L'échantillon⁸

Le groupe à l'étude (le « groupe traité ») se composait de 303 individus qui avaient participé à un TEM dans un établissement fédéral entre le 20 novembre 1996 et le 20 octobre 1999. Parmi ces personnes, environ 62% avaient été libérées avant le 15 mai 2000 et ont servi aux analyses de suivi.

Tel que mentionné précédemment, la principale caractéristique des participants au groupe témoin était d'être des « consommateurs connus d'héroïne ayant un problème de toxicomanie ». Pour les repérer, des résultats de tests d'urine ont été examinés et « la toxicomanie était confirmée par l'examen [de leurs] évaluations initiales ». Afin de faire partie du groupe sans TEM (« groupe témoin »), on devait avoir eu au moins un résultat positif d'analyse d'urine pour détecter des opiacés ou des opiacés A (métabolites d'héroïne) dans les tests au hasard et les tests ciblés effectués entre le 1^{er} janvier 1998 et le 20 octobre 1999. La toxicomanie était confirmée par l'étude de l'examen d'admission et des plans correctionnels. Le groupe témoin comprenait 215 individus, dont environ 52% avaient été libérés avant le 15 mai 2000 et pouvaient être visés par les analyses de suivi.

Résultats

Les résultats postlibératoires étaient mesurés en tenant compte de toute

réadmission dans un établissement correctionnel fédéral – tant pour des violations techniques que pour une récidive.

Les mesures du comportement en établissement (e.g. le nombre et le type d'actes d'inconduite ainsi que les périodes en isolement) ont été extraites du *système de gestion/évaluation des délinquants* (SGED) et examinées pour trois types d'infractions : drogue, violence et autre type. La définition d'infraction liée à la drogue incluait la possession d'alcool, de drogues ou de matériel connexe, le refus de donner un échantillon d'urine, le résultat positif à un tel test, le fait de consommer des substances intoxicantes et celui de participer à un trafic de drogue. Les infractions avec violence comprenaient « le fait d'agir de façon irrespectueuse ou outrageante avec le personnel; les bagarres, les voies de fait, les menaces à l'endroit de membres du personnel ou de détenus; ainsi que le fait de provoquer des troubles ou d'y participer en vue de mettre en péril la sécurité ». « Autres infractions » comprenait la « désobéissance à une règle officielle ou à un ordre direct; possession ou commerce d'objets interdits; possession d'objets non autorisés ou volés » et dommages ou destruction de biens.⁹

Analyses

Les participants du groupe traité au TEM étaient moins susceptibles d'être réincarcérés, et « ils étaient réincarcérés plus graduellement » que ceux du groupe témoin. Le groupe traité présentait aussi un taux inférieur de révocation de la liberté sous condition pour s'être trouvé illégalement en liberté ou pour violation de la condition d'abstinence d'alcool. De plus, le taux de récidive du groupe traité était le plus faible.

Sur le plan du comportement en établissement, le groupe traité et le groupe témoin ont été comparés selon plusieurs variables, mais la seule dissemblance associée à la participation au TEM avait trait aux accusations graves liées à la consommation de drogue. Le groupe traité a enregistré passablement moins de mises en accusations dans l'établissement, au total, moins d'accusations graves portées dans l'établissement et moins de périodes d'isolement imposé, mais cela n'a pas été associé à la participation à un TEM. L'étude a conclu que « il se pourrait bien que les délinquants admis au programme de TEM commencent à modifier leur comportement avant d'entreprendre le traitement ou que ceux qui font une demande pour se faire traiter et sont acceptés [aie]nt moins de problèmes de comportement en établissement. En effet, les changements de comportement antérieurs au TEM font peut-être partie de la démarche personnelle menant au choix de suivre le traitement. »¹⁰

Discussion

Les résultats de cette étude, comme on le reconnaît dans le rapport préparé par la Direction de la recherche du SCC, « montrent la nécessité de [permettre de] commencer le TEM en établissement ».¹¹ En particulier, l'étude porte à croire que la participation au TEM a un effet favorable sur les résultats postlibératoires au chapitre de la réincarcération dans un établissement fédéral. Comme l'exprime le rapport du SCC, « [i]l est important de souligner, à la lumière de cette conclusion, que le SCC pourrait donc dépenser moins à long terme pour les délinquants traités. Les coûts du programme de TEM en établissement

pourraient être compensés par les économies qu'entraînerait le séjour prolongé sans problème des délinquants dans la collectivité comparativement aux délinquants qui n'ont pas suivi un programme de TEM. L'exécution de programmes de TEM en établissement pourrait également réduire les coûts liés au traitement des infections au VIH ou à l'hépatite C.¹²

Tristement, l'étude a omis d'évaluer l'impact positif du TEM sur la santé des détenus qui le suivent. Néanmoins, elle procure d'importantes preuves de la nécessité (et de l'efficacité coût-rendement) d'une expansion du TEM en prison – une mesure que plusieurs organismes, dont le Réseau juridique canadien VIH/sida, recommandent depuis plusieurs années.¹³

Espagne – Le gouvernement ordonne la distribution de seringues stériles en prison

Dans un numéro antérieur de la Revue, nous avons publié un article sur les résultats positifs de l'évaluation des premiers programmes d'échange de seringues dans des prisons espagnoles.¹⁴ Il a récemment été annoncé que le ministre espagnol de l'Intérieur a ordonné la distribution de seringues stériles dans toutes les prisons du pays.

D'après un article d'*El País*, les détenus qui participent au programme devront faire part de leurs pratiques d'injection de drogue à un médecin de leur établissement correctionnel. En plus de leur remettre une seringue stérile, le médecin informera ces détenus des méfaits potentiels de l'injection de drogue ainsi que des façons de réduire ces méfaits.¹⁵

Le porte-parole de l'Institut pénitentiaire espagnol a souligné que la provision de matériel d'injection stérile et de counselling n'avait pas pour but de contrer l'usage de drogue en prison, mais bien de réduire la propagation d'infections.

Toujours selon l'article, environ 50% des détenus espagnols sont aux prises avec une dépendance à la drogue; et près du tiers des 162 détenus décédés dans les prisons du pays en 1999 avaient le sida.

Les résultats de l'évaluation du projet pilote d'échange de seringues, qui ont mené à la décision de distribuer des seringues dans toutes les prisons de l'Espagne, révélaient aussi que les détenus n'utilisent pas les seringues comme arme. Néanmoins, les détenus violents, jugés susceptibles d'utiliser des seringues comme arme, ne seront pas admissibles au programme. Malgré l'expérience du projet pilote, il reste des préoccupations liées aux attaques à la seringue. Un syndicat espagnol a souligné qu'il aurait été préférable de créer lieux sécuritaires pour l'injection, plutôt que de distribuer des seringues.

Irlande – VIH et hépatite C en prison

Deux études du département de Santé communautaire et de Pratique générale du Trinity College, à Dublin, ont mis en relief l'ampleur de la crise du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC) dans les prisons irlandaises. Elles confirment que les taux de VIH et de VHC y sont anormalement élevés et que les comportements à risque sont courants. L'article qui suit a été préparé par Rick Lines, ancien coordonnateur de l'éducation en

milieu carcéral au Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN), Toronto, qui travaille maintenant à un programme de toxicomanie en Irlande. On peut le joindre à <ricklines@yahoo.com>.

La première étude

La première étude, *Hepatitis B, Hepatitis C, and HIV in Irish Prisons: Prevalence and Risk*, publiée en 1999 par Allwright et coll., fut menée auprès de plus de 1 200 détenu-e-s. Elle a révélé un taux d'infection à VIH de 2% et un taux d'infection à VHC de 37%, parmi les participants. Chez les femmes détenues, ces taux étaient encore plus élevés; près de la moitié d'entre elles étaient porteuses du VHC.¹⁶

La deuxième étude

En 2000, une équipe de chercheurs du Trinity College a publié une étude connexe : *Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in Irish Prisoners, Part II: Prevalence and risk in committal prisoners 1999* (Long et coll.). Le rapport examine les cas de 600 personnes en liberté provisoire, à Dublin; il signale un taux de VIH de 2% et un taux de VHC de près de 22%, parmi celles-ci.¹⁷ Encore une fois, ces taux étaient plus élevés chez les femmes : environ 10% des participantes étaient séropositives au VIH et 56% étaient porteuses du VHC.¹⁸

Les taux de VIH et de VHC sont estimés à 0,1% parmi la population générale, en Irlande.¹⁹

Comportements à risque en prison

Les deux études ont démontré la prévalence élevée des activités à risque, parmi les détenus.

Allwright et coll. « ont trouvé des preuves de contact sexuel entre détenus, ainsi qu'un lien de l'hépatite B et du VIH avec les rapports sexuels entre hommes ».²⁰ Environ 2% des détenus interviewés ont affirmé avoir des rapports sexuels anaux entre hommes, en prison.²¹ Compte tenu de l'homophobie sociale et du stigmatisme associés à la divulgation de relations homosexuelles, on pourrait présumer que la prévalence des rapports sexuels anaux est plus élevée, en réalité. Plus de 10% de ceux qui ont dit s'y adonner sont séropositifs.²²

Long et coll. ont noté que près de 1% des hommes en détention provisoire affirmaient avoir eu des rapports sexuels anaux entre hommes, derrière les barreaux. Toutefois, les chiffres réels sont probablement supérieurs; les auteurs ont indiqué que les questions sur les pratiques homosexuelles « étaient les moins susceptibles d'obtenir une réponse franche » de la part des participants.²³

L'étude de Long et coll. a aussi examiné les pratiques de tatouage et le risque d'infection qui s'y associe. Près de la moitié des détenus interviewés étaient tatoués et le quart de ceux-ci (environ 15% des participants) s'étaient fait tatouer pendant leur incarcération.²⁴ Les chercheurs ont remarqué que le VHC « était plus courant chez les détenus tatoués que chez les non-tatoués ». Ils ont aussi noté que ceux qui ont été tatoués en prison étaient plus susceptibles d'être porteurs du VHC que ceux dont les tatouages ont été faits hors prison.²⁵

Les deux rapports présentent aussi des résultats détaillés sur les pratiques d'injection et leur lien avec l'infection à VIH et à VHC. Plus de 40% des 1 200 participants interviewés par Allwright et coll. ont indiqué s'être

injecté de la drogue au moins une fois, durant leur vie. Parmi les femmes, la proportion était encore plus élevée : 60% des participantes ont affirmé s'injecter de la drogue ou

Les détenus tatoués en prison étaient plus susceptibles d'être porteurs du VHC que ceux dont les tatouages ont été faits hors prison.

l'avoir déjà fait. Un utilisateur de drogue par injection sur cinq a déclaré s'être fait sa première injection en prison. Parmi ceux qui ont affirmé s'être injecté de la drogue au moins une fois, près de la moitié ont dit l'avoir fait en prison, et environ trois sur cinq ont affirmé avoir partagé du matériel d'injection avec d'autres détenus. Allwright et coll. ont noté que 87% de ceux qui avaient partagé du matériel d'injection étaient porteurs du VHC.²⁶

L'étude de Long et coll. révèle que 28% des personnes en détention provisoire s'étaient déjà injecté de la drogue. Encore une fois, cette proportion était plus élevée chez les femmes. Comme dans l'étude d'Allwright et coll., 60% des participants ont affirmé s'être injecté de la drogue au moins une fois, durant leur vie. Parmi ceux-ci, près de 20% ont fait leur première injection derrière les barreaux et 40% ont affirmé qu'ils y partageaient du matériel d'injection. L'étude signale que 90% des détenus qui ont partagé du matériel d'injection en prison vivaient avec le VHC.²⁷

Conclusions

Ces études démontrent clairement que l'injection de drogue et le partage de matériel d'injection sont répandus, dans les prisons d'Irlande. En particulier, elles corroborent les conclusions d'autres études internationales, à l'effet (1) qu'il y a une relation significative entre le partage de matériel d'injection et la transmission d'infec-

Un utilisateur de drogue par injection sur cinq a déclaré s'être fait sa première injection en prison.

tions par le sang, dans les prisons; et (2) qu'un nombre important de détenus se font leur première injection de drogue en prison.

Ces deux observations ont aussi été appuyées par un rapport publié en 2001 : *Drug Use Among Prisoners: An Exploratory Study*. L'auteure de ce rapport a mené des entrevues en profondeur auprès de 29 détenus, dans un grand établissement correctionnel de Dublin. Parmi ceux-ci, 10% ont déclaré être séropositifs et 14% ont rapporté s'être fait leur première injection durant leur détention.²⁸

Jusqu'ici, le Service correctionnel d'Irlande échoue à réagir pleinement à cette crise de santé. Les détenus du pays n'ont pas accès à des condoms ni à de l'eau de Javel, et la méthadone ne leur est offerte que sur une base limitée.²⁹ Malgré la prévalence élevée de l'injection de drogue et du partage de matériel – qui a mené Allwright et coll. à recommander « que des aiguilles et des seringues soient offertes de manière très stricte et contrôlée aux détenus qui continueront de s'injecter des opiacés »³⁰ – le Service cor-

rectionnel d'Irlande a refusé jusqu'ici d'envisager cette mesure.

États-Unis – Condoms distribués à des détenus gais, à Los Angeles

Le Sheriff's Department du comté de Los Angeles a commencé à distribuer discrètement des condoms à des détenus gais, dans sa prison du centre-ville – se joignant ainsi à seulement six autres établissements correctionnels des États-Unis qui offrent des condoms à leurs détenus pour freiner la propagation du VIH et d'autres infections.³¹

Selon un article du *Los Angeles Times*,

[J]e Sheriff's Department, qui gère le plus vaste système correctionnel du pays, dépense 180 000\$ par mois en médicaments anti-VIH pour traiter 220 détenus. Des dirigeants ont affirmé identifier 500 nouveaux détenus séropositifs chaque mois. Et les autorités de la santé du comté de Los Angeles ont recensé 100 nouveaux cas de VIH - près de 14% des 723 tests de VIH effectués chez des hommes sur une période de 10 mois, cette année - dans l'aile gaie de la prison. Le département de la santé a également compté 27 cas de chlamydia, 16 nouveaux cas de gonorrhée et quelques cas de syphilis en phase précoce, dans cette unité.

Le directeur Taylor Moorehead, qui supervise les prisons du comté et qui a pris la décision d'y distribuer des condoms, souligne que

C'est une question de santé... Je l'ai fait uniquement pour des raisons de santé. C'est une réalité de notre époque et une réponse concrète qui démontre que je reconnais la propagation d'infections mortelles par [les rapports sexuels].

Les condoms sont fournis par un organisme externe sans but lucratif, Correct HELP, qui présente chaque semaine un exposé d'éducation sur le VIH/sida avant de distribuer les condoms. Sur l'emballage de chaque condom, on trouve le numéro de la ligne sans frais de l'organisme, où les détenus peuvent téléphoner s'ils ont des questions.

Bien que l'initiative de distribution de condoms ait été critiquée par certains, d'autres ont souligné que cette mesure était insuffisante et qu'elle devrait s'étendre à des détenus « autres que ceux qui s'identifient comme gais et qui sont logés dans une aile distincte de la prison ».

À l'extérieur des États-Unis, de nombreux systèmes correctionnels distribuent des condoms à leurs détenus depuis plusieurs années.³²

É.-U. – L'ancien président Clinton déplore les taux élevés d'incarcération

Lors d'un forum public à Chicago sur les « détenus noirs et la propagation du VIH », l'ex-président américain Bill Clinton a affirmé que le système judiciaire des États-Unis est un facteur important dans la transformation de certaines prisons en « incubateurs pour la toxicomanie et pour le VIH/sida », en incarcérant pour de longues peines un grand nombre de criminels non violents.³³

D'après M. Clinton, « [l]es taux de sida diminueraient et d'autres bonnes choses se produiraient si nous n'envoyions pas tant de gens en prison alors qu'ils ne constituent pas une menace physique ».³⁴ Il a demandé des efforts plus importants pour faire cesser la transmission du VIH en prison et à l'extérieur. « Si les gens sont envoyés en prison, ils doivent être

éduqués de la bonne manière, a déclaré l'ex-président. S'ils n'ont pas le [VIH/sida] et qu'ils vont en prison, nous devons faire ce que nous pouvons pour empêcher qu'ils y contractent le [VIH/sida]. »

Ted Hammett, un autre invité au forum de Chicago, a décrit le VIH/sida en prison comme « un problème prévalent – plusieurs fois plus prévalent parmi les détenus que dans l'ensemble de la population des É.-U. ». D'après Hammett, « à chaque année, un quart des personnes vivant avec le VIH ou le sida font un séjour en prison ».³⁵

Aux É.-U., le nombre total de personnes détenues est d'environ deux millions. À chaque année, cependant, il y a onze millions de libérations.

Dans son rapport de 1996, *VIH/sida et prisons : rapport final*, le Réseau juridique canadien VIH/sida soulignait qu'au Canada, « plusieurs des problèmes liés au VIH/sida dans les prisons résultent des politiques en matière de drogue ».³⁶ Le rapport contenait notamment la recommandation suivante :

La réduction du nombre d'utilisateurs de drogue incarcérés doit faire l'objet d'une priorité immédiate. Afin de réduire les problèmes créés par le VIH, d'autres agents infectieux, et l'usage de

drogue en prison, il est nécessaire de développer et d'offrir des alternatives autres que l'emprisonnement, particulièrement dans le contexte de crimes liés à la drogue.³⁷

¹ « HIV-infected inmate sues BC government, provincial jail over medication », *CP Wire*, 8 janvier 2002 (*Kamloops Daily News*).

² Service correctionnel du Canada, *Rapport de recherche – Le traitement à la méthadone en milieu carcéral: incidence sur l'issue de la mise en liberté et le comportement en établissement*, Ottawa, Direction de la recherche du SCC, septembre 2001 (2001 N° R-119). Exemplaires disponibles auprès de la Direction de la recherche, Service correctionnel du Canada, 340 ave. Laurier Ouest, Ottawa ON K1A 0P9.

³ Pour plus d'information, voir Service correctionnel du Canada, *Programme national de traitement d'entretien à la méthadone – Phase I – Trousse d'information et de référence*, Ottawa, SCC, 1999.

⁴ SCC, 2001, *supra*, note 2, p. 8-9.

⁵ *Ibid.*, p. 2, avec renvoi à SCC 1999, *supra*, note 3.

⁶ *Ibid.*, p. 16-17.

⁷ *Ibid.*, p. 9.

⁸ Voir *ibid.*, p. 18-19.

⁹ *Ibid.*, p. 22.

¹⁰ *Ibid.*, p. 38.

¹¹ *Ibid.*, p. 40.

¹² *Ibid.*, p. 42.

¹³ Voir, p.ex., R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, p. 71-78 et 117-118; *Prévention et traitement : la méthadone* (Feuillelet d'information 7 de la série *VIH/sida et prison*), Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2^e édition, 2001. Ces deux documents sont accessibles à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm>>.

¹⁴ C. Menoyo, D. Zulaica, F. Parras, « Programme d'échange de seringues dans des prisons d'Espagne », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4), p. 22-24. Disponible à <www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-prisons.htm>.

¹⁵ *El Pais*, 4 décembre 2001, cité dans The Lindesmith Center, *Drug Policy Foundation eNewsletter* (<www.drugpolicy.org/listserve.html>).

¹⁶ S. Allwright, J. Barry, F. Bradley et coll., *Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in Irish Prisoners: Prevalence and Risk*,

Dublin, The Stationery Office, 1999, p. 10.

¹⁷ J. Long, S. Allwright, J. Barry et coll., *Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in Irish Prisoners, Part II: Prevalence and risk in committed prisoners 1999*, Dublin, The Stationery Office, 2000, p. 8.

¹⁸ *Ibid.*, p. 20.

¹⁹ ONUSIDA et Organisation mondiale de la santé, *Fiche épidémiologique sur le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles : mise à jour 2001*, Genève, Groupe de travail ONUSIDA/OMS pour la surveillance mondiale du VIH/sida et des IST, 2001. Disponible à <www.unaids.org>. Ce rapport indique un taux de prévalence du VIH de 0,1%, en Irlande. Voir aussi « Prevalence of hepatitis C virus infection ten years after the virus was discovered », *Eurosurveillance Weekly*, 1999, p. 51 (16 décembre). Disponible à <www.eurosurv.org>. Cette étude signale un taux de prévalence de l'hépatite C de 0,1%, en Irlande.

²⁰ Allwright et coll., *supra*, note 2, p. 30.

²¹ *Ibid.*, p. 20.

²² *Ibid.*, p. 21.

²³ Long et coll., *supra*, note 3, p. 15.

²⁴ *Ibid.*, p. 16.

²⁵ *Idem*.

²⁶ Allwright et coll., *supra*, note 2, p. 16-19.

²⁷ Long et coll., *supra*, note 3, p. 13-16.

²⁸ L. Dillon, *Drug Use Among Prisoners: An Exploratory Study*, Dublin, The Health Research Board, 2001, p. 82 et 109.

²⁹ Voir R. Lines, « Les agents correctionnels d'Irlande demandent un meilleur accès à la méthadone pour les détenus », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2), p. 81-84.

³⁰ Allwright et coll., *supra*, note 2, p. 32.

³¹ B. Shuster, *Los Angeles Times*, 30 novembre 2001.

³² Voir par exemple, « Prévention : les condoms » (feuillelet d'information #3 de la série sur *Le VIH/sida en prison*), Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2^e édition, 2001. Disponible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm>>.

³³ « Former President decries higher incarceration rates, longer prison terms and impact on HIV/AIDS cases », *Positive Populations*, 2001, 3(2) : 4-7. *Positive Populations* est une publication gratuite. Pour s'informer sur l'abonnement, téléphoner au (304) 262-2371 ou écrire à <MMSJEL@aol.com>.

³⁴ *Ibid.*, p. 4.

³⁵ « Experts see unmistakable link between corrections and communities », *Positive Populations*, 2001, 3(2) : 1-8, à la p. 2.

³⁶ *Supra*, note 13, p. 127.

³⁷ *Ibid.* (recommandation 14).

Prévention de la transmission périnatale : arrêt phare en Afrique du Sud

de la page 1

de mort, et en est venue à symboliser le défaut du gouvernement sud-africain de s'attaquer de manière résolue à l'épidémie du VIH/sida.

L'historique de l'affaire est bien connu. Le gouvernement lui-même estime qu'environ 70 000 enfants naissent avec le VIH en Afrique du Sud à chaque année. En avril 2001, le Medicines Control Council (MCC), l'organisme créé par la loi et chargé de l'homologation des médicaments en Afrique du Sud, a homologué le Viramune^{MC} (névirapine) pour réduire le risque de transmission du VIH pendant le travail et l'accouchement. Le MCC doit enquêter sur la question de savoir quels médicaments sont appropriés pour les fins auxquelles ils sont destinés, s'ils sont sécuritaires, de qualité acceptable, et efficaces sur le plan thérapeutique. L'homologation d'un médicament signifie que toutes ces questions ont fait l'objet d'une enquête. Le ministère de la Santé a annoncé qu'il ne rendrait pas la névirapine universellement disponible dans le secteur public (où la majorité des femmes pauvres reçoivent leurs soins médicaux), mais qu'il limiterait son utilisation à deux établissements de projet pilote dans chaque province,³ privant de fait la grande majorité des femmes, et des enfants, de l'accès à un médicament qui pourrait sauver leur vie.

Bref historique

Des organismes comme l'AIDS Law Project, l'AIDS Consortium et plusieurs autres avaient pris part à des discussions avec le ministère et la ministre de la Santé, concernant la mise en œuvre d'un programme intégré contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME), depuis 1998, lorsque les résultats de l'étude de Bangkok sur l'AZT périnatale furent annoncés. (Cette étude recommandait l'utilisation de l'AZT à partir de la 36^e semaine de grossesse, qui paraissait plus économique dans les contextes pauvres en ressources que l'administration prolongée d'AZT qui était devenue la norme de soins pour les femmes dans les pays industrialisés.) En février 1998, le ministère de la Santé dans la province de Gauteng a annoncé la désignation d'établissements pilotes pour tester l'utilisation du traitement de courte durée à l'AZT. Malgré les nombreuses démarches en ce sens en mai 1998, le ministre de la Santé a annoncé que le gouvernement national avait retiré son appui pour le projet, qui a ensuite été abandonné.

La Treatment Action Campaign (TAC) a été constituée en décembre 1998 pour lutter en faveur de traitements abordables pour les personnes vivant avec le VIH. En 1999 et 2000, la TAC a rencontré à plusieurs reprises la ministre de la Santé. Au cours de ces réunions et publiquement, la ministre a continué à défendre le

refus du gouvernement de mettre en œuvre un programme TME, invoquant souvent des motifs contradictoires pour ce défaut d'agir.

Dans un discours prononcé en novembre 1999, la ministre a affirmé que l'AZT était trop chère et que la névirapine, bien qu'économique, n'était pas homologuée pour être utilisée dans les programmes TME. Dans le même discours, elle a également fait part des préoccupations du gouvernement au sujet de la toxicité des médicaments antirétroviraux. En avril 2000, elle a affirmé que le gouvernement s'inquiétait de l'innocuité à long terme de l'utilisation de la névirapine, qui avait depuis lors été homologuée par le MCC. La ministre a déclaré que le gouvernement ne se comporterait pas de façon « immorale et contraire à l'éthique »⁴ en rendant la névirapine disponible avant que les « résultats complets des essais cliniques du médicament »⁵ soient disponibles. La ministre a alors annoncé, en août 2000 qu'un projet pilote dans deux établissements de chaque province serait initié, et que l'utilisation de la névirapine se limiterait à ces établissements : le médicament ne serait pas disponible dans des établissements du secteur public qui ne feraient pas partie des projets pilotes.

Selon les documents produits par le ministère de la Santé et présentés au tribunal à l'audience, le projet pilote avait pour objectif d'évaluer « les défis opérationnels inhérents à l'introduction de régimes de médicaments antirétroviraux pour la réduction de la transmission verticale en milieu rural et en milieu urbain. »⁶ Les auteurs des documents reconnaissent de façon non équivoque « qu'il existe suffisamment de preu-

ves scientifiques confirmant l'efficacité des divers régimes de médicaments antirétroviraux (ARV) pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant. »⁷

En août 2001, les résultats des essais SAINT sur l'utilisation de la névirapine pour empêcher la transmission du VIH de la mère à l'enfant étaient connus depuis plus d'un an et la névirapine était largement utilisée dans le secteur privé. En juillet 2000, lors de la XIII^e Conférence internationale sur le sida à Durban, le gouvernement avait reçu une offre du fabricant Boehringer Ingelheim pour l'approvisionnement gratuit en névirapine pendant cinq ans. Néanmoins, le gouvernement a maintenu sa position qu'il ne disposait pas de suffisamment de renseignements sur l'innocuité et l'efficacité du médicament, qu'il n'étendrait pas les projets pilotes dans un avenir immédiat et ne rendrait pas la névirapine disponible hors des établissements pilotes.

Face au refus du gouvernement de fournir de la névirapine aux femmes enceintes vivant avec le VIH ou d'établir un plan de mise en œuvre raisonnable pour un programme TME, la TAC a décidé de porter la question devant les tribunaux. En août 2001, la TAC, soutenue par la Save Our Babies Campaign et le Children's Rights Centre, a contesté ce défaut, plaidant qu'il constituait une violation des droits d'accès aux soins de santé,⁸ à l'égalité,⁹ à la vie,¹⁰ à la dignité,¹¹ au choix en matière de reproduction,¹² et aux droits des enfants.¹³ La TAC a également plaidé que le défaut équivalait à une violation des obligations des fonctionnaires¹⁴ et à une violation des droits des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans d'avoir accès à des services de santé gratuits.¹⁵

Dans le présent article, nous examinerons les arguments relatifs au droit d'accès aux soins de santé et, plus brièvement, au droit de faire des choix en matière de reproduction.

Arguments juridiques soulevés par la TAC

Droit d'accès à des services de santé, y compris les soins de santé génésique

L'article 27 de la Constitution sud-africaine dispose :

- (1) Chacun a droit d'avoir accès à
 - a) des services de soins de santé, y compris les soins de santé génésique; [...]
- (2) L'État doit prendre des mesures raisonnables, notamment des mesures législatives, compte tenu des ressources dont il dispose, pour réaliser progressivement chacun de ces droits.

Pour tenter d'étoffer la portée de l'obligation créée par l'article 27, la TAC a plaidé que cette disposition imposait à l'État des obligations positives et négatives. Invoquant l'arrêt rendu par la Cour constitutionnelle dans l'affaire *Grootboom*,¹⁶ la TAC a fait valoir que même si l'État a clairement l'obligation de ne pas enfreindre le droit d'accès à des services de soins de santé et de veiller à ce que d'autres n'enfreignent pas ce droit, l'article 27 crée également une obligation positive, pour l'État, de « créer des conditions propices à l'accès aux services de santé pour tous, à tous les niveaux économiques de la société ».¹⁷

La TAC a soutenu qu'en refusant aux médecins des hôpitaux publics le droit de prescrire la névirapine, le « programme TME a pour effet de

dénier le droit d'accès aux mères enceintes et aux enfants qui ne sont pas traités aux établissements désignés [...] Il s'agit là d'une violation

Le ministère de la Santé ne voulait pas rendre la névirapine universellement disponible dans le secteur public, auquel s'adresse la majorité des femmes pauvres.

manifeste du paragraphe 27(1) qui ne saurait être justifiée ».¹⁸

Évaluant la question de savoir si l'État avait satisfait à son obligation de prendre des mesures raisonnables aux termes du par. 27(2), la TAC a encore une fois invoqué les principes établis dans l'arrêt *Grootboom* et a plaidé que le programme TME de l'État « échoue lamentablement au regard de pratiquement chacune de ces exigences constitutionnelles ».¹⁹ La TAC a plaidé que l'État avait omis de :

- cesser d'« empêcher ou d'entraver »²⁰ le droit d'accès aux soins de santé, puisque plusieurs femmes et enfants n'avaient pas accès à la névirapine du fait qu'ils étaient incapables de se rendre à un établissement pilote;
- prendre en compte les besoins des plus vulnérables dans la société;²¹
- évaluer adéquatement sa capacité de réaliser le programme;
- veiller à ce que le programme soit « complet, déterminé par les trois paliers de gouvernement en consultation les uns avec les

autres, comme le prévoit le chapitre 3 de la Constitution »;²²

- veiller à ce que le programme soit raisonnable quant à sa conception et à sa mise en œuvre;²³
- veiller à ce que le « programme soit équilibré et souple et qu'il permette de répondre aux besoins à court, à moyen et à long termes ».²⁴

La TAC a fait valoir que l'État a l'obligation de créer des conditions propices à l'accès aux services de santé pour tous, à tous les niveaux économiques de la société.

Enfin, la TAC a plaidé que le gouvernement ne pouvait invoquer ses préoccupations à l'égard du coût du médicament, puisque la névirapine lui avait été offerte gratuitement. Cet argument était appuyé par une preuve indiquant qu'un programme TME complet serait non seulement économique, mais permettrait même au gouvernement de réduire ses coûts à long terme.

La TAC a conclu son argument relatif à l'article 27 en affirmant :

Il ne suffit pas de prétendre que ce qui a été fait en application du programme TME par les intimés représente une réalisation majeure ou que d'importantes sommes d'argent ont été dépensées et un nombre important de personnes ont accès au programme. Il ne suffit pas non plus de prétendre que l'on a consacré et que l'on

continue de consacrer beaucoup de réflexion, d'énergie, de ressources et de compétences au processus d'exécution efficace.

Même si c'était le cas, ce que nous nions, ce ne serait pas déterminant puisqu'il faut « néanmoins répondre à la question de savoir si les mesures adoptées sont raisonnables ». Comme nous l'avons indiqué précédemment, les mesures ne peuvent être raisonnables si elles sont prises « au hasard » et non en tant que « réponse systématique à un besoin social pressant ».²⁵

Droit à l'intégrité physique et psychologique, y compris le choix en matière de reproduction

Le paragraphe 12(2) de la Constitution dispose :

- (2) Chacun a droit à l'intégrité physique et psychologique, y compris le droit a) de prendre des décisions en matière de reproduction; [...]

La TAC a présenté une preuve de l'importance de l'impact psychologique sur les femmes séropositives qui donnaient naissance à l'extérieur des établissements pilotes. Outre le risque de transmettre le virus à leurs enfants à naître, le traumatisme était exacerbé par le fait qu'il existe un médicament bon marché, facilement disponible et capable de considérablement réduire ce risque. Le principal obstacle à l'accès au médicament était la politique de l'État qui limitait sa disponibilité aux établissements pilotes. La TAC a plaidé que cette politique constituait « une violation manifeste du paragraphe 12(2) [...] et qu'elle était impossible à justifier ».²⁶

Plus important encore, du point de vue des droits fondamentaux de la

femme, la TAC a soutenu que le deuxième volet de ce droit – le droit de prendre des décisions en matière de reproduction – devait comprendre le droit de faire des choix éclairés relativement à la naissance et aux interventions destinées à réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. Selon la TAC, la preuve qu'elle avait présentée indiquait que les femmes enceintes qui n'avaient pas accès à un établissement pilote ne recevaient pas d'information qui leur permettrait de faire des choix éclairés. Même si les femmes recevaient une telle information, la plupart d'entre elles seraient incapables de concrétiser une décision de prendre de la névirapine, en raison de la politique de l'État de limiter sa disponibilité. Ceci équivalait à une violation injustifiable du droit énoncé à l'alinéa 12(2)b).

Les arguments de l'État

Dans son mémoire, l'État a affirmé qu'à son avis, la principale question était de savoir « si [les gouvernements national et provinciaux] avaient satisfait aux obligations de l'État, telles qu'énoncées au paragraphe 27(1), interprétées à la lumière du paragraphe 27(2) de la Constitution ».²⁷ Bien que l'État reconnût que « tous les droits garantis par le *Bill of Rights* sont interdépendants et qu'un déni des services de santé, y compris les soins de santé en matière de reproduction, puisse théoriquement être également un déni ou un manquement au droit à la vie, à la dignité, à l'égalité, etc. »,²⁸ l'État n'a fait valoir aucun argument relativement au manquement à ces droits. Le gouvernement a limité ses arguments juridiques à des arguments relatifs à l'article 27, et, quoique plus brièvement, à l'article 28 (droits des enfants).

L'État a soutenu qu'il avait de fait satisfait à ses obligations aux termes des paragraphes 27(1) et (2). Il a plaidé qu'il ne pouvait y avoir eu manquement au droit négatif prévu à l'article 27(1) puisque les femmes enceintes vivant avec le VIH/sida n'avaient pas d'accès aux médicaments antirétroviraux, de sorte qu'elles n'avaient pas été privées de cet accès et n'avaient pas été limitées ou restreintes de quelque façon que ce soit par la conduite de l'État.

L'État a soutenu qu'il avait pris toutes les mesures raisonnables, eu égard aux ressources à sa disposition, pour réaliser progressivement les soins de santé, y compris les soins de santé génésique. Il a soutenu en outre que, compte tenu des complexités liées à la prestation des services de santé en général, et vu qu'un programme global TME ne constituait qu'un des aspects de ce système « à plusieurs facettes et complexe »²⁹, son projet pilote actuel était raisonnable. Il a rejeté le critère du caractère raisonnable établi dans l'arrêt *Grootboom*, en affirmant que « la fourniture d'un logement à une personne ou une famille se fait une fois pour toutes, tandis que la prestation de soins de santé est une affaire continue et complexe. »³⁰

L'État a plaidé que la Cour devait plutôt appliquer le raisonnement énoncé dans l'arrêt *Soobramoney*.³¹ Dans cette affaire, la Cour constitutionnelle avait noté que les obligations de l'État aux termes de l'article 27 « dépendent des ressources disponibles [...] et que les droits correspondants sont eux-mêmes limités par le manque de ressources ».³² Cette Cour avait également noté que les tribunaux « seront réticents à modifier des décisions rationnelles prises de bonne foi par les organes politiques

et les autorités médicales chargés de s'occuper de ces questions, » puisqu'il n'est « pas souhaitable qu'un tribunal rende une ordonnance sur la manière dont des ressources médicales rares doivent être employées ».³³

Le jugement

Dans son jugement, la Cour a souscrit aux arguments soulevés par l'État à un égard, c'est-à-dire qu'à son avis également, la « véritable question »³⁴ était de savoir si l'État avait satisfait ou non à ses obligations constitutionnelles aux termes du paragraphe 27(2).

La Cour a estimé que l'arrêt *Grootboom* était « très instructif »³⁵ et elle a suivi les principes énoncés dans cet arrêt. La Cour a conclu que, même si « les intimés ne pouvaient pas être blâmés pour avoir décidé d'établir deux établissements de recherche et de formation, ou établissements pilotes, dans chaque province »,³⁶ elle était « d'avis que la politique [du gouvernement national et de huit des neuf gouvernements provinciaux] d'interdire l'utilisation de la névirapine à l'extérieur des établissements pilotes dans le secteur public de la santé n'était pas raisonnable et qu'il s'agit d'un obstacle injustifiable à la réalisation progressive du droit aux soins de santé ».³⁷ À la lumière de cette conclusion, la Cour a accueilli la demande de la TAC visant à obtenir un jugement déclaratoire de l'obligation de l'État de rendre la névirapine disponible à l'extérieur des établissements pilotes et a ordonné aux gouvernements de le faire.

