

# VIH/SIDA ET DROIT

VOLUME 7, NUMÉROS 2-3, DÉCEMBRE 2002

## 1<sup>e</sup> édition des Prix de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains

Les premiers Prix de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains ont été décernés au Vancouver Area Network of Drug Users et au Dr Wan Yanhai, activiste et médecin chinois.<sup>1</sup> L'événement a attiré une attention internationale et une couverture médiatique intense, puisque le Dr Wan venait d'être incarcéré par le gouvernement chinois pour avoir divulgué des renseignements à propos de pratiques insalubres de collecte du sang dans la province du Henan. Des pressions internationales ont mené à la libération du Dr Wan le 20 septembre 2002.

Le 13 septembre 2002, la première remise des Prix canadien et international de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains s'est déroulée à Montréal. Ces Prix, commandités par le Réseau juridique canadien VIH/sida, Human Rights Watch, l'International Harm Reduction Development Program, la Hilda Mullen Foundation et M. Mark Gallop, ont pour but de mettre en relief des contributions exceptionnelles

des individus et organismes qui réduisent la vulnérabilité au VIH/sida et qui protègent les droits et la dignité des personnes séropositives et autrement affectées par le VIH/sida. Le Prix national a été remis au Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU), et le Prix international, au Dr Wan Yanhai, fondateur et coordonnateur de l'AIZHI Action Project [Projet d'action contre le sida] en Chine.

voir page 22

## Droit, éthique et droits de la personne à Barcelone 2002

À la XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida (Barcelone, Espagne, juillet 2002), les enjeux de droit, d'éthique et de droits humains ont été encore à l'avant-plan. Pour la deuxième fois consécutive, le programme de la conférence comportait un volet consacré aux politiques et à la défense des droits (Volet G) et une rencontre satellite d'une journée sur des aspects des droits de la personne liés au VIH/sida. Un thème a particulièrement marqué le volet G et transcendé tous les autres secteurs : l'insuffisance de la réaction actuelle. La conférence a révélé un consensus sur l'urgente nécessité d'une action concrète et appropriée pour lutter contre le VIH/sida. Les délégués ont exprimé des frustrations devant l'écart entre ce qui est possible et ce qui est fait.

Dans ce numéro spécial de la *Revue*, grâce à un octroi de l'ONUSIDA nous reproduisons certains des abrégés les plus pertinents qui ont été présentés à la conférence et aux rencontres satellites, en matière de droit, d'éthique et de droits humains.

voir page 83



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA  
**ONUSIDA**  
UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT  
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



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, et par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).



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 à intervalle de quelques mois par le Réseau juridique canadien VIH/sida.

La soumission d'articles est appréciée. Contactez Anne Renaud, aux coordonnées ci-dessous, 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](mailto:arenaud@aidslaw.ca)

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

Correspondants réguliers, Nouvelles canadiennes :  
Registre géographique  
Tarel Quandt, Colombie-Britannique, [tarelq@bcpwa.org](mailto:tarelq@bcpwa.org)  
Glen Hillson, Colombie-Britannique, [glenh@bcpwa.org](mailto:glenh@bcpwa.org)  
Rebecca Scheer, Alberta, [rscheer@aidscalgary.org](mailto:rscheer@aidscalgary.org)  
Roger Procyk, Manitoba, [rprocyk@ninecircles.ca](mailto:rprocyk@ninecircles.ca)  
Ruth Carey, Ontario, [careyr@lao.on.ca](mailto:careyr@lao.on.ca)  
Glenn Betteridge, Ontario, [betterg@lao.on.ca](mailto:betterg@lao.on.ca)  
Matthew Perry, Ontario, [perry@m@lao.on.ca](mailto:perry@m@lao.on.ca)  
Caroline Ploem, Provinces maritimes, [cploem@nbnet.nb.ca](mailto:cploem@nbnet.nb.ca)  
Bill Downer, Terre-Neuve et Labrador, [bdowner@acnl.net](mailto:bdowner@acnl.net)  
Registre thématique  
Paul Kenney, dossier santé publique, [pkenny@cpha.ca](mailto:pkenny@cpha.ca)  
Thomas Kerr, dossier usage de drogues illégales, [tkerr@shaw.ca](mailto:tkerr@shaw.ca)  
Derek Thaczuk, dossier marijuana médicinale,  
[derekt@pwatoronto.org](mailto:derekt@pwatoronto.org)  
Kim Thomas, dossier autochtone, [kimt@caan.ca](mailto:kimt@caan.ca)

Réviseurs : Garry Bowers et Jean Dussault  
Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault et  
Johanne Forget  
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. La contribution financière du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida pour la publication de ce numéro est grandement appréciée.**

**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, de l'ONUSIDA 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).

**[www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)**

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

# SOMMAIRE

<b>Éditorial</b>	5
<b>DOSSIERS</b>	
1 <sup>e</sup> édition des Prix de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains	1
Un comité des Communes publie son rapport sur la Stratégie canadienne antidrogue	9
Le VIH/sida en prison : développements récents	14
<b>NOUVELLES CANADIENNES</b>	
Le Canada refuse un visa à un travailleur séropositif qui prend des antirétroviraux	26
Injection supervisée : la ministre de la Santé est prête à examiner les applications pour des projets pilotes de recherche	28
La ministre réitère son engagement à la provision de marijuana médicinale, mais l'attente se prolonge	30
Le Canada aura son Plan national pour un vaccin anti-VIH	31
Un comité sénatorial recommande d'importants investissements en santé	32
Création d'un système centralisé d'examen des médicaments par les provinces	34
Les autorités refusent l'accès à un médicament expérimental contre l'hépatite C	35
L'AMC prône le test du VIH de routine pour les femmes enceintes	36
Une étude sur le VIH parmi les femmes enceintes autochtones soulève des préoccupations	37
Vancouver – Descente policière à un comptoir d'échange de seringues dirigé par des usagers	37
Des études identifient des différences entre sexes quant au risque et à l'impact du VIH	39
En bref	39
<b>NOUVELLES INTERNATIONALES</b>	
Chine – Des savants demandent que les lois sur le sida respectent les droits individuels	42
Formation de l'OIT pour les juges des tribunaux du travail	45
Forums internationaux	46
Conférence africaine régionale sur le VIH/sida et les droits humains	48
Un groupe de défense des droits de la personne du Nigeria offre du soutien juridique	49
Mesures législatives en Asie-Pacifique	49
La discrimination reliée au VIH/sida en Asie-Pacifique	51
Les abus de pouvoir policier nuisent à la prévention du VIH au Cambodge et en Inde	52
Test du VIH : progrès en Hongrie, problèmes en Russie	53
El Salvador – L'Assemblée législative abolit une loi qui autorisait le test du VIH pré-embauche	54
<b>ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS</b>	
Afrique du Sud – Le plus haut tribunal du pays ordonne au gouvernement de fournir un antirétroviral contre la transmission périnatale	55
Mise à jour aux <i>Directives internationales</i> sur le VIH/sida et les droits de la personne	58
La Commission des droits de l'homme de l'ONU adopte des résolutions sur l'accès aux médicaments et le droit à la santé	61
Initiatives de l'OMS pour accroître l'accès aux traitements dans les pays en développement	62
	.../4

Le Fonds mondial promouvra l'emploi de médicaments génériques	64
Une Commission du R.-U. conclut que les lois internationales sur les brevets nuisent à l'accès aux médicaments dans les pays en développement	64
Thaïlande – La revendication du brevet d'un médicament antirétroviral est déclarée invalide	65
Chine – Le gouvernement délivre des licences pour trois antirétroviraux	67
Kenya – Modifications législatives assouplissant l'importation de médicaments génériques	68
Afrique du Sud – Licence volontaire accordée à un fabricant générique pour la névirapine	68
Afrique du Sud – La TAC, le COSATU et des alliés déposent une plainte pour prix excessifs	69
OMC – Les É.-U. et l'Argentine règlent un différend sur les brevets et la protection des résultats d'essais	70
Audience de la Commission interaméricaine des droits de l'homme sur l'accès aux traitements en Amérique latine et dans la Caraïbe	71
<b>LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA</b>	
C.-B. – Un tribunal ordonne au gouvernement le paiement d'un traitement	73
Discrimination dans les modifications du Régime de pensions du Canada concernant les conjoints survivants de même sexe	75
La Cour suprême rejette l'autorisation d'appel dans des affaires de sang contaminé	77
La Cour suprême refuse l'autorisation d'appeler dans la revendication constitutionnelle d'accès à de la marijuana médicale	78
Le président du Vancouver Island Compassion Club reçoit une absolution inconditionnelle	78
C.-B. – La Cour d'appel refuse de réduire la peine d'un prisonnier séropositif	79
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : autres affaires	80
<b>BARCELONE 2002 – DROIT, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE</b>	
Une conférence de défense des droits et de politiques aboutit à un consensus sur l'urgent besoin d'actions efficaces	84
Appel mondial au combat – La santé : un droit, pas une marchandise	87
Nécessité des approches de réduction des méfaits en Europe de l'Est et dans l'Ex-URSS	91
Recourir au droit pour améliorer l'accès aux traitements	96
L'introduction d'ARV en milieu pauvre en ressources : défis et conséquences	103
Je n'ai pas de montre, mais je n'ai oublié aucune dose	107
Faire progresser la recherche et l'accès aux vaccins anti-VIH : un cadre pour l'action	110
Composer avec des préoccupations individuelles et collectives dans les politiques sur le VIH/sida	116
Vers une implication plus significative des personnes vivant avec le VIH/sida	118
Le test du VIH pour les forces de maintien de la paix : questions juridiques et relatives aux droits de la personne	121
Stigmatisation et discrimination liées au VIH/sida : un cadre conceptuel	126
Barcelone 2002 : Abrégés sur des thèmes de droit, d'éthique et de droits humains	128