La Cour a également examiné le programme de l'État et a conclu « qu'il n'existait pas de programme global et coordonné pour la mise en œuvre du programme de prévention

de la TME ».³⁸ La Cour a ajouté :

Il faut bien comprendre ce qui suit : un programme de prévention de la TME à l'échelle du pays est une obligation inéluctable de l'État. Les intimés ont allégué qu'un tel programme

La Haute Cour a affirmé qu'un programme de prévention de la TME à l'échelle du pays est une obligation inéluctable de l'État.

serait inabordable avec l'AZT. Il est clair que la névirapine est abordable [...] Dans la mesure où les affidavits déposés au nom de certains des intimés ont donné l'impression que la mise en œuvre plus poussée du programme dépendra de la disponibilité des ressources, cette impression doit être réfutée. Il faudra progressivement trouver les ressources nécessaires.³⁹

La Cour a accordé les autres redressements que demandait la TAC, notamment une ordonnance au gouvernement d'élaborer un programme national complet de prévention de la TME qu'il serait obligé de présenter à la Cour pour examen et à la TAC pour commentaires. La Cour a ordonné au gouvernement de lui présenter un compte rendu sous serment, d'ici le 31 mars 2002, des mesures prises et prévues pour l'élaboration et la mise en œuvre du programme. La Cour a également ordonné au gouvernement de payer les dépens de l'instance.

Développements subséquents

Le 19 décembre 2001, le gouvernement national a déclaré qu'il interjetterait appel, affirmant que le jugement constituait une entrave inacceptable à l'élaboration des politiques par l'autorité exécutive du gouvernement. Le gouvernement a déposé sa demande d'autorisation d'en appeler en janvier 2002. Simultanément, la TAC a intenté une demande pour contraindre le gouvernement à faire en sorte que la névirapine soit immédiatement disponible dans tous les établissements du secteur public.⁴⁰ Les deux demandes allaient être entendues le 1^{er} mars 2002.

Entre-temps, malgré l'approbation généralisée du jugement et des appels de la part de Sud-africains célèbres (y compris l'archevêque Tutu) pour que le gouvernement n'interjette pas appel du jugement, le gouvernement continue d'appuyer les projets pilotes. Le 22 janvier 2002, s'attirant les critiques de la ministre nationale de la Santé, le premier ministre de la province du KwaZulu-Natal (qui compte le taux le plus élevé d'infections à VIH au pays) a annoncé que son gouvernement allait amorcer la mise en œuvre d'un programme TME complet.⁴¹ Bien que cette mesure puisse être un signe encourageant que les provinces

commenceront peut-être à placer la vie de leurs citoyens avant l'opportunisme politique, les vies de femmes et d'enfants continuent d'être ravagées par l'épidémie et par l'intransigeance politique.

– Liesl Gerntholtz

Liesl Gerntholtz est avocate et chef de l'Unité juridique du AIDS Law Project en Afrique du Sud. On peut la joindre à <gerntholtzl@law.wits.ac.za>.

[N.D.L.R. : Le 22 février, le gouvernement sud-africain a annoncé qu'il étendrait la recherche sur l'utilisation de la névirapine pour limiter la transmission du VIH de la mère à l'enfant, mais qu'il ne rendrait pas le médicament universellement disponible. Toutefois, les premiers ministres des provinces de West Cape et de Gauteng ont joint le premier ministre du KwaZulu-Natal en décidant de rendre la névirapine universellement disponible dans leurs provinces.]

¹ N° de dossier 21182/2001, 14 décembre 2001, High Court of South Africa (Transvaal Provincial Division), le juge Botha. Le jugement et certains documents de procédure connexes (y compris les affidavits et le mémoire de la TAC, de même que deux des affidavits du gouvernement) peuvent être consultés en ligne à <www.tac.org.za>.

² Bien que la Western Cape Province fût initialement citée comme intimée, la TAC n'a pas demandé d'ordonnance contre la province compte tenu de sa réponse, qui comprenait notamment une description du programme TME dans cette province et ses projets d'étendre son programme à toute la province.

³ L'un des critères de sélection des établissements pilotes était celui de 5 000 naissances vivantes par année. Au total, les établissements ne visent que 10% de toutes les naissances vivantes en Afrique du Sud.

⁴ Affidavit fondateur de la TAC, par. 200.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*, au par. 148.

⁷ *Ibid.*, au par. 149.

⁸ Constitution, Act 108 of 1996, art. 27.

⁹ *Ibid.*, à l'art. 9.

¹⁰ *Ibid.*, à l'art. 11.

¹¹ *Ibid.*, à l'art. 10.

¹² *Ibid.*, à l'art. 12(2).

¹³ *Ibid.*, à l'art. 28.

¹⁴ *Ibid.*, à l'art. 195.

¹⁵ En vertu de l'avis gouvernemental 657, les femmes enceintes et les enfants âgés de moins de six ans ont droit à des services de santé gratuits des établissements de santé de l'État, des hôpitaux bénéficiant de l'aide de l'État et des chirurgiens de district. La TAC a plaidé que l'avis avait créé une attente légitime et que l'État avait illicitement contrecarré cette attente.

¹⁶ *President of the Republic of South Africa c. Grootboom and others*, 2001(1) S.A. 46 C.C.

¹⁷ Mémoire de la TAC, partie II, par. 4.7.3.

¹⁸ *Ibid.*, au par. 4.12.

¹⁹ *Ibid.*, au par. 4.15.

²⁰ *Grootboom, supra*, note 16 au par. 34.

²¹ *Ibid.*, aux par. 34-35.

²² *Ibid.*, au par. 40.

²³ Mémoire de la TAC, partie II, par. 4.15.5.

²⁴ *Grootboom, supra*, note 16 au par. 43.

²⁵ Mémoire de la TAC, partie II, par. 4.16.

²⁶ *Ibid.*, au par. 5.42.

²⁷ Mémoire des intimés, par. 33.

²⁸ *Ibid.*, au par. 43.

²⁹ *Ibid.*, au par. 63.2.

³⁰ *Ibid.*, au par. 66.

³¹ *Soobramoney c. Minister of Health, KwaZulu-Natal*, 1998(1) SA 765 C.C.

³² *Ibid.*, au par. 11.

³³ *Ibid.*, aux par. 29-30.

³⁴ *TAC et al. c. Minister of Health et al, supra*, note 1, à la p. 50.

³⁵ *Ibid.*, au par. 51.

³⁶ *Ibid.*, au par. 55.

³⁷ *Ibid.*, au par. 59.

³⁸ *Ibid.*, au par. 61.

³⁹ *Ibid.*, au par. 62.

⁴⁰ L'avis de demande de la TAC est disponible à <www.tac.org.za>.

⁴¹ H. Ashraf, « S Africa state offers HIV drug to pregnant women », *Lancet*, 2002, 359 (2 février) : 416.

Le test obligatoire du VIH après une exposition professionnelle

de la page 1

La valeur de l'information sur une personne source

Après une exposition professionnelle à du sang ou à des liquides corporels, le fait d'obtenir des renseignements sur l'état sérologique, les facteurs de risque et les antécédents médicaux de la personne dont venaient ces liquides corporels ou ce sang, et qui pourrait être la source d'une infection (« personne source »), peut réduire l'incertitude à savoir s'il y a eu, de fait, exposition au virus de l'hépatite B (VHB), au virus de l'hépatite C (VHC) ou au VIH; ces renseignements peuvent contribuer aux décisions relatives à la prévention de la transmission subséquente, à la prophylaxie post-exposition, aux tests et au suivi pour le travailleur exposé.

Si les résultats des tests de la personne source sont négatifs et qu'il n'y a pas de facteurs de risque, le travailleur exposé peut être raisonnablement certain qu'il n'y a pas eu d'exposition importante, son anxiété sera soulagée et il pourra renoncer à la prophylaxie post-exposition (qui n'existe que pour le VHB et le VIH, et non pour le VHC). Il s'agit là d'un avantage important dans le cas d'une exposition au VIH car, bien qu'il existe une prophylaxie post-exposition et qu'elle soit efficace dans la prévention de l'infection, elle s'accompagne d'effets secondaires débilissants et, dans certains cas, de réactions graves.

Si le résultat du test de la personne source est positif, ou s'il est négatif mais qu'il existe des facteurs de risque (indiquant que le test a peut-être eu lieu pendant la fenêtre sérologique – i.e. l'infection étant au stade où le système immunitaire ne produit pas encore d'anticorps décelables, un test de recherche d'anticorps s'avérerait négatif malgré l'infection), le travailleur exposé aurait à prendre des mesures pour empêcher toute nouvelle transmission, à envisager la prophylaxie post-exposition (selon la nature de l'exposition) et à subir des tests par la suite. En soi, un résultat de test positif, chez la personne source, ne permet pas de conclure que le travailleur exposé a été infecté; et un résultat de test négatif chez la personne source en présence de facteurs de risque ne permet pas de conclure que le travailleur exposé n'a pas été infecté.

La plupart des personnes source acceptent de subir des tests et permettent la communication des renseignements pertinents au travailleur exposé lorsqu'on les approche avec délicatesse et lorsqu'on leur explique l'importance des renseignements.¹ Certaines refusent toutefois de subir un test, ce qui a donné lieu à quelques propositions visant à forcer les personnes source à subir des tests, comme le *Projet de loi sur le prélèvement d'échantillons de sang* déposé au Parlement fédéral (devenu le projet de loi C-217; initialement C-244), le projet de loi 105 de

l'Ontario, et une résolution adoptée en 1999 par le Conseil général de l'Association médicale canadienne (puis révoquée en 2000).

Le projet de loi C-217

Le projet de loi C-217 (*Loi sur le prélèvement d'échantillons de sang*), émanant d'un député, a franchi la deuxième lecture par la Chambre des communes le 16 octobre 2001 et a été renvoyé au Comité permanent de la justice et des droits de la personne. Le projet de loi C-217 permettrait qu'un juge délivre un mandat pour imposer les tests du VHB, du VHC et du VIH à une personne source lorsqu'un agent de la paix, un pompier, un autre intervenant d'urgence ou un professionnel de la santé a pu être exposé à un risque d'infection. Il propose aussi d'emprisonner jusqu'à six mois toute personne qui refuserait un test ordonné en tel cas.

Un projet de loi identique (C-244) avait été renvoyé au même Comité permanent pendant la session parlementaire précédente. À ce moment, le Réseau juridique canadien VIH/sida avait fait connaître ses positions au Comité ainsi qu'à la ministre fédérale de la Justice, à l'effet qu'une loi prévoyant des tests obligatoires en cas d'exposition professionnelle serait non nécessaire, contraire à l'éthique et inconstitutionnelle.² Le projet de loi C-244 est mort au feuillet pour cause de dissolution du Parlement en vue d'élections générales. À la session suivante, le projet de loi a été déposé à nouveau en chambre, sous le numéro C-217.

Le Comité permanent a entendu des témoignages de l'Association canadienne des policiers et policières

et d'autres intervenants en faveur du projet de loi.³ Cependant, il a aussi entendu des témoignages et reçu des lettres de nombreux organismes vivement inquiets de la teneur de ce projet de loi, notamment le Réseau juridique canadien VIH/sida, la Société canadienne du sida, la British

Au moment d'aller sous presse, le Réseau apprenait que le projet de loi C-217 ne sera probablement pas renvoyé à la Chambre pour la lecture finale.

Columbia Persons with AIDS Society, la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario), l'Association canadienne de santé publique, l'Association canadienne des infirmiers et infirmières, l'Association canadienne du barreau et la British Columbia Civil Liberties Association.⁴

Le Commissaire à la protection de la vie privée du Canada, George Radwanski, s'est également prononcé contre le projet de loi. Dans son témoignage au Comité permanent, le 21 février 2002, il a fait remarquer que « les tests obligatoires et la divulgation obligatoire des résultats des tests de dépistage constituent une grave violation de la vie privée et de l'autonomie personnelle qui découle de la vie privée ». Le commissaire a affirmé que le projet de loi ne satisfaisait à aucune des quatre conditions attendues de toute mesure qui a pour effet de limiter ou de porter atteinte à la vie privée (nécessité, efficacité, proportionnalité et absence d'une solution de rechange qui porte moins

atteinte à la vie privée).⁵

Au moment où nous nous apprêtons à aller sous presse, le Réseau apprenait que le projet de loi C-217 ne sera probablement pas renvoyé à la Chambre pour la lecture finale : le Comité permanent fera état à la Chambre des communes de sa recommandation que le projet de loi ne soit pas adopté et que la question soit confiée à la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada et au Conseil des ministres [fédéral et provinciaux/territoriaux] de la Justice, pour étude. (La Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada est une instance qui recommande notamment des modifications aux lois pénales du Canada basées sur des défauts ou des lacunes dans le droit courant ou basées sur des problèmes qui surgissent de l'interprétation du droit courant par les tribunaux.⁶) De plus, Santé Canada sera invité à effectuer des recherches plus poussées sur les cas d'exposition à du sang infecté parmi les professionnels de la santé et d'autres intervenants.

Le projet de loi 105

En Ontario, une loi très semblable au projet de loi fédéral C-217 a été adoptée en décembre 2001. *La Loi amendant la Loi sur la protection et la promotion de la santé, 2001*,⁷ qui fut d'abord un projet de loi émanant d'un député (projet de loi 105), permet qu'un médecin hygiéniste ordonne le prélèvement d'un échantillon de sang d'une personne, pour des tests de détection de maladies transmissibles. (Une description plus étoffée de la loi est offerte dans l'article de Ruth Carey, aux p. 44-45 du présent numéro.)

Cette loi ontarienne va probablement plus loin que le projet de loi

fédéral, puisque ce dernier ne visait que le VHB, le VHC et le VIH, alors que la loi adoptée en Ontario réfère à des « maladies transmissibles prescrites » dans le règlement pour l'application de ladite loi. De plus, la loi ontarienne permet aux victimes de crimes de demander un mandat de test obligatoire (ce qui n'était pas prévu dans le projet de loi fédéral).

Le projet de loi 105 a été fortement appuyé par la Police Association of Ontario, qui représente les agents de police de la province. Le ministère de la Santé a déclaré qu'il n'appuyait pas le projet de loi mais s'est abstenu de comparaître devant le comité qui l'étudiait et il a omis de consulter son Comité consultatif sur le VIH/sida, à propos de ce projet de loi. Le Comité permanent ontarien qui a analysé le projet de loi n'a tenu aucune audience publique sur le sujet et n'a consulté aucune association médicale provinciale ou fédérale.

Le seul témoin entendu par le comité, peu de temps avant l'adoption du projet de loi par la législature, fut le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, qui a affirmé que « l'approche du projet de loi 105 n'est généralement pas une première réponse appropriée, ni efficace, du point de vue de la santé publique » [trad.].⁸ Il a noté qu'aucun rapport ne confirme une transmission de maladie par une exposition professionnelle en Ontario, ni au Canada, parmi les intervenants de services d'urgence. Il a critiqué le projet de loi et son effet de placer les médecins hygiénistes dans une position de « juge » entre l'auteur d'une requête de mandat de test et la personne source visée. Il a indiqué que le test obligatoire serait une importante violation de la vie privée et de l'intégrité

physique (notions laissées pour compte dans cette loi), et procurerait une information « possiblement dépourvue de grande valeur, voire de toute valeur, plutôt que de conduire à une évaluation complète de la situation de la personne en possible situation de risque [d'infection] » [trad.]. Il a souligné que le système de précautions universelles en vigueur et l'éducation étaient généralement des mesures plus efficaces pour prévenir la transmission de maladies hémotogènes en situation professionnelle.

Le projet de loi 105 a été inscrit au feuillet de l'assemblée législative ontarienne en décembre 2001, aux côtés de plusieurs autres projets de loi qui avaient été proposés, alors qu'il ne restait que quelques jours avant l'ajournement de la session législative. Le projet de loi a été adopté le 13 décembre 2001 sans autre débat de l'assemblée et il a reçu la sanction royale le lendemain. La Police Association of Ontario s'est réjouie de l'adoption de la loi.⁹ Le directeur de l'éthique à l'Association médicale canadienne (AMC) a affirmé que cette loi entrait en conflit avec la politique de l'AMC en matière d'infection à VIH en milieu de travail (voir ci-dessous) et que « il ne semble pas nécessaire d'adopter de telles lois draconiennes » [trad.].¹⁰ Le Réseau juridique canadien VIH/sida a critiqué la nouvelle loi et le processus de son adoption.¹¹

La politique de l'AMC

La politique de l'AMC sur l'infection à VIH en milieu de travail souligne que le risque de transmission du VIH dans les fonctions policières, de lutte contre les incendies ainsi que de collecte d'ordures est

« extrêmement mince » et que le risque de transmission du VIH en milieu de soins de la santé est « très faible », quoique plus élevé que dans le milieu du travail en général.¹² Ce risque peut être réduit par le recours à des précautions « de routine » et par une application rigoureuse des directives pour le contrôle des infections. En cas d'exposition, le professionnel de la santé doit recevoir une offre de counselling, de test volontaire et de traitement prophylactique.

En ce qui a trait au test de personnes sources, la politique stipule :

Il faut demander au patient de se soumettre volontairement à un test de détection de l'anticorps du VIH et de consentir à ce que les résultats en soient communiqués au travailleur atteint, sauf lorsque l'on sait déjà que le patient est infecté par le VIH. Les tests de détection en question doivent toujours être précédés et suivis d'un counselling pertinent. Les tests obligatoires sont injustifiés.¹³

Cette politique de l'AMC a été développée après une considération minutieuse de la proposition d'exiger le test de la personne source. En 1999, le Conseil général de l'Association médicale canadienne avait adopté une motion recommandant « que les patients qui subissent une intervention au cours de laquelle un travailleur de la santé risque d'être accidentellement exposé aux liquides organiques du patient soient tenus de signer une renonciation qui permettrait l'administration des tests appropriés de l'état sérologique du patient pour le VIH et l'hépatite, en cas d'une telle exposition, tout en garantissant la confidentialité du patient. » [trad.].¹⁴ La résolution a été critiquée dans le *Journal de l'AMC*

comme étant « vague, inapplicable, délétaire, sans pertinence et injustifiée » [trad.].¹⁵ Le conseil d'administration de l'AMC « a eu du mal avec cette motion car elle était en conflit avec quelques articles et

Le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a affirmé que l'approche du projet de loi 105 n'est généralement pas une première réponse appropriée, ni efficace, du point de vue de la santé publique.

plusieurs valeurs du Code de déontologie de l'AMC » [trad.].¹⁶ De plus, « le test imposé à des patients non consentants aurait été une violation directe et non négligeable du droit d'un individu à la "sécurité de la personne" et à la "protection contre les fouilles et saisies abusives", toutes deux garanties par la *Charte canadienne des droits et libertés* » [trad.].¹⁷ L'AMC a commandé un document de fond¹⁸ et deux avis juridiques, avant de référer de nouveau la motion au Conseil général en 2000. Les délégués au Conseil général ont voté pour l'abandon de la motion;¹⁹ une motion ultérieure en faveur de permettre le test obligatoire de personnes sources a été défaite au vote.

Positions d'autres associations professionnelles

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada et l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en sidologie ont récemment

publié ou mis à jour des politiques sur l'exposition à des agents pathogènes transmissibles par le sang. Elles sont toutes deux d'avis

Une enquête auprès d'hôpitaux du Canada a estimé le taux de refus du test du VIH, par des personnes sources, à entre 0,2% et 0,5%.

que le test obligatoire des personnes sources est non justifié et contraire à l'éthique.²⁰ L'Association canadienne des policiers et policières appuie le test obligatoire. L'International Association of Fire Fighters de même, mais sous réserve.

Directives de santé publique

Santé Canada a publié un protocole de prise en charge des expositions au VHB, au VHC et au VIH parmi les professionnels de la santé.²¹ Quelques provinces ont adopté des protocoles semblables.²² Santé Canada a publié également des directives pour la mise au point de protocoles de notification post-exposition pour les intervenants d'urgence qui ont pu être exposés à certains agents infectieux transmissibles par le sang (notamment le VIH) ou dans l'air.²³ Ces protocoles prévoient un counselling approprié avant et après le test, et requièrent que le test ne soit effectué (et, le cas échéant, le résultat divulgué) qu'après le consentement de la personne source.

Directives récentes aux É.-U.

Le US Department of Health and Human Services a adopté récemment

des directives pour la prise en charge des expositions professionnelles au VHB, au VHC et au VIH.²⁴ Ces directives présentent une information détaillée sur tous les aspects de l'exposition professionnelle à ces trois virus.

Lorsque l'état sérologique de la personne source est inconnu, les directives recommandent l'administration de tests, avec le consentement éclairé de la personne et en conformité avec les lois de l'État et locales.²⁵ (Plusieurs États américains ne requièrent pas de consentement, dans ces circonstances.²⁶) On suggère de considérer le recours à un test approuvé pour la détection rapide de l'anti-VIH, notamment lorsqu'une analyse immunoenzymatique (AIE) ne peut être effectuée dans un délai de 24 à 48 heures. Les détections virales directes (p. ex. l'AIE de détection de l'antigène p24 du VIH, ou la recherche d'ARN de VIH) ne sont pas recommandées. Outre les résultats de tests sérologiques, il est recommandé de recueillir de l'information sur les risques comportementaux et les symptômes cliniques de la personne source, afin de compléter l'évaluation du cas.

S'il se manifeste que la personne source est séropositive au VIH, le choix ou la modification d'un régime prophylactique approprié, pour le travailleur de la santé exposé, pourra bénéficier d'information sur le stade de l'infection chez la personne source, les résultats de tests de charge virale et d'analyses génotypiques et phénotypiques sur la résistance virale, de même que sur les traitements antirétroviraux en cours ou antérieurs.²⁷ (Lorsqu'une PPE anti-VIH est appropriée vu les circonstances de l'exposition, elle

devrait être amorcée dès que possible. L'information reçue subséquentement pourra être utilisée pour modifier ou cesser le traitement prophylactique.²⁸) Les directives présentent d'importants renseignements sur les toxicités associées aux médicaments antirétroviraux contre le VIH, de même que sur la résistance virale à ces médicaments – deux facteurs dont on devrait tenir compte dans les décisions liées à cette PPE.²⁹ Elles contiennent par ailleurs des recommandations à savoir dans quels cas prescrire une PPE anti-VIH ou *ne pas* en prescrire – et, le cas échéant, à savoir si elle devrait comprendre deux ou trois médicaments.³⁰ Les directives mettent d'ailleurs en garde contre la prescription excessive de PPE anti-VIH,³¹ et elles soulignent que les travailleurs exposés ont besoin de soutien émotif et d'être en contact avec des intervenants qui s'y connaissent en matière d'exposition au VIH au travail.³²

Recherches canadiennes récentes

Synthèse dans le JAMC

Une synthèse sur la transmission de pathogènes hématogènes en milieu de soins de santé et la prise en charge post-exposition de ces cas a été publiée récemment dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*.³³ L'article examine l'information actuelle à propos de la fréquence d'exposition, de la transmission d'infections hématogènes de patient à soignant et vice-versa, du risque de transmission, et des recommandations pour la prise en charge post-exposition. Il est basé sur un document de fond préparé pour l'AMC au moment de ses délibérations sur la motion de 1999.³⁴

L'une des questions soulevées par la motion de 1999 à l'AMC (sur le test des personnes source) consistait à savoir si la mesure proposée était bel et bien nécessaire. Des intervenants qui se sont prononcés contre la motion ont fait remarquer qu'en dix ans, à l'hôpital St-Paul de Vancouver, d'un nombre d'expositions accidentelles estimé à 1 700, seulement deux patients avaient refusé de subir le test du VIH (soit 0,1% des cas).³⁵ Une enquête auprès d'autres hôpitaux du Canada a confirmé cette tendance. Le taux estimé de refus était faible, allant de 0,2% à 0,5%.³⁶

En ce qui concerne le test, la synthèse conclut :

Puisque le VHB peut être prévenu par l'immunisation et puisqu'il n'existe pas de traitement prophylactique post-exposition contre le VHC, le but principal de l'administration de tests à une personne source est de connaître son état sérologique pour le VIH. La PPE anti-VIH réduit le risque de transmission de l'infection et elle doit être commencée dans les quelques heures après l'exposition. Un résultat négatif [de la personne source] ne rassure pas complètement, vu le potentiel d'une période fenêtre de l'infection, sans la présence d'anticorps; cependant, un refus de subir le test, de la part du patient, nuira à la prise d'une décision pleinement informée, en matière de PPE, accroîtra l'anxiété du travailleur de la santé [exposé] et pourra entraîner une PPE superflue et des effets secondaires. En élaborant des politiques dans ce domaine, on doit tenir compte de la rareté relative de tels refus de même que des conséquences, pour les recommandations de PPE, d'une part, et les considérations éthiques et juridiques asso-

ciées à l'omission du consentement éclairé et à l'imposition de tests, d'autre part. [trad.]³⁷

La synthèse discute par ailleurs du potentiel de transmission de pathogènes hématogènes des soignants aux patients. Il n'est pas possible de résumer ici toute cette discussion, mais l'examen conclut que « il est improbable qu'une politique de test obligatoire aux travailleurs des soins de santé, après une exposition, contribue à réduire la transmission de [pathogènes hématogènes] de professionnels de la santé aux patients. [trad.]³⁸

Mise à jour du Réseau de surveillance canadien des piqûres d'aiguilles (RSCPA)

Le Réseau de surveillance canadien des piqûres d'aiguilles (RSCPA), créé en 2000, a récemment rendu publiques les données de sa première année en fonction (du 1 avril 2000 au 31 mars 2001).³⁹ Les données ont été collectées de 12 hôpitaux à travers le Canada. Pendant la période examinée, 1 436 expositions à du sang ou à des liquides corporels se sont produites parmi des travailleurs de la santé. De ces cas, 84% étaient des expositions percutanées (p. ex. contact avec le tissu sous-cutané, par une aiguille, une coupure, une égratignure ou une morsure) et 16% étaient des expositions cutanéomuqueuses (p. ex. contact avec une membrane muqueuse par une éclaboussure dans les yeux, le nez ou la bouche). Le taux de blessure était plus élevé pour les expositions percutanées (3,59 pour cent équivalents temps plein [ETP]) que pour les expositions cutanéomuqueuses (0,66 pour 100 ETP).

Les infirmiers et infirmières composaient la moitié du nombre d'expositions. Cependant, le taux

d'exposition était beaucoup plus faible parmi ce personnel infirmier (4,88 pour 100 ETP) que parmi les phlébotomistes (employés qui effectuent les prises de sang, parmi

45% des blessures percutanées auraient pu être prévenues par une manipulation et une mise aux rebuts adéquates des aiguilles usagées; et deux tiers des expositions cutanéomuqueuses auraient pu être prévenues par le port de lunettes de sécurité ou de masque de protection/chirurgical.

lesquels le taux d'exposition était de 42,78 pour 100 ETP), les médecins résidents (20,97), les techniciens en médecine nucléaire (13,59), les préposés à la stérilisation (12,14) ou les médecins spécialistes (10,06).

Les personnes sources étaient identifiées dans 84% des 1 436 cas d'exposition. Des 1 203 personnes sources identifiées, 10% n'ont pas subi de test pour des infections virales. Parmi celles qui ont eu des tests, 15 ont reçu un résultat positif pour le VHB, 77 pour le VHC et 24 pour le VIH. Dix personnes sources présentaient une co-infection de deux ou trois de ces virus. La prévalence de pathogènes hématogènes parmi les personnes sources identifiées et ayant subi un test était de 1% pour le VHB, 7% pour le VHC et 2% pour le VIH – des

taux qualifiés de préoccupants par les auteurs.⁴⁰

À ce jour, aucun des travailleurs de la santé qui ont été exposés au VHB, au VHC ou au VIH n'a contracté l'infection à cause de l'exposition.

Une étude récente a révélé qu'en Colombie-Britannique, 54% des personnes qui avaient reçu une PPE anti-VIH n'auraient pas dû, d'après les lignes directrices.

Les auteurs expriment les mises en garde que les résultats sont sujets aux limites intrinsèques d'un registre volontaire et que les données ne sont pas représentatives de tous les hôpitaux du Canada. Néanmoins, ils attirent l'attention sur le risque disproportionné d'exposition professionnelle parmi les préposés à la prise de sang et à la stérilisation de matériel. Vu le taux de blessures attribuées à des aiguilles, et vu le risque plus élevé d'infection qui s'associe aux blessures avec une aiguille creuse de gros diamètre insérée directement dans une artère ou une veine, ils suggèrent que les programmes de prévention se concentrent d'abord sur ces éléments. Ils soulignent que 45% des blessures percutanées auraient pu être prévenues par une manipulation et une mise aux rebuts adéquates des aiguilles usagées; et que les deux tiers des expositions cutanéomuqueuses auraient pu être prévenues par le port de lunettes de sécurité ou de masque

de protection/chirurgical. Ils suggèrent que « [l']application des mesures de lutte recommandées, telles que les contrôles techniques (dispositifs de sécurité, contenant pour l'élimination des objets pointus et tranchants), les contrôles administratifs (protocole post-exposition rapide et efficace) et les mesures de contrôle des pratiques de travail (immunisation, technique sans contact dans la salle d'opération, précautions universelles) peut réduire le nombre d'expositions importantes ».⁴¹

Évaluation de la PPE en C.-B.

Une PPE anti-VIH consiste en un régime composé de deux ou trois antirétroviraux, administré pendant quatre semaines. La décision de recommander (ou non) une PPE et le nombre de médicaments à intégrer dans le traitement dépendent de l'évaluation du risque associé à l'exposition. Les directives font généralement la distinction entre un risque plus élevé de transmission (traitement avec trois médicaments), un risque modéré de transmission (traitement avec deux médicaments) et un risque négligeable de transmission (traitement *non* recommandé).⁴² (Les directives du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, récemment révisées, ne comportent plus que deux catégories de risque.⁴³) Cependant, tous les médicaments antirétroviraux ont des effets secondaires,⁴⁴ ce qui constitue une des principales raisons pour lesquelles des travailleurs de la santé qui ont été exposés ne suivent pas le régime jusqu'à la fin. La majeure partie de ces effets secondaires disparaît après la cessation du traitement, mais des cas d'événements indésirables graves ont été rap-

portés.⁴⁵ Par conséquent, la synthèse présentée dans le *JAMC* suggère que les travailleurs qui reçoivent une offre de PPE « doivent être pleinement conscients des risques potentiellement graves qui s'associent à certains médicaments antirétroviraux, afin de les comparer au risque relativement faible de devenir infecté par le VIH ».⁴⁶

Il y a toutefois des données à l'effet que la PPE anti-VIH n'est pas toujours utilisée adéquatement. Une récente étude du B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS, à propos du programme de PPE anti-VIH dans cette province, est arrivée à la conclusion que 30% des personnes qui avaient reçu trois médicaments en PPE n'auraient pas dû, en vertu des lignes directrices; que 30% des personnes qui avaient reçu deux médicaments en PPE n'auraient pas dû; et que 54% de ceux qui avaient reçu une PPE n'auraient pas dû la recevoir.⁴⁷ Le coût avéré du programme a été de 538 098 \$. Si les médicaments avaient été administrés conformément aux lignes directrices, le coût attendu aurait été de 239 283 \$, soit environ 298 000 \$ de moins. Dans une étude connexe, le B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS a constaté que la probabilité de recevoir une PPE anti-VIH comprenant trois médicaments différerait de ce à quoi l'on se serait attendu d'après les lignes directrices.⁴⁸ Les auteures affirment la nécessité de rehausser l'éducation parmi les professionnels de la santé, notamment en région rurale, pour assurer que les questions liées à la transmission du VIH, les risques et avantages de la PPE, de même que le contenu des lignes directrices sur la PPE, soient compris pleinement.⁴⁹

Quelles actions sont souhaitables?

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a récemment publié une *Étude générale* sur les tests obligatoires en situation post-exposition professionnelle. L'une des conclusions de cette analyse est que l'on peut faire davantage pour prévenir l'exposition professionnelle accidentelle, pour soutenir les travailleurs et pour obtenir le consentement volontaire des personnes source sans avoir recours à l'administration de tests obligatoires aux personnes source. Des études réalisées au Canada, aux États-Unis et en Europe indiquent l'existence de pratiques dangereuses dans l'élimination des aiguilles, l'omission des précautions de base, les taux continus de blessures, les retards dans l'administration de la prophylaxie post-exposition et un manque de compétences dans l'évaluation des expositions et dans la recommandation de la prophylaxie post-exposition. Des améliorations pourraient être apportées par :

- la mise en œuvre des lignes directrices et des protocoles en vigueur sur la prévention et la prise en charge des expositions professionnelles aux maladies infectieuses;
- la prestation annuelle d'enseignement et de formation des travailleurs sur les maladies infectieuses, les mesures de protection d'ingénierie et d'autres mesures;
- l'introduction de mesures de protection d'ingénierie comme les systèmes sans aiguille, les aiguilles munies de caractéristiques de sécurité, les gants de latex de

haute qualité et les gants imperforables;

- la désignation et la formation de personnel chargé de réagir aux expositions professionnelles, de fournir du counselling aux travailleurs et d'agir comme agents de liaison avec les personnes source;
- le renforcement du counselling, du soutien et du suivi post-exposition donnés aux travailleurs exposés, à leurs collègues de travail (au besoin) et à leurs familles;
- la mise en œuvre de programmes en milieu de travail pour corriger les idées fausses et pour réduire la stigmatisation liées aux maladies infectieuses;
- l'amélioration de la formation et du soutien d'experts aux travailleurs de la santé chargés d'administrer la prophylaxie post-exposition pour s'assurer qu'elle n'est prescrite que conformément aux lignes directrices en vigueur; et
- l'introduction de dispositions pour protéger la vie privée et la confidentialité des personnes source, comme la réquisition et la consignation non nominatives des résultats de tests, la destruction des dossiers liés au test, ainsi que l'adoption de règlements, politiques et protocoles concernant la confidentialité des résultats de tests.

L'expérience de l'Association médicale canadienne démontre que les propositions de test obligatoire doivent être soumises à un minutieux examen épidémiologique, éthique et juridique. Il est important de noter que les infirmiers et médecins – les

professionnels exposés au plus grand risque d'exposition au VIH au travail – sont incités par leurs codes de déontologie à *ne pas* appuyer le test obligatoire des personnes source.

L'évaluation du programme de PPE en C.-B., qui a révélé que le traitement prescrit dépasse fréquemment ce que justifie l'exposition, porte à croire que bien d'autres mesures pourraient être adoptées afin d'éduquer les fournisseurs de PPE et de conseiller les professionnels exposés, quant à la probabilité de transmission, parfois très faible.

L'anxiété et le stress vécus par un professionnel, après une exposition à l'infection au travail, sont considérables; les risques d'effets secondaires de la PPE anti-VIH ne sont pas négligeables. Mais il est loin d'être évident que l'imposition de tests aux personnes source qui n'y consentent pas soit la solution. Vu les incertitudes liées à la période fenêtre de l'infection à VIH et vu les risques associés à certains comportements, un résultat négatif chez une personne source n'apportera pas nécessairement au travailleur les assurances qu'il cherche. Contre l'anxiété et le stress découlant d'une exposition professionnelle, la fourniture de counselling et de soutien est la réponse adéquate – et indispensable.

– Theodore de Bruyn
et Richard Elliott

L'*Étude générale* effectuée par le Réseau juridique canadien VIH/sida et la série de feuillets d'information qui l'accompagne sont accessibles sur le site Internet <www.aidslaw.ca> et en version imprimée auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (tél. (613) 725-3434, téléc. (613) 725-1205, courriel <aidssida@cpha.ca>). La transcription du témoignage

du Réseau juridique devant le Comité permanent de la justice et des droits de la personne, le 19 février 2002, est accessible [en anglais et en traduction libre] sur le site Internet parlementaire, à <www.parl.gc.ca/InfoCom/CommitteeEvidence.asp?Language=F&Parliament=8&Joint=0&CommitteeID=151>. Le mémoire intégral du Réseau juridique est accessible sur son site Web à <<http://www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/tests.htm>>.

Theodore de Bruyn est consultant en politiques de la santé et auteur de l'*Étude générale* publiée par le Réseau juridique. On peut le joindre par courriel à <tdebruyn@cyberus.ca>. Richard Elliott est avocat et directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida; son courriel est <relliott@aidslaw.ca>.

¹ Voir T. de Bruyn, *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VIH, au VHC ou au VIH – Étude générale*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001, p. 21.

² Voir R. Elliott, « Un député réformiste propose le test obligatoire », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2000, 5(2/3) : 24-27.

³ Association canadienne des policiers et policières, *Mémoire présenté au Comité permanent de la justice et des droits de la personne à propos du projet de loi C-217*, 19 février 2002.

⁴ Réseau juridique canadien VIH/sida, *Mémoire présenté au Comité permanent de la justice et des droits de la personne à propos du projet de loi C-217*, 19 février 2002 (disponible à <www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/tests.htm>). Lettre de Michael Yoder, président du conseil d'administration de la Société canadienne du sida, à l'honorable Martin Cauchon, ministre de la Justice, 25 janvier 2002; Glen Hillson, *Presentation to the Select Standing Committee [on] Justice and Human Rights*, 19 février 2002; HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario), *Brief to the House of Commons Standing Committee on Justice and Human Rights: Bill C-217 ("Blood Samples Act")*, 21 février 2002; lettre de M. Gerald H. Dafoe, chef de la direction, Association canadienne de santé publique, au Comité permanent de la justice et des droits de la personne, 26 février 2002, à <www.cpha.ca/english/policy/advoc/oppssc217.htm>; lettre de la Dre Ginette Lemire Rodger, présidente, Association canadienne des infirmières et infirmiers, à l'honorable Andy Scott, président, Comité permanent de la justice et des droits de la personne, 14 février 2002; Association canadienne de justice pénale, *Brief to the Standing Committee on Justice and Human Rights on Bill C-217*, 19 février 2002; lettre de Heather Perkins-McVey, présidente, Section nationale de droit pénal de l'Association du Barreau canadien, à l'honorable Andy Scott, président, Comité permanent de la justice et des droits de la personne, 26 février 2002; British Columbia Civil Liberties Association, *Bill C-217 "The Blood Samples Act": Submission before the Standing Committee on Justice and Human Rights*, 26 février 2002. La transcription des témoignages devant le Comité est accessible sur le site Internet parlementaire via <<http://www.parl.gc.ca/InfoCom/CommitteeMinute.asp?Language=F&Parliament=8&Joint=0&CommitteeID=151>> (cliquez, dans la colonne « Témoignages », sur la date pertinente).

⁵ Commissaire à la protection de la vie privée du Canada, « Déclaration préliminaire devant le Comité permanent de la Chambre sur la justice et les droits de la personne concernant le projet de loi C-217 Loi sur le prélèvement d'échantillons de sang », à <http://www.privcom.gc.ca/speech/02_05_a_020222_f.asp>.

⁶ Voir le site Web de la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada, à <<http://www.ulcc.ca/fr/about>>.

⁷ L.O. 2001, ch. 30. Le texte complet de la loi est accessible sur le site Web de la législature ontarienne, à <www.ontla.on.ca/library/bills/105372.htm>.

⁸ Dr Colin D'Cunha, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, *Submission to Standing Committee on Justice and Social Policy: Bill 105*, 4 décembre 2001 (en dossier).

⁹ Police Association of Ontario, *News release*, 14 décembre 2001.

¹⁰ B. MacKay, « New Ontario law could allow force [sic] blood sample collection », *e-CMAJ News Desk*, 16 janvier 2002.

¹¹ R. Elliott, « Blood-test bill a violation of privacy », *Toronto Star*, 8 janvier 2002, p. A17.

¹² Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC – L'infection au VIH au travail (mise à jour, 2000)*, 11 décembre 2000 (accessible à <www.cma.ca/cma/menu/displayMenu.do?skin=130&pMenuId=1&pSubMenuId=1&pageId=/staticContent/HTML/N0/11/notre_position/politique.htm>). Cf de Bruyn, *supra*, note 1, p. 27-29.

¹³ Association médicale canadienne, *supra*, note 12.

¹⁴ Rapporté dans M.W. Tyndall, M.T. Schechter, « HIV testing of patients: Let's waive the waiver », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, 162(2) : 210-211.

¹⁵ Tyndall et Schechter, *ibid.*

¹⁶ J. Hoey, « CMA rescinds controversial policy », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2000, 163(5) : 594.

¹⁷ Hoey, *supra*, note 16.

¹⁸ B.W. Moloughney, *Bloodborne pathogen source testing: A review of the evidence*, Ottawa, Association médicale canadienne, 2000; publié subséquemment sous B.W. Moloughney, « Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting: Where are we now? », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001, 165(4) : 445-51.

¹⁹ Hoey, *supra*, note 16.

²⁰ de Bruyn, *supra*, note 1, p. 29-31.

²¹ Santé Canada, « Un protocole intégré pour la prise en charge des travailleurs de la santé exposés à des pathogènes transmissibles par le sang », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1997, 23 (supp. 2352), 1-14, <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/pathogns/index_f.html>.

²² British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS, *Therapeutic Guidelines for the Treatment of HIV/AIDS and Related Conditions*, Section 7: « Management of Accidental Exposure to HIV », révisé en décembre 2001 <<http://cfeweb.hivnet.ubc.ca/guide/open.html>>; Saskatchewan Technical Subcommittee on HIV/AIDS, *Guidelines for the Prevention of Hepatitis B, Hepatitis C, HIV and Other Bloodborne Pathogens in Work-Related Exposures*, septembre 1997; Santé Manitoba, *Integrated Post-Exposure Protocol: Guidelines for Managing Exposures to Blood/Body Fluids*, octobre 2000; Ministère de la Santé et des Services Sociaux, *Recommandations visant la prise en charge des travailleurs exposés au sang et aux autres liquides biologiques*, Québec, Ministère de la Santé et des Services Sociaux – Direction des communications, 1999.

²³ Santé Canada, « Lignes directrices nationales concertées pour l'établissement d'un protocole de notification post-

exposition à l'intention des intervenants d'urgence », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 1995, 21(19) : 169-180, <http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/ccdr/95vol21/index_f.html>.

²⁴ US Department of Health and Human Services, « Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2001, 50(RR-11), <www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5011a1.htm>.

²⁵ *Ibid.*, p. 19-20.

²⁶ Voir de Bruyn, *supra*, note 1, p. 10.

²⁷ US Department of Health and Human Services, *supra*, note 24, p. 20.

²⁸ *Ibid.*, p. 20, 26.

²⁹ *Ibid.*, p. 10-15.

³⁰ *Ibid.*, p. 23-26.

³¹ *Ibid.*, p. 26-27.

³² *Ibid.*, p. 28.

³³ Moloughney, « Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting », *supra*, note 18.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Tyndall et Schechter, *supra*, note 14, p. 211.

³⁶ Moloughney, « Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting », *supra*, note 18, p. 448-449.

³⁷ *Ibid.*, p. 449.

³⁸ *Ibid.*, p. 450.

³⁹ M. Nguyen, S. Paton, P.J. Villeneuve, « Mise à jour - Surveillance des travailleurs de la santé exposés au sang, autres liquides organiques et aux agents pathogènes à diffusion hémotogène : du 1^{er} avril 2000 au 31 mars 2001 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2001, 27(24) : 201-212.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 209.

⁴¹ *Ibid.*

⁴² *Supra*, notes 21, 22, 24.

⁴³ *Supra*, note 22.

⁴⁴ US Department of Health and Human Services, *supra*, note 24, p. 10-15.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 12-15.

⁴⁶ Moloughney, « Transmission and postexposure management of bloodborne virus infections in the health care setting », *supra*, note 18, p. 448.

⁴⁷ P. Braitstein et coll., « Another reality check: The direct costs of providing post-exposure prophylaxis in a population-based programme », *AIDS*, 2001, 15(17) : 2345-2347.

⁴⁸ P. Braitstein et coll., « Determinants of receiving three-drug post-exposure prophylaxis against HIV in a population-based setting », 10^e Conférence canadienne annuelle de la recherche sur le VIH/sida, 2001 (abrégé 269P), *Relevé canadien des maladies transmissibles*, 2001, 12(Suppl. B) : 45B.

⁴⁹ *Ibid.*, commentaires formulés dans la conclusion de la présentation par affiche; voir aussi P.R. Grime et coll., « A survey of the use of post-exposure prophylaxis for occupational exposure to human immunodeficiency virus », *Occupational Medicine*, 2000, 50(3) : 164-166.

NOUVELLES CANADIENNES

On trouve sous cette rubrique de brefs comptes-rendus de développements en matière de législation, de politiques et de défense des droits en lien avec le VIH/sida au Canada. (Les affaires canadiennes confiées à des cours ou à des tribunaux des droits de la personne sont sous la rubrique *Le VIH devant les tribunaux – Canada*.) Les nouvelles rapportées ici sont tirées d'information portée à notre connaissance par des correspondants au Canada ou notée lors de survols des médias. La correspondance pertinente aux Nouvelles canadiennes doit être adressée à David Garmaise, rédacteur en chef de cette rubrique, à <dgarmaise@rogers.com>.

Inquiétudes exprimées au sujet des nouvelles règles sur l'immigration

Une nouvelle loi sur l'immigration a été adoptée et entrera en vigueur d'ici peu. Des organismes communautaires ont exprimé des critiques à l'égard du Règlement proposé qui accompagnera la nouvelle loi. Entre-temps, le gouvernement fédéral a instauré des mesures de test requis des candidats à l'immigration au Canada. Des préoccupations ont été exprimées quant à la manière dont ces tests seront effectués.

Le gouvernement fédéral a rendu public le Règlement proposé en vertu de la nouvelle *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (LIPR)*.¹ Entre autres, le Règlement définit les modalités et motifs pour l'exclusion de requérants sur la base de leur santé. En février et mars 2002, des organismes de la communauté ont eu l'occasion de commenter le projet de Règlement, pendant les audiences du Comité permanent sur l'Immigration et la Citoyenneté.

Contexte

La LIPR a été adoptée en novembre 2001 mais n'entrera en vigueur que lorsque le Règlement sera finalisé (probablement au cours de l'été 2002). À l'instar de la *Loi sur l'immigration* qu'elle sera appelée à remplacer, la LIPR permet que des personnes se voient refuser l'admission au Canada pour cause de maladie, si celle maladie est susceptible de poser une menace à la santé ou à la sécurité publiques, ou de constituer

un « fardeau excessif » pour les deniers publics. Cependant, à l'opposé de la loi qu'elle remplacera, la LIPR exempte les époux, les conjoints de fait (i.e. non mariés) et les enfants d'un citoyen canadien ou d'un résident permanent, de même que les réfugiés, d'être exclus pour « fardeau excessif ».

Plus tôt, en septembre 2000, madame Elinor Caplan, alors ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration, avait annoncé des plans d'imposer le test du VIH aux requérants à l'immigration ainsi qu'aux demandeurs d'asile et d'exclure ceux qui seraient trouvés séropositifs – à l'exception des réfugiés et des requérants cadrant dans la « catégorie de la famille » – en invoquant à la fois des motifs de

menace à la santé publique *et* de fardeau excessif. Cette déclaration en avait étonné plus d'un, puisque les personnes vivant avec le VIH/sida ne

Si les autorités de l'immigration ne prennent en considération que les coûts qu'un requérant est susceptible d'imposer, sans tenir compte de ses contributions potentielles, on risque d'exclure des personnes à partir d'une moitié de soi-disant bilan.

sont pas considérées comme une menace à la santé publique, en vertu du droit canadien de l'immigration, depuis 1991.

Plusieurs organismes et individus avaient exprimé leurs préoccupations devant cette intention. En juin 2001, le Réseau juridique canadien VIH/sida a rendu public *Immigration et VIH/sida : rapport final*, dans lequel il a critiqué la décision d'instaurer des mesures de test obligatoire et toute exclusion pour des allégations de menace à la santé publique. Le même mois, la ministre Caplan changeait partiellement sa position pour annoncer que, bien que son département irait de l'avant avec le test obligatoire, les personnes vivant avec le VIH/sida ne seraient tout de même pas considérées comme une menace à la santé publique. Ces personnes seraient cependant sujettes à l'exclusion au motif d'un « fardeau excessif ».

Le test obligatoire du VIH aux requérants à l'immigration et du

statut de réfugié a été amorcé le 15 janvier 2002. Le test est effectué dans la majorité des cas à l'extérieur du Canada – dans le pays d'origine du candidat. Cela crée des préoccupations quant aux normes du test, sur le plan du consentement éclairé, du counselling pré- et post-test, de même que de la confidentialité, puisque les pratiques à l'extérieur du Canada sont dans bien des cas non conformes aux normes internationales et canadiennes. Citoyenneté et Immigration Canada a communiqué aux médecins qui administrent les examens médicaux pour le ministère la directive d'administrer le test du VIH à tous les adultes et à certains enfants qui demandent à immigrer au Canada. La lettre expliquait par ailleurs que les personnes vivant avec le VIH/sida ne devraient généralement pas être considérées comme des menaces à la santé publique, à moins de circonstances exceptionnelles.

Une importante innovation, dans la LIPR, est l'inclusion des couples de *common law* (conjoints de fait) dans la « catégorie de la famille ». Le conjoint de fait, de même sexe ou de sexe opposé, d'un répondant canadien pourra voir sa demande examinée en vertu de la catégorie de la famille. Les conjoints de fait sont admissibles à un certain nombre d'avantages comme l'exemption de l'inadmissibilité pour « fardeau excessif » sur les soins sociaux et de santé.

Commentaires sur le Règlement proposé

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a présenté un mémoire au Comité permanent afin de faire valoir ses préoccupations à l'égard du Règlement et de la LIPR;² il a témoi-

gné devant le Comité le 5 février 2002.

Dans son mémoire, le Réseau juridique s'est dit satisfait que, pour la première fois, l'expression de « fardeau excessif » soit définie dans le Règlement. Cependant, il s'est dit préoccupé par le contenu de cette définition. En vertu du Règlement proposé, la demande de services publics par le requérant est jugée « excessive » si elle excède celle du Canadien moyen. Si les responsables de l'immigration prennent en considération uniquement les coûts qu'un requérant éventuel est susceptible d'imposer, sans tenir compte des contributions qu'il est par ailleurs susceptible de faire (comme le paiement d'impôt sur le revenu, au gouvernement), ils risquent d'exclure des requérants en se fondant seulement sur la moitié d'un soi-disant bilan. Les requérants pourraient être exclus même si leurs éventuelles contributions allaient être supérieures à tout coût lié au traitement médical, le cas échéant, de leur maladie.

De plus, en vertu du Règlement, les coûts attendus sont projetés sur une période de cinq ans, qui peut toutefois être prolongée jusqu'à dix ans dans le cas de requérants qui vivent avec une maladie chronique comme le VIH/sida. Le Réseau juridique a soutenu qu'un estimé au delà d'un avenir de cinq ans serait probablement imprécis, vu le développement continu de nouveaux traitements et la fluctuation des prix de médicaments. Le Réseau a affirmé que l'exclusion de requérants à partir d'estimés aussi vagues serait injuste.

Par ailleurs, bien que la LIPR affirme que les conjoints de fait sont exemptés de l'inadmissibilité du fardeau excessif pour les services sociaux et de santé, plusieurs couples

vivant une relation authentique risquent de ne pas être admissibles à cette disposition. En vertu de la définition de « conjoint de fait » proposée dans le Règlement, ces couples doivent vivre ensemble au moment de leur demande et depuis au moins un an. Dans le contexte de l'immigration, plusieurs couples qui ont une relation conjugale réelle et engagée n'ont pourtant pas l'option de vivre ensemble. À l'opposé des couples de sexes opposés, les couples de même sexe n'ont pas la possibilité de se marier pour remédier à cette situation et faire en sorte d'être automatiquement inclus dans la catégorie de la famille.

Dans sa demande que soit modifiée la définition de « conjoints de fait » dans le Règlement, l'organisme ÉGALE, une coalition nationale de

défense des droits des gais, lesbiennes, bisexuels et personnes transgenre, a rappelé au Comité permanent que la Cour suprême du Canada a affirmé que *toutes* les circonstances, et non seulement la cohabitation, doivent être prises en considération lorsque détermine si, en vertu de la loi, un couple sera considéré avoir une relation de nature familiale. Les autres circonstances sont notamment le comportement personnel, les activités sociales, le soutien économique et les impressions de personnes qui sont en contact avec le couple.

Les organismes communautaires sont d'avis que la mise en œuvre de la LIPR et de son Règlement devra être observée attentivement. À présent que le test requis du VIH fait partie des examens de routine aux-

quels sont soumis pratiquement tous les requérants à l'immigration et au statut de réfugié, il est crucial que les conditions du test et de l'exclusion soient fondées sur une politique cohérente qui respecte les droits fondamentaux des requérants, et qui consiste à évaluer chaque demande en l'espèce, cas par cas, conformément à la tradition du Canada en matière d'immigration.

- Alana Klein

Alana Klein est étudiante à la Faculté de droit de l'Université McGill et l'auteure de *Immigration et VIH/sida: rapport final*. Son courriel est <amsk100@aol.com>.

¹ Le Règlement est accessible sur le site Internet de Citoyenneté et Immigration Canada, à <www.cic.gc.ca/francais/ministere/politique/loi-imm.html>. Le texte de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés (L.C. 2001, ch. 27) également.

² Ce mémoire est accessible sur le site Web du Réseau juridique, à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/immigrationFhtm>>.

Des médecins mécontents du nouveau Règlement sur l'accès à la marijuana médicale

Des associations représentant les médecins sont préoccupées par la déclaration médicale que ces derniers doivent compléter en vertu de la nouvelle réglementation de Santé Canada sur l'accès à la marijuana à des fins médicales. Des médecins refusent de remplir certaines parties du formulaire.

Des médecins s'inquiètent des règlements adoptés par Santé Canada, en juillet 2001, quant à l'accès à de la marijuana à des fins médicales.

En vertu du Règlement, les individus désireux de posséder légalement de la marijuana à des fins médicales doivent présenter une demande à Santé Canada. Dans le cadre de cette demande, un médecin doit remplir et

signer une déclaration à l'effet que l'utilisation recommandée de marijuana contribuerait à atténuer les symptômes et que ses bienfaits pour le demandeur l'emporteraient sur tout risque qui y est associé. Le médecin doit aussi préciser la dose de marijuana recommandée au patient ainsi que le mode d'administration. Pour les demandeurs en phase terminale

d'une maladie et dont l'espérance de vie est estimée à moins de 12 mois, le médecin de famille peut signer la déclaration. Pour les autres, un médecin spécialiste doit apposer sa signature (voire deux spécialistes, dans certains cas).

Dans une lettre du 8 novembre 2001 au ministre de la Santé Allan Rock,¹ l'Association médicale canadienne (AMC) a affirmé que la réglementation « comporte des failles » et impose un fardeau inéquitable aux médecins. L'AMC se dit préoccupée que les médecins soient poussés à se faire les « gardiens » d'une drogue

non éprouvée et en l'absence de toute directive sur son utilisation.

L'Association canadienne de protection médicale (ACPM), une mutuelle de protection qui fournit une aide financière aux médecins en cas de poursuites en justice pour faute professionnelle ou négligence, a exprimé elle aussi des inquiétudes à l'égard de la réglementation. Dans un feuillet d'information à l'intention des médecins, publié en octobre 2001,² l'ACPM conseille à ces derniers de ne pas compléter la portion du formulaire de déclaration médicale où ils sont supposés affirmer que les bienfaits pour le demandeur de marijuana médicale seraient plus importants que les risques – à moins qu'ils considèrent avoir des connaissances détaillées quant à l'efficacité de la marijuana dans le cas particulier de la maladie de leur patient.

L'ACPM affirme aussi qu'un médecin aurait probablement de la

difficulté à déterminer la dose de marijuana et le mode d'administration à recommander, faute de recherche dans ce domaine et vu le manque de connaissances au sein de la profession médicale à propos des bienfaits de la marijuana sur le plan médical.

L'ACPM craint que, dans l'éventualité de préjudices à un patient en raison de l'utilisation de marijuana obtenue par ce biais, le médecin qui a signé la déclaration d'appui à sa demande puisse être tenu responsable. Dans sa lettre au ministre Rock, l'AMC fait écho au propos de l'ACPM à l'effet que la réglementation place les médecins dans une situation légale précaire.

L'ACPM recommande aux médecins qui ne considèrent pas avoir les qualifications pour faire les déclarations attendues d'eux par le Règlement ne s'en sentent pas obligés. En Ontario, on a rapporté que des médecins de famille refusent de compléter le formulaire de déclaration

médicale, en certains cas par réticence à affirmer que leur patient n'a que douze mois à vivre, en d'autres cas parce qu'ils ne se sentent pas à l'aise de déclarer que la marijuana atténuerait les symptômes du patient.

Lorsque le Règlement a été rendu public, plusieurs personnes ont affirmé qu'il était indûment restrictif et que cela entraverait l'accès à la marijuana à des fins médicales. Si un grand nombre de médecins refusent de compléter la déclaration médicale requise, l'accès sera encore plus difficile.

– David Garmaise

¹ Disponible sur le site Web de l'AMC, à www.cma.ca (sous « Communiqués »).

² « Ce qu'il faut faire lorsque vos patients présentent une demande d'autorisation de possession de marijuana à des fins médicales », ACPM, octobre 2001 (accessible sur le site Web de l'ACPM, à <http://www.cmpa.org/cmpaweb/public/french/index-f.cfm> (cliquez sur « Feuillet d'information »)).

Critiques à propos des pratiques de sélection des donneurs de sang

Des critiques affirment que la question sur l'homosexualité masculine, dans le questionnaire utilisé pour la sélection des donneurs de sang, est désuète et discriminatoire. Mais un panel de concertation chargé d'examiner le processus de sélection est d'avis que la sécurité de l'approvisionnement en sang est d'importance suprême et que tout changement au questionnaire risquerait d'affecter la confiance du public à l'égard du système.

Des regroupements de gais et des associations étudiantes ont affirmé, lors d'une conférence sur les pratiques de sélection des donneurs de

sang, que la question portant sur les pratiques homosexuelles masculines, dans le formulaire de sélection, est désuète et discriminatoire. Ces orga-

nismes s'exprimaient à l'occasion d'une conférence de concertation sur le processus de sélection des donneurs de sang, tenue à Ottawa, du 7 au 9 novembre 2001. La conférence était organisée par la Société canadienne du sang et Héma-Québec.

On trouve, dans le formulaire de sélection, la question suivante (posée uniquement aux hommes) : « Depuis 1977, avez-vous eu une relation sexuelle avec un autre homme, même une

seule fois? ». Si un donneur potentiel répond par l'affirmative, il est écarté du don de sang de manière définitive. Des groupes gais et étudiants ont affirmé que la question est trop imprécise pour servir à l'objectif de refuser des donneurs séropositifs. À leur avis, elle devrait être remplacée par une question ou une série de questions portant expressément sur les activités sexuelles à risque élevé (p. ex. des rapports sexuels anaux sans condom) dans le passé du donneur potentiel – homosexuel ou hétérosexuel.

Notamment, ÉGALE Canada, un regroupement de défense des droits et intérêts des lesbiennes, gais et personnes bisexuelles et transgenre, a affirmé que les pratiques actuelles de sélection s'écartent des lignes directrices de santé publique en matière de VIH/sida, qui mettent l'accent sur les activités à risque élevé et non sur quelque « groupe à risque ». ÉGALE a souligné que cet écart est suscepti-

ble d'accroître le risque d'exposition au VIH, tant par le système d'approvisionnement en sang que par d'autres voies. L'organisme a affirmé que les pratiques actuelles catalysent l'homophobie et nuisent à la confiance des Canadiens à l'endroit de l'équité, de l'efficacité et de la sûreté du système d'approvisionnement en sang.

À la fin de la conférence, cependant, un panel de concertation de 11 membres réunis par les organisateurs de la conférence a rendu public un énoncé provisoire qui renonçait à tout changement dans le questionnaire. Le panel, formé de médecins, d'avocats et d'éthiciens, a plutôt mis l'accent sur une série de principes d'orientation pour la sélection des donneurs, notamment sur le précepte que la sécurité du système d'approvisionnement en sang est d'importance suprême. Le panel a déclaré qu'une politique d'exclusion de certains groupes peut être justifiée, en pré-

sence d'information scientifique à l'appui. Il a ajouté que toute proposition de changement au questionnaire devrait être évaluée à la lumière du risque que cela affecte la confiance à l'égard du système. Le panel a toutefois reconnu que l'exclusion de groupes à risque devrait être accompagnée de justifications présentées aux groupes visés et au public.

Le panel de concertation formulera un énoncé final, qui sera publié au printemps 2002 dans la revue médicale *Transfusion*. La Société canadienne du sang a indiqué qu'elle entendait prendre en considération l'énoncé final de la concertation lorsqu'elle examinerait éventuellement les critères de sélection des donneurs. La Société a précisé que tout changement aux critères de sélection devrait recevoir l'approbation de l'instance de réglementation, Santé Canada.

– David Garmaise

Un tribunal pour le traitement de la toxicomanie est créé en C.-B.

La Colombie-Britannique vient de créer son premier tribunal pour le traitement de la toxicomanie. Conçu comme une mesure de rechange à l'incarcération, par un traitement imposé de la toxicomanie, ce tribunal tentera d'orienter des utilisateurs de drogue qui sont inculpés pour des infractions liées à la drogue, vers un traitement rigoureux de la toxicomanie plutôt que la prison. Cette récente mesure a été accueillie favorablement par certains, mais des experts locaux critiquent la décision en soulignant le manque de preuves de l'efficacité présumée de ces tribunaux, et en mettant en relief la nécessité d'accroître l'accès à des programmes de traitement volontaire.

Le *Tribunal de traitement de la toxicomanie de Vancouver* (TTTV) a ouvert officiellement ses portes le 4 décembre 2001. Des initiatives de ce genre sont en plein essor aux États-Unis, en réaction à la hausse des taux d'incarcération d'utilisateurs de drogue;¹ et un tribunal pour la toxicomanie a été mis en place à Toronto en 1998. L'hypothèse sous-jacente à cette

forme d'intervention est que les sentences du droit pénal ne parviennent pas à contrer la dépendance et l'usage de drogue.² Ces tribunaux pour la toxicomanie sont donc conçus de

« En dépit de la popularité des tribunaux pour le traitement de la toxicomanie, aucune donnée ne démontre que ces programmes conduisent à des résultats meilleurs que (ni même équivalents à) ceux de programmes de traitement volontaire. »

– Dr John Anderson

manière à offrir une combinaison de supervision judiciaire et de traitement intensif de la toxicomanie, afin de favoriser la fidélité au traitement, la réduction de l'usage de drogue et la non-récidive.³

L'initiative du TTTV (un projet de démonstration) est un effort commun du gouvernement du Canada, de celui de la C.-B. et de la Ville de Vancouver. Il est financé en partie par le Fonds d'investissement dans la prévention du crime, dans le cadre de la Stratégie nationale sur la sécurité des communautés et la prévention du crime. Le ministère du Procureur général de la C.-B. est chargé de la supervision du projet, qui s'échelonne sur quatre ans (jusqu'en novembre 2005) et qui comprend un volet d'évaluation du processus et des indicateurs de résultats.

Dans le cadre du programme de TTTV, des « délinquants non violents accusés de possession, de trafic et de possession en vue de faire le trafic de cocaïne ou d'héroïne en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* »⁴ ont la possibilité d'être sélectionnés. L'équipe du TTTV se compose d'un juge, d'un procureur, d'un avocat de la défense, de gestionnaires de cas ainsi que d'intervenants en traitement de la toxicomanie. La première étape consiste en un examen des participants potentiels par un professionnel de la santé qui détermine s'il y a bel et bien dépendance. Les individus considérés admissibles se verront offrir une « combinaison intensive et coordonnée de surveillance judiciaire et de traitements en plusieurs étapes de leur toxicomanie ainsi que divers autres services de soutien communautaire ». Si un participant complète le programme avec succès, la sentence qu'il recevra pour les infractions dont il avait été accusé pourra être réduite à une peine sans emprisonnement, voire annulée.⁶ En revanche, les participants qui abandonnent le programme ou qui ne satisfont pas à ses exigences doivent retourner au processus judiciaire régulier de la détermination de la peine.

L'enthousiasme à l'égard du TTTV a été refroidi par les critiques d'experts locaux. Dans un récent article, le professeur John Anderson, du département de psychiatrie de l'Université de la C.-B., a remis en question le bien-fondé de créer un tel programme à Vancouver. Le Dr Anderson conclut ainsi son analyse des recherches effectuées sur les tribunaux pour le traitement de la toxicomanie :

En dépit de la popularité des tribunaux pour le traitement de la

toxicomanie, aucune donnée ne démontre que ces programmes conduisent à des résultats meilleurs que (ni même équivalents à) ceux de programmes de traitement volontaire. Les politiques canadiennes sur la drogue devraient favoriser l'expansion des traitements volontaires de la toxicomanie dont l'efficacité est démontrée, avant de donner l'aval à des programmes non éprouvés de traitement obligatoire comme ces tribunaux, qui reposent sur la coercition légale. [trad.]⁷

Certes, plusieurs études ont porté sur l'évaluation des tribunaux de la toxicomanie, mais la plupart étaient décevantes sur le plan de la méthode ou n'ont conduit qu'à des conclusions modestes ou peu significatives – ce qui incite Anderson et d'autres chercheurs à se demander si les tribunaux de la toxicomanie ne seraient pas, en réalité, plus « populaires » qu'« efficaces ». Certains des principaux problèmes des études susmentionnées sont liés à un suivi limité, quant aux effets à long terme (à savoir s'il y a récidive à la fin du programme, et retour à l'usage de drogue, par exemple); à l'absence de randomisation dans le choix des participants; et au fait qu'elles n'observaient pas de groupe témoin (ou groupe contrôle). Par ailleurs, les évaluations effectuées jusqu'ici indiquent que les taux de complétion des programmes sont faibles (inférieurs à 50% dans la plupart des cas). À Toronto, un seul participant avait réussi à compléter le programme du tribunal pour le traitement de la toxicomanie, après une année.

Des critiques craignent en outre qu'un tribunal de la toxicomanie ne convienne pas à la situation qui sévit à Vancouver. Les articles du Dr Anderson font mention de résultats

d'une étude américaine à l'effet que les participants les plus susceptibles de compléter un tel programme sont ceux qui ont des problèmes d'alcool et de marijuana et qui ont un emploi à temps plein – un profil qui s'écarte grandement de celui des personnes qui consomment de la cocaïne et de l'héroïne dans les rues du quartier Downtown Eastside de Vancouver.

Vu le consensus croissant à l'effet que la dépendance à la drogue est d'abord et avant tout un problème de santé, la mise en œuvre d'une approche de traitement de la toxicomanie imposée par la voie judiciaire peut

être considérée par certains comme un recul vers une politique fondée sur l'application de la loi. D'autres considèrent cependant que les tribunaux de la toxicomanie sont un signe que le système judiciaire est en train de devenir plus « libéral » dans son approche à l'endroit des personnes qui font usage de drogue. Quoi qu'il en soit, seuls le temps et de rigoureuses évaluations permettront de savoir si le TTTV peut réellement contribuer à réduire les méfaits associés à la drogue, à Vancouver.

– Thomas Kerr

¹ J. Anderson, « What to do about "much ado" about drug courts », *International Journal of Drug Policy*, 2001, 12 : 469-475.

² D. MacPherson, *A Framework for Action: A Four-Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, Ville de Vancouver, 2001.

³ Anderson, *supra*, note 1.

⁴ « Document d'information – Programme du Tribunal de traitement de la toxicomanie de Vancouver », Justice Canada, 2001, accessible à <http://canada.justice.gc.ca/fr/nouv/cp/2001/doc_27969.html>.

⁵ *Ibid.*

⁶ MacPherson, *supra*, note 2.

⁷ Anderson, *supra*, note 1, p. 469.

⁸ *Ibid.*, p. 470.

C.-B. – Nouvelle prestation d'aide sociale, abolition d'autres prestations

On a introduit une nouvelle prestation mensuelle de 225\$ pour aliments, minéraux et eau embouteillée, mais on a coupé d'autres prestations à la santé.

En octobre 2001, le gouvernement de la Colombie-Britannique a créé une nouvelle prestation-santé destinée aux bénéficiaires d'aide sociale qui vivent avec une maladie évolutive grave. Cette nouvelle prestation est d'un montant mensuel pouvant atteindre 225\$, pour l'achat de nourriture, de vitamines, de minéraux et d'eau embouteillée. Pour les personnes admissibles, il s'agira d'une augmentation du revenu mensuel pouvant atteindre 28,6% (de 786,42\$ à 1 011,42\$).

Bien que cette mesure semble constituer un geste positif pour satisfaire les besoins de santé des personnes handicapées, quelques autres

prestations à la santé ont malheureusement été annulées du même coup : médicaments non couverts par le « Pharmacare » (le régime provincial d'assurance-médicaments), counseling aux personnes qui songent au suicide, thérapies complémentaires, sont des exemples de recul sur le plan des services publics de santé. En conséquence, le bénéfice final de l'ensemble des changements, pour les personnes vivant avec le VIH/sida et pour les personnes ayant d'autres handicaps, est incertain.

Par ailleurs, la British Columbia Persons with AIDS Society (BCPWA) a exprimé de sérieuses inquiétudes, en affirmant que le processus d'évalu-

ation et les critères d'admissibilité à la nouvelle prestation étaient déroutants pour les médecins, en plus d'être très limitatifs.¹ La BCPWA sait que plusieurs individus se sont vu refuser la prestation alors qu'ils en ont réellement besoin.

La BCPWA a fait pression pendant plusieurs années sur le gouvernement provincial afin qu'il accorde une prestation-santé aux personnes vivant avec le VIH/sida. Au printemps 2001, la BCPWA et divers représentants de personnes handicapées ont travaillé avec le gouvernement provincial de la C.-B., alors formé par le Nouveau parti démocratique (NPD), pour élaborer et offrir une prestation-santé de 300\$/mois sans en éliminer d'autres. La prestation aurait été à la disposition de toute personne vivant avec une maladie évolutive grave.

Malheureusement, le nouveau gouvernement à présent formé par le Parti libéral a refusé de consulter la communauté, dans le développement et la mise en œuvre de la prestation qu'il a modifiée.

À l'origine, le catalyseur de l'instauration de la nouvelle prestation avait été le degré de réussite des organismes communautaires à obtenir pour des clients une prestation-santé mensuelle par le biais du tribunal d'appel de l'aide sociale. Depuis 1996, la BCPWA avait développé une argumentation juridique à l'effet que le gouvernement était obligé, en vertu de sa législation sur l'aide sociale, de fournir des sommes monétaires supplémentaires aux personnes vivant avec le VIH/sida pour l'achat d'aliments nutritifs, vitamines, minéraux et eau douce, afin de favoriser leur bonne santé et de ralentir la progres-

sion de la maladie. En cinq ans, la BCPWA a présenté plus de 450 demandes de telles prestations (en moyenne de plus de 400\$/mois) au nom de personnes vivant avec le VIH/sida : chaque demande a d'abord été rejetée par le gouvernement, puis la prestation a été accordée en appel par le tribunal. Les prestations remportées par la BCPWA pour des personnes vivant avec le VIH/sida, pendant cette période, s'élèvent à plus de 5 millions \$.

Le processus de demande permettait de faire obtenir des prestations supplémentaires sur une base individuelle, mais la démarche nécessitait un temps considérable; plusieurs personnes décédaient dans l'attente. Une fois la demande déposée, le processus prenait généralement une année à aboutir.

De plus, la BCPWA a été submer-

gée par les demandes : la liste d'attente est de plus de 500 personnes qui ont besoin de ses services. On attend en moyenne deux ans et demi avant d'obtenir un rendez-vous avec un conseiller juridique de la BCPWA. L'organisme en avait conclu qu'une prestation moins élevée, mais accordée sans délai, permettrait à plus de gens de recevoir l'argent nécessaire à acheter les produits requis par leur santé.

Pour de plus amples renseignements, appelez la réception du département de défense des droits de la BCPWA, au (604) 893-2284.

— Tarel Quandt

¹ Lettre de Glen Hillson, président de la BCPWA, à l'hon. Murray Coell, ministre des Ressources humaines, gouvernement de la Colombie-Britannique, 7 novembre 2001 (en dossier).

La C.-B. s'apprête à limiter la couverture d'assurance médicaments

Le gouvernement de la Colombie-Britannique est à réviser son programme « Pharmacare » et prévoit réduire la liste des médicaments assurés. La British Columbia Persons with AIDS Society a exprimé son opposition à ce plan et incité le gouvernement à envisager d'autres manières de contrer la hausse du coût des médicaments d'ordonnance.

La British Columbia Persons with AIDS Society (BCPWA) fait pression sur le gouvernement de la Colombie-Britannique afin d'éviter que des médicaments soient radiés de la liste couverte par le programme Pharmacare; elle incite le gouvernement à s'y prendre autrement pour

freiner la hausse du coût des médicaments d'ordonnance. Le programme Pharmacare accorde divers degrés d'assurance médicaments aux résidents de la province. Les prestataires d'aide sociale et les personnes âgées sont assurés à 100% alors que toute autre personne qui n'a pas d'assu-

rance médicaments privée paie la première tranche de 800\$ de sa consommation annuelle de médicaments, après quoi Pharmacare assume 70% du coût jusqu'à concurrence de 2 000\$, puis 100% au-delà de ce seuil.

Le gouvernement provincial procède présentement à une révision de Pharmacare. Il entend réformer le régime et retirer de sa liste plusieurs médicaments (probablement afin de réduire les dépenses). Le gouvernement a demandé les commentaires du

B.C. College of Pharmacists et du regroupement national des fabricants de médicaments de marque, dans le cadre de cette révision, mais il n'a pas consulté les organismes communautaires. La BCPWA a tout de même fait parvenir un mémoire non sollicité au gouvernement, tout en l'exhortant à effectuer des consultations plus larges et ouvertes.

En vertu du régime actuel du Pharmacare, les médicaments contre le VIH/sida sont assurés en totalité. Dans son mémoire, la BCPWA a expliqué que cette couverture évite des coûts à la province puisqu'elle permet à plusieurs citoyens de conserver un emploi qui leur procure un revenu, plutôt que de devoir quitter leur emploi et devenir prestataires de l'aide sociale pour recevoir gratuitement ces médicaments coûteux. La BCPWA a aussi fait valoir que le régime actuel contribue à un taux très élevé d'adhésion à des traitements du VIH/sida, dans la province – ce qui est en soi positif et qui permet de collecter des données utiles au sujet des pratiques de traitement.