# ÉDITORIAL

Cette année, le Réseau juridique canadien VIH/sida célèbre son 10<sup>e</sup> anniversaire. Dans le numéro précédent de la Revue, le juge Michael Kirby évoquait en éditorial des leçons passées et futures, liées à l'épidémie de VIH. Nous prolongeons ici cette réflexion avec une version abrégée du discours programme de M. David Hoe, prononcé à l'Assemblée générale annuelle du Réseau juridique, en septembre 2002. Son aperçu de la vie des Canadien-ne-s vivant avec le VIH/sida et du langage qui reflète leur vraie nature a su toucher et stimuler l'auditoire. Le texte intégral du discours est accessible sur le site Internet du Réseau juridique, à [www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca) (choisir « Contenu », puis « Événements »).

## Défis juridiques et de droits humains pour les personnes vivant avec le VIH/sida : une perspective personnelle

Je veux aborder d'un point de vue personnel certains construits qui posent, selon moi, des défis juridiques et de droits humains aux personnes vivant avec le VIH/sida. Je pars du sentiment que chacun d'entre nous fait face à des défis juridiques ou de droits humains. Bien sûr, cela n'a pas beaucoup à faire avec notre infection proprement dite. Ces défis sont créés principalement par des personnes qui n'ont pas le VIH. Leurs expériences déterminent comment nous sommes perçus dans la société. C'est là que nos défis prennent forme, dans les yeux et les croyances des autres – parfois décédés il y a plus d'un siècle mais toujours présents dans les préjugés systémiques.

### Les réalités des personnes vivant avec le VIH/sida

Canadiens et Canadiennes vivant avec le VIH/sida, qui sommes-nous et qu'observons-nous? On parle souvent de nous en termes épidémiologiques. On nous connaît parfois par notre identité, la façon dont nous avons contracté

le VIH, nos racines culturelles ou nos pratiques et comportements. Aucune de ces catégories ne nous décrit intimement. Elles aident à la planification et à l'organisation, surtout dans la prévention du VIH; elles orientent la recherche ou facilitent le contrôle clinique de la maladie.

Nous, qui vivons avec le VIH/sida, devons être perçus différemment parce que c'est l'histoire de notre vie avec, en toile de fond, notre infection, notre capacité de vivre avec la maladie, notre propre définition et analyse des éléments requis pour survivre, et notre essence au delà du VIH/sida – et parce que c'est ainsi que nous comprendrons le contexte de nos défis juridiques et de droits humains.

Je vais citer quelques exemples, qui ne se rapportent cependant pas à toutes les personnes vivant avec le VIH/sida. La discrimination en matière de logement est la préoccupation la plus courante des personnes séropositives, comme on le constate à la clinique juridique qui les accueille à Ottawa. Des femmes mènent une lutte

perpétuelle pour la sécurité dans leurs relations, quand le pouvoir et la sexualité sont dangereusement contrôlés par des hommes inconscients de la façon dont ils sont aussi touchés par le pouvoir et les questions de relations entre les sexes. Des individus incarcérés sont confrontés à des décisions et des relations complexes avec d'autres personnes et des systèmes de prison. Des personnes sont laissées à elles-mêmes devant leur problème d'injection de drogue. À l'issue de l'affaire *Cuerrier*, tous les Canadiennes vivant avec le VIH/sida, jeunes ou âgés, ont vu le glaive de la justice s'acharner sur eux et faire tomber sur leurs épaules une criminalité potentielle.

### **Le faux visage des personnes vivant avec le VIH/sida**

Ceux d'entre nous qui vivent avec la maladie ont dû lutter pour leur survie dans une société qui ne leur a pas porté secours par le biais de ses institutions, de ses systèmes ou de ses dirigeants, dans un acte spontané de libre arbitre pour afficher certaines de ses plus belles valeurs – l'équité, les soins non fondés sur la comparaison, et l'inclusion.