La BCPWA a affirmé que des compressions au régime du Pharma-

care pourraient entraîner une augmentation des coûts associés aux soins de maladies graves et aiguës. Elle a souligné par ailleurs que le gouvernement devrait s'attaquer à certaines questions épineuses – la protection excessive des droits de propriété intellectuelle, le manque de contrôle sur les prix, la surconsommation et la prescription inappropriée de médicaments – plutôt que de chercher à réduire les coûts en réduisant l'accès aux médicaments.

Le mémoire de la BCPWA¹ propose au gouvernement diverses mesures à envisager pour le contrôle du prix des médicaments. En voici quelques exemples.

- La C.-B. devrait appuyer et participer à la création d'une société nationale d'État qui servirait d'instance unique d'approvisionnement et de distribution des produits inscrits sur les listes de médicaments assurés par tous les régimes publics provinciaux et territoriaux.
- Le gouvernement devrait lancer des campagnes d'éducation publique destinées aux consom-

mateurs, aux médecins et aux pharmaciens, à propos des avantages du régime actuel de détermination référentielle des prix. Une telle campagne permettrait au gouvernement de démontrer que le programme en vigueur contribue à endiguer les problèmes croissants que constituent la promotion de médicaments auprès des médecins et la publicité ciblant directement les consommateurs.

- La C.-B. devrait faire pression sur le gouvernement fédéral pour que la réglementation sur la publicité de produits pharmaceutiques soit rendue plus stricte.
- Le gouvernement devrait mettre en œuvre de nouveaux systèmes administratifs pour la distribution de médicaments et pour le suivi de leur consommation. De tels systèmes contribueraient à identifier et à réduire les excès et les écarts dans les ordonnances.

¹ Lettre de Glen Hillson, président de la BCPWA, à l'hon. Colin Hansen, ministre des Services de la santé, gouvernement de la Colombie-Britannique, 28 septembre 2001 (en dossier).

Le Manitoba développera une stratégie sur le sida et les autochtones

Le Manitoba a amorcé une démarche pour développer une Stratégie provinciale autochtone sur le sida, distincte de sa Stratégie provinciale sur le sida.

La stratégie provinciale sur le sida et les autochtones qu'entend élaborer le Manitoba complètera sa Stratégie pro-

vinciale sur le sida mais en sera distincte.

Jusqu'ici, un comité consultatif

communautaire a été mis sur pied et des rencontres d'orientation ont été organisées avec des travailleurs de première ligne. Un rapport des discussions est attendu au début de 2002; suivra un processus de dialogue avec et parmi les leaders autochtones, les

dirigeants des instances de santé régionales ainsi que les responsables du gouvernement manitobain, quant au contenu souhaitable de cette stratégie, aux moyens à envisager pour sa mise en œuvre et aux ressources qu'elle nécessitera. Ce dialogue impliquera des rencontres individuelles avec les leaders, suivies d'une table ronde pour discuter de diverses possibilités.

Environ un tiers des nouveaux cas d'infection à VIH recensés au Manitoba touche des autochtones.

Pour plus de renseignements, communiquez avec Helen Young, représentante manitobaine au sein du conseil d'administration du Réseau canadien autochtone sur le sida, au (204) 627-1500 ou à <hyoung@tribalhealth.ca>.

– David Garmaise

L'Ontario adopte une loi sur les « échantillons de sang »

Cette nouvelle loi permet qu'un médecin hygiéniste ordonne le prélèvement d'un échantillon de sang lorsqu'une victime de crime, un intervenant aux services d'urgence, un « bon samaritain » ou une autre personne croit avoir été exposé à une infection transmissible.

Le 13 décembre 2001, la législature de l'Ontario a adopté un projet de loi d'un député, pour autoriser les médecins hygiénistes à ordonner la prise d'un échantillon de sang d'une personne, pour effectuer des tests de détection d'infections transmissibles. Le projet de loi 105, déposé par Garfield Dunlop, un député du gouvernement conservateur de l'Ontario, porte le titre de « *Loi modifiant la Loi sur la protection et la promotion de la santé pour exiger le prélèvement d'échantillons de sang afin de protéger les victimes d'actes criminels, les travailleurs des services d'urgence, les bons samaritains et d'autres personnes* ». ¹ Cette loi est semblable au projet de loi C-217 (*Loi sur le prélèvement d'échantillons sanguins*) qu'un député fédéral de l'Alliance canadienne avait déposé à la Chambre des communes (voir l'ar-

ticle traitant du test obligatoire aux personnes source en cas d'exposition professionnelle, p. 1).

La loi ontarienne a pour but de permettre aux victimes de crimes, aux employés de services d'urgence, aux personnes qui donnent des premiers soins, de même qu'à celles qui remplissent des fonctions qui seront désignées dans un éventuel règlement d'application de la loi, la possibilité de contraindre à des tests sanguins une personne qui a été la source d'une exposition à un liquide corporel. Le fondement allégué est le suivant : si une exposition à un liquide corporel s'est produite et si l'état de santé de la personne source n'est pas connu, un test sans le consentement de cette personne serait justifié car il procurerait une tranquillité d'esprit à la personne qui a été exposée et il permettrait des décisions plus précoces, et meilleures,

relativement à la prophylaxie. Le texte de la loi ontarienne est accessible à <www.ontla.on.ca>.

En vertu de cette loi, la personne qui souhaite faire soumettre l'autre à un test doit faire une demande au médecin hygiéniste local. Le demandeur doit démontrer qu'il appartient à l'une des catégories de personnes qui ont le droit de se prévaloir d'un tel mandat. Le médecin hygiéniste doit examiner s'il y a des motifs raisonnables de croire que le demandeur ait pu être infecté en conséquence d'une exposition à une maladie transmissible désignée. Il peut alors délivrer un mandat ordonnant que la personne source se soumette au prélèvement de sang, pour fins de tests. La personne visée par ce mandat dispose de 15 jours pour le contester devant la Commission d'appel des services de santé. Pour sa part, le demandeur qui voit sa requête refusée au palier local peut porter la décision en appel devant le médecin hygiéniste en chef de la province.

Le 11 octobre 2001, la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) a fait part du projet de loi aux soignants et fournisseurs de services, à travers l'Ontario, et elle a incité les personnes à tenter d'exprimer leurs points de vue au Comité permanent sur la justice et les politiques sociales de l'Ontario, qui a examiné le projet de loi après qu'il lui fut déféré par suite de la deuxième lecture en chambre. Les personnes et organismes qui ont contacté le greffier du Comité permanent pour demander l'occasion de s'exprimer devant ses membres ont été avisés qu'aucune décision n'avait été prise quant à des témoignages oraux, mais que les intéressés étaient invités à soumettre des mémoires par écrit. Puis, sans avis à ceux qui avaient exprimé le souhait de s'adresser au Comité, ce dernier s'est réuni pour discuter du projet de loi 105 le 4 décembre 2001. Le seul témoin invité à s'adresser au Comité a été le Dr Colin D'Cunha, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, qui s'est prononcé contre le projet de loi.²

Des citoyens préoccupés, des médecins, des avocats et des activistes de la lutte contre le sida ont

adressé des lettres et des courriels à leurs députés et au ministre de la Santé, au sujet du projet de loi. En conséquence, le gouvernement a décidé de renvoyer le projet de loi au Comité permanent afin de considérer des amendements qu'il avait ébauchés.

Ces amendements, qui ont tous fini par être intégrés au projet de loi, ne modifient pas valablement sa teneur. Les amendements exigent que le demandeur du mandat de test d'une autre personne subisse lui-même un examen médical et présente un rapport de médecin; que le médecin qui l'examine puisse exiger qu'il subisse des tests de base et reçoive du counselling et des traitements; que ledit rapport du médecin soit consigné au dossier du médecin hygiéniste lorsque la demande de mandat est déposée; et que le rapport soit pris en considération par ce dernier avant l'émission d'un mandat.

Seulement deux députés se sont opposés par vote à ce projet de loi, lorsqu'il a été adopté par la législature ontarienne, tard le 13 décembre 2001. Le 14 décembre, la sanction royale était prononcée, en faisant une

loi de l'Ontario. Au moment d'aller sous presse, la loi n'était pas entrée en vigueur, puisque les détails de son

Le seul témoin invité par le Comité a été le Dr Colin D'Cunha, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, qui s'est prononcé contre le projet de loi.

application étaient en voie d'élaboration par le gouvernement de la province.

Pour information, communiquez avec la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) au 416-340-7790 ou à <talklaw@halco.org>.

– Ruth Carey

¹ L.O. 2001, ch. 30. Le texte complet de la loi est accessible sur le site de la législature de l'Ontario, à <www.ontla.on.ca/library/bills/105372.htm>.

² Dr Colin D'Cunha, médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, témoignage au Comité permanent de la justice et des politiques sociales : projet de loi 105, 4 décembre 2001.

La Loi sur les personnes handicapées de l'Ontario est finalement adoptée

Après plusieurs tentatives avortées, le gouvernement de l'Ontario a adopté une loi visant à éliminer les obstacles que rencontrent les personnes handicapées, y compris la stigmatisation.

Le 13 décembre 2001, le gouvernement provincial ontarien a finalement adopté une *Loi sur les personnes handicapées de l'Ontario* (LPH)¹ – bien qu'elle n'eut pas été accueillie favorablement par la communauté des personnes handicapées de cette province.

En mai 1995, le gouvernement avait promis par écrit d'adopter une loi pour éliminer les obstacles qui nuisent à la pleine intégration des personnes handicapées dans toutes les sphères de la vie, en Ontario.² La première tentative d'adoption d'une LPH a eu lieu en 1998, mais le projet de loi a été si critiqué que le gouvernement l'a laissé mourir au feuillet. En 1999, une motion a été appuyée à l'unanimité, requérant que le gouvernement adopte une LPH avant le 23 novembre 2001.³

La LPH demande que les agences gouvernementales et celles qui s'y rattachent déposent annuellement des plans établissant comment elles comptent résoudre et éliminer les obstacles que rencontrent les personnes handicapées, en leur sein. Le défaut de déposer un plan tel que requis peut emporter une amende de 50 000\$ – mais la loi ne renferme

malheureusement aucune disposition exigeant le respect du plan présenté. Par ailleurs, elle ne s'applique pas aux employeurs et établissements du secteur privé.

La LPH est pertinente aux intérêts des communautés affectées par le VIH/sida, puisqu'elle définit le terme « obstacle » de manière à inclure les obstacles liés aux « attitudes ». Elle pourrait donc être mise à profit notamment par des représentants d'intérêts et de droits des personnes vivant avec le VIH/sida, afin de s'attaquer à des stigmates liés au VIH/sida.

On peut télécharger le texte de la LPH du site <www.ontla.on.ca>. Une excellente analyse légale du projet de loi 125 (la législation adoptée en décembre 2001) a été publiée par l'organisme ARCH A Legal Resource Centre for Persons with Disabilities, dans son *ARCH Alert* du

20 novembre. On peut obtenir copie de cette analyse en communiquant avec Bettina Worth au (416) 482-8255 ou à <worthb@lao.on.ca>, ou la télécharger de <www.arch-online.org>. Autre excellente source d'information : le site Web de l'Ontarians with Disabilities Act Committee, <www.odacommitee.net>, une coalition d'individus et d'organismes communautaires qui ont fait pression pour l'adoption d'une nouvelle loi.

¹ On peut télécharger le texte de la loi du site Web de l'Assemblée législative de l'Ontario, à <www.ontla.on.ca/french/index.htm> (dans le menu « Projets de loi », cliquez 125).

² Lettre du premier ministre ontarien Mike Harris à David Baker, directeur général de l'Advocacy Resource Centre for the Handicapped (ARCH), 24 mai 1995 (voir le site Web de l'Ontarians With Disabilities Act Committee à <www.odacommitee.net/promise.html>).

³ Hansard de l'Assemblée législative de l'Ontario, 23 novembre 1999 (disponible via <www.ontla.on.ca>).

NOUVELLES INTERNATIONALES

Cette rubrique contient des dépêches sur des développements du droit et des politiques touchant le VIH/sida, à l'extérieur du Canada. La couverture est forcément sélective. Les affaires judiciaires sont abordées sous la rubrique Le VIH/sida devant les tribunaux – Jurisprudence internationale. Les collaborateurs aux Nouvelles internationales de ce numéro sont : Hilde Basstanie, David Garmaise, Richard Elliott, Stella Iwuagwu, Kaumbu Mwendela, Lisa Oldring, Carla Rivera-Avni, Anand Tewari, Beate Trankmann et Simon Wright. Nous nous intéressons à toute information sur d'autres développements, pour les numéros ultérieurs de la Revue. Adressez vos communications au rédacteur en chef de nos Nouvelles internationales, David Patterson, à <dpatterson@aidslaw.ca>.

Déclaration d'engagement de l'ONU sur le VIH/sida

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU appelle un virage fondamental dans la réaction au VIH/sida.

En juin 2001, l'Assemblée générale des Nations Unies s'est réunie en Session extraordinaire (UNGASS) pour examiner la réponse internationale à l'épidémie du VIH/sida. Un plan concret pour l'action en a résulté : la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, adoptée par acclamation par tous les (189) États membres des Nations unies. En dépit de déceptions évidentes résultant de compromis entourant certains des principaux enjeux, la *Déclaration* est un document solide qui constitue un engagement sans précédent. Ses éléments ne sont pas tous nouveaux, mais l'appui politique exprimé à l'endroit de ses principes fondamen-

taux et l'examen annuel des progrès (effectué par le Secrétaire général et l'Assemblée générale de l'ONU) devraient catalyser les efforts internationaux de lutte contre l'épidémie.

La *Déclaration d'engagement* appelle à un changement fondamental dans la démarche de lutte face au VIH/sida. Cette épidémie est à présent considérée par les dirigeants mondiaux comme une question globale qui touche l'économie, la société et le développement, qui revêt la plus haute priorité et qui constitue la menace la plus sérieuse pour le bien-être des générations à venir, dans de nombreuses parties du globe. Pour toutes les nations, ce

changement d'attitude a des conséquences profondes et tentaculaires. Pour riposter efficacement contre l'épidémie, il faut élaborer des interventions novatrices et élargies, caractérisées par des niveaux de collaboration sans précédent.

Essentiellement, la *Déclaration d'engagement* reconnaît que :

- la réalisation pleine et universelle des droits de la personne est essentielle pour tous les aspects de l'action mondiale;
- les personnes vivant avec le VIH/sida doivent être mises à contribution de manière entière et concrète à tous les niveaux de la lutte;
- la prévention est le fondement de l'action; la prévention, les soins, le soutien et le traitement, y compris l'accès aux médicaments,

sont des éléments complémentaires de la démarche de lutte;

Les 189 pays membres de l'ONU ont adopté la Déclaration.

- les mesures doivent viser prioritairement les personnes vulnérables et celles qui sont exposées au risque d'infection le plus élevé;
- l'égalité entre les sexes et le renforcement du pouvoir d'action des femmes sont des éléments essentiels de la prévention et de la réduction de la vulnérabilité;
- la pandémie de VIH/sida a un effet dévastateur sur le développement;
- il existe une relation réciproque entre le VIH/sida et la pauvreté;
- l'instauration d'environnements favorables au renforcement des capacités est indispensable pour promouvoir et soutenir une intervention efficace;
- les gouvernements, la société civile, les personnes vivant avec le VIH/sida et le milieu des affaires doivent faire preuve d'un leadership nouveau et novateur; et
- une action efficace passe impérativement par une intervention au niveau international.

Entre autres, la Déclaration engage les États à « promulguer, renforcer ou appliquer [...] des lois, règlements et autres mesures afin d'élimi-

ner toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida » et à promouvoir les droits de la personne.

Le rôle de meneur qu'a joué le Canada, pour impliquer la société civile lors de la Session extraordinaire et de ses préparatifs, a été loué sur la scène internationale. La délégation officielle du Canada comptait deux représentants de la communauté de lutte contre le VIH/sida, dont l'un était une personne vivant avec le VIH/sida. Santé Canada a subventionné la participation de sept ONG canadiens accrédités à la Session. L'Agence canadienne de développement international a fourni une aide à la participation de la société civile de certains pays en développement.

Santé Canada a publié un rapport contenant certains des principaux documents liés à la Session extraordinaires ainsi que des rapports sur la participation canadienne à cet événement historique marquant.¹ Le rapport contient des informations sur l'accès à d'autres documents pertinents à l'UNGASS.

Les coordonnateurs résidents des Nations Unies promeuvent la Déclaration d'engagement

Les coordonnateurs résidents des Nations Unies ont pour fonction de favoriser la coordination des opérations onusiennes dans les pays. Comme suite à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU consacrée au sida (juin 2001), le Groupe de développement des Nations Unies a distribué une note

(« guidance note ») aux coordonnateurs résidents de l'ONU [dans les pays], expliquant la *Déclaration d'engagement* et établissant des principes qui devraient guider le système onusien dans son appui à cette Déclaration. Ces directives incluent l'affirmation que « le système onusien devrait soutenir les programmes de prévention, de soutien et de traitement qui accordent une place centrale au respect des droits humains » [trad.]. On y souligne par ailleurs les principes de la non-discrimination, de l'égalité et de la participation. Documentation complète accessible (après une très brève démarche d'inscription Internet), à <www.dgo.org>.

Guide de l'ICASO pour les progrès misant sur la Déclaration

En octobre 2001, le Conseil international des ONG de lutte contre le sida a publié *Stimuler des progrès en misant sur la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida – Un guide*. Cet ouvrage propose des manières par lesquelles les organismes non gouvernementaux peuvent utiliser la *Déclaration d'engagement* afin d'améliorer la réponse au VIH/sida aux paliers national et régional, y compris en exprimant leur appui à la Déclaration que l'ICASO compile par pays, sur son site Web. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'ICASO par courriel à <ungass@icaso.org> ou visitez son site Web à <www.icaso.org>.

¹ *Rapport sur la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (SEAGNU) sur le VIH/sida*, Ottawa, Direction des affaires internationales, Santé Canada, 2001, disponible à <www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/ih-f.htm>.

Initiatives parlementaires pour la lutte contre le VIH/sida

En 1999, l'ONUSIDA et l'Union interparlementaire publiaient conjointement le *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/sida, la législation et les droits de l'homme*.¹ La présente section décrit des initiatives de parlementaires en faveur de réactions juridiques et des politiques qui respectent les droits humains, dans la lutte contre l'épidémie de VIH/sida.

Déclaration conjointe sur le rôle des parlementaires

Lors de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, en juin 2001, une *Déclaration conjointe sur le rôle des parlementaires dans le combat contre le VIH/sida* a été rendue publique par quatre réseaux parlementaires régionaux sur la population et le développement (asiatique, africain et arabe, inter-américain et inter-européen) et le United Kingdom All-Party Parliamentary Group on HIV/AIDS. On trouve ce document en français, en anglais et en espagnol sur le site Internet du Forum parlementaire inter-européen sur la population et le développement, à <www.europarlvoces.org/f_home.htm>.

Vaste résolution sur le VIH/sida adoptée par l'Union interparlementaire

En septembre 2002, la 106^e Conférence interparlementaire, tenue à Ouagadougou (Burkina Faso), a engagé tous les parlementaires à « intensifier leurs efforts pour établir, aux niveaux national et international, des politiques et des programmes efficaces de lutte contre le sida [...] notamment en encourageant l'utilisation de préservatifs, des mesures de

lutte contre la discrimination et des mesures visant à assurer des soins et un soutien aux personnes touchées, singulièrement aux orphelins ». La résolution adoptée « engage les gouvernements à placer les droits de l'homme avant les droits commerciaux » et « prie instamment l'industrie pharmaceutique de diminuer le prix des médicaments, avant tout dans les pays en développement ». Le texte complet de la résolution est accessible en français à <<http://www.ipu.org/strct-f/stcnfres.htm#106>>.

Un Forum parlementaire sud-africain crée un Comité permanent sur le sida

Le Forum parlementaire de la Southern African Development Community (SADC) réunit le président de l'Assemblée parlementaire et trois députés des divers partis politiques, de chacun des douze pays membres de la SADC. Le 26 mars 2001, l'assemblée plénière du Forum a discuté du VIH/sida, avec la participation de représentants du UK All-Party Parliamentary Group on AIDS. L'un des résultats a été la décision de créer un comité permanent sur le VIH/sida. Chaque délégation parlementaire s'est par ailleurs engagée à examiner la possibilité de former des sous-comités parlementaires ou des groupes sur le VIH/sida, afin d'accroître le rôle des

députés (à l'exception de l'Afrique du Sud, qui dispose déjà d'un groupe parlementaire multipartite sur le sida). Le Forum a de plus convenu d'envisager une conférence ou un séminaire sur le rôle des simples députés dans la réaction au VIH/sida, mais l'initiative n'a pu être réalisée en 2001, vu le manque d'argent. Pour information sur le SADC Parliamentary Forum, visitez son site Web à <www.sadcpf.org>.

Le président tanzanien inaugure une Coalition parlementaire sur le VIH/sida (TAPAC)

La TAPAC a été inscrite à titre d'ONG en avril 2001 et lancée officiellement par le président de la Tanzanie le 3 novembre 2001. Elle compte plus de cent membres; ses objectifs sont notamment de favoriser des lois appropriées et de promouvoir les droits de la personne. La présidente, l'honorable Lediane Mafuru Mung'ong'o, députée de la circonscription d'Iringa Urban, travaille à mobiliser les députés, face aux enjeux du VIH/sida, depuis qu'elle a été élue au parlement en novembre 2000.

Deux séminaires d'information ont eu lieu en novembre 2001 : « Les faits sur le VIH/sida » et « La stigmatisation et le VIH/sida ». Le bureau de la TAPAC est voisin du parlement et joue un rôle de centre d'information; on y offrira bientôt des services de counselling et de test de séro-diagnostic. Les membres de la TAPAC ont convenu de s'engager

dans la promotion et la défense des droits dans leurs districts et circonscriptions. Pour en savoir plus : Hilde Basstanie, UNDP Tanzania, <hilde.basstanie@undp.org>.

Un Groupe parlementaire interaméricain publie un module de formation législative

L'Inter-American Parliamentary Group on Population and Development (IAPG) a publié en 2000 un module de formation législative sur le VIH/sida à l'intention des parlementaires de la région de l'Amérique latine et de la Caraïbe. Le module recueille des lois de neuf pays de cette région, en matière de VIH/sida, et offre des instruments conceptuels pour identifier les principaux droits dont on devrait tenir compte dans l'élaboration de lois pertinentes au VIH/sida. On y identifie aussi des obstacles à l'adoption et à la mise en œuvre de telles lois dans cette région. Le module de formation, qui sera disponible en anglais sous peu, a été publié avec l'aide financière du Central American HIV/AIDS Prevention Project (www.pasca.org).

Les 16-17 septembre 2002, l'IAPG a organisé à la Barbade une réunion de parlementaires, pour discuter de collaboration entre des agences régionales telles la Communauté caribéenne et le Caribbean Epidemiology Centre, les représentants gouvernementaux, les agences onusiennes et les associations de planning familial. Les grands thèmes à l'ordre du jour comprenaient l'impact de l'épidémie de VIH/sida dans la Caraïbe, notamment parmi les adolescents, et les stratégies et initiatives concrètes de lutte contre l'épidémie. Pour en savoir plus au sujet

de ces initiatives, écrivez à Carla Rivera-Avni, à <crivera@ippfwhr.org>.

Rapport et recommandations du Groupe parlementaire multipartite britannique sur le sida

En juillet 2001, le UK All-Party Parliamentary Group on AIDS (APPGA) a publié un rapport d'enquête sur le respect et la promotion des *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne* par le Royaume-Uni. Il fut ainsi le premier groupe parlementaire à se pencher sur l'observance des *Directives* dans son pays.

Dans un numéro précédent de la *Revue*,² nous soulignons l'absence de suivi aux *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne,³ publiées en 1996 par l'ONUSIDA et le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme – un fait décevant, puisque les *Directives* offrent un cadre pour une approche de lutte contre le VIH/sida fondée sur les droits de la personne. L'enquête et le rapport de l'APPGA constituent un modèle de ce que les pays pourraient ou devraient faire, pour accroître le respect des *Directives*.

L'APPGA n'est pas un comité officiel du Parlement du Royaume-Uni, mais il est reconnu par le vice-président de la Chambre et il peut accéder au Parlement pour aider les députés à développer leurs champs d'intérêt. Fondé en 1986, il se compose maintenant de 160 députés. Il a pour objectifs de rehausser la visibilité des questions liées au VIH/sida, aux paliers national et international; d'encourager le consensus entre les partis; et de faire le pont entre le Parlement, le gouvernement, les indi-

vidus qui travaillent dans le domaine du VIH/sida et ceux qui sont affectés par la maladie.

Le rapport évalue dans quelle mesure le Royaume-Uni respecte et promeut les *Directives*; et il décrit des mesures politiques requises de manière urgente. Il examine les douze principes des *Directives* et il formule 136 observations et recommandations à l'intention du gouvernement britannique, pour favoriser l'intégration de chaque directive aux politiques et pratiques. Le rapport s'intéresse tant à des situations nationales qu'internationales et il présente des exemples pertinents au Royaume-Uni.

Des recommandations d'action y sont formulées, notamment une collaboration interministérielle plus étroite, sur les questions nationales et internationales liées au VIH; une consultation accrue des personnes vivant avec le VIH/sida et des communautés affectées; des amendements au droit interne, y compris au droit criminel (pour en éliminer la discrimination entre les actes homosexuels et hétérosexuels); le maintien et l'expansion des approches de réduction des méfaits, en matière d'injection de drogue; une révision approfondie des lois relatives à la prostitution; et l'introduction de programmes d'échange de seringues et d'autres mesures, dans les prisons. L'APPGA favorisera activement la mise en œuvre de ces recommandations par le biais de questions et de débats parlementaires, ainsi que de contacts directs avec des ministres.

Même si le rapport concerne directement les politiques nationales et internationales du Royaume-Uni, l'APPGA en soi, de même que le mécanisme de consultation ayant mené à son rapport, sont devenus des

modèles pour les députés qui s'impliquent dans les politiques gouvernementales liées au VIH/sida. Pour obtenir copie du rapport, visiter le site Web de l'APPGA à <www.appg-aids.org.uk>. (Pour un autre exemple de promotion des *Directives*, consulter l'outil de mesure de mise en œuvre de l'Australie.⁴)

Création d'un Forum parlementaire sur le sida en Inde

En décembre 2001, sept députés du gouvernement fédéral de l'Inde ont rencontré à Londres le UK All Party

Parliamentary Group on AIDS et visité plusieurs projets et ministères. La visite était subventionnée par l'ONUSIDA. Comme suite à cette visite, une quarantaine de députés indiens se sont réunis à New Delhi le 21 décembre 2001 pour créer un Forum sur le VIH/sida, qui est ouvert à tous les députés; ces derniers seront incités à former et présider des comités locaux sur le VIH/sida dans leurs circonscriptions. Le premier président du Forum sera M. Oscar Fernandes, secrétaire général du Congress Party. Tous les principaux partis politiques indiens y étaient

représentés. Pour de plus amples renseignements : Anand Tewari, <anandt@youandaids.org>.

¹ Genève, ONUSIDA et Union interparlementaire, 1999.

² D. Patterson, « Les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne – 3 ans plus tard », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999; 5(1), p. 30-31.

³ Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le VIH/sida et les droits de la personne : Directives internationales*, Nations Unies, New York et Genève, 1998 (HR/PUB/98/1). Disponible à <www.unaids.org>.

⁴ H. Watchirs, « International HIV/AIDS guidelines: does Australia comply? », dans Australian Federation of AIDS Organisations, *HIV/AIDS Legal Link*, 2000, 11(1) (mars), p. 1. L'instrument d'analyse des droits peut être téléchargé du site Web de l'Australian Council on AIDS, Hepatitis C and Related Diseases, à <www.ancahrd.org/pubs/index.htm#hiv>.

Autres développements

Nigeria – Séminaire offert aux juges et magistrats

Le 19 septembre 2001, plus de 70 juges, magistrats et autres personnes ont participé à un séminaire de sensibilisation aux réalités du VIH/sida, organisé à Lagos par le Center for the Right to Health. Dans son discours programme, le juge en chef de Lagos, l'honorable AI Sotumini, a souligné que les violations des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida sont l'un des plus importants problèmes. Des exposés ont été présentés par le Dr Aderemi Desalu, du Lagos State AIDS Control Agency, le Dr Pat Matemilola du Network of People Living with HIV/AIDS in Nigeria, et par le juge Izuako de la Haute cour d'Idemili, État d'Anambra, qui a cité des arrêts rendus dans d'autres juridictions, comme l'Afrique du Sud, le Canada et les États-Unis, avant d'inciter les tribunaux du Nigeria à puiser

dans l'expérience de ces pays. Le Center for the Right to Health avait préparé un livret résumant des affaires judiciaires importantes et l'a distribué aux participants. Pour en savoir plus, communiquez avec Stella Iwuagwu, Center for the Right to Health, à <iwuagwus@yahoo.co.uk>.

Zambie – L'ébauche de politique nationale sur le sida aborde les droits humains

En 2001, le Conseil national de la Zambie sur le VIH/sida, les MTS et la tuberculose a préparé une ébauche de Politique nationale sur le sida où il est reconnu que la stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida nuisent à la lutte contre l'épidémie. La politique affirme aussi la nécessité que des lois et politiques soient conçues pour aborder la lutte contre le VIH/sida; elle propose, certaines actions gouvernementales :

- *test de sérodiagnostic du VIH* – encourager le test volontaire et le counselling, protéger la confidentialité, légaliser le test obligatoire du VIH aux auteurs d'agressions sexuelles, ne pas encourager le test anonyme sans consentement excepté dans le domaine de la recherche;
- *notification des partenaires* – adopter une loi à l'encontre des personnes qui cachent délibérément leur séropositivité à leur(s) partenaire(s);
- *personnes vivant avec des handicaps* – intégrer la problématique du VIH/sida dans les systèmes actuels de fourniture de soins et services;
- *enfants et jeunes* – pénaliser les parents pour la négligence à l'endroit des enfants laissés à la rue; protéger la confidentialité de la séropositivité des jeunes; et
- *transmission délibérée* – adopter

une loi abordant le cas des auteurs d'actes ayant cette conséquence, et mettre en œuvre des systèmes d'aide et de soutien aux victimes.

L'ébauche de Politique nationale sur le sida reconnaît les effets néfastes de la stigmatisation et de la discrimination.

Autre développement intervenu en 2001, le Network of Zambian People Living With HIV/AIDS (NZP+), en partenariat avec d'autres organismes comme la Legal Resources Foundation, Women and Law in Southern Africa, Kara Counseling, le YWCA et le Zambia AIDS-Law Research and Advocacy Network (ZARAN), a mis sur pied un centre de référence sur les droits de la personne, le Human Rights Referral Centre, à Lusaka. Pour information, communiquez avec Kaumbu Mwendela, du Zambia AIDS-Law Research and Advocacy Network, à <kaumbu@yahoo.com>.

Tanzanie – Projet sur le VIH/sida et les droits humains

En 2002, l'AIDS NGO Network of East Africa, établi à Arusha, amorcera un projet sur les droits de la personne et le VIH/sida, financé par l'ONUSIDA. Ce projet permettra qu'un avocat du domaine des droits de la personne analyse la situation de ces droits dans le contexte du VIH/sida. En juin 2002, un atelier réunira des dépositaires d'enjeux

pour discuter des conclusions de l'analyse et pour développer un plan d'action. Pour de plus amples renseignements : Hilde Basstanie, UNDP Tanzania, <hilde.basstanie@undp.org>.

Kenya – Consultation nationale sur la réforme du droit

La Legal Task Force on Issues Relating to HIV/AIDS [groupe de travail sur les questions juridiques liées au VIH/sida] a été créée en juin 2001 par le procureur général du Kenya, l'honorable Amos Wako, et mandatée de présenter au gouvernement des recommandations quant à un éventuel cadre juridique en matière de VIH/sida. Le groupe de travail complétera son travail d'ici juin 2002. Les 6 et 7 décembre 2001, il a organisé un atelier à Nairobi. Des documents ont été présentés sur une vaste gamme de thèmes, notamment l'accès aux traitements, les prisons, l'éducation, l'héritage, les brevets et la vie privée. Des documents décrivant des réactions légales du Canada, de l'Afrique du Sud et des États-Unis ont aussi été présentés. Pour plus d'information : Ambrose Rachier, président du groupe de travail, à <rachier@africaonline.co.ke>.

Asie-Pacifique – Atelier sur le VIH/sida et les droits de la personne

Les 7 et 8 octobre 2001, l'Asia-Pacific Forum of National Human Rights Institutions (APF) a organisé un atelier à l'intention des institutions nationales du domaine des droits de la personne dans la région Asie-Pacifique, à Melbourne (Australie), en marge du 6^e International Congress on AIDS in Asia and the Pacific (ICAAP). Le but de

l'atelier était d'accroître la sensibilisation aux questions de droits de la personne pertinentes au VIH/sida et la coopération dans ce domaine, par la promotion et le renforcement des institutions nationales des droits humains. Les objectifs spécifiques étaient d'accroître la compréhension du rôle de ces institutions dans la réponse à ces dossiers, notamment par le développement de projets conjoints, des programmes de formation, des échanges de personnel ainsi que l'élaboration de stratégies concrètes à l'intention de ces institutions.

L'atelier a porté notamment sur le droit à la santé, le droit à l'éducation, le droit à l'égalité et à la non-discrimination ainsi que le droit à l'information. On y a parlé des manières par lesquelles les fonctions essentielles des institutions nationales des droits de la personne (réception des plaintes, investigation, éducation, promotion, réforme du droit) peuvent servir à régler des problèmes. On a discuté de problématiques pertinentes à la région – migration et mobilité de populations, commerce du sexe, trafic, conflits, etc. Les membres de l'APF en sont repartis avec une meilleure compréhension du rôle des institutions nationales des droits de la personne dans la solution aux problèmes de droits de la personne liés au VIH/sida, grâce au partage de leurs expériences. Pour en savoir plus, écrivez à Lisa Oldring, au Haut commissariat aux droits de l'homme, à <loldring.hchr@unog.ch>.

Chine – Amorce d'un projet de réforme du droit en lien avec le VIH/sida

En 2001, la Chine a donné le coup d'envoi à un projet intitulé « Favoriser un environnement de

politiques d'habilitation et des lois de qualité pour la prévention et les soins liés au VIH/sida », financé par l'ONUSIDA et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD). Les objectifs de ce projet sont notamment la promotion de principes d'atténuation des méfaits pour s'attaquer avec efficacité aux problèmes et aux risques associés au travail du sexe, à l'injection de drogue et à la collecte de sang; et la promotion d'un environnement d'habilitation propice à la vie économique et sociale des citoyens chinois vivant avec le VIH/sida. Les activités incluent une analyse des lois et règlements; des ateliers à l'intention des représentants du gouvernement, de la police, du système judiciaire et de la communauté; ainsi que la formulation de recommandations de politiques. On trouve d'autres renseignements à <http://ns.unchina.org/unaid/>.

Rapport britannique sur la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH

En novembre 2001, le Terrence Higgins Trust, le plus grand organisme communautaire de lutte contre le sida au Royaume-Uni, a rendu public un rapport révélant qu'environ 20% des personnes vivant avec le VIH/sida dans ce pays s'étaient heurtées à de la discrimination dans les douze mois précédents. Dans *Prejudice, Discrimination and HIV: A Report*, le Trust explique que la loi britannique sur la discrimination en matière de handicap « rend illégale la discrimination en milieu de travail contre les personnes qui sont malade en raison de l'infection à VIH, mais cela ne couvre pas le stigmate et les préjugés que les personnes séropositives rencontrent de la part de leurs

collègues même lorsqu'elles ne sont pas malades ».¹

Le rapport traite aussi de la discrimination dans les soins de santé, de même que de la part de membres de la famille, d'amis et de la communauté en général. On y décrit comment diverses formes de discrimination fondée sur le VIH, la sexualité, la race ou l'appartenance ethnique, le genre sexuel, ou sur l'usage de drogue, peuvent se manifester de diverses manières, comme le harcèlement dans la communauté, le déni de services, le taxage à l'école, le déni d'assurances etc. La discrimination et la crainte d'en subir conduisent des personnes à ne pas demander de soutien à leurs amis et à leur famille, à ne pas chercher d'emploi, et à ne pas faire appel au test du VIH, à des traitements ou à des soins. Le phénomène cause par ailleurs des réticences à cibler des populations précises par des messages de prévention du VIH, de peur de faire naître une persécution à leur endroit.

Le rapport contient 13 recommandations à l'intention du gouvernement, des organismes de lutte contre le VIH/sida, des professionnels de la santé ainsi que des facultés de médecine, pour lutter contre la discrimination et ses conséquences. Le document est accessible sur le site Web du Terrence Higgins Trust, à www.tht.org.uk/policy_discrim.htm.

R.-U. – La Commission des droits des handicapés incite à amender la Loi antidiscrimination

L'actuelle *Disability Discrimination Act 1995* du Royaume-Uni définit le handicap comme « une déficience physique ou mentale qui a un effet néfaste considérable et à long terme sur la capacité d'effectuer des activités

quotidiennes normales » (art. 1) [trad.] – ce qui est largement interprété comme n'incluant pas l'infection à VIH asymptomatique. La UK Disability Rights Commission a demandé une révision de la loi afin de protéger contre la discrimination les

Le procureur général du Kenya a créé un groupe de travail juridique sur les questions liées au VIH/sida.

personnes atteintes d'une infection à VIH, et ce dès le moment du diagnostic. Pour plus d'information, voir le rapport annuel de 2001 de la Commission, à www.drc-gb.org/drc/default.asp.

Le ministère britannique de la Santé révisé ses Directives aux travailleurs de la santé vivant avec le VIH

Le 28 novembre 2001, le ministère de la Santé du Royaume-Uni a annoncé que désormais les patients ne seraient pas systématiquement informés de la séropositivité au VIH de leurs soignants professionnels (voir le compte rendu d'un cas impliquant un professionnel de la santé de ce pays, à la page 86 du présent numéro). La politique en vigueur jusqu'alors était d'en informer les patients, sans égard à la possibilité qu'ils puissent ou non être exposés à l'infection. La nouvelle politique stipule que le besoin d'informer un patient de tout risque de transmission du VIH sera évalué cas par cas. Le ministère déterminera, au début de 2002, en consultation avec des patients et des professionnels de la santé, quelles interventions cliniques

comportent un risque réel de transmission. Pour information sur les politiques du gouvernement britannique relativement aux professionnels de la santé vivant avec le VIH : www.doh.gov.uk/aids.htm.

Environ 20% des personnes vivant avec le VIH/sida au Royaume-Uni ont subi de la discrimination dans les 12 mois précédents.

Trousse de l'UNESCO sur le VIH/sida et les droits de la personne, pour les organismes jeunesse

L'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) a publié en 2001 la trousse « Le VIH/sida et les droits de l'homme : Les jeunes se mobilisent », qui présente des exemples d'actions de jeunes en la matière. Cette trousse a été élaborée en consultation avec des regroupements de jeunes, notamment des étudiants de l'International Federation of Medical Students Associations et de l'International Pharmaceutical Students Federation. Les thèmes abordés incluent l'éducation du public et entre pairs, la promotion et la défense des droits, les soins et le soutien. La trousse mise sur les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne, comme tremplin pour l'action. On peut la télécharger du site Web de l'UNESCO à www.unesco.org/human_rights/index.htm. Des versions française, espagnole et russe sont attendues sous peu.

É.-U. – Les CDC révisent le modèle de loi sur le bioterrorisme pour exclure le VIH/sida

En octobre 2001, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis ont rendu publique une ébauche de modèle de loi, préparée par le Center for Law and the Public's Health des universités Johns Hopkins et Georgetown, conçue pour donner aux autorités des États de vastes pouvoirs en cas d'attaque bioterroriste ou d'épidémie de maladie infectieuse. L'ébauche de législation a été révisée en décembre 2001, à la suite de préoccupations largement répandues que, bien qu'elle n'eût pas pour but d'englober le VIH/sida, la définition de maladie épidémique pouvait être interprétée pour l'inclure, ce qui aurait conféré de vastes pouvoirs de test obligatoire et de recherche des contacts. La version de décembre de ce modèle de loi définit une « urgence de santé publique » comme « l'avènement d'une menace imminente de maladie ou de condition de santé qui est soupçonnée d'être causée par [...] l'apparence d'un agent infectieux ou d'une toxine biologique qui est nouveau ou qui était antérieurement contrôlé [...] et qui comporte une forte probabilité » de causer la mort ou un préjudice (art. 104(m)) [trad.]. On peut consulter le modèle de loi en visitant www.publichealthlaw.net.

Les CDC recommandent la référence à des services juridiques

Pour la première fois, la nouvelle édition des *Guidelines for HIV Counseling, Testing and Referral* [directives pour le counselling, le test du VIH et la référence], publiée par

les US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), recommande aux intervenants en counselling de référer les clients à des services juridiques « dès que possible après l'annonce de leur résultat de test [de sérodiagnostic positif du VIH], afin qu'ils soient conseillés sur les moyens de prévenir la discrimination dans l'emploi, le logement et les services publics en ne révélant leur séropositivité qu'aux personnes qui ont un "besoin légal" d'en être informées ». [trad.]²

Le juge Kirby rend hommage à Jonathan Mann lors d'une conférence aux É.-U.

En septembre 2001, la conférence de l'American Society of Law, Medicine & Ethics, intitulée *Health, Law and Human Rights : Exploring the Connections* a réuni à Philadelphie plus de 350 participants de 23 pays. Dans son discours programme, l'honorable Michael Kirby, de la Haute cour de l'Australie, a rendu hommage au travail de pionnier qu'a effectué le Dr Jonathan Mann, dans l'articulation des liens entre le VIH/sida et les droits de la personne. Le texte du discours du juge Kirby, « Thoughts in Dark Times of a World Made New » [*Pensées de sombre époque, dans un monde changé*], et d'autres renseignements sur la conférence sont accessibles à www.aslme.org/humanrights2001/health_hrighs_postconf.html.

VaxGen annonce des résultats intérimaires d'un essai clinique de vaccin expérimental

Le 29 octobre 2001, le Data Safety and Monitoring Board, un conseil indépendant qui supervise l'essai

clinique de Phase III du vaccin expérimental AIDSVAX, a rendu publiques les conclusions de son analyse intérimaire. Le conseil a déclaré qu'il n'est toujours pas possible d'arriver à une conclusion quant à l'efficacité ou à l'inefficacité du produit à l'essai. Par conséquent, l'essai se poursuivra jusqu'à la date prévue pour sa complétion (fin 2002). La publication des résultats finaux est attendue au début de 2003.

AIDSVAX est un vaccin candidat visant à prévenir l'infection à VIH. L'analyse intérimaire concerne un essai en cours dans trois villes canadiennes (Vancouver, Toronto et Montréal) et à d'autres endroits aux États-Unis et aux Pays-Bas. Un autre essai clinique de Phase III, portant sur une formulation différente d'AIDSVAX, se poursuit en Thaïlande; les résultats intérimaires dévoilés en octobre ne concernent pas l'étude thaïlandaise.

Au chapitre de l'innocuité, l'analyse intérimaire confirme qu'AIDSVAX est sécuritaire et qu'il n'augmente pas la vulnérabilité à l'infection à VIH.

La publication de ces résultats intérimaires met en relief la nécessité que les pays commencent à développer une stratégie pour l'éventuelle fourniture de vaccins anti-VIH, en vue d'être prêts lorsqu'un vaccin efficace deviendra disponible. Si les résultats préliminaires avaient montré de manière concluante qu'AIDSVAX était efficace, l'essai aurait pris fin et VaxGen aurait déposé une demande d'homologation pour la mise en marché de son produit. Cela aurait précipité une pléiade de questions liées à la distribution – comment assurer un approvisionnement adéquat, comment déterminer à qui le vaccin serait administré, par qui la distribu-

tion et la fourniture seraient coordonnées, et quelles stratégies de distribution seraient utilisées?

Une étude révèle qu'un quart de la population mondiale est assujettie à des mesures légales coercitives

Un examen général du *Répertoire*[de l'OMS] *des instruments juridiques relatifs à l'infection à VIH et au sida* a indiqué qu'un quart de la population mondiale vit dans un pays où il existe des mesures coercitives sur le VIH/sida. L'étude de Raffaele D'Amelio et ses collègues, du Département des maladies transmissibles de l'OMS (division surveillance et action), du ministère italien de la Défense ainsi que de la Civil-Military Alliance to Combat HIV and AIDS, porte sur l'analyse de lois sanitaires référant au VIH ou au sida, dans 121 pays (85% de la population mondiale). L'étude indique qu'onze pays ont des « dispositions prévoyant la quarantaine, l'isolement ou l'hospitalisation coercitive des personnes vivant avec le VIH ou des patients atteints du sida et de MTS en général » [trad.].³

Bien que cet examen des dispositions législatives offre un certain portrait de tendances, il devrait être interprété avec prudence, pour plusieurs raisons : (1) le *Répertoire des instruments juridiques* sur lequel est fondée l'analyse est incomplet, voire désuet dans plusieurs cas, puisqu'il est basé principalement sur la déclaration volontaire de réformes du droit, par les États, en matière de VIH; (2) le *Répertoire* analysé n'a recensé que des instruments juridiques faisant expressément mention du VIH ou du sida – d'autres lois,

par exemple pour assurer une protection contre la discrimination au motif d'un handicap (et interprétées légalement comme incluant le VIH et/ou le sida), n'y sont pas recensées; (3) dans plusieurs cas, il peut être injustifié, voire inapproprié, de légiférer expressément sur le VIH/sida, puisque d'autres lois en vigueur peuvent être suffisantes (p. ex. des dispositions criminelles sur la négligence ou les voies de fait causant des lésions corporelles, peuvent permettre de réagir adéquatement à des inquié-

Les données intérimaires de l'essai sur l'efficacité d'AIDSVAX ne sont pas concluantes.

des liées à la transmission « délibérée » du VIH); (4) il semble résider dans ce document une hypothèse sous-jacente que « plus on a de lois spécifiques au VIH, mieux ce sera »;⁴ et (5) les auteurs de l'analyse font des affirmations qu'aucune recherche n'a démontrées – par exemple, alors que leur article cite favorablement les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne, qui recommandent de bannir le test obligatoire et sans counselling,⁵ les auteurs de l'analyse affirment que, dans le cas des femmes enceintes, le test du VIH sans counselling « devrait probablement être envisagé, s'il était garant d'une atteinte plus facile du but » [trad.] (p. ex. la fourniture d'un bref régime de traitement antirétroviral pour réduire la probabilité de transmission périnatale du VIH).⁶ Cette opinion

exprimée par ces auteurs va de plus à l'encontre des conseils de l'ONUSIDA en la matière⁷ et, s'il s'agit réellement de la perspective de l'OMS à ce sujet, elle fait foi d'un manque persistant de cohésion en matière de politiques, qui était supposé être corrigé par la création de l'ONUSIDA en 1996.

¹ J. Kinniburgh et coll., *Prejudice, Discrimination and HIV: A Report*, Londres, Terrence Higgins Trust, 2001, p. 3, <www.tht.org.uk/policy_discrim.htm>.

² « Revised guidelines for HIV counseling, testing and referral », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2001, 50 (RR-19) : 37, disponibles à <www.cdc.gov/nchstp/od/draft.htm>.

³ R. D'Amelio et coll., « A global review of legislation on HIV/AIDS: the issue of HIV testing », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2001, 28 : 173-179, à la p. 175.

⁴ Contra, M. Kirby, « The new AIDS virus – ineffective and unjust laws », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1988, 1 : 304-312.

⁵ Haut commissariat des Nations Unies aux droits de

l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales*, New York et Genève, Nations Unies, 1998 (HR/PUB/98/1), paragr. 28(b), à la p. 14 (disponible via www.unaids.org).

⁶ D'Amelio et coll., *supra*, note 3, à la p. 176. Pour une discussion étoffée de ces questions dans le contexte canadien, voir L. Stoltz, L. Shap, *Le test de sérodiagnostic du VIH et la grossesse*, Ottawa, Santé Canada, 1999 (téléchargeable à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm).

⁷ « Conseil et dépistage du VIH à l'intention des femmes enceintes dans les pays à forte prévalence du VIH – Données et problèmes », Genève, ONUSIDA, 1999, 2001 (téléchargeable en français à <www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/Couns_F.pdf> et en anglais à <www.unaids.org/publications/documents/health/counselling/Couns2001-E.pdf>).

ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS

À la XIII^e Conférence internationale sur le sida de Durban, en juillet 2000, l'un des principaux thèmes ayant reçu une attention dûment méritée fut l'accès à des médicaments et à d'autres soins médicaux désespérément nécessaires dans les pays en développement. La Conférence a mis en lumière comment les lois sur la propriété intellectuelle et les accords commerciaux internationaux font obstacle à la santé mondiale, en maintenant les prix des médicaments hors de la portée de la plupart des pays en développement et des personnes vivant avec le VIH/sida ou d'autres maladies graves, dans le monde.

La Conférence a mis en relief la nécessité d'un mouvement mondial pour l'accès aux traitements. Grâce au travail ardu de plusieurs organismes et militants, la problématique de l'accès à des médicaments essentiels a été portée à l'attention du public du monde entier. Dans des numéros antérieurs de la *Revue*, nous abordions ces questions dans une rubrique « Brevets et prix » – mais puisque les enjeux dépassent l'aspect des brevets et des prix, nous lui avons donné un nouveau titre. Désormais, sous la rubrique « Accès mondial aux traitements », nous aborderons les enjeux liés à l'amélioration de l'accès à des soins, des traitements et du soutien adéquats et abordables, à travers le monde.

Tous les articles de la présente rubrique ont été rédigés par Richard Elliott, directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à <relliott@aidslaw.ca>.

Voir aussi l'article « Prévention de la transmission périnatale : arrêt phare en Afrique du Sud », à la une.

Conférence ministérielle de l'OMC : adoption d'une Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique

En novembre 2001, lors de la 4^e Conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du commerce, on a adopté une Déclaration ministérielle sur la santé publique et l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (« l'Accord sur les ADPIC »). Il s'agit d'une avancée

modeste, dans la réponse aux préoccupations à l'effet que les lois strictes sur les brevets et les menaces de sanctions commerciales entraveront l'accès à des médicaments abordables pour la plupart des personnes vivant avec le VIH/sida dans le monde. La pleine portée de la Déclaration reste à déterminer, selon l'impact politique

qu'elle aura sur l'OMC et ses pays membres, ainsi que son incidence juridique sur l'interprétation de l'Accord sur les ADPIC.¹

Contexte

L'un des principaux points à l'ordre du jour de la rencontre de l'OMC était la nécessité d'assurer que l'Accord

sur les ADPIC (qui s'applique aux inventions pharmaceutiques brevetées dans les pays membres de l'OMC) n'entrave pas la capacité des pays les moins avancés et de ceux en

À l'OMC, les ministres ont reconnu que l'Accord sur les ADPIC n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les pays de prendre des mesures pour protéger la santé publique.

développement de protéger la santé publique en rendant les médicaments essentiels plus abordables.

Le Canada s'est joint à un groupe de pays riches dirigé par les États-Unis et la Suisse, pour s'opposer aux propositions de près de 80 pays en développement qui revendiquaient l'adoption d'une Déclaration des ministres à l'OMC afin d'assurer que l'Accord sur les ADPIC ne puisse entraver l'accès aux médicaments essentiels. En particulier, les pays en développement demandaient un énoncé clair à l'effet « qu'aucune disposition de l'Accord sur les ADPIC ne pourra empêcher les pays d'adopter des mesures de protection de la santé publique ». ² De nombreux organismes non gouvernementaux canadiens ont uni leurs efforts pour que le Canada revise sa position. ³

Les développements à Doha

La Conférence ministérielle de l'OMC s'est déroulée du 9 au 14 novembre 2001, à Doha. À l'issue du

travail ardu de militants du monde entier, avant et pendant la rencontre, deux Déclarations ministérielles ont été produites. L'une porte sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique.

La Déclaration principale souligne « l'importance » qu'accordent les ministres à l'interprétation et à la mise en œuvre de l'Accord sur les ADPIC « d'une manière favorable à la santé publique, en promouvant à la fois l'accès aux médicaments existants et la recherche-développement concernant de nouveaux médicaments ». Elle indique par conséquent qu'une Déclaration distincte a été adoptée, à cet égard. Cette *Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique* comporte sept articles qui visent à « clarifier » l'Accord.

Commentaire

L'issue de la rencontre de l'OMC constitue une certaine victoire, pour les défenseurs du droit aux traitements. Trois éléments sont dignes d'attention, bien que leur véritable portée reste à déterminer.

Premièrement, il est convenable qu'un langage relativement affirmatif soit utilisé dans la Déclaration, pour décrire le lien entre l'Accord sur les ADPIC et les préoccupations de santé publique. Dans la Déclaration, les ministres affirment :

Nous convenons que l'Accord sur les ADPIC n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les Membres de prendre des mesures pour protéger la santé publique. En conséquence, tout en réitérant notre attachement à l'Accord sur les ADPIC, nous affirmons que ledit accord peut et devrait être interprété et mis en œuvre d'une manière qui appuie le droit des Membres de

l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès de tous aux médicaments. À ce sujet, nous réaffirmons le droit des Membres de l'OMC de recourir pleinement aux dispositions de l'Accord sur les ADPIC, qui ménagent une flexibilité à cet effet.

Sans avoir la force d'un énoncé qui aurait affirmé qu'aucune disposition de l'Accord sur les ADPIC ne pourra empêcher les pays d'adopter des mesures de protection de la santé publique, le texte final sera utile sur deux plans :

- en orientant l'interprétation de l'Accord sur les ADPIC vers des considérations plus sensibles aux objectifs de santé publique, lors des prochains règlements de différends à l'OMC; et
- en aidant les pays en développement à contrer les pressions de pays riches qui invoquent l'Accord sur les ADPIC et la menace de sanctions commerciales pour réagir aux mesures limitant les droits exclusifs de brevet.

Deuxièmement, il est positif que la Déclaration affirme que l'Accord sur les ADPIC « devrait être interprété »^(*) à la lumière de son « objet » et de son « but ». Ces dispositions de l'Accord réfèrent expressément à l'impératif que les pays puissent adopter les mesures nécessaires à la protection de la santé publique; à la promotion de l'intérêt du public dans les secteurs d'importance vitale au développement; et à l'équilibre entre les droits et les obligations, dans les lois sur les brevets, pour veiller à ce que la protection des droits de propriété intellectuelle soit à « l'avantage mutuel de ceux qui génèrent et de ceux qui utilisent des connaissances

ces techniques et d'une manière propice au bien-être social et économique ». Jusqu'ici, les décisions de l'OMC semblaient accorder peu d'importance à ces articles, dans l'interprétation d'autres articles traitant d'aspects comme les droits exclusifs de brevets des compagnies pharmaceutiques. Cette clarification de la Déclaration pourrait donc contribuer à voir interpréter l'Accord d'une manière qui favorise davantage la santé, à l'avenir.

Finalement, une considération moins réjouissante : la Déclaration ne marque aucun progrès significatif, relativement au fait très crucial que certaines dispositions pourraient encore faire obstacle à l'accès à des médicaments abordables, dans plusieurs pays. En particulier, même si l'Accord sur les ADPIC permet aux pays d'accorder des « licences obligatoires » pour la production d'une version générique d'un médicament qui est protégé par un brevet, il pose l'exigence que cette mesure serve « principalement » à l'approvisionnement domestique.⁴ Cela aide peu les pays qui n'ont pas la capacité industrielle de produire leurs propres médicaments génériques (et il est très probable que l'on compte, parmi ces pays, ceux qui ont le plus grand besoin de médicaments abordables). Ceux-ci doivent donc importer des médicaments d'autres pays qui ont la capacité d'en produire. Mais ces pays fournisseurs sont soumis à la même obligation en vertu de l'Accord sur les ADPIC. Cela signifie qu'ils ne peuvent autoriser qu'une exportation limitée de médicaments génériques aux pays qui en ont besoin.

Malheureusement, plutôt que d'éliminer cet obstacle, la Déclaration ministérielle de l'OMC ne fait que recommander au Conseil

des ADPIC, l'organe subsidiaire de l'OMC, « de trouver une solution rapide à ce problème » et d'en rendre compte avant la fin de 2002. Cela demeure une préoccupation de premier ordre pour les défenseurs du droit aux traitements; elle nécessitera une action continue pour assurer que l'on résolve le problème.

Le 28 janvier 2002, six importants organismes non gouvernementaux ont écrit une lettre aux membres du Conseil des ADPIC, proposant des solutions possibles au problème. Ils ont demandé que l'on adopte, pour l'article 30 de l'Accord sur les ADPIC (qui permet aux États membres de l'OMC d'accorder des « exceptions limitées » aux droits exclusifs de brevets, dans leurs lois domestiques), une interprétation qui reconnaisse la liberté des pays de

autoriser toutes les activités associées à la fabrication d'un produit breveté ou d'un produit fabriqué à partir d'un procédé breveté, pour l'exportation dans un pays tiers, lorsque celle-ci répond à un besoin de santé dans ce pays et que le produit et/ou procédé est non breveté, ou lorsque une licence obligatoire a été délivrée, ou en cas d'exploitation gouvernementale du brevet pertinent dans le pays tiers.⁵

Les Communautés européennes et leurs États membres ont également soumis un « document conceptuel » sur ce sujet au Conseil des ADPIC, qui envisage cette option ainsi que celle de l'amendement de l'article 31 de l'Accord sur les ADPIC, pour créer une exception, dans certaines circonstances, permettant l'exportation de produits fabriqués dans un pays, sous licence obligatoire, à destination d'un pays où une licence obligatoire autorisant l'importation

de tels produits a été émise. Le document n'aborde pas directement la question d'autoriser la production à des fins d'exportation vers un pays où le produit n'est pas breveté. Il recommande de restreindre le langage général qui réfère à la santé publique dans la Déclaration adoptée à Doha, en ne référant qu'à des problèmes « sérieux » de santé publique.⁶

Cette problématique demeurera un important point de discussion lors des prochaines rencontres du Conseil des ADPIC, en 2002.

– Richard Elliott

Richard Elliott, directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida reçoit son courriel à <relliott@aidslaw.ca>.

¹ L'Accord sur les ADPIC est disponible à <http://www.wto.org/french/tratop/tratop_ftrips_ft_agm0_f.htm>. Le texte de la Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et à la santé publique est disponible sur le site Web de l'OMC, à <http://www.wto.org/french/thewto_f/minist_f/min01_f/mindecl_trips_f.htm>.

² Les textes de diverses propositions présentées en vue de la Conférence ministérielle de Doha sont disponibles sur le site Web de l'OMC, à <www.wto.org/french/tratop_ftrips_f/councilsep01_f.htm>.

³ D'autres renseignements et documents sont disponibles sur le site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida, à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm#B2>>.

^(*) N.d.t. Dans la version originale anglaise de la déclaration, l'auxiliaire modal « shall » a une connotation plus résolue que « devrait être ».

⁴ Accord sur les ADPIC, article 31 (f).

⁵ Lettre conjointe des organismes Consumer Project on Technology, Essential Action, Médecins Sans Frontières, Oxfam International, Health GAP Coalition et Third World Network, à l'intention du Conseil des ADPIC de l'OMC, concernant l'exportation de produits sous licence obligatoire en vertu de l'Accord sur les ADPIC, 28 janvier 2002 (disponible à <www.cptech.org/ip/health/art30exports.html>).

⁶ Le document des Communautés européennes est disponible (en anglais seulement) à <<http://lists.essential.org/pipermail/ip-health/2002-February/002674.html>>.

Afrique du Sud – La campagne de défi se poursuit

La Treatment Action Campaign (TAC) continue sa « Campagne de défi contre l'abus des brevets et du profit », dans le traitement du sida. En partenariat avec Médecins sans frontières (MSF) et avec le soutien d'Oxfam et du Council of South African Trade Unions (COSATU), trois membres de la TAC sont rentrés en Afrique du Sud le 28 janvier 2002, en provenance du Brésil, en possession de versions génériques des médicaments antirétroviraux zidovudine (AZT), lamivudine (3TC) et névirapine (NVP). Certaines des capsules importées contenaient une combinaison AZT+3TC.

Ces médicaments avaient été produits par FarManguinhos, le fabricant pharmaceutique national du Brésil, qui relève d'une instance publique de recherche financée par le gouvernement brésilien. En vertu de l'entente de Médecins sans frontières (MSF) avec l'instance de recherche, les sommes payées par MSF pour l'achat des médicaments iront directement à la recherche et au développement de médicaments contre le sida et des maladies négligées.

Les trois médicaments sont brevetés, en Afrique du Sud, ce qui signifie que les détenteurs des brevets ont le droit exclusif de les importer au pays, jouissant d'un monopole du marché sud-africain. L'importation de ces médicaments sans l'autorisation des détenteurs des brevets est une infraction aux droits de propriété intellectuelle. GlaxoSmithKline détient les brevets de l'AZT et du 3TC; Boehringer Ingelheim détient celui

de la névirapine. Glaxo a offert au gouvernement sud-africain de lui vendre la combinaison AZT+3TC au prix de 2\$ US par jour/patient. FarManguinhos le vend à MSF à moins de la moitié de ce prix. Boehringer Ingelheim vend la névirapine au prix de 1,19\$ par jour/patient, en Afrique du Sud. FarManguinhos le vend à MSF à moins de la moitié de ce prix.

La TAC et MSF ont convoqué une conférence de presse pour annoncer l'importation.¹ Ils ont expliqué que le Medicines Control Council, l'instance sud-africaine de réglementation des médicaments, a déjà consigné l'innocuité et l'efficacité de ces médicaments. Les produits importés seront utilisés par MSF dans son programme de traitement du sida à Khayelitsha, un township voisin de Cape Town. Les deux organismes ont réitéré leur défi au gouvernement sud-africain d'entreprendre les démarches en vue

de licences volontaires ou obligatoires, relativement aux médicaments pour traiter les personnes vivant avec le VIH/sida, et leur défi aux sociétés pharmaceutiques d'offrir des licences volontaires et non exclusives, pour leurs médicaments essentiels.

Une licence volontaire est une entente en vertu de laquelle une société qui détient le brevet d'un médicament permet à d'autres de le fabriquer et de le vendre. Une licence obligatoire peut être émise par un gouvernement ou un tribunal si le détenteur du brevet n'accorde pas de licence volontaire – une telle mesure s'accompagne d'une « rémunération adéquate » dans les circonstances, qui est remise au détenteur du brevet. Une telle attribution de licences introduit une compétitivité de marché et fait diminuer les prix des médicaments concernés, ce qui permet à plus de gens d'en bénéficier.

¹ Voir communiqué de presse de MSF, TAC et Oxfam, « Generic AIDS Drugs Offer New Lease on Life to South Africans - Importation of generics cuts price in half », 29 janvier 2002; et la déclaration connexe du COSATU, *Statement on the Importation of Generic Antiretrovirals from Brazil*, ainsi que les « Questions and Answers About TAC and MSF Importing Generic Medicines from Brazil », tous accessibles via le site Web de la TAC à <www.tac.org.za>.

Canada/É.-U. – Le bioterrorisme met au jour deux poids deux mesures dans l'accès aux traitements

En septembre 2001, peu après les attaques terroristes aux États-Unis, la question du bioterrorisme – et plus particulièrement les craintes liées aux cas d'anthrax qui y ont été signalés – ont inspiré au ministre canadien de la Santé des craintes quant à la disponibilité du médicament « ciprofloxacine » contre cette maladie.

Le 13 septembre 2001, la Cour d'appel fédérale confirmait la validité du brevet de Bayer Inc. pour ce médicament, au Canada. Le fabricant de médicaments génériques Apotex Inc. avait soumis à Santé Canada une demande d'« avis de conformité » (AC) pour sa version générique de l'hydrochloride de ciprofloxacine.¹ Un tel avis est nécessaire à la vente légale d'un médicament, au Canada; Apotex alléguait que les brevets de ciprofloxacine détenus par Bayer étaient invalides et qu'elle pouvait donc demander un AC pour la mise en vente de sa version générique. Bayer a toutefois obtenu un mandat empêchant le ministre de la Santé d'accorder un AC à Apotex jusqu'à l'expiration du brevet de Bayer.²

Dans les semaines suivant les attentats, le Gouvernement du Canada a conclu une entente avec Apotex pour l'achat de sa version générique du médicament, même si cela enfreignait les droits de brevet de Bayer (dont la validité venait d'être confirmée par la Cour). Devant les protestations de Bayer, de certains députés et médias, à l'effet que le gouvernement

allait à l'encontre de sa propre *Loi sur les brevets*, le Canada a négocié une entente lui permettant d'annuler son contrat avec Apotex et d'obtenir un prix inférieur auprès de Bayer, ainsi qu'un engagement à fournir des quantités suffisantes du médicament en cas d'attaque bioterroriste majeure. Jusqu'ici, aucun cas d'anthrax lié au bioterrorisme n'a été signalé au Canada.

Au même moment, aux États-Unis, où environ une douzaine de cas d'anthrax présumément liés au bioterrorisme avaient été déclarés, le gouvernement américain menaçait lui aussi d'acheter la version générique de la ciprofloxacine et de violer le brevet de Bayer à moins d'une importante réduction de prix (qui fut finalement obtenue). Pourtant, par le passé, ce même gouvernement avait maintes fois critiqué les pratiques du Brésil, qui menaçait de se prévaloir d'une licence obligatoire si les géants pharmaceutiques ne réduisaient pas les prix de leurs médicaments contre le VIH/sida. Le gouvernement brésilien offre un traitement gratuit à plus de 100 000 personnes vivant avec le

VIH/sida – depuis, le nombre d'hospitalisations et de décès liés au sida a grandement diminué. Le gouvernement des États-Unis s'était également opposé, sur des tribunes internationales, à des initiatives pour assurer que les pays en développement aux prises avec des épidémies dévastatrices de VIH/sida, de tuberculose ou de paludisme puissent adopter des mesures telles les licences obligatoires pour rendre les médicaments plus abordables.

L'« affaire Cipro » s'est produite deux mois avant la Conférence ministérielle de l'OMC à Qatar, où les questions des droits de propriété intellectuelle et d'accès à des médicaments abordables étaient à l'ordre du jour. Elle a levé le voile sur la pratique du deux poids, deux mesures appliquée par les gouvernements de pays riches, pour la protection de la santé publique par l'accès à des médicaments abordables.

– Richard Elliott

¹ Bayer AG c. Apotex Inc, 2001 C.A.F. 263.

² Bayer AG c. Apotex Inc (1998), 156 F.T.R. 303 (TD).

Chili – La Cour suprême renverse un jugement ayant accordé des antirétroviraux payés par le régime public

En septembre 2001, la Cour d'appel de Santiago avait tranché en faveur de trois personnes vivant avec le VIH/sida qui avaient déposé une requête en vertu de la Constitution du Chili pour obtenir l'accès à des traitements, incluant des antirétroviraux, payés par les deniers publics tel que le nécessite leur droit à la vie. Dans plusieurs systèmes légaux d'Amérique latine, une requête en *amparo* est un appel à la protection judiciaire d'un droit constitutionnel qui a été enfreint

ou attaqué – une procédure intérieure rapide pour prévenir une violation imminente ou remédier à une violation de droits constitutionnels. Les plaignants dans cette affaire affirmaient leur droit à la vie et avaient allégué que l'omission par l'État de leur fournir les médicaments nécessaires brimait ce droit. La Cour avait donné raison aux requérants et ordonné au ministère de la Santé de fournir les soins nécessaires.

Cependant, le gouvernement chi-

lien a argué qu'il voyait adéquatement aux besoins de soins de santé des personnes vivant avec le VIH/sida même si les ressources pour l'achat de médicaments étaient inadéquates. Le 18 octobre 2001, la Cour suprême du Chili a renversé le jugement de la Cour d'appel, laissant les trois requérants sans accès à un traitement payé par les fonds publics.¹

¹ « El Sida en la justicia », *La Tercera*, 1 décembre 2001; « Policía reprime a enfermos de sida que claman atención en Chile », *Reuters*, 19 octobre 2001.

Deux rapports identifient les préalables d'une réponse aux besoins mondiaux de santé

En décembre 2001, la Commission Macroéconomie et Santé de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié un important rapport décrivant des mesures nécessaires pour réagir à la crise de santé qui affecte les pays et personnes pauvres, dans le monde. Le rapport *Investir dans la santé pour le développement économique* exhorte à ce que l'aide publique au développement (APD) consacrée à la santé soit augmentée de 6 milliards à 27 milliards \$US par année – la contribution des pays riches représenterait alors environ 0,1% de leurs produits nationaux

bruts (PNB) combinés. Le rapport incite aussi les pays en développement à accroître leurs investissements en soins de santé, de 1% du PNB d'ici 2007, et de 2% du PNB d'ici 2015, par rapport aux niveaux actuels.

Le rapport recommande également un nouveau cadre de « prix différenciels » pour les médicaments essentiels destinés aux pays les plus pauvres. Il recommande que l'OMS collabore avec des compagnies pharmaceutiques (détentrices de brevets et fabricants génériques) et des pays à faible revenu, pour élaborer des

directives. Il exhorte aussi à une « souplesse d'interprétation » de l'*Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (« Accord sur les ADPIC ») de l'OMC, afin que les pays pauvres qui n'ont pas la capacité de fabriquer leurs propres médicaments génériques puissent accéder à ceux que produisent d'autres pays. (À l'heure actuelle, l'Accord sur les ADPIC exige que les versions génériques de médicaments brevetés qui sont fabriquées par un pays détenteur d'une licence obligatoire servent « principalement » au marché

domestique du pays producteur – ce qui limite l’exportation de ces médicaments moins coûteux à d’autres pays qui n’ont pas les moyens d’en acheter la version brevetée plus dispendieuse.)¹

En janvier 2002, l’OMS a aussi publié un rapport en collaboration avec d’autres organismes (tels l’ONU-SIDA et la Banque mondiale), lors du Forum économique mondial. Ce document, intitulé *Scaling Up the Response to Infectious Diseases: A Way Out of Poverty*, réitère l’effet cyclique de la pauvreté et d’un mauvais état de santé. Il soutient que les avantages d’un vaste effort de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme dépassent largement le coût

de leur contrôle. Le rapport décrit des mesures qui se sont avérées efficaces, contre ces trois maladies; il explique comment les services de santé des pays en développement peuvent être rehaussés et élargis afin d’offrir de telles mesures; et il examine comment on peut favoriser des comportements sains, parmi les individus vulnérables à ces maladies. Pour chaque aspect, le rapport identifie des ressources disponibles et nécessaires, des stratégies fructueuses et des modèles qui illustrent une application réussie de ces stratégies. Enfin, il propose une façon d’élaborer des mesures proportionnelles à l’ampleur de ces maladies et de briser le lien entre l’indigence et la maladie.²

¹ *Macroéconomie et santé : Investir dans la santé pour le développement économique*, accessible à <www3.who.int/whosis/menu.cfm?path=cmh&language=french>. Le sommaire et plusieurs composantes du rapport sont disponibles en français, en anglais et en espagnol; les documents de fond des groupes de travail sont disponibles en anglais seulement.

² *Scaling Up the Response to Infectious Diseases: A Way Out of Poverty*, accessible à <www.who.int/infectious-disease-report/2002>.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - CANADA

Cette rubrique présente un résumé de diverses décisions de tribunaux du Canada, concernant le VIH/sida ou susceptibles d'avoir une importance pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Il y est question d'affaires criminelles et au civil. Nous tentons de couvrir les affaires de manière aussi complète que possible, à partir de recherches effectuées dans les bases de données électroniques sur le droit au Canada ainsi que de reportages de médias canadiens. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires, dont ils auraient connaissance, à Ralf Jürgens, rédacteur en chef de la rubrique « Le VIH/sida devant les tribunaux », à <ralfj@aidslaw.ca>.

La Cour d'appel de l'Ontario déboute un homme séropositif au VIH de sa revendication constitutionnelle à de la marijuana médicinale

En janvier 2002, la Cour d'appel de l'Ontario a rejeté l'allégation d'un Torontois vivant avec le VIH/sida selon laquelle les lois canadiennes qui interdisent la possession et la culture de la marijuana violent ses droits constitutionnels à la liberté et à la sécurité de la personne.¹

Jim Wakeford consomme de la marijuana à des fins médicales. Il a légalement le droit de cultiver et de posséder cette drogue en vertu d'une exemption ministérielle qui le décharge de la responsabilité criminelle; cette exemption a été accordée en juin 1999 en vertu de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances* (LDS).² L'exemption devait être temporaire et ne devait demeurer en vigueur que jusqu'à ce que le gouvernement fédéral établisse

un programme valable de distribution de marijuana à Wakeford et à d'autres patients.

En juin 2000, Santé Canada a accordé une nouvelle exemption à Wakeford, mais assortie de conditions plus strictes quant à la quantité de marijuana qu'il peut produire et posséder à un moment donné. Santé Canada a également annoncé, en décembre 2000, avoir retenu les services d'une entreprise canadienne pour qu'elle cultive de la marijuana aborda-

ble, de bonne qualité et normalisée à des fins médicales et de recherche, mais qu'il faudrait au moins un an avant que ce produit ne soit disponible. Les développements depuis lors indiquent que le produit ne sera disponible que pour la recherche et que les patients ne pourront avoir accès à la marijuana que s'ils participent à un essai clinique, lequel a été retardé. (D'après la preuve présentée par Wakeford, il existe des sources légales de marijuana de qualité contrôlée pour la recherche au Royaume-Uni et aux États-Unis.)

Wakeford a plaidé que l'exemption était trop restrictive, parce qu'elle ne soustrayait pas ses fournisseurs de

soins de la responsabilité criminelle pour possession ou trafic de drogue s'ils l'aidaient à cultiver ou à obtenir de la marijuana. En outre, d'autres personnes sont inévitablement exposées à ce risque de poursuite : en effet, parce que le gouvernement fédéral tarde à rendre la marijuana médicinale disponible, Wakeford est contraint d'avoir recours à des sources illégales. Dans sa preuve, celui-ci a affirmé que certains de ses fournisseurs de soins avaient été reconnus coupables de trafic, et que d'autres risquaient d'être poursuivis pour avoir cultivé de la marijuana afin de l'aider.

Wakeford a donc demandé au tribunal de rendre un jugement déclaratoire selon lequel ses droits constitutionnels à « la vie, la liberté et la sécurité de la personne », garantis par la *Charte canadienne des droits et libertés* (art. 7) avaient été enfreints parce que l'État lui avait dénié l'accès à une source de marijuana médicinale sûre, propre et abordable. Il a demandé une ordonnance portant que toute personne agissant comme fournisseur de soins soit à l'abri d'accusations de possession, de trafic ou de culture pendant qu'elle l'aide à satisfaire à ses besoins médicaux. La Cour supérieure de l'Ontario a rejeté sa demande en mai 2000.³ Wakeford a interjeté appel.