La peur et la honte ont pris le pavé. Non pas la peur ou la honte ressenties par les personnes malades, mais bien celle des gens qui ont le pouvoir d'orienter et d'influencer l'opinion. Ce vide, cette distance, cet océan de déni s'est systématisé et a rapidement pris de l'élan; puis, grâce à sa grande autorité, il est devenu familier et s'est acquis un statut. Cela a donné naissance au faux visage des personnes vivant avec le VIH/sida, servant de base à tous nos défis contemporains d'ordre juridique et de droits humains. Depuis, dans tous les aspects de la vie avec le VIH, nous devons composer avec un monde de discrimination et de stigmatisation. L'acte discriminatoire et le stigmatisme associés au VIH ou au sida n'ont rien à voir avec notre infection, et tout à voir avec la peur d'autrui.

### **Le rôle du langage**

Paula Treischler affirme : « Le sida n'est pas simplement une étiquette inventée, issue de la science et de ses pratiques de désignation, décrivant clairement une maladie causée par un virus. La véritable nature du sida est construite par le langage. »

Le langage relatif à notre expérience est habituellement celui des données statistiques et scientifiques. Mais je crois que ce vocabulaire est trop incomplet et inachevé pour décrire l'univers des personnes vivant avec le VIH/sida, et qu'il ne peut illustrer que partiellement nos défis juridiques et de droits humains. Les statistiques sont

utiles à la planification et aux projections, mais elles n'incitent pas à l'action.

Goethe, philosophe allemand, nous propose une alternative. Il a écrit : « Ce n'est pas si grave de transformer une déesse en sorcière, ou une vierge en courtisane; mais pour faire le contraire, pour rétablir la dignité de l'être humilié ou permettre la convoitise de celui qui est déchu, il faut soit de l'art, soit du caractère. »

Même si j'aimerais discuter du pouvoir de l'esthétique, je vais m'en tenir à l'autre exigence de Goethe – celle du caractère. J'emprunte ici les mots de James Joyce, dont le personnage Stephen a dit, en quittant l'Irlande : « Je pars ... façonner dans la forge de mon âme la conscience in-créée de ma race. » Par ces mots, Joyce a lié l'âme et la forge. Les deux sont des endroits où des éléments se fusionnent, où une transformation s'opère, où le feu prépare au remodelage d'une forme et d'un caractère. Créer la conscience de notre race équivaut à créer la conscience de notre travail qui, à son tour, forge une nature juste pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

On me demande souvent pourquoi la lutte contre le VIH/sida est si difficile. Je crois que c'est parce que nous sommes à la fois feu et forge. Le feu est l'énergie intense dont nous infusions notre travail. La forge est humaine, au sens où nous travaillons sur nous-mêmes à tous les points de vue. Il faut s'attendre à des étincelles quand on tente de changer le faux visage des personnes vivant avec le VIH/sida, déterminé par les préjugés et le stigmatisme.

Quel langage serait pertinent à la vie des personnes touchées par le VIH/sida et aux défis juridiques et de droits humains qu'elles rencontrent? Le langage qui précède les lois et la nécessité de l'existence de défis de droits humains. Nous avons besoin d'un langage holistique qui rehausse l'intégration des expériences personnelles, qui permet l'identification continue des enjeux, qui suscite l'espoir et la promesse et qui sied bien dans l'âme.

Ceux d'entre vous qui connaissent les aléas du VIH/sida savent qu'une multitude de situations n'ont encore ni remède ni solution. Nous le savons tous; mais cette réalité est beaucoup plus simple à gérer quand les valeurs, les mots et les actions reflètent nos expériences. Même la mort peut être gérée avec autonomie et magnificence, quand l'être entier est présent. En l'absence de conscience et d'un langage significatif, il ne nous reste que la rage, l'expérience crue et l'humour noir qui, sans qu'on les amène à la conscience et à leur place légitime, étouffent la vie.

## La contribution du Réseau juridique

Le Réseau juridique a vu le jour il y a dix ans, par nécessité et grâce à la sensibilisation, pour produire une analyse de ce langage profond. En se fondant sur le travail d'activistes précédents dans le domaine du sida, le Réseau est devenu un symbole de l'appel au caractère lancé par Goethe et de la forge de l'âme évoquée par Joyce – l'un de nos organismes nationaux qui œuvrent à rendre compte de la vraie nature des Canadien-ne-s vivant avec le VIH/sida à l'échelle mondiale.

Le Réseau a entrepris d'aiguiser cette conscience, de reformuler ce langage et de dévoiler ce caractère. Depuis 10 ans, il a apporté au contexte canadien une perspective structurée de politiques communautaires, juridiques, éthiques et de droits humains; il a permis à plusieurs d'entre nous de modifier notre langage et notre conscience. Le plus merveilleux, c'est que les idées poussent chaque personne, séropositive ou