En juillet 2001, peu de temps après l'audition de l'appel de Wakeford, le gouvernement fédéral a mis en œuvre le nouveau *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* pour régir la concession d'exemptions.⁴ Les avocats de Wakeford ont présenté à la Cour d'appel des arguments complémentaires dans lesquels ils ont fait état des lacunes que l'on retrouve encore

dans le régime de réglementation, des lacunes qui font en sorte que les droits de Wakeford étaient toujours enfreints; toutefois, la Cour a fini par juger irrecevable cette preuve qu'elle a qualifiée de « tout à fait hypothétique », puisque ni Wakeford ni ses fournisseurs de soins n'avaient encore demandé des exemptions en vertu du règlement. (L'exemption ministérielle consentie à Wakeford est en vigueur jusqu'en avril 2002.)

L'allégation de Wakeford selon laquelle ses droits avaient été enfreints se fondait sur les éléments suivants : (1) l'absence d'exemption en faveur des fournisseurs de soins; (2) l'absence de source sûre d'approvisionnement de marijuana à des fins médicales.

La Cour d'appel de l'Ontario a confirmé la décision du juge de première instance selon laquelle les aspects de la demande de Wakeford qui avaient pour objet de contester la justesse de l'exemption ministérielle, ou le défaut du ministre d'avoir accordé une exemption à ses fournisseurs de soins, en vertu de la LDS, visaient à obtenir un contrôle judiciaire des actions du ministre. Or, ces questions relèvent de la compétence exclusive de la Cour fédérale du Canada en vertu de la *Loi sur la Cour fédérale* (art. 2) et ne pouvaient être jugées par les tribunaux de l'Ontario.

Toutefois, l'allégation de Wakeford selon laquelle ses droits avaient été enfreints pouvait également être fondée sur le défaut de la LDS elle-même de prévoir une exemption à l'égard de la responsabilité criminelle en faveur de ses fournisseurs de soins; or, un tel droit d'action relève de la compétence d'une cour supérieure d'une province. C'est pourquoi la Cour d'ap-

pel de l'Ontario n'a examiné que ce fondement de l'allégation de Wakeford selon laquelle le défaut d'agir du gouvernement était inconstitutionnel.

Par une série d'arguties juridiques, la Cour d'appel a évité d'aborder la principale allégation de fond avancée par Wakeford, c'est-à-dire qu'il est inacceptable de contraindre des personnes malades à fabriquer elles-mêmes des médicaments qu'elles sont légalement en droit de consommer.

Cependant, la Cour d'appel a alors décidé, s'appuyant sur des arguties juridiques, que la loi n'enfreignait pas les droits de Wakeford. Premièrement, la Cour a affirmé que si ses fournisseurs de soins ont été incapables d'obtenir des exemptions, c'est soit parce qu'ils n'en ont pas fait la demande (auquel cas ce n'est pas l'État qui a enfreint les droits de Wakeford), soit parce que le ministre a refusé d'en accorder une (auquel cas le seul recours était de soumettre le refus du ministre à un contrôle judiciaire par la Cour fédérale). (Relativement au premier point, il faut noter qu'au moment où la Cour d'appel a été saisie de l'affaire, aucune disposition de la loi ne prévoyait clairement des exemptions en faveur des fournisseurs de soins, de sorte que l'on peut s'interroger sur la justesse de cette critique de la Cour.)

Deuxièmement, Wakeford a fait valoir que les articles de la LDS qui rendaient illégaux le trafic et la production de la marijuana enfreignaient ses droits parce qu'ils ne prévoyaient pas d'exemption en faveur de ses fournisseurs de soins. Toutefois, la Cour a statué que cela ne lui permettait pas de contester la constitutionnalité de ces articles parce que ce n'est pas lui qui risquait d'être poursuivi dans un tel cas. En outre, son anxiété liée au fait que d'autres risquent d'être poursuivis ne représente pas un stress psychologique imposé par l'État suffisamment grave pour qu'il équilibre à une atteinte à sa liberté ou à sa sécurité, a affirmé la Cour.

(Pour ce qui est de cette hypothèse selon laquelle le fournisseur de soins accusé de trafic puisse contester sa poursuite au criminel pour des motifs d'ordre constitutionnel, il convient de signaler une autre affaire récente, dans laquelle un homme accusé de trafic a contesté la constitutionnalité de l'interdiction du trafic même pour les personnes qui ont le droit d'utiliser la marijuana à des fins médicales. Deux mois avant le jugement dans l'affaire *Wakeford*, un tribunal de première instance du Québec a rejeté cet argument, affirmant que les « droits de posséder de la marijuana pour un usage personnel à des fins thérapeutiques ne se traduisent pas en un droit ... d'en faire le trafic. » [trad.]⁵ Toutefois, le tribunal n'a pas offert de raisonnement au soutien de cette affirmation, notant simplement que l'accusé n'avait pas fourni de preuve de l'état de santé de ses « acheteurs éventuels. » Il s'ensuit que la question n'a pas fait l'objet de l'examen judiciaire qu'elle mérite et il arrivera peut-être qu'une personne accusée de trafic ou de culture pour avoir fourni de la marijuana à des fins médicales conteste la poursuite, comme l'a sug-

géré la Cour d'appel de l'Ontario dans l'affaire *Wakeford*.)

Troisièmement, Wakeford a fait valoir que le défaut d'exempter les fournisseurs de soins violait son droit à la sécurité de la personne parce qu'il le privait de fait d'un approvisionnement sûr de marijuana médicinale. Sur ce point, la Cour d'appel s'est contentée d'accepter la conclusion de fait du tribunal de première instance selon laquelle Wakeford « n'a pas vraiment de difficulté à obtenir de la marijuana à des fins médicales. » Par conséquent, même si une partie de la preuve mettait en évidence les problèmes d'approvisionnement de Wakeford, la Cour a conclu que ceux-ci n'allaient pas jusqu'à menacer la sécurité de sa personne.

Enfin, la Cour a noté qu'à moins de donner un avis aux procureurs généraux fédéral et provincial, Wakeford ne pouvait pas contester directement la constitutionnalité de la LDS du fait que cette loi n'exemptait pas les fournisseurs de soins.

La Cour a adopté une approche tout aussi restrictive à l'égard de l'allégation de Wakeford selon laquelle le défaut du gouvernement d'avoir rendu disponible un approvisionnement sûr de marijuana à des fins médicales violait les droits que lui garantissait l'art. 7 de la *Charte*. Le tribunal de première instance avait conclu que Wakeford « ne dépendait pas du gouvernement pour lui fournir de la marijuana. » La Cour d'appel n'a pas infirmé cette conclusion.

Par cette série d'arguties juridiques, la Cour d'appel a évité d'aborder la principale allégation de fond avancée par Wakeford, qui va au-delà de sa propre situation litigieuse, c'est-à-dire qu'il est inacceptable de contraindre des personnes malades à fabriquer elles-mêmes des médicaments qu'elles sont légalement en

droit de consommer.

En novembre 2001, Wakeford a été accusé en Colombie-Britannique (où il était déménagé) de trafic de marijuana qui, selon lui, servait à approvisionner des personnes qui consomment cette drogue à des fins médicales.⁶ Il se peut que ces accusations lui permettent de lancer la contestation constitutionnelle selon laquelle les dispositions de la LDS et du *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* sont trop restrictives.

En novembre 2001 également, on a ouvert des établissements à Vancouver et Gibsons (en Colombie-Britannique) et à Winnipeg (au Manitoba) qui offrent de fournir de la marijuana médicinale à des patients.⁷ Entretiens, le mois précédent, le cabinet des Pays-Bas a adopté un projet de loi qui permet aux pharmaciens néerlandais de remplir des ordonnances pour la marijuana, et l'on s'attendait à ce qu'un projet de loi soit présenté dans les mois qui suivent pour que la marijuana soit inscrite au régime national d'assurance-maladie.⁸

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida. Son courriel est <relliott@aidslaw.ca>.

¹ *Wakeford c. Canada*, [2002] O.J. No 85 (C.A.) (Q.L.).

² L.C. 1996, c. 19, art. 56.

³ *Wakeford c. Canada*, [2000] O.J. No 479 (S.C.J.) (Q.L.), résumé dans R. Elliott, « Jugements récents concernant la marijuana utilisée à des fins médicales et non médicales », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 10-16.

⁴ On peut consulter les commentaires du Réseau juridique canadien VIH/sida à l'adresse suivante : <http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements/marijuana_theses.htm>. Le texte final du règlement est sensiblement le même que celui du projet de règlement, et on peut le consulter à : <<http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/marijuana.html>>. L'Association médicale canadienne (AMC) s'est opposée au règlement final le jour même de sa publication, affirmant que : « [L]e règlement place toutefois les médecins du Canada et leurs patients dans la position précaire de tenter d'avoir accès à un produit qui n'a pas franchi les étapes normales de tests précommercialisation rigoureux » : Communiqué : « L'AMC s'oppose vivement au Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales »,

4 juillet 2001 (via www.cma.ca). Voir également: P.H. Barrett, Président de l'AMC, Lettre ouvert aux membres de l'AMC, 3 août 2001 (via www.cma.ca).

⁵ R. c. Turmel, [2001] Q.J. No 5875 (C.S.) (Q.L.), aux par. 130-131.

⁶ K. Makin, « Police charge marijuana activist again: HIV-infected man says he wants the right to produce the drug for himself and others », *The Globe & Mail*, 16 novembre 2001, A11.

⁷ I. Bailey, « Vancouver teahouse to specialize in marijuana: Chronically ill patrons licensed by Health Canada to use pot, police to monitor », *National Post*, 1^{er} novembre 2001, A4; « Pot operations offer the sick a place to take their medicine », *Times Colonist* (Victoria), 2 novembre 2001, D14; [titre non disponible], *Broadcast News* (Winnipeg Sun), 1^{er} novembre 2001.

⁸ A. Deutsch, « Marijuana prescription law OK'd », *Newsday* (New York), 19 octobre 2001.

Contestation de la constitutionnalité des dispositions sur l'« inadmissibilité médicale » dans la Loi sur l'immigration

Dans une affaire qui aura d'importantes implications pour les personnes vivant avec le VIH/sida désireuses d'immigrer au Canada, une femme atteinte de sclérose en plaques a déposé en janvier 2002 une contestation fondée sur la Charte, à l'encontre des dispositions sur l'« admissibilité médicale » de la Loi sur l'Immigration.¹ Les dispositions établissent qu'un requérant à l'immigration peut se voir refuser l'autorisation d'immigrer au Canada si l'on détermine que son admission « risquerait d'entraîner un fardeau excessif pour les services sociaux ou de santé ».

Angela Chesters est une femme non canadienne de 44 ans mariée à un citoyen canadien. En 1994, sa demande de statut d'immigrante reçue a été rejetée, mais Mme Chesters s'est vu accorder un « permis ministériel » pour vivre au Canada cinq ans. De tels permis sont habituellement accordés pour des motifs humanitaires et compassionnels. Les personnes qui résident au Canada en vertu d'un permis ministériel n'ont habituellement pas le droit de travailler ou d'étudier; en outre, ils ne peuvent devenir citoyens avant au moins cinq ans, et généralement sur l'unique discrétion du ministre, par la suite.

De plus, les personnes classées « non admissibles pour des raisons médicales » mais qui sont autorisées à entrer ou à demeurer au Canada en

vertu d'un permis ministériel sont généralement exclues de la définition de « résident » admissible aux régimes d'assurance santé de la province où ils vivent. (Cette disposition a été considérée conforme à la constitution, dans la récente affaire *Irshad*.)

Dans l'affaire *Irshad*,² un enfant d'un couple d'immigrants reçus, gravement handicapé par la paralysie cérébrale, s'est vu refuser l'admissibilité au Régime d'assurance maladie de l'Ontario (RAMO). La Cour d'appel de l'Ontario a rejeté l'appel des *Irshad* en jugeant que le refus résultait de la désignation d'« inadmissibilité médicale » par le gouvernement fédéral (une désignation qui pourrait changer considérablement, dans l'avenir) et non de la définition de « résident » admissible aux termes de la définition

du gouvernement provincial – bien que la définition en droit provincial se fonde sur (et intègre) le modèle décisionnel fédéral relatif à l'inadmissibilité pour des raisons médicales. La Cour a rejeté l'argument selon lequel cela constituait de la part de la province une discrimination inconstitutionnelle fondée sur le handicap, en affirmant que la législation fédérale et le mécanisme de décision n'avaient pas été l'objet de contestation constitutionnelle.

La Cour a cependant affirmé que l'« interface » entre le processus d'immigration et la détermination, par la province, de l'admissibilité au régime public d'assurance maladie

n'est pas entièrement satisfaisant. Il semble intrinsèquement contradictoire, voire cruel, de permettre à un jeune garçon comme Raja [*Irshad*] d'être admis au Canada pour des raisons humanitaires, afin qu'il puisse vivre avec le reste de sa famille qui a été autorisée à s'installer au Canada, et en même temps de ne pas prendre en considération ses besoins d'accès à des services médicaux coûteux

qui pourraient, jusqu'à un certain point, au moins alléger son grave handicap physique. Bien que je n'ai constaté aucune violation de nature constitutionnelle, je présume que les autorités fédérales et provinciales pourraient travailler ensemble à trouver un moyen pour que la compassion de notre pays aille plus loin que d'autoriser l'admission au Canada, et inclue l'accès aux services médicaux offerts par [le RAMO] à une personne comme Raja. [trad.]

Par ailleurs, l'affaire intentée par Angela Chesters fait maintenant progresser la contestation de la législation fédérale, qui était absente tel que mentionné par la Cour d'appel dans l'affaire *Irshad*.

S'étant vu refuser le statut de résidente permanente au Canada, Mme Chesters est rentrée en Allemagne en 1995, pour accepter un emploi d'enseignante; puis elle et son époux ont entamé des démarches. Le dossier est finalement arrivé à l'étape du procès, après sept ans plus tard, et à la suite d'offres du gouvernement fédéral de lui accorder la résidence permanente

au Canada en échange de l'abandon de ses procédures.

Mme Chesters soutient que les dispositions sur le « fardeau excessif » en vertu de la *Loi sur l'immigration* enfreignent de manière non autorisée ses droits à la liberté et à la sécurité de la personne (en violation de l'article 7 de la *Charte canadienne des droits et libertés*) et constituent de la discrimination à son endroit au motif du handicap (en violation de l'article 15 de la *Charte*). Elle souhaite que cette disposition soit déclarée inconstitutionnelle et elle demande une somme de 100 000\$ en dommages pour cette violation et la détresse qui en a résulté pour elle.

En décembre 2001, le gouvernement fédéral a tenté de plaider que le cas des Chesters avait perdu sa pertinence, et d'obtenir l'autorisation de déposer une demande de jugement sommaire rejetant l'affaire. Le gouvernement a souligné que la nouvelle *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* adoptée par le Parlement avait reçu la sanction royale en novembre 2001 (bien qu'en fait,

l'entrée en vigueur de la loi ait été retardée par le Parlement jusqu'à ce que le règlement d'application soit finalisé). En vertu de la nouvelle loi, des requérants comme Mme Chesters, faisant partie de la « catégorie de la famille » en raison d'une relation conjugale avec un citoyen canadien, seraient exemptés des obstacles de l'« inadmissibilité médicale » pour immigrer au Canada. D'autres requérants continueront cependant de se heurter à cet obstacle.

La cour a rejeté la demande du gouvernement,³ et l'audience a eu lieu en janvier 2002. Le Conseil des Canadiens avec déficiences a reçu la permission d'intervenir dans cette affaire. Aucune décision n'avait été rapportée au moment d'imprimer le présent compte-rendu.

– Richard Elliott

¹ L.R.C. 1985, ch. I-2, art. 19.

² *Irshad (Litigation guardian of) v Ontario (Ministry of Health)* (2001), 55 OR (3d) 43 (C.A.), demande d'autorisation d'appel rejetée sans motifs, le 13 septembre 2001, [2001] SCCA No 218 (QL).

³ *Chesters c. Canada (ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration)*, 2001 F.C.T. 1374 (6 décembre 2001).

Déclaration erronée d'un juge en prononçant la sentence d'un homme séropositif

En février 2002, le juge Bourassa, de la Cour des Territoires du Nord-Ouest (TN-O) a affirmé qu'il était « bien connu » [trad.] que le VIH peut être transmis par des liquides corporels comme la salive [sic]. Le juge a fait cette affirmation en prononçant la sentence d'un homme de Yellowknife, pour divers chefs d'ac-

cusation, notamment pour voies de fait contre un agent de police pour lui avoir craché au visage alors qu'il tentait de l'arrêter (le juge a qualifié de « dégoûtant et abject » [trad.] cet acte du prévenu). Un expert du ministère de la Santé des T.N.-O. a affirmé que le commentaire du juge sur la transmission du VIH était erroné.

L'organisme AIDS Yellowknife a déploré qu'un juge contribue à la désinformation à propos du VIH/sida.¹

¹ K. Wilson, « Judge's AIDS comments raise concerns », *Yellowknifer*, 6 février 2002, p. 4.

La Cour de l'impôt permet un crédit d'impôt pour les plantes médicinales et les vitamines, mais non pour la massothérapie

En août 2001, la Cour canadienne de l'impôt a rendu son jugement le plus récent sur la déductibilité fiscale des frais engagés pour des thérapies complémentaires/parallèles. Le jugement dans l'affaire *Pagnotta c. Canada*¹ revêt de l'importance pour les personnes ayant le VIH/sida qui ont recours à ces thérapies. Il illustre également comment les lois provinciales et fédérales réglementant les praticiens de la santé et les produits de santé naturels ont un impact financier sur le coût d'accès à ces traitements.

En vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* (LIR), un « crédit d'impôt pour frais médicaux » peut être déduit de l'impôt sur le revenu qu'une personne doit payer dans une année donnée.² Pagnotta, qui vivait en Alberta, souffrait de douleur chronique grave et avait recours à la fois à la médecine « occidentale » et complémentaire, y compris la massothérapie et les plantes médicinales chinoises, des nutraceutiques et des vitamines. Elle alléguait que les coûts de tous ces traitements constituaient des « frais médicaux » admissibles qu'elle devait pouvoir déduire de son impôt payable. Revenu Canada a rejeté sa demande et a refusé ce crédit d'impôt dans sa cotisation.

En vertu de la LIR, un crédit d'impôt peut être demandé pour les montants payés à un « médecin » (« *medical practitioner* » dans la version anglaise de la loi) pour des « services médicaux ».³ La LIR prévoit également que cette expression désigne une personne autorisée à exercer sa profession par la législation applicable où elle rend ces servi-

ces. Toutefois, en vertu de la loi albertaine, un massothérapeute n'est pas un « *medical practitioner* », ni même un membre d'une « discipline de la santé désignée » (« *designated health discipline* »).⁴ Par conséquent, même l'interprétation la plus libérale de la LIR ne permettrait pas d'admettre les frais de massothérapie comme frais médicaux.

Toutefois, la Cour a jugé que Pagnotta avait droit à un crédit d'impôt pour au moins certains frais d'achat d'enzymes, de vitamines, de minéraux et de nutraceutiques. Les « frais médicaux » admissibles en vertu de la LIR comprennent « les médicaments, les produits pharmaceutiques et les autres préparations ou substances qui servent au diagnostic, au traitement ou à la prévention d'une maladie », d'une affection, ou de leurs symptômes et qui sont « prescrits par un médecin » (« *medical practitioner* » dans la version anglaise de la loi) et « enregistrés par un pharmacien ».

La Cour a accepté que cela ne se limitait pas aux médicaments *déli-*
vrés sur ordonnance mais qu'il

s'agissait d'une catégorie plus large pouvant comprendre les plantes médicinales, les nutraceutiques et les suppléments vitaminiques utilisés par Pagnotta. La Cour a également accepté que son médecin, qui était qualifié à la fois comme praticien de la médecine occidentale et spécialiste des médecines chinoises, avait recommandé ces produits à des fins de traitement et que Pagnotta les utilisait comme tels. La Cour a également conclu que ces substances pouvaient être utilisées « sur ordonnance », puisqu'une ordonnance pouvait être interprétée libéralement de façon à comprendre l'ordre d'un médecin à quelqu'un de dispenser les substances à un patient suivant certaines quantités.

Toutefois, le principal obstacle était l'exigence suivant laquelle, pour avoir droit à un crédit d'impôt, les substances devaient être « enregistrées par un pharmacien ». La Cour était disposée à donner une interprétation libérale à l'expression « enregistrées ».⁵ Toutefois, la Cour n'était pas disposée à faire abstraction de l'exigence légale selon laquelle il devait s'agir d'un pharmacien :

Toutefois, il faut quand même que les substances soient acquises par l'intermédiaire d'un pharmacien. Cette exigence est incontournable. Jusqu'à ce que le gouvernement du Canada, par des initiatives comme l'élaboration d'un cadre de réglementation des

produits de santé naturels, apporte les changements législatifs nécessaires, je dois appliquer, quoique

Pour les personnes qui ont recours à des thérapies complémentaires, ce jugement montre qu'il faudra acheter des produits de santé naturels d'une pharmacie pour que ces frais puissent éventuellement être considérés admissibles à un crédit d'impôt.

de façon libérale, l'exigence selon laquelle les substances doivent être enregistrées par un pharmacien. Lorsque les plantes médicinales chinoises, les nutraceutiques

et les vitamines seront réglementés, il est facile de prévoir que nos lois fiscales seront modifiées en conséquence. En attendant, je dois me limiter à conclure que ces substances acquises d'une pharmacie peuvent être visées par l'alinéa 118.2(2)n) [en tant que frais qui donnent droit à un crédit d'impôt] [trad.].⁶

En conséquence, la Cour n'a accordé un crédit d'impôt à Pagnotta que pour les substances qu'elle avait acquises de deux pharmaciens et elle a refusé les autres.

Pour les personnes qui ont recours aux thérapies complémentaires, ce jugement montre qu'il faudra acheter les produits de santé naturels d'une pharmacie pour que les frais puissent éventuellement être considérés comme des frais admissibles pour lesquels un crédit d'impôt peut être obtenu. À plus long terme, ce jugement montre qu'il faudra remplacer l'exigence relative aux pharmaciens, dans la *Loi de l'impôt sur le revenu*,

par une solution plus souple si l'on veut que les produits de santé naturels puissent éventuellement donner droit au crédit d'impôt pour frais médicaux. Enfin, ce jugement indique que la reconnaissance provinciale des praticiens de médecine complémentaire déterminera si leurs services représentent ou non des frais médicaux pour lesquels un crédit d'impôt peut être demandé.

– Richard Elliott

¹ [2001] T.C.J. n° 582 (Q.L.).

² L.R.C. 1985, 5^e supplément, art. 118.2.

³ *Ibid.*, art. 118.2(2)a).

⁴ Voir *Medical Professions Act*, R.S.A. 1980, c. M-12 et *Health Disciplines Act*, R.S.A. 1980, c. H-3.5.

⁵ C'est ce qu'a fait la Cour dans un jugement antérieur dans lequel elle avait autorisé une femme vivant avec le VIH à demander un crédit d'impôt pour des suppléments vitaminiques : *Frank c. Canada*, [2001] T.C.J. n° 416 (Q.L.), résumé dans : « Une femme se voit reconnaître le droit de déduire de son revenu imposable des frais de MCP », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 16. *Erratum* : Veuillez prendre note qu'une erreur s'est glissée dans ce résumé lorsqu'il est dit que le tribunal avait autorisé une déduction du « revenu imposable » de la requérante. En fait, un crédit pour frais médicaux est une déduction de l'« impôt sur le revenu payable » par la requérante.

⁶ *Pagnotta*, *supra*, note 1, au par. 30.

Un tribunal prononce une ordonnance de non-publication de l'identité d'un témoin séropositif

En septembre 2001, un juge de première instance de l'Ontario saisi d'une affaire de voies de fait criminelles a prononcé une ordonnance de non-publication des identités de la plaignante, qui vit avec le VIH, et de l'homme accusé de l'avoir agressée, de même de que toute preuve au procès qui permettrait de les identifier.¹

Le prévenu a été accusé de voies de fait et de voies de fait armées; il a

allégué s'être querellé après que la plaignante lui eut révélé qu'elle était

séropositive au VIH. Les avocats de la défense et du ministère public ont tous deux demandé l'ordonnance de non-publication et le juge a donné suite à cette demande, affirmant que « les préjugés et la peur dans la collectivité risquaient sérieusement de causer un préjudice à la plaignante et à l'accusé ».

¹ *R c. FMB*, [2001] O.J. n° 4436 (O.C.J.) (Q.L.).

Un tribunal rejette un appel en faveur du droit au suicide assisté

Le 7 décembre 2001, la Cour d'appel de l'Ontario a rejeté l'appel de Jim Wakeford dans lequel celui-ci demandait la reconnaissance du droit au suicide assisté.¹

Wakeford, un homme vivant avec le VIH/sida, avait intenté des poursuites contre le procureur général du Canada, en septembre 1999, contestant la constitutionnalité des articles de *Code criminel* qui criminalisent l'aide au suicide.² En février 2001,

un tribunal de première instance de l'Ontario a rejeté sa contestation.³ La Cour d'appel a confirmé le raisonnement du juge de première instance et a rejeté l'appel sans fournir d'autres commentaires.

¹ *Wakeford c. Canada (Procureur général)*, [2001] O.J. n° 4921 (C.A.) (Q.L.).

² Voir un résumé de sa plaidoirie et du jugement du juge de première instance dans : R. Elliott, « On conteste la criminalisation de l'aide au suicide », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 5(1) : 14-15.

³ *Wakeford c. Canada (Attorney General)*, [2001] O.J. n° 390 (C.S.J.) (Q.L.). Résumé dans : R. Elliott, « La Cour rejette la contestation constitutionnelle relative à l'interdiction de l'aide au suicide », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 40-41.

La Cour d'appel de l'Ontario infirme un jugement en faveur de demandeurs infectés par du sang contaminé

Le 29 novembre 2001, la Cour d'appel de l'Ontario a rendu un jugement étoffé qui infirme le jugement d'un tribunal inférieur en faveur de trois hémophiles infectés par le VIH en 1985 après avoir été exposés à des concentrés de facteur sanguin contaminés. Le jugement conjoint dans les trois affaires *Robb*, *Rintoul* et *Farrow*¹ est le dernier jugement à avoir été rendu dans un litige qui remonte à 1992. Les demandeurs alléguaient que la Société canadienne de la Croix-Rouge et le gouvernement fédéral avaient fait preuve de négligence en retardant l'introduction du traitement thermique des concentrés de facteur sanguin après que les risques que posait le produit non traité aient été connus.

En juin 2000, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a jugé que la Croix-Rouge avait été négligente et l'a condamnée à payer 1,6 million de dollars canadiens plus les dépens aux trois demandeurs et à leurs familles.² La Croix-Rouge avait mis en cause le

gouvernement fédéral, et le juge de première instance a conclu que le gouvernement fédéral devait indemniser la Croix-Rouge pour 25 % de ce montant. La Croix-Rouge et le gouvernement ont tous les deux interjeté appel.

La demande contre la Croix-Rouge

Personne n'a contesté le fait que la Croix-Rouge avait une obligation juridique de diligence envers les demandeurs, parce qu'il était raisonnablement prévisible qu'ils pouvaient être infectés par le VIH s'ils recevaient des concentrés de facteur sanguin contaminés. Les questions en litige étaient de savoir (1) si elle avait manqué à cette obligation en ne satisfaisant pas à la norme de diligence qu'elle devait respecter et, dans

l'affirmative, (2) si ce manquement avait été la cause de l'infection des demandeurs.

Le juge de première instance a statué que la Croix-Rouge avait un « devoir très astreignant » [trad.],³ et qu'elle « avait le devoir de prendre des mesures immédiates [...] en faisant tout ce qui était possible pour faciliter la transition des produits n'ayant pas subi de traitement thermique, à des produits ayant subi ce traitement » [trad.].⁴ Le juge a conclu que « plutôt que de prendre des mesures pour faire la transition le plus tôt possible aux produits ayant subi un traitement thermique, la preuve indique que la [Croix-Rouge] a adopté une ligne de conduite qui a retardé cette transition » [trad.] et que l'infection des demandeurs aurait pu être évitée si elle ne l'avait pas fait.⁵

Toutefois, la Cour d'appel n'était pas de cet avis, affirmant que l'obligation de la Croix-Rouge consistait à ne pas entraver ou retarder le processus réglementaire qui menait à la délivrance, par le gouvernement fédéral, du permis nécessaire (« avis de conformité ») pour la vente du produit ayant subi un traitement thermique.

La Cour a signalé que la Croix-Rouge ne pouvait légalement distribuer des produits ayant subi un traitement thermique qu'après la délivrance d'un avis de conformité, et que la responsabilité de délivrer un tel avis incombait exclusivement au gouvernement fédéral. En outre, la Croix-Rouge n'était nullement responsable de tout retard du fabricant du produit à fournir à l'organisme fédéral de réglementation les données scientifiques nécessaires pour démontrer que le traitement thermique éliminait de fait le VIH dans le produit et ne causerait aucun tort aux hémophiles qui recevraient le produit. La Cour a affir-

mé qu'aucune preuve ne permettait de conclure que la Croix-Rouge avait fait quoi que ce soit pour retarder la délivrance de l'avis de conformité.

En tout état de cause, la Cour a conclu que « la preuve n'indique même pas que le processus aurait pu être accéléré en toute sécurité » [trad.].⁶ En outre, le juge de première instance a commis une erreur en affirmant que la Croix-Rouge avait l'obligation de faire « tout ce qui était possible » pour introduire le produit ayant subi un traitement thermique. La Cour d'appel a affirmé qu'il s'agissait d'une norme de diligence trop astreignante « dont le niveau fait abstraction de la réalité réglementaire » [trad.].⁷ La Cour a noté qu'il n'existait aucun substitut à ce concentré de produit sanguin en particulier, de sorte qu'il n'était pas réaliste de retirer le produit non traité en attendant la délivrance d'un permis pour un produit traité.

De plus, même si la Croix-Rouge avait manqué à son obligation de diligence envers les demandeurs, la Cour a affirmé qu'il n'y avait aucune preuve que ceci avait causé leur infection à VIH. Même si les demandeurs avaient été infectés en avril et mai 1985 comme le juge de première instance l'avait conclu, la conduite de la Croix-Rouge n'aurait pas changé ce fait puisque, sans sa faute, le produit ayant subi un traitement thermique n'était pas légalement disponible pour distribution au Canada avant le 30 mai 1985.

Après un examen détaillé, la Cour d'appel a également conclu que les demandeurs n'avaient pas réussi à prouver, selon la prépondérance des probabilités, les dates auxquelles ils avaient été infectés. Par conséquent, ils n'avaient pas démontré que la conduite de la Croix-Rouge (même si elle

eût été négligente) avait causé leur infection.⁸ La Cour a également conclu que le juge de première instance avait fondé son jugement sur des inférences défavorables contre la Croix-Rouge du fait que celle-ci n'avait pas fait témoigner certaines personnes. La Cour a jugé que ces inférences n'étaient pas justifiées et que le jugement ne pouvait être maintenu, compte tenu de l'importance qui leur avait été accordée par le juge. Le jugement contre la Croix-Rouge et le gouvernement fédéral a été infirmé.

La demande contre le gouvernement fédéral

La Cour d'appel a également infirmé la conclusion du juge de première instance selon laquelle le gouvernement fédéral avait été négligent : « Même en présumant que le Canada, en tant qu'autorité de réglementation des produits sanguins, avait l'obligation d'accélérer le processus de réglementation (comme l'avait conclu le juge de première instance), nous ne sommes pas convaincus que la preuve permettait de conclure que le Canada avait manqué à cette obligation » [trad.].⁹

La Cour a répété que la principale raison pour laquelle le gouvernement avait retardé l'homologation pour la vente du produit ayant subi un traitement thermique était le temps qu'il avait fallu pour obtenir du fabricant les données scientifiques démontrant l'innocuité et l'efficacité du produit traité. Or, aucune preuve n'a été présentée au procès à l'effet que le Canada aurait pu amener le fabricant à envoyer les données plus rapidement, ou qu'il aurait pu le dispenser de l'obligation de fournir ces données. Le jugement contre le gouvernement fédéral a donc été infirmé lui aussi.

Puisque aucune demande d'autorisation d'en appeler de ce jugement n'a été déposée pendant le délai réglementaire de 60 jours suivant le jugement, il s'agira sans doute du jugement définitif dans ce dossier.

– Richard Elliott

¹ *Robb c. St Joseph's Health Centre; Rintoul c. St Joseph's Health Centre; Farrow c. Canadian Red Cross Society*, [2001] O.J. n° 4605 (C.A.) (Q.L.) [ci-après appelé « Robb (C.A.) »].

² *Robb c. St Joseph's Health Centre; Rintoul c. St Joseph's Health Centre; Farrow c. Canadian Red Cross Society*, [2000] O.J. n° 2396 (C.S.J.) (Q.L.) [ci-après appelé « Robb (C.S.J.) »]. Ce jugement est résumé dans : R. Elliott, « La Croix-Rouge et le gouvernement fédéral sont jugés responsables de l'infection à VIH des hémophiles », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 5-8.

³ *Robb (C.S.J.)*, au par. 72.

⁴ *Ibid.*, au par. 75.

⁵ *Ibid.*, au par. 76.

⁶ *Robb (C.A.)*, au par. 79.

⁷ *Ibid.*, au par. 63.

⁸ *Ibid.*, aux par. 120-156.

⁹ *Ibid.*, au par. 175.

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : trois nouvelles affaires

Cette rubrique examine les développements au chapitre des poursuites pénales relatives à la transmission du VIH ou à l'exposition au virus.¹ Depuis le dernier numéro de la *Revue*, nous avons pris connaissance de trois nouvelles affaires canadiennes. (Une affaire suédoise est résumée à la p. 92 du présent numéro).

Terre-Neuve – Première affaire jugée par un tribunal d'appel depuis *R c. Cuerrier*

Le 10 octobre 2001, la Cour d'appel de Terre-Neuve a rendu son jugement dans l'affaire *Williams*, dans laquelle un homme vivant avec le VIH a interjeté appel de sa condamnation au criminel pour avoir eu des relations sexuelles non protégées avec son ex-partenaire sans lui avoir divulgué sa séropositivité.² Il s'agit de la première affaire à être jugée par un tribunal d'appel canadien depuis l'arrêt *Cuerrier*,³ rendu en 1998, et cet arrêt est appliqué à un nouvel ensemble de faits.

Williams a commencé à avoir des relations sexuelles non protégées avec JM en juin 1991. En novembre 1991, il a appris qu'il était séropositif au

VIH. Il n'a jamais informé sa partenaire de son état. Ils ont continué à avoir des rapports sexuels non protégés jusqu'à la fin de leur relation, un an plus tard. JM a reçu un résultat positif au test du VIH en 1994. Au procès, il était avéré que Williams avait infecté JM. Il était également avéré qu'il a pu l'infecter avant d'apprendre qu'il était séropositif.⁴

En avril 2000, Williams a été déclaré coupable de *voies de fait graves* et de *nuisance publique*; toutefois, une accusation de *négligence criminelle causant des lésions corporelles* a été rejetée.⁵ Il a été condamné à une peine d'emprisonnement de cinq ans et demi relativement à l'accusation de voies de fait et de 18 mois relativement à l'accusation de nuisance, qu'il devra purger concurremment.⁶ Il a interjeté appel de ces condamnations, plaidant qu'elles étaient mal fondées en droit.

La Cour d'appel a confirmé la condamnation de Williams pour nuisance publique. Elle a infirmé sa condamnation pour voies de fait graves, mais a conclu plutôt qu'il était coupable de *tentative* de voies de fait graves. (Son appel de ses sentences avait été reporté en attendant l'issue de son appel des condamnations. Aucune décision relativement à l'appel de sa sentence n'a encore été publiée au moment de la rédaction du présent article.)

Application de l'infraction de voies de fait graves

L'arrêt *Cuerrier* de la Cour suprême du Canada a établi qu'une personne séropositive au VIH peut être accusée de voies de fait graves pour avoir eu des rapports sexuels comportant un « risque important » de transmission du VIH si elle n'a pas divulgué sa séropositivité à son partenaire.

En vertu du *Code criminel* canadien (art. 265), le consentement d'une personne aux contacts physiques est « vicié » (c.-à-d. non valide, sur le plan juridique) s'il est obtenu par la « fraude ». Dans l'arrêt *Cuerrier*, la

Cour suprême a affirmé qu'il y avait fraude lorsqu'une forme quelconque de malhonnêteté avait pour effet de causer une « privation » (préjudice) quelconque à une autre personne. La Cour a estimé que le fait de ne pas divulguer son infection à VIH serait considéré comme « malhonnête » par une personne raisonnable et que, s'il y avait un risque important de transmission à autrui, le fait de ne pas divulguer son état équivalait à de la fraude pour obtenir le consentement aux rapports sexuels. De tels rapports sexuels équivalent donc à des voies de fait. En outre, la Cour suprême a expressément affirmé qu'il n'y a obligation de divulguer qu'en présence d'un « risque important de lésions corporelles graves. »⁷

Toutefois, l'élément particulier de l'affaire dont étaient saisis les tribunaux de Terre-Neuve est que Williams et JM avaient eu des rapports sexuels non protégés à plusieurs occasions avant que Williams sache ou soupçonne être séropositif. En outre, les parties ont admis, et la Cour a accepté, qu'« une seule relation sexuelle vaginale non protégée comporte un risque important de transmission du VIH » [trad.] et que « des études épidémiologiques ont révélé qu'au cours de rapports sexuels, il est 17 fois plus probable qu'un homme séropositif infecte la femme (si elle est non infectée) que vice-versa. » [trad.]⁸ Il se peut donc que JM avait déjà contracté l'infection au moment où Williams a appris qu'il était séropositif au VIH.

L'avocat de Williams a donc plaidé que l'on ne pouvait pas prouver que son client avait exposé JM, par des rapports sexuels non protégés, à un risque important d'infection au VIH après avoir appris son état, et que, par conséquent, Williams n'avait aucune obligation juridique de divulguer son

état, si bien qu'il n'avait pas commis de fraude et qu'il ne pouvait être reconnu coupable de voies de fait.

Toutefois, la Cour d'appel de Terre-Neuve a rejeté cet argument et a interprété l'arrêt *Cuerrier* de façon plus large, notant que la Cour suprême avait affirmé qu'il fallait faire preuve de « souplesse » dans l'application du critère du « risque important de préjudice grave. »⁹ De l'avis de la Cour terre-neuvienne, l'affaire dont elle était saisie « est un exemple de cas où il y a lieu de faire preuve de souplesse dans l'application du critère. » [trad.]¹⁰

La Cour d'appel de Terre-Neuve a admis que l'on ne pouvait prouver que Williams avait infecté JM après qu'il eut appris qu'il était séropositif, et que « selon toute probabilité, JM était infectée avant que Williams ait subi des tests ou qu'il ait été informé du résultat positif. » [trad.]¹¹ Toutefois, la Cour était néanmoins d'avis que JM avait subi une « privation » en raison de la malhonnêteté de Williams, de sorte que ce dernier avait quand même obtenu son consentement par la fraude :

Williams a continué de s'adonner à des rapports sexuels non protégés avec la plaignante, sans divulguer son infection, pendant une année entière après avoir appris qu'il était séropositif au VIH. Il n'a pas divulgué son infection lorsqu'ils ont mis fin à leur relation. Par conséquent, la plaignante n'a pas reçu de soins médicaux jusqu'à ce qu'elle apprenne, par hasard, qu'elle présentait des symptômes de l'infection à VIH en mars 1994. Parce qu'elle ignorait qu'elle eut pu être infectée par Williams, elle n'a pas pu prendre de mesures pour éviter d'infecter d'autres personnes, y compris son fils nouveau-né et

d'autres partenaires sexuels. De plus, elle a été privée de l'occasion d'obtenir des traitements le plus rapidement possible après avoir été infectée. Il n'y a aucune preuve au dossier quant aux conséquences éventuelles liées au fait de retarder le traitement. Toutefois, on peut présumer que JM aurait cherché à obtenir des soins médicaux dès qu'elle eut appris l'infection de Williams. [trad.]¹²

Par conséquent, parce que la malhonnêteté de Williams avait causé un préjudice à JM, la Cour d'appel a jugé qu'il avait été reconnu à bon droit coupable de voies de fait.

Pour être reconnu coupable de voies de fait graves (une infraction qui emporte une peine plus lourde), il faut que les voies de fait « mettent en danger la vie » du plaignant. Encore une fois, la défense a plaidé que parce que JM avait probablement déjà été infectée avant que Williams n'apprenne sa propre infection à VIH, l'on ne pouvait prouver que le fait d'avoir continué à avoir des rapports sexuels non protégés par la suite a mis en danger la vie de JM. La Cour a reconnu qu'il y avait un « doute raisonnable » sur cette question et que le ministère public devait prouver que Williams avait créé un risque important pour la vie de JM, même si elle avait déjà été infectée, en continuant d'avoir des rapports sexuels non protégés avec elle.

La Cour a noté que cela pouvait être établi par une preuve selon laquelle le risque est accru par des expositions répétées au VIH, ou par le fait d'exposer quelqu'un à une souche différente du virus par des rapports sexuels s'étendant sur plusieurs mois. La Cour a également affirmé que l'on pouvait peut-être établir que le retard

de JM à recevoir des soins médicaux en raison de la non-divulgence de Williams avait pu poser un risque important pour sa vie. Toutefois, « la preuve n'a pas établi au-delà du doute raisonnable que Harold Williams avait mis en danger la vie de la plaignante après avoir appris qu'il était séropositif au VIH, puisqu'il y avait une probabilité importante qu'elle fut déjà infectée. » [trad.]¹³ Par conséquent, la Cour a conclu que Williams ne pouvait être reconnu coupable de voies de fait graves.

Cependant, la Cour a conclu que Williams pouvait être reconnu coupable de *tentative* de voies de fait graves. Le droit canadien ne reconnaît pas la défense d'« impossibilité ». ¹⁴ Ainsi, même s'il eut été impossible pour Williams, après avoir appris qu'il était séropositif au VIH, de mettre en danger la vie de JM par des rapports sexuels non protégés parce qu'elle était déjà infectée, il pouvait quand même être reconnu coupable d'avoir tenté de le faire. La Cour a donc substitué cette condamnation à l'accusation de voies de fait.

Les accusations de nuisance publique

La Cour a également confirmé la condamnation de Williams pour *nuisance publique*, puisqu'il avait omis d'accomplir une obligation légale mettant ainsi en danger la vie, la santé ou la sécurité du public (*Code criminel*, art. 180).

La Cour a affirmé que l'obligation légale de Williams consistait à s'abstenir d'avoir une conduite susceptible de causer un préjudice grave raisonnablement prévisible à autrui. ¹⁵ La Cour a conclu qu'il était raisonnablement prévisible que l'omission de divulguer sa séropositivité au VIH à

JM avait pu causer à cette dernière un préjudice grave et, par elle, à d'autres personnes par les dons de sang, les rapports sexuels non protégés, etc. La Cour a noté que JM a nommé 14 personnes avec lesquelles elle avait eu des rapports sexuels, entre un moment précédant de peu sa première rencontre avec Williams, et le moment de son diagnostic de séropositivité au VIH, trois ans plus tard.

La Cour a également rejeté les arguments selon lesquels l'expression « du public » était trop ambiguë et que l'on ne pouvait pas affirmer que le défaut de Williams de divulguer son état à JM avait mis en danger le public. Encore une fois, la Cour a souligné que JM avait pu infecter d'autres personnes par les dons de sang ou les rapports sexuels. La Cour a également statué que l'expression « du public » ne signifiait pas simplement le grand public, mais comprenait également les « membres du public » qui étaient mis en danger par la conduite de Williams (les rapports sexuels non protégés sans divulguer son état à JM).

Autres aspects intéressants

Deux autres aspects de l'arrêt méritent d'être brièvement commentés. Premièrement, dans un passage de son arrêt, la Cour reconnaît que la défense dite de l'« utilisation prudente de condoms » mentionnée par la Cour suprême dans l'arrêt *Cuerrier* n'a pas encore été tranchée (bien que la Cour n'eût pas à examiner cette question en l'espèce). ¹⁶ Il n'y a pas encore eu de jugement canadien publié sur cette question particulière. (Toutefois, dans un jugement rendu en juin 2001, un tribunal de première instance de la Nouvelle-Écosse a été saisi d'une affaire où le ministère public a reconnu que le fait

d'avoir des relations sexuelles orales non protégées avec un homme séropositif au VIH était un comportement

En droit canadien, la question de savoir si une personne séropositive au VIH peut éviter des accusations de voies de fait si elle pratique le « sécurisexe » demeure ouverte.

« à faible risque » qui ne serait pas visé par les dispositions du *Code criminel* en matière de voies de fait, à la lumière de l'arrêt *Cuerrier*.¹⁷) Par conséquent, en droit canadien, la question de savoir si une personne séropositive au VIH peut éviter des accusations criminelles de voies de fait si elle pratique le « sécurisexe » demeure ouverte.

Deuxièmement, en l'espèce, la Cour d'appel de Terre-Neuve a fait l'observation intéressante suivante :

Une seule relation sexuelle vaginale non protégée comporte un risque important de transmission du VIH. Il est important de noter que le risque est qualifié d'important, et non pas de moyen ou de minime. Ce risque s'applique particulièrement lorsque c'est l'homme qui est séropositif. La transmission de la femme à l'homme ne comporte pas un niveau de risque similaire. [trad.]¹⁸

La très grande majorité des poursuites criminelles au Canada (et dans d'autres pays) contre des personnes séropositives au VIH qui ont eu des rapports sexuels qui risquent la

transmission du VIH ont été portées contre des hommes séropositifs au VIH qui ont eu des rapports sexuels avec des femmes. C'est dans ce contexte que les questions de risques de préjudice et d'obligation légale de divulguer ont été examinées. Ces commentaires dans l'arrêt *Williams* laissent entendre que certains tribunaux pourraient être disposés à reconnaître des différences fondées sur le sexe dans la transmissibilité du VIH. Il reste à savoir si le risque différent de transmission d'une femme séropositive au VIH à un partenaire masculin par des relations sexuelles vaginales non protégées se traduira par une conclusion juridique différente.

Alberta – Coupable de voies de fait causant des lésions corporelles pour avoir mordu

Le 18 janvier 2002, un jury a déclaré un homme d'Edmonton, vivant avec le VIH, coupable de voies de fait causant des lésions corporelles pour avoir mordu un policier, puis d'avoir dit à celui-ci, quelques minutes plus tard, « Bienvenue dans le monde du sida. » L'accusé a nié cette version des événements et a affirmé que le policier l'avait agressé après l'avoir tiré de son sommeil.¹⁹ Aucune sentence n'avait été prononcée au moment de la publication du présent article.

Ontario – Six accusations criminelles contre un homme séropositif

Un homme de Kitchener vivant avec le VIH a été accusé en octobre 2001, et dans les mois qui ont suivi, de six

chefs d'accusations criminelles ayant trait à quatre femmes qui allèguent qu'il aurait eu des rapports sexuels non protégés avec elles sans leur divulguer sa séropositivité au VIH.

L'une des femmes a reçu un résultat positif au test du VIH et le ministère public allègue que le prévenu l'a infectée. Relativement à cette plaignante, le prévenu fait l'objet de trois accusations : voies de fait graves, avoir illicitement causé un préjudice corporel, et négligence criminelle causant des lésions corporelles. Il fait également l'objet d'une accusation de voies de fait graves en rapport avec chacune des trois autres femmes, qui ne semblent pas avoir été infectées, mais dont la vie aurait été mise en danger, allègue-t-on, du fait qu'elles ont été exposées au risque d'infection.²⁰

– Richard Elliott

¹ Voir, R. Elliott, « Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements V », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 18-26.

² R. c. *Williams*, 2001, C.A.T.-N. 52, [2001] N.J. n° 274 (Q.L.) [ci-après appelé « *Williams* (C.A.) »].

³ R. c. *Cuerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371, 127 C.C.C. (3d) 1, résumé dans : R. Elliott, « La décision de la Cour suprême dans R. c. *Cuerrier* », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 1, 19-27. Pour une analyse approfondie de cet arrêt, y compris une discussion portant sur des défenses éventuelles de « pratique du sécurisexe » ou de « risque moins important » à des accusations de voies de fait, voir : R. Elliott, *Après l'affaire Cuerrier : Le droit criminel canadien et la non-divulgaration de la séropositivité*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, <<http://www.aidslaw.ca/francais/content/themes/droitcriminel.htm>>.

⁴ *Erratum* : Une note au sujet de cette affaire avait paru dans « Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements V », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 18 à la p. 23, où l'on a incorrectement mentionné que la plaignante en l'espèce n'avait pas été infectée au VIH par *Williams*. En fait, la plaignante avait été infectée et ce fait a été reconnu par le ministère public et la défense au procès.

⁵ R. c. *Williams*, [2000] N.J. n° 138 (S.C.T.D.) (Q.L.) [condamnation, le 26 avril 2000]. Pour un résumé de cette affaire, voir : R. Elliott, « Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements III », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2000, 5(2/3) : 34-36.

⁶ R. c. *Williams*, [2000] N.J. n° 166 (S.C.T.D.) (Q.L.) [pro-

noncé de la sentence, 23 mai 2000]. Dans un article précédent, il est fait mention de son plaidoyer de culpabilité et de sa condamnation à purger une peine d'emprisonnement supplémentaire de cinq ans relativement à des accusations de voies de fait graves à l'égard de deux autres femmes avec qui il avait eu des relations sexuelles vaginales non protégées sans avoir divulgué sa séropositivité au VIH : « Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements V », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 18, à la p. 23.

⁷ *Cuerrier*, *supra*, note 3, au par. 129.

⁸ *Williams* (C.A.), *supra*, note 2, au par. 7, citant l'exposé conjoint des faits présenté devant le tribunal de première instance.

⁹ *Cuerrier*, *supra*, note 3, au par. 139.

¹⁰ *Ibid.*, au par. 34. Voir *Cuerrier*, *supra*, note 3, au par. 139 : « L'expression « risque important de préjudice grave » doit être appliquée aux faits de chaque cas pour décider si le consentement donné dans les circonstances en cause était vicié [...] L'application d'un critère pour déterminer si le consentement à des actes sexuels devrait être vicié doit être marquée par une certaine souplesse. Le critère proposé peut permettre aux tribunaux d'atteindre un juste équilibre en examinant, si d'après les faits en présence, le consentement donné à l'acte sexuel devrait être vicié. »

¹¹ *Williams* (C.A.), *supra*, note 2, au par. 36.

¹² *Ibid.*, au par. 38.

¹³ *Ibid.*, au par. 86.

¹⁴ *États-Unis c. Dynar*, [1997] 2 R.C.S. 462; *Theroux c. R.*, [1993] 2 R.C.S. 5.

¹⁵ *Thornton c. R* (1990), 3 CR (4th) 381 (C.A.), confirmé par [1993] 2 R.C.S. 445. Veuillez noter qu'il est douteux que cette obligation de « common law » puisse être le fondement d'une accusation au pénal. Le *Code criminel* (art. 8) interdit le recours aux infractions criminelles de common law en droit canadien. Qui plus est, on se trouverait à importer du droit de la responsabilité délictuelle au droit criminel la norme de la négligence simple, alors que la norme généralement requise pour établir la culpabilité criminelle est la « négligence grave ».

¹⁶ *Williams* (C.A.), *supra*, note 2, au par. 31.

¹⁷ R. c. *Edwards*, 2001 C.S.N.-É. 80, [2001] N.S.J. n° 221 (Q.L.). Voir le résumé de cette décision dans : R. Elliott, « Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements V », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2), 18, aux pp. 18-20.

¹⁸ *Williams* (C.A.), *supra*, note 2, au par. 53.

¹⁹ « HIV man jailed for biting officer », *Edmonton Sun*, 19 janvier 2002, 13.

²⁰ « Man faces more charges of giving women HIV », *Ottawa Citizen*, le 13 décembre 2001; « More charges for man accused in HIV case », *Kitchener-Waterloo Record*, 13 décembre 2001.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – JURISPRUDENCE INTERNATIONALE

Nous présentons ici un résumé d'arrêts importants de la jurisprudence internationale relatifs au VIH/sida ou qui revêtent de l'importance pour les personnes qu'il affecte. Cette chronique porte sur des affaires civiles et pénales. (Par le passé, nous placions les affaires pénales dans une rubrique distincte.)

Alors que nous tentons de faire un compte rendu exhaustif des affaires canadiennes, la couverture des affaires internationales est sélective. Seuls les arrêts importants ou les jugements qui font jurisprudence sont inclus, dans la mesure où ils sont portés à l'attention de la Revue. La couverture de la jurisprudence américaine est très sélective. On trouve des comptes rendus d'arrêts américains dans *AIDS Policy & Law* et dans *Lesbian/Gay Law Notes*. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires, dont ils auraient connaissance, à Ralf Jürgens, rédacteur en chef de cette rubrique, à <ralfj@aidslaw.ca>.

É.-U. – La Cour suprême adopte une définition restrictive de l'expression « handicap » aux termes de la loi anti-discrimination

En janvier 2002, la Cour suprême des États-Unis a rendu le dernier d'une série d'arrêts dans lesquels elle a adopté une interprétation restrictive de la législation américaine sur l'anti-discrimination (*Americans with Disabilities Act (ADA)*). Cet arrêt unanime est fondamentalement vicié à plusieurs égards importants. Il n'augure rien de bon pour les personnes handicapées qui cherchent à obtenir la protection contre la discrimination dans l'emploi.

L'arrêt *Toyota Motor Manufacturing, Kentucky, Inc c Williams*¹ portait sur

une poursuite intentée par une femme congédiée de son emploi sur

une chaîne de montage automobile. Le travail répétitif que faisait Williams avec des outils pneumatiques avait fini par lui causer de la douleur aux mains, aux poignets et aux bras; on a diagnostiqué chez elle le syndrome du canal carpien. Son médecin lui a établi des restrictions professionnelles permanentes qui l'empêchaient de soulever des objets

lourds, de faire des mouvements constants et répétitifs de flexion ou d'extension de ses poignets ou de ses coudes, d'exécuter des travaux au-

La Cour suprême des États-Unis devait se prononcer sur la question de savoir si Williams était handicapée en ce qui concerne « l'accomplissement de tâches manuelles ».

dessus de la tête ou d'utiliser des outils pneumatiques. Elle a été affectée à d'autres fonctions, parmi lesquelles elle pouvait en exécuter quelques-unes; toutefois, d'autres tâches qui lui avaient été attribuées lui causaient de l'inflammation et de la douleur parce qu'elles l'obligeaient à des mouvements de mains au-dessus de la tête. Après une série de litiges avec son employeur, Williams a fini par tenter une poursuite, alléguant qu'elle avait été rendue incapable (1) de soulever, (2) de travailler et (3) d'accomplir des tâches manuelles (c.-à-d. celles de son travail), et que son employeur avait omis de lui fournir un accommodement raisonnable comme l'exigeait l'ADA.

Toyota a présenté une requête pour obtenir le rejet sommaire de la poursuite de Williams. Le tribunal de première instance a accueilli la requête et a rejeté la demande de Williams, affirmant que sa déficience n'était pas un « handicap » (« *disability* ») aux termes de l'ADA, parce que celle-ci n'avait pas « limité

considérablement une activité importante de la vie » (« *substantially limited any major life activity* »). Le tribunal a conclu que la preuve ne permettait pas d'établir que Williams avait été considérablement limitée dans les activités de « levage » ou de « travail ». Il a également conclu qu'elle n'avait pas été considérablement limitée dans « l'accomplissement de tâches manuelles » puisqu'elle pouvait accomplir des tâches manuelles dans certains des postes auxquels elle avait été affectée. Toutefois, ces conclusions ne prenaient pas en compte son incapacité d'accomplir d'autres tâches manuelles qui lui avaient été attribuées en raison de blessures et de douleurs, c'est-à-dire le fondement de sa demande d'accommodement et de sa demande d'indemnité pour handicap.

La Cour d'appel des États-Unis (6^e Circuit) a adopté une position plus progressive, infirmant le jugement de première instance. La Cour d'appel a conclu que Williams était « handicapée » parce qu'elle était considérablement limitée dans sa capacité d'exécuter une « catégorie » d'activités manuelles – par exemple d'empoigner des outils, et d'accomplir des travaux répétitifs avec les mains et les bras étendus au niveau des épaules ou au-dessus du niveau des épaules pendant de longues périodes – ce qui nuisait à sa capacité d'accomplir des tâches dans divers types d'emplois. Parce que la Cour a conclu qu'elle avait été rendue incapable d'« accomplir des tâches manuelles », ce qui avait une incidence sur sa capacité de faire son travail et d'autres travaux similaires, la Cour d'appel a statué en sa faveur pour ce motif. La Cour n'a donc pas abordé la question distincte de savoir

si elle avait été considérablement limitée dans l'activité de « travail ». Elle a accordé à Williams un jugement sommaire partiel affirmant qu'elle était « handicapée » aux termes de l'ADA.

Toyota a interjeté appel. Elle a demandé à la Cour suprême des États-Unis de se prononcer sur la question de savoir si Williams était handicapée en ce qui concerne « l'accomplissement de tâches manuelles ». La Cour n'était pas directement saisie de la question de savoir si Williams était handicapée en ce qui a trait au « travail » – quoique cette question était certainement en cause pour Williams, compte tenu du caractère manuel de son emploi.

Pour être admissible comme « handicap » en vertu de l'ADA, une déficience doit « considérablement limiter » une « activité importante de la vie ». La Cour a statué que l'expression « considérable » signifiait que la déficience devait limiter les activités de la personne « dans une large mesure ». Le reste du raisonnement de la Cour quant à l'interprétation de cette définition raisonnable d'un handicap est très boiteux.

Premièrement, la Cour a statué que les « activités importantes de la vie » sont les activités « qui revêtent une importance capitale dans la vie quotidienne », et que les tâches doivent être au cœur de la vie quotidienne pour que l'« accomplissement de tâches manuelles » fasse partie de cette catégorie. Cette interprétation est raisonnable. Toutefois, la Cour a ensuite déclaré que le « principal critère » consiste à se demander si la personne « est incapable d'accomplir la variété de tâches qui sont au cœur de la vie quotidienne de la plupart des gens ». La Cour n'a pas fourni de motif de principe au soutien de ce

critère. Pourquoi la question de savoir si une personne est handicapée devrait-elle être tranchée en fonction de ce qui est important dans la vie de « la plupart des gens »? Il aurait été préférable de se concentrer sur les tâches ou les activités qui sont au cœur de la vie de la personne qui allègue le handicap, ou du moins d'accorder une importance considérable à cette dimension.

En effet, une telle approche aurait été compatible avec une affirmation que la Cour a faite ailleurs dans son arrêt, c'est-à-dire que l'existence d'un handicap doit être déterminée au cas par cas. La Cour a pris la peine de signaler qu'il était spécialement nécessaire de faire une évaluation particulière de l'effet de la déficience lorsque les symptômes de celle-ci peuvent varier d'une personne à l'autre.² Par conséquent, s'il faut évaluer les effets de la déficience sur une base individuelle, comment peut-on ne pas examiner les effets de la déficience sur les activités qui revêtent une importance capitale dans la vie quotidienne de l'intéressé? La Cour a cité sa propre jurisprudence en affirmant que l'intéressé devait présenter une preuve de limitation considérable découlant de sa déficience « en fonction de sa propre expérience ».³

Deuxièmement, la Cour a statué que, pour constituer une limite considérable à l'accomplissement de tâches manuelles, l'impact de la déficience doit également être permanent ou de longue durée. Cette conclusion paraît erronée sur le plan juridique. Au soutien de cette affirmation, la Cour se contente de citer, sans examen, une disposition du règlement pris en application de l'ADA. Toutefois, le règlement cité par la Cour ne fait qu'énumérer trois facteurs à considérer pour déterminer si un individu se

trouve considérablement limité dans une activité importante de la vie. L'un de ces facteurs est « la durée réelle ou prévue de la déficience ». Un autre est « l'impact permanent ou à long terme, réel ou prévu, de la déficience ».⁴

L'article prévoit clairement qu'il s'agit là de facteurs à considérer, et non pas des exigences minimales pour conclure à un handicap. En outre, en interprétant mal l'article avec cette affirmation catégorique, la Cour semble faire abstraction de la possibilité de handicaps temporaires. Pourtant, plusieurs personnes éprouvent, à un moment ou un autre de leur vie, une déficience qui a un impact important sur les activités de la vie quotidienne (y compris l'accomplissement de tâches manuelles) pendant une durée limitée. La Cour n'a pas fait état de preuve convaincante selon laquelle le Congrès voulait refuser la protection contre la discrimination fondée sur un handicap dans le milieu de travail dans une telle situation.

Enfin, même si le critère applicable était celui des « activités qui revêtent une importance capitale pour la plupart des gens », la Cour suprême a appliqué ce critère de façon très restrictive, en paraissant omettre l'importance qu'une personne puisse accomplir son travail. La Cour suprême a affirmé ce qui suit :

Lorsque l'on aborde la principale activité de vie qui consiste à accomplir des tâches manuelles, la principale question est de savoir si le demandeur est incapable d'accomplir la variété de tâches qui sont au cœur de la vie quotidienne de la plupart des gens, et non pas de savoir si le demandeur est incapable d'accomplir les tâches liées à son travail particulier. [...] Les tâches manuelles qui caractérisent un emploi en particulier ne sont pas

nécessairement des éléments importants de la vie de la plupart des gens. Par conséquent, des tâches que l'on retrouve spécialement dans certaines occupations ne peuvent avoir qu'une impor-

Puisque les effets d'une déficience doivent s'évaluer sur une base individuelle, comment peut-on omettre les effets de la déficience sur les activités d'importance capitale dans la vie quotidienne de la personne?

tance limitée dans l'enquête portant sur les tâches manuelles. En l'espèce « des travaux répétitifs avec les mains et les bras étendus au niveau des épaules ou au-dessus du niveau des épaules pendant de longues périodes » [...] c'est-à-dire la tâche manuelle sur laquelle la Cour d'appel s'est appuyée, n'est pas un élément important de la vie quotidienne de la plupart des gens. La Cour d'appel n'aurait donc pas dû considérer l'incapacité de l'intimée d'accomplir un tel travail manuel dans son emploi spécialisé sur la chaîne de montage comme preuve suffisante qu'elle était considérablement limitée dans l'accomplissement de tâches manuelles.

Par ailleurs, la Cour d'appel semble avoir fait abstraction du type de preuve sur laquelle elle aurait dû se concentrer. Elle a considéré comme sans importance le fait que l'intimée puisse [...] s'occuper de son hygiène personnelle et accomplir des tâches personnelles ou domestiques [...]. Or, faire des

travaux ménagers, prendre son bain et se brosser les dents comptent parmi les types de tâches manuelles qui revêtent une importance capitale dans la vie quotidienne des gens, et

La plupart des gens estimeraient que les tâches manuelles essentielles à leur travail sont « au cœur » de leur quotidien. La Cour suprême ne semble pas de cet avis.

auraient dû faire partie de l'évaluation afin de savoir si l'intimée était substantiellement limitée dans l'accomplissement de tâches manuelles.⁵

Autrement dit, même si sa déficience l'empêche d'accomplir des tâches manuelles qui sont essentielles à certains aspects de son emploi sur la chaîne de montage, le fait que Williams puisse accomplir d'autres tâches manuelles, par exemple faire des travaux ménagers et se brosser les dents, signifierait qu'elle n'a pas de « handicap » qui lui donne droit, en vertu de l'ADA, à la protection contre la discrimination ou à un accommodement raisonnable dans son milieu de travail.

La plupart des gens estimeraient que les tâches manuelles essentielles

à leur travail sont « au cœur » de leur vie quotidienne. Apparemment, la Cour suprême n'est pas de cet avis. Toutefois, ce défaut d'apprécier l'importance de l'emploi dans la vie de la plupart des gens se manifeste ailleurs dans l'arrêt. La Cour suprême va même jusqu'à affirmer : « En raison des difficultés conceptuelles inhérentes à l'argument selon lequel le travail pourrait être une activité de vie importante, nous hésitons à statuer en ce sens et il ne nous est pas nécessaire de trancher cette question difficile aujourd'hui. »⁶

Il doit sembler étrange à quiconque passe la moitié ou plus de ses heures d'éveil à travailler pour gagner sa vie – comme la majorité de la population des États-Unis – que le travail puisse ne pas être considéré comme « une activité de vie importante ». L'affirmation de la Cour est également contraire au règlement de l'ADA, qui inclut expressément « le travail » sur une liste (non exhaustive) d'« activités de vie importantes », et qui énonce une longue liste de considérations dont il faut tenir compte pour déterminer si la déficience limite considérablement une personne dans cette activité (liste dont la Cour fait état ailleurs dans son arrêt).⁷

Le raisonnement restrictif de la Cour suprême vide l'ADA de sa protection effective contre la discrimination fondée sur un handicap dans le milieu de travail. Cet arrêt a des implications négatives évidentes pour

les gens vivant avec le VIH/sida aux États-Unis. Les tribunaux d'autres pays devrait s'abstenir d'adopter le raisonnement suivi dans l'arrêt *Toyota Motor Manufacturing*. Dans des arrêts récents comme l'affaire *Boisbriand*,⁸ la Cour suprême du Canada a adopté un point de vue plus progressif, à savoir que la législation qui interdit la discrimination fondée sur le handicap doit être interprétée libéralement de façon à réaliser l'objet sous-jacent de ces lois et à mettre l'accent sur la dignité humaine, le respect et le droit à l'égalité. Cette attitude est préférable à celle qui consiste à dénier aux personnes handicapées une protection efficace contre la discrimination dans le milieu de travail.

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à <relliott@aidslaw.ca>.

¹ *Toyota Motor Manufacturing, Kentucky, Inc c Williams*, 534 U.S. ___ (2002) (No. 00-189, 8 janvier 2002).

² *Ibid.*, à la p. 13.

³ *Ibid.*, à la p. 13, citant *Albertson's, Inc c Kirkingbird*, 527 U.S. 555 (1999), à la p. 567.

⁴ 29 C.F.R. §§ 1630.2(j)(2)(iii) (2001).

⁵ *Toyota Motor Manufacturing, supra*, note 1 aux pp. 15-17.

⁶ *Ibid.*, à la p. 15.

⁷ 29 C.F.R. § 1630.2(i), 1630.2(j)(3).

⁸ Voir l'arrêt conjoint dans : *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Montréal (Ville); Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) c. Boisbriand (Ville)*, 2000 C.S.C. 27, [2000] S.C.J. n° 24 (Q.L.), résumé dans : R. Elliott, « Cour suprême : verdict sur la discrimination fondée sur le handicap », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2000; 5(2/3), 1, 14-16.

É.-U. – La Cour d’appel rejette une poursuite en discrimination dans l’emploi intentée par un hygiéniste dentaire séropositif

Peu de temps avant l’arrêt *Toyota Motor Manufacturing*, la Cour d’appel des États-Unis (11^e Circuit) a rendu un autre arrêt restrictif, dans une affaire qui portait spécialement sur la discrimination fondée sur le VIH. Le 21 décembre 2001, dans l’affaire *Waddell c. Valley Forge Dental Associates Inc.*,¹ la Cour a rejeté la demande d’un hygiéniste dentaire qui poursuivait son employeur qui lui avait interdit de traiter des patients après qu’il eut reçu un résultat positif au test du VIH. Cet arrêt représente un recul dans les efforts pour assurer que l’*Americans with Disabilities Act* se traduise en une véritable protection contre la discrimination pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

Spencer Waddell occupait un poste d’hygiéniste dentaire depuis presque deux ans. En septembre 1997, il a subi un test du VIH qui s’est avéré positif. Le médecin qui a administré le test a téléphoné à l’employeur de Waddell et lui a révélé cette information. (Il n’y a pas eu de poursuite publiée contre le médecin sur la question de savoir si ce manquement à la confidentialité était justifiable.) Valley Forge a mis Waddell en congé payé pendant qu’elle évaluait la situation et a consulté les Centers for Disease Control (CDC) and Prevention. Valley Forge a ensuite annoncé à Waddell qu’il ne pouvait plus traiter de patients puisqu’il était séropositif au VIH et lui a offert un emploi de bureau à la moitié de son salaire d’hygiéniste. Waddell a refusé et a été congédié.

Waddell a intenté une poursuite en vertu de l’*Americans with Disabilities Act* (ADA). De nombreux organismes sont intervenus en sa faveur, y compris l’*American Dental Hygienists’ Association*, l’*American*

Dental Association, l’*American Public Health Association*, l’*Infectious Diseases Society of America*, l’*Association of State and Territorial AIDS Directors*, et la *Equal Employment Opportunity Commission* (fédérale).

En vertu de l’ADA, pour établir une preuve *prima facie* de discrimination fondée sur le handicap, Waddell devait prouver (1) qu’il était handicapé, (2) qu’il était qualifié pour le poste, et (3) qu’il a été l’objet de discrimination illégale en raison de son handicap.

Le gros de la preuve présentée portait sur la question de savoir si la séropositivité au VIH, chez Waddell, constituait une menace pour ses patients, ce qui signifierait qu’il n’était pas « qualifié » pour le poste. Le tribunal de première instance a conclu que le poste de Waddell impliquait des interventions « propices aux expositions » en vertu de la définition des CDC, si bien qu’il n’était pas qualifié en raison de sa séropositivité. Le tribunal a accordé un juge-

ment sommaire à Valley Forge, rejetant la poursuite de Waddell. Celui-ci a interjeté appel.

La Cour d’appel a noté ce qui suit :

L’expression « menace directe » est définie comme « un risque important pour la santé ou la sécurité d’autrui qui ne peut être éliminé par un accommodement raisonnable ». 42 USC § 12111(3). Saisie de cette question, la Cour suprême a expliqué, dans l’arrêt *School Board of Nassau County c. Arline* qu’une « personne qui pose un risque important de communiquer une maladie infectieuse à d’autres dans le milieu de travail ne sera pas qualifiée par ailleurs pour son emploi si un accommodement raisonnable ne permet pas d’éliminer ce risque [...] Pour trancher la question de savoir si un employé porteur d’une maladie infectieuse pose un risque important pour d’autres, la Cour suprême a affirmé que les tribunaux doivent examiner plusieurs facteurs, notamment : [des conclusions] de fait, fondées sur des jugements médicaux raisonnables, eu égard à l’état des connaissances médicales sur a) la nature du risque (comment la maladie est transmise), b) la durée du risque (depuis combien de temps le porteur est infectieux), c) la gravité du risque (quel est le préjudice éventuel

causé au tiers) et d) les probabilités que la maladie soit transmise et cause divers degrés de préjudice ».²

La Cour d'appel a souscrit à l'analyse du tribunal de première instance à l'effet qu'il y avait un risque que Waddell se coupe, se pique, puisse être mordu par un patient et saigner dans une plaie ouverte ou une excoriation dans la bouche du patient.

Dans l'arrêt *Bragdon c. Abbott*,³ rendu en 1998, la Cour suprême des États-Unis avait statué qu'une décision d'emploi ayant trait à un employé ayant une infection doit être « raisonnable à la lumière de la preuve médicale disponible », sans égard à la question de savoir si la décision a été prise de bonne foi. En outre, dans une de ses décisions antérieures, *Onishea c. Hopper*,⁴ la Cour d'appel du 11^e Circuit avait déjà examiné la question du risque de transmission du VIH. La Cour d'appel avait statué que :

Lorsque l'événement préjudiciable est de contracter une maladie mortelle, le risque de la transmission peut être important même si la probabilité de transmission est faible : la mort elle-même rend le risque « important ». [...] Lorsque la transmission d'une maladie entraîne inévitablement la mort, la preuve permet de conclure à l'existence d'un « risque impor-

tant » si elle démontre à la fois (1) qu'un certain événement peut se produire et (2) que d'après un avis médical raisonnable, l'événement peut transmettre la maladie [...] [Bien que] le risque allégué de transfert doive être appuyé par un avis médical sérieux et ne doive pas être le fruit de conjectures ou d'hypothèses fantaisistes [,] [...] il ne s'agit pas non plus d'un critère selon lequel « quelqu'un doit mourir d'abord » : il n'est pas nécessaire de prouver la transmission réelle de la maladie mortelle dans le contexte pertinent pour conclure à l'existence d'un risque important.⁵

La Cour d'appel a souscrit à l'analyse du tribunal de première instance selon laquelle il y avait un risque que Waddell se coupe ou se pique, ou qu'il puisse être mordu par un patient et puisse saigner dans une plaie ouverte ou une excoriation dans la bouche du patient. En outre,

aucun des experts médicaux de Waddell [...] ne semble contester le fait qu'une transmission puisse théoriquement se produire, même si le risque est faible et qu'un tel événement ne se soit jamais produit auparavant. Cela suffit pour constituer un risque important au regard de l'arrêt *Onishea*, vu que le VIH a des effets catastrophiques et qu'il s'agit inévitablement d'une maladie mortelle si elle est transmise à un patient.⁶

En conséquence, la Cour d'appel a confirmé le jugement initial du tribunal de première instance rejetant la demande de Waddell. Celui-ci envisage d'interjeter appel à la Cour suprême des États-Unis. Toutefois, l'approche manifestement restrictive adoptée par cette Cour pour protéger

contre la discrimination fondée sur le handicap en milieu de travail, comme en témoigne l'arrêt *Toyota Motor Manufacturing*, analysé ci-dessus, n'augure rien de bon.

– Richard Elliott

¹ *Waddell c. Valley Forge Dental Associates, Inc*, N° 00-14896, US Court of Appeals (11th Circuit), 21 décembre 2001 (accessible à <www.law.emory.edu/11circuit/dec2001/00-14896.opn.html>).

² *Ibid.*, au par. 7, avec renvoi à l'arrêt *Arline*, 480 U.S. 237 à la p. 287 (note 16), 107 S. Ct. 1123 à la p. 1131 (note 16) (1987).

³ *Bragdon c. Abbott*, 524 U.S. 624, 118 S. Ct. 2196 (1998). Voir également *Lowe c. Alabama Power Co.*, 244 F.3d 1305 (11th Cir. 2001) à la p. 1138.

⁴ *Onishea c. Hopper*, 171 F.3d 1289 (11th Cir. 1999) (en formation plénière).

⁵ *Ibid.*, à la p. 1297, 1299.

⁶ *Waddell*, *supra*, note 1, au par. 17.

É.-U. – Hôpital jugé négligent pour avoir omis d'avertir d'anciens patients du risque d'infection à VIH par transfusion

La Cour suprême du Tennessee a jugé qu'un hôpital universitaire avait été négligent pour avoir omis de contacter des patients qui avaient reçu des transfusions sanguines au début des années 1980 pour les avertir du risque d'infection à VIH. Dans l'arrêt *Amos c. Vanderbilt University*,¹ le tribunal a accordé 4,3 millions de dollars US en dommages-intérêts à la succession et à la famille d'une femme décédée huit ans après avoir reçu du sang contaminé par le VIH pendant une chirurgie.

Julie Story a subi une chirurgie à la mâchoire au Vanderbilt University Medical Centre en août 1984. À son insu, elle a reçu quatre unités de sang pendant la chirurgie, dont l'une renfermait du VIH. À cette époque, les banques de sang ne faisaient pas de dépistage du VIH et l'hôpital n'avait aucune politique qui obligeait d'avertir les patients qui recevaient du sang pendant une chirurgie. Après l'avènement du dépistage du VIH, Vanderbilt n'a pas fait de démarches pour identifier et avertir tous les anciens patients qui avaient reçu des transfusions du risque d'exposition au VIH.

Cinq ans plus tard, Julie Story épousa Ron Amos et eut une fille Alison qui contracta le VIH *in utero*. Julie Amos apprit sa propre séropositivité au VIH lorsque sa fille fut diagnostiquée. Son dossier médical montrait qu'elle avait reçu du sang d'un donneur dont le sang avait été donné à un autre transfusé qui a lui aussi été infecté par le VIH. Alison est décédée à l'âge de 2 ans d'une pneumocystose. Julie et Ron Amos ont tous les deux poursuivi

Vanderbilt pour accouchement fautif, négligence et acte négligent ayant causé un trouble émotionnel. Ils ont également poursuivi la Croix Rouge américaine, mais cette demande a fait l'objet d'un règlement. Julie Amos est décédée pendant l'instance; la demande a été reprise au nom de sa succession.

La Cour suprême du Tennessee a affirmé le principe selon lequel un médecin pouvait avoir l'obligation juridique d'exercer une diligence raisonnable pour protéger les tiers contre les risques prévisibles liés à son patient. La Cour a cité de la jurisprudence qui imposait expressément une telle obligation dans le contexte de la protection de tiers contre les risques de maladie d'un patient.² La Cour a conclu ce qui suit :

Il était raisonnablement prévisible que M^{me} Amos se marierait un jour et aurait une famille. Ses futurs époux et fille faisaient partie de la catégorie des tiers identifiables qui risquaient d'être exposés au VIH [...] L'obligation dont il est question en l'espèce ne consistait pas à

avertir M. Amos lui-même de l'exposition de M^{me} Amos au VIH, mais d'avertir M^{me} Amos pour qu'elle puisse prendre les précautions voulues pour empêcher la transmission de la maladie à M. Amos et à leur enfant. Le manquement à cette obligation par Vanderbilt a causé les préjudices raisonnablement prévisibles qu'a subis M. Amos.³

La Cour a rétabli les dommages-intérêts qui avaient été initialement accordés par le jury au procès : 2,7 millions de dollars US à la succession de Julie Amos et 1,6 million de dollars US à Ron Amos.

Cette affaire ressemble à plusieurs égards à une affaire ontarienne de 1994, *Pittman c. Bain*.⁴ Dans cette affaire, un patient avait reçu une transfusion sanguine pendant une chirurgie à la fin de 1984 avant l'avènement du dépistage du VIH. Un an plus tard, après l'introduction du dépistage, le donneur a été identifié séropositif au VIH. Trois ans plus tard, le médecin a appris que son patient avait reçu du sang qui aurait pu renfermer du VIH. Inquiet au sujet de la maladie cardiaque de son patient, et présumant à tort que celui-ci n'avait pas de rapports sexuels avec son épouse, le médecin n'a pas averti le patient. Celui-ci est décédé d'une pneumonie un an plus tard, et son épouse a appris qu'elle était elle aussi séropositive au VIH.

Le tribunal de première instance de l'Ontario n'a pas statué sur la question de savoir si le médecin avait une obligation directe envers l'épouse du patient, de violer le secret professionnel et de l'avertir du risque d'infection à VIH. La Cour a plutôt jugé que le médecin avait l'obligation d'avertir son patient et la preuve établissait que celui-ci en aurait parlé à son épouse, évitant

ainsi le risque (supplémentaire) de lui transmettre le VIH (en présumant qu'elle ne l'avait pas déjà contracté).⁵ La Cour a jugé le médecin responsable de négligence. Il s'agit de la même approche qu'a adoptée la Cour suprême du Tennessee dans l'affaire *Amos*.

– Richard Elliott

¹ *Estate of Julie Amos c. Vanderbilt University et al*, n° M1999-00998-SC-R11-CV, Cour suprême du Tennessee, 20 décembre 2001, [2001] T.N.-Q.L. 1970 (Q.L.).

² *Bradshaw c. Daniel*, 854 SW.2d 865 (Tenn. 1993); *Vallery c. S. Baptist Hospital*, 630 So.2d 861 (La. Ct. App. 1993).

³ *Amos*, *supra*, note 1, aux par. 21-22.

⁴ *Pitman Estate c. Bain* (1994), 19 C.C.L.T. (2d) 1 (Div. gén. Cour de l'Ont.).

⁵ *Ibid.*, à la p. 145 (par. 696).

É.-U. – Un département de Santé tenu responsable d'avoir annoncé erronément à un homme qu'il avait le VIH

En janvier 2002, à Oklahoma City, un jury a accordé la somme de 1,4 millions \$ US en dommages à un homme qui s'est vu annoncer en octobre 1993, par le département de la santé de son comté, qu'il était séropositif au VIH alors qu'il ne l'était pas.

Près de quatre ans plus tard (en juin 1997), l'homme a passé un autre test du VIH qui s'est avéré négatif; cela a entraîné un examen de son dossier médical, révélant que le résultat de son premier test avait été en fait négatif. Entre-temps, il a souffert de dépression et tenté deux fois de se suicider; il a aussi commencé à avoir des rapports sexuels sans protection avec des hommes séropositifs, croyant

– à tort – avoir déjà contracté l'infection à VIH. En octobre 1997, un autre test du VIH a donné un résultat positif (qui porte à croire qu'il a contracté le VIH entre le moment de son test négatif en juin 1997 et le test suivant en octobre de la même année, ou qu'il avait déjà contracté le VIH en juin 1997 mais que l'infection était encore en phase d'incubation [période fenêtre] pour un résultat faussement négatif).

Le jury a conclu que le département de Santé avait fait preuve de négligence, en errant dans le diagnostic de l'homme. Le droit de l'État de l'Oklahoma limite à 100 000 \$ US la somme que le comté peut être tenu de verser pour sa responsabilité. L'avocat des autorités du comté a indiqué que le comté envisageait de porter l'affaire en appel.¹

¹ *Northcutt v City-County Board of Health of Oklahoma County*, No. CJ-98-4016-66 (Oklahoma Co, Okla., Dist Ct, 16 janvier 2002); P. Page, « Man wrongly told he had HIV gets it, wins \$1.4M », *National Law Journal*, 29 janvier 2002 (via www.law.com); « Jury awards nearly \$1.4 million to man who received incorrect HIV test result », *Associated Press*, 16 janvier 2002.

Afrique du Sud – Dommages accordés à une femme qui a contracté le VIH de son mari

Au milieu de l'année 2001, la Haute cour de l'Afrique du Sud a rendu son jugement dans *Patricio v Patricio*¹, une affaire au civil où une femme poursuivait son mari séropositif pour lui avoir transmis le VIH.

Le mari n'a pas présenté de défense. Le témoignage de la femme a été le suivant : ils s'étaient mariés en 1995 et elle n'a appris le diagnostic d'infection à VIH de son mari, puis le sien, qu'en 1998 lorsqu'il reçut un diagnostic de sida; et son mari lui a admis par la suite qu'il savait qu'il était séropositif au moment où ils ont fait connaissance, mais a affirmé qu'il « ne pouvait pas lui dire ».

Le tribunal a examiné les conséquences qui en ont découlé, pour la plaignante, en notant la discrimination dont elle avait été l'objet par des fournisseurs de soins de la santé, des avocats, des membres de la famille, des amis ainsi que la communauté étroitement liée, de même que sa dépression et ses sentiments d'être « sale, dégradée, humiliée et couverte de honte » ainsi que sa « peur

constante de la mort ». La plaignante avait été incapable de payer le coût d'un régime médicamenteux continu et son mari avait refusé de l'aider à le payer. Le tribunal a accordé une somme d'un peu moins d'un million de rands en dommages, pour les dépenses médicales antérieures, les coûts médicaux futurs, les souffrances ainsi que le spectre de perte progressive d'agrément de la vie.

¹ Case No 0026053/2000, High Court of South Africa (Witwatersrand Local Division), Pandya AJ (arrêté en dossier).

R.-U. – Indemnité à une femme infectée lors de relations sexuelles non protégées

En novembre 2001, le British Criminal Injuries Compensation Board (CICB) a accordé 32 000 \$US à une femme qui a contracté le VIH d'homme lors de relations sexuelles non protégées.

Dans la première affaire du genre répertoriée en droit écossais, Stephen Kelly a été reconnu coupable, en février 2001 à Glasgow, de « conduite coupable et insouciant » pour avoir eu des relations sexuelles non protégées avec sa partenaire de l'époque pendant une période de plusieurs mois, en 1993 et 1994. En mars 2001, il a été condamné à cinq ans

d'emprisonnement.¹ La CICB britannique a accordé à son ex-partenaire 29 000 \$US pour ses blessures et son invalidité (le maximum aux termes de la législation) et une somme supplémentaire de 2 900 \$US pour « souffrance morale ». Toutefois, la CICB a réduit le montant accordé de 8 000 \$US parce que, n'ayant pas utilisé de condom pendant les rap-

ports sexuels, elle avait été « négligente à l'égard de sa propre sécurité ». En droit, si la propre négligence d'une personne contribue à son préjudice, toute indemnité qui lui est payable peut être réduite proportionnellement.²

¹ Voir « Écossais condamné à cinq ans pour avoir transmis le VIH », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1) : 23-24.

² « British woman infected by man who knew he had HIV awarded 'record' \$32,000 in damages », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 6 novembre 2001 (www.kaisernet-work.org/dailyreports/hiv).

R.-U. – Ordonnance de non-publication dans une affaire impliquant un professionnel de la santé séropositif

En novembre 2001, un professionnel de la santé vivant avec le VIH a entrepris des démarches en justice pour faire interdire au National Health Service de divulguer sa séropositivité à ses patients. Les autorités de la santé envisageaient une mesure rétroactive pour annoncer aux patients de ce professionnel qu'ils avaient pu être exposés à un risque de contracter le VIH.

Le praticien, identifié seulement par l'initiale « H », a cependant soutenu que son droit à la vie privée, en vertu de la *Human Rights Act, 1998*, avait préséance; et que la *Data Protection Act* faisait en sorte qu'on ne peut dévoiler son nom à ses patients. Son domaine de pratique requérait qu'il porte systématiquement des gants de caoutchouc, comme précaution; il a cessé sa pratique depuis l'obtention de son diagnostic de séropositivité; et il n'a aucune intention de la reprendre. Par ailleurs, de tous les patients retracés dans des affaires semblables, au Royaume-Uni, aucun ne fut trouvé séropositif; il n'existe dans le monde que deux cas documentés de transmission du VIH d'un professionnel de la santé à un patient : un dentiste floridien qui avait négligé des mesures préventives élémentaires,

et un chirurgien en France. H a soutenu que l'avis « rétroactif » envisagé causerait aux patients « une détresse intense et superflue » [trad.].

L'affaire a captivé les médias. Le 17 novembre 2001, H a obtenu une injonction interdisant aux journaux de révéler son identité, sa spécialité et la région sanitaire où il avait travaillé. Certains journaux ont contesté l'interdit de publication en qualifiant cette mesure d'entrave à la liberté d'expression de la presse. En décembre 2001, le juge Gross, de la Haute cour, a partiellement annulé l'ordonnance initiale en permettant aux médias de nommer la région sanitaire, maintenant toutefois l'interdiction de publier l'identité de H et sa profession. H a cependant obtenu une injonction temporaire empêchant la publication de toutes ces informa-

tions jusqu'à ce que soit entendu son appel de la décision du juge Gross.¹

Le ministère britannique de la Santé a par ailleurs réexaminé sa pratique de notification systématique d'anciens patients. Au début de décembre 2002, le ministère a annoncé qu'il élaborerait un cadre assorti de critères pour une évaluation individuelle du degré de risque de transmission au patient, et que l'ampleur d'une éventuelle notification du patient dépendrait du degré de risque d'exposition (voir l'article à la rubrique Nouvelles internationales, dans le présent numéro).

¹ « HIV health worker 'in privacy fight' », *BBC News Online*, 17 novembre 2001 (www.bbc.co.uk); J. Meikle, « Privacy claim by NHS worker with HIV », *The Guardian*, 19 novembre 2001 (www.guardian.co.uk); « Judge's gag order over AIDS threat to patients in England », *Mail on Sunday*, 18 novembre 2001; J. Morgan, « MoS demands repeal of Human Rights Act », *Press Gazette Online*, 22 novembre 2001 (www.pressgazette.co.uk); J. Seymour, « HIV positive health worker wins injunction to preserve anonymity », *British Medical Journal*, 2001, 323 : 1207 (24 novembre 2001); M. Wells, « Mail close to naming health authority », *The Guardian*, 5 décembre 2001; S. Boseley, « HIV worker should keep their secret », *The Guardian*, 6 décembre 2001; J. Morgan, « Press freedom victory for MoS as judge lifts HIV gag », *Press Gazette Online*, 6 décembre 2001; « Editorial: Privacy for patients who are health-care workers », *Lancet*, 2001, 358 : 1919 (www.thelancet.com).

R.-U. – Un tribunal maintient l'interdiction de condoms dans un hôpital psychiatrique

En septembre 2001, un homme gai ayant l'hépatite C et étant hospitalisé dans un établissement psychiatrique haute sécurité a demandé un contrôle judiciaire de la politique de l'hôpital d'interdire l'accès aux condoms pour les patients. Sa demande a été rejetée par la High Court le 30 octobre 2001.¹

L'hôpital Royal Ashworth a pour politique d'interdire toute relation sexuelle dans l'établissement.² Sa politique énonce également « qu'il existe un risque reconnu que des activités sexuelles inacceptables puissent se produire entre patients pendant qu'ils se trouvent à l'hôpital. La présente politique a pour objet de gérer ce risque, mais ne peut l'éliminer ». ³ La politique prévoit également ce qui suit :

Dans des établissements comme les prisons, on distribue des condoms pour gérer le risque sanitaire engendré par les comportements sexuels à risque élevé. Dans un hôpital à sécurité élevée, on considère que les condoms représentent un risque pour la sécurité relativement à la dissimulation d'articles interdits, et la possibilité de leur utilisation ayant pour effet de causer un préjudice à soi-même et à d'autres. Il est donc interdit aux patients d'en posséder. Si on en trouvait, ils seraient confisqués en raison du risque qu'ils posent pour la sécurité. [...] Les condoms ne sont pas distribués. Leur distribution placerait les employés qui en seraient chargés dans une situation où ils ne pourraient pas respecter uniformément les politiques, et créerait de graves tensions qui pourraient

même compromettre les rapports de travail multidisciplinaires avec l'hôpital.⁴

Dans son témoignage, H a affirmé que depuis son admission en 1996, il s'est adonné à des activités sexuelles avec d'autres patients, même après son diagnostic d'hépatite C, et que cette pratique continuait. Il a allégué avoir eu connaissance d'au moins deux douzaines de patients qui s'adonnaient également à des activités avec des personnes du même sexe. Un psychiatre consultant a également affirmé en preuve que, malgré les mesures d'observation, il est peu probable que le personnel soit témoin de tous les rapports, surtout les activités sexuelles, particulièrement entre les patients en liberté conditionnelle à l'extérieur ou pendant les activités sociales et récréatives.

L'hôpital a mis en doute la valeur probante du témoignage de H, compte tenu de son diagnostic de trouble psychopathique. L'établissement a également offert la justification suivante pour sa politique d'interdiction de rapports sexuels :

Nous croyons qu'il ne devrait pas y avoir d'activité sexuelle et que de telles activités ne doivent pas être autorisées, si bien que les condoms ne doivent pas être fournis. Nous croyons également

que si des condoms étaient fournis, par quelque méthode que ce soit, il est plus probable que les patients cherchent à avoir des activités sexuelles. Ceci pourrait avoir relativement peu d'impact sur ceux qui cherchent à avoir de telles activités, mais nous devons également prendre en compte l'impact pour ceux qui se font aborder et qui peuvent être exploités dans de telles situations.⁵

L'hôpital a également allégué que les condoms présentaient un risque pour la sécurité, parce qu'ils pourraient être remis à un autre patient, qui pourrait être « inapte » et chercher à avoir des rapports sexuels au détriment de son propre traitement et de l'autre personne. De plus, les condoms pourraient être utilisés pour transporter des substances illicites à l'insu des autorités.

H n'a pas contesté la politique d'interdiction des rapports sexuels. Sa demande de contrôle judiciaire ne visait que l'interdiction des condoms et ce, pour trois motifs.

Premièrement, H a plaidé que la politique était déraisonnable. Le juge Bellamy a examiné la politique en détail et la justification présentée par l'hôpital et a rejeté cet argument, en concluant qu'elle n'était pas déraisonnable au point où les tribunaux pouvaient l'infirmier.

Deuxièmement, citant l'arrêt antérieurement rendu dans l'affaire *Fielding*⁶ portant sur l'accès général aux condoms dans les prisons (par opposition à l'accès par ordonnance

seulement), H a plaidé que l'hôpital avait l'obligation de protéger la santé de ses patients en empêchant la transmission de maladies. H n'a pas allégué que les condoms devaient être généralement disponibles, mais plutôt qu'une politique globale entraînait illégalement le pouvoir discrétionnaire de l'hôpital d'autoriser les condoms dans les cas appropriés. Les considérations relatives à la politique interdisant les rapports sexuels ou aux difficultés administratives de l'hôpital ne constituaient pas une justification adéquate pour passer outre à l'obligation de protéger la santé (voire la vie) du patient vulnérable à une maladie transmissible sexuellement. Toutefois, le juge Bellamy a interprété la politique de manière à ce qu'elle autorise le directeur médical de l'hôpital à examiner la situation d'un cas individuel, et le juge a noté que « si une situation nouvelle ou exceptionnelle devait survenir (par exemple, si le risque d'infection

était pour quelque raison que ce soit considérablement plus important qu'il ne l'est à l'heure actuelle, ou si le VIH, par exemple, présentait un risque important), le défendeur aurait l'obligation juridique de revoir sa politique ». ⁷ (La Cour avait accepté la preuve de l'hôpital selon laquelle aucun patient n'était séropositif au VIH.)

Enfin, H a plaidé que l'interdiction des condoms portait atteinte au droit à la vie (article 2) et au respect de sa vie privée (article 8) garantis par la *Convention [européenne] de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales*. ⁸ Après avoir examiné la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, le juge Bellamy a rejeté ces arguments. Il a reconnu qu'il existait un risque qu'il se produise des relations anales non protégées, mais que ce risque était très faible et, compte tenu du faible risque de transmission du VHC, l'interdiction

des condoms ne pouvait être considérée comme une « menace réelle et immédiate à la vie » en vertu de l'article 2 de la Convention. Le juge a également reconnu que la protection de l'intégrité physique d'une personne faisait partie de la notion de « respect de la vie privée », mais qu'encore une fois, H n'avait pas prouvé l'existence d'un risque « réel et immédiat » pour sa santé.

– Richard Elliott

¹ *RH c. Ashworth Hospital Authority*, [2001] E.W.J. No 4881, [2001] E.W.H.C. Admin. 872 (Q.L.).

² *Ibid.*, au par. 6, reproduisant : Royal Ashworth Hospital, Patients' Relationship Policy (adoptée en octobre 2000), par. 3.5.

³ *Ibid.* (politique, par. 4.3).

⁴ *Ibid.* (politique, par. 4.4-4.5).

⁵ *Ibid.*, au par. 19.

⁶ *R c. Secretary of State for the Home Department ex parte Fielding*, [1999] C.O.D. 525 (juge Latham).

⁷ *Ashworth Hospital Authority*, *supra*, note 1, à la p. 137.

⁸ La Convention s'applique directement en droit britannique depuis octobre 2000 en vertu de la *Human Rights Act 1988*.

Inde – Contestation la loi anti-sodomie au regard de la Constitution

Le 7 décembre 2001, le Naz Foundation India Trust a déposé une requête à la Haute cour de Delhi lui demandant de reconnaître que l'interdiction de sodomie est inconstitutionnelle en droit indien.

L'article 377 (« Infractions non naturelles » [trad.]) du *Code pénal* de l'Inde prévoit en cas de « relation charnelle contre l'ordre de la nature avec tout homme, femme ou animal » une peine maximale d'emprisonnement à vie.

Le Naz Foundation India Trust est un organisme de prévention et de soutien en matière de VIH/sida auprès d'hommes gais et d'hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Le Trust soutient que cette disposition, qui pénalise surtout des

hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes en privé et de manière consentante, contrevient aux droits constitutionnels à la liberté (y compris à la protection contre l'intrusion de l'État dans les « associations intimes ») et à l'égalité, et ce, sans

que des intérêts valables de l'État justifient ces violations. Il soutient par ailleurs que cette disposition nuit au travail de prévention du VIH. Il a demandé un ordre de la cour interdisant l'action policière contre les adultes consentants qui ont des relations homosexuelles. La cour a

demandé aux répondants (y compris des agences gouvernementales) de déposer leur réplique dans cette affaire et elle a cité le procureur général à comparaître à titre de représentant de l'Union indienne, à la prochaine séance, le 23 avril 2002.¹

¹ « Gay activists get court to examine Article 377 », *Hindustan Times*, 7 décembre 2001; « Homosexuals move HC seeking 'fundamental rights' », *The Hindu*, 8 décembre 2001; R. Vlockner, « Indian sodomy ban challenged », *International News #398*, 10 décembre 2001; communication avec V. Divan, à la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit, 8 février 2002. Le texte de la requête sera accessible sous peu à <www.hri.ca/partners/lc/unit/index.shtml>.

Actualités internationales sur les litiges relatifs au sang et aux produits sanguins

Le présent article fait résumé des développements récents dans des litiges relatifs au sang et aux produits sanguins autour du monde.

Japon – Un tribunal acquitte un médecin et condamne un ancien fonctionnaire pour négligence dans une affaire de produits sanguins contenant le VIH¹

Dans le deuxième procès criminel au Japon lié aux produits sanguins contaminés, le 28 mars 2001, un tribunal de Tokyo a acquitté le docteur Takeshi Abe, un des plus grands spécialistes japonais de l'hémophilie et l'ancien dirigeant d'un groupe d'experts du gouvernement sur le sida, de responsabilité criminelle dans le décès par le sida d'un homme hémophile. L'homme décédé était un patient parmi des douzaines d'hémophiles ayant contracté le VIH à l'hôpital universitaire Teikyo à Tokyo par des produits sanguins importés contaminés, administrés par le subalterne de Abe. Le ministère public demandait que Abe soit condamné à une peine d'em-

prisonnement de trois ans. Le 10 avril 2001, il a interjeté appel de ce jugement à la Haute Cour de Tokyo.

Au Japon, environ 1 800 hémophiles ont contracté le VIH dans les années 1980 par l'administration d'agents de coagulation sanguine n'ayant pas subi de traitement thermique; l'on estime que 500 d'entre eux sont décédés. En 1983, un groupe d'hémophiles a déposé une requête auprès du ministère de la Santé et du Bien-être social en vue de remplacer des produits sanguins non traités, en provenance des États-Unis, par des solutions de rechange plus sûres. Bien que le Ministère ait homologué les produits sanguins traités en 1985, il n'a pas ordonné le rappel des produits non traités.

Abe a été accusé de négligence pour avoir autorisé l'utilisation de produits non traités contaminés par le VIH, à trois occasions entre mai et juin 1985. Le ministère public a allégué que Abe, le dirigeant d'un groupe

d'experts du gouvernement sur le sida en 1983, a aidé à retarder l'homologation des produits traités pour éviter des pertes aux compagnies pharmaceutiques japonaises, qui avaient d'importants stocks de produits non traités. Le ministère public a également allégué que Abe « devait avoir connaissance du risque élevé de contamination par le VIH dans les produits sanguins non traités » parce qu'il avait été informé, en septembre 1984, par Robert Gallo, sommité du sida au National Institutes of Health des États-Unis, que 23 des 48 hémophiles à qui ces produits avaient été administrés à l'hôpital universitaire Teikyo avaient été trouvés séropositifs aux anticorps du VIH.

Le ministère public a présenté une preuve comme quoi Abe avait des « liens étroits » avec la société Green Cross Corporation, un « important » importateur de produits de coagulation sanguine non traités au Japon, alléguant notamment que la Green

Cross finançait les recherches de Abe. En février 2000, dans le premier procès criminel au Japon relatif aux produits sanguins contaminés, la Cour de district d'Osaka avait reconnu trois anciens dirigeants de Green Cross coupables de négligence professionnelle ayant entraîné le décès d'un patient atteint de maladie hépatique. Le tribunal a conclu que les accusés avaient omis de faire cesser les ventes de produits sanguins en provenance des États-Unis même s'ils savaient que les produits pouvaient être contaminés par le VIH; le tribunal a affirmé que les accusés avaient privilégié « les bénéfices au détriment de la sécurité ». Les prévenus ont été condamnés à des peines d'emprisonnement de 16 mois à deux ans. Ces condamnations sont actuellement en appel. Quatre ans plus tôt, en 1996, le gouvernement et cinq compagnies pharmaceutiques avaient conclu un règlement dans une action au civil intentée par un groupe de demandeurs d'Osaka qui avaient contracté le VIH par des produits sanguins contaminés, payant à chaque demandeur 45 millions de yens.

Le juge Toshio Nagai a statué qu'à l'époque, « on avait loué les mérites des produits sanguins non traités pour leur efficacité à stopper les hémorragies et à causer moins d'effets secondaires ». Le juge a ajouté que personne ne devait être « reconnu coupable de négligence professionnelle lorsque les mérites du traitement médical l'emportent sur le risque de la méthode » et que Abe ne pouvait être considéré négligent, puisque les experts savaient peu de choses sur le sida à l'époque et « que n'importe quel autre médecin aurait fait la même chose dans la même situation ». Toutefois, le juge a

également noté que Abe « comprenait les dangers de l'utilisation des produits sanguins non traités, mais qu'il ne pouvait pas savoir qu'autant d'hémophiles seraient infectés ».

Enfin, un troisième procès au Japon relatif aux produits de sang contaminés s'est trouvé devant les tribunaux en 2001. Akihito Matsumara était le chef de la division des produits biologiques et des antibiotiques au ministère de la Santé et du Bien-être social entre 1984 et 1986, où il était responsable de l'homologation de la production et de l'importation des produits sanguins. Il a été accusé de deux chefs de négligence professionnelle liée au décès de deux hommes décédés du sida après avoir reçu des produits sanguins contaminés par le VIH (y compris l'homme dont le décès était à l'origine du procès de Abe). Matsumara a plaidé non coupable.

Le 28 septembre 2001, le juge Toshio Nagai l'a reconnu coupable de négligence pour avoir omis d'ordonner le rappel des produits sanguins non traités qui ont été utilisés en avril 1986 dans le traitement d'un patient. Matsumara est donc le premier fonctionnaire à être jugé personnellement responsable d'avoir omis de prendre des mesures efficaces pour empêcher une tragédie. La Cour a affirmé que Matsumara « était tenu d'éviter des décès du sida en prenant des mesures pour empêcher les médecins d'utiliser des produits sanguins non traités. Toutefois, l'accusé a négligé de s'acquitter de cette responsabilité et a continué d'autoriser les compagnies pharmaceutiques et les médecins à vendre et à utiliser les produits ».

Matsumara a été acquitté de la deuxième accusation. Il a été condamné à une peine d'emprisonne-

ment d'un an, mais la sentence a fait l'objet d'un sursis de deux ans. Le 9 octobre 2001, il a interjeté appel de sa condamnation.

Chine – Indemnité à une femme pour transmission du VIH par transfusion sanguine

Le 10 septembre 2001, le tribunal du peuple de Wuxian dans la province de Jiangsu a ordonné à un hôpital du comté de Nanzhang de payer 1,2 million de dollars US à la famille d'une femme décédée après avoir contracté le VIH par une transfusion sanguine faite en 1998 pendant qu'elle accouchait. Son époux et sa fille de 3 ans ont également été diagnostiqués séropositifs au VIH. Le sang, à l'hôpital, avait été prélevé sans permis et n'avait pas fait l'objet d'un dépistage du VIH. Le tribunal a ordonné que chacun des demandeurs reçoive 24 700 \$US comme indemnité forfaitaire, plus une somme annuelle de plus de 10 000 \$US. C'est la première fois qu'un tribunal chinois accorde un montant aussi important à une personne qui a reçu du sang contaminé par le VIH, bien qu'il soit possible que l'hôpital déclare faillite plutôt que de payer l'indemnité ordonnée.²

Royaume-Uni : Jugement en faveur des personnes ayant l'hépatite C

Le 26 mars 2000, la division du Banc de la Reine de la High Court a rendu jugement en faveur de six demandeurs dans une « cause type », au pays de Galles; ces demandeurs avaient contracté le VHC (virus de l'hépatite C) par du sang et des produits sanguins. Les demandeurs ont poursuivi la National Blood

Authority et la Velindre NHS Trust (chargées d'administrer le service gallois d'approvisionnement en sang) en vertu de la *Consumer Protection Act, 1987*. Cette loi impose une responsabilité stricte au producteur d'un produit défectueux qui a causé un dommage, si bien que les demandeurs n'étaient pas tenus de prouver la négligence des défendeurs. Il s'agissait de la première poursuite collective intentée en vertu de la Loi. Dans les six causes types, le juge Burton a accordé des montants individuels de 10 000 £ à 210 000 £ à titre de dommages-intérêts et a statué que chacun des 114 demandeurs d'Angleterre et du Pays de Galles qui se trouvaient dans la même situation avait droit à une indemnité.³

Le gouvernement britannique avait refusé d'ordonner une enquête publique sur le scandale du sang contaminé et avait exclu toute indemnité pour les hémophiles infectés par le VHC, bien qu'environ 1 200 personnes infectées au VIH de la même façon aient été indemnisées par un fonds en fiducie.⁴

Malgré ce jugement rendu au sud de la frontière, l'exécutif écossais a continué de rejeter des appels en faveur d'une indemnité pour toutes les personnes infectées. (Le jugement n'est pas juridiquement contraignant en Écosse.) Toutefois, le ministre de la Santé de l'Écosse a chargé les avocats du National Health Service d'entreprendre la négociation de règlements avec les personnes infectées après mars 1988, puisque leurs cas sont « directement analogues » à ceux visés par le jugement d'Angleterre et du pays de Galles. Quelque vingt personnes seraient comprises dans ce groupe. En octobre 2001, le comité sur la santé du Parlement écossais a publié un rapport dans

lequel il demande l'indemnisation des personnes infectées au VHC sans égard au fait que la négligence du gouvernement puisse être prouvée ou non, affirmant que le gouvernement a « l'obligation morale » de le faire. On estime que plus de 300 hémophiles écossais ont contracté le VHC dans des produits sanguins.⁵

É.-U. – La FDA demande une ordonnance pour outrage au tribunal contre la Croix-Rouge

Le 13 décembre 2001, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a déposé une requête, devant la Cour de district des États-Unis, d'ordonnance pour outrage au tribunal contre la Croix-Rouge américaine (ARC) et accordant à la FDA l'autorité d'imposer une amende à l'organisme pour des dizaines de milliers de dollars en raison de « violations persistantes et graves » des règles destinées à protéger la sécurité de l'approvisionnement en sang. L'ARC fournit environ 45% du sang du pays.

En 1993, un jugement convenu a été rendu dans lequel l'ARC acceptait d'améliorer sa gestion et le contrôle de la qualité sur ses processus de prélèvement, de dépistage et de distribution du sang. Toutefois, la FDA a affirmé que ses inspections les plus récentes des centres de transfusion de l'ARC ont révélé de nombreuses défaillances, y compris la distribution de sang « éventuellement contaminé » par le cytomégalovirus, le défaut d'éliminer par dépistage les donneurs ayant la syphilis, le défaut de mettre à jour un registre national des donneurs inaptes et des problèmes informatiques qui pourraient mener à la distribution de sang avant qu'il ne fasse l'objet de tous les

dépistages de sécurité. La Croix-Rouge a contesté la requête de la FDA.⁶

– Richard Elliott

¹ « Doctor cleared in HIV scandal », *BBC News Online*, 28 mars 2001 (consulté à www.bbc.co.uk le 27 juillet 2001); voir également les articles suivants du *Japan Times Online* (www.japantimes.co.jp, consulté le 27 juillet 2001) : « Abe acquitted of negligence in HIV blood-products scandal, 29 mars 2001; K.Aita, « Surprise ruling won't wash with the victims », 29 mars 2001; H. Matsubara, « HIV-hit hemophiliacs fight on », 29 mars 2001; « Not guilty » is not innocent, 31 mars 2001; « Abe's acquittal in HIV case appealed », 11 avril 2001; J. Watts, « Japanese official found guilty in HIV-blood trial », *The Lancet*, 2001, 356, 1166 (6 octobre 2001); « Japan blood scandal official convicted », *BBC News*, 28 septembre 2001 (news.bbc.co.uk); « Ex-official freed despite deadly AIDS decision », *Mainichi Daily News Interactive*, 28 septembre 2001 (mdn.mainichi.co.jp); « Former Japanese health ministry official appeals conviction for contaminated blood product sales », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 11 octobre 2001 (www.kaisernetwork.org/dailyreports/hiv). Pour plus de détails sur l'historique de cette affaire, voir : D.P. Hamilton, « Japan AIDS scandal seen sign of regulatory failure », *Wall Street Journal*, 9 octobre 1996 (www.aegis.com/news/wsj/1996/wj961002.html); « First convictions in Japan HIV blood scandal », *Reuters News*, 24 février 2000. Voir également « Aids scandals around the world », *BBC News*, 9 août 2001 (news.bbc.co.uk).

² « Chinese court orders hospital to compensate family of woman who died after receiving HIV-infected blood », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 11 septembre 2001 (www.kaisernetwork.org/dailyreports/hiv); W. Hayes, « China court orders AIDS compensation », *BBC News*, 11 septembre 2001 (news.bbc.co.uk).

³ *A c. National Blood Authority*, [2001] T.N.L.R. n° 200 (Q.B. Div.) (Q.L.) (motif du juge Burton).

⁴ « No compensation for infected blood », *BBC News Online*, 7 mars 2000 (consulté à www.bbc.co.uk le 27 juillet 2001).

⁵ Voir les articles suivants de *BBC News Online*, consulté à www.bbc.co.uk le 27 juillet 2001 : « Hepatitis patients win compensation », 26 mars 2001; « Hepatitis ruling to cost NHS millions », 26 mars 2001; « Fury over hepatitis C decision », 6 avril 2001; « Hepatitis patients blame transfusions », 9 avril 2001; « Executive to examine blood ruling », 26 avril 2001; « Minister refuses blood payout calls », 23 mai 2001; « Payout call after hepatitis infections », 2 octobre 2001. Voir également : « Scottish health minister moves to compensate patients who contracted hepatitis C from transfusions », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 30 août 2001; « Scottish Members of Parliament call for blanket compensation for those infected with hepatitis C through contaminated blood products », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 5 octobre 2001 (www.kaisernetwork.org/dailyreports/hiv).

⁶ « FDA asks federal judge to hold Red Cross in contempt, impose fines over blood-collecting practices », *Kaiser Daily HIV/AIDS Reports*, 14 décembre 2001 (www.kaisernetwork.org/dailyreports/hiv).

Droit criminel et transmission du VIH (ou exposition) – Une affaire suédoise

Dans une chronique régulière, nous signalons de nouveaux développements au chapitre des poursuites pénales pour la transmission du VIH ou l'exposition au virus.¹ Trois nouvelles affaires canadiennes sont résumées ailleurs dans ce numéro (voir les pages 73 à 76). Ce court article porte sur une affaire suédoise récente.

En février 2002, un tribunal suédois a reconnu Fawzi Ali Batum, âgé de 25 ans, coupable de voies de fait graves pour avoir transmis le VIH à deux femmes, lors de relations sexuelles non protégées entre 1997 et 2000, alors qu'il se savait séropositif

au VIH. Il a été condamné à une peine d'emprisonnement de cinq ans et le tribunal lui a ordonné de payer des dommages-intérêts aux deux plaignantes. Batum a été diagnostiqué séropositif au VIH en 1993 lorsqu'il est arrivé en Suède de Somalie.

Prenant note de la santé physique et mentale de Batum et de l'instabilité qui existe en Somalie, le tribunal a rejeté la demande du ministère public de le faire expulser après qu'il purge sa peine.²

¹ Voir, p. ex., R. Elliott. « Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements V, *Revue canadienne VIH/sida et droit* », 2001, 6 (1/2) : 18-26.

² « Man sentenced to five years for infecting two women with HIV », *Associated Press*, 20 février 2002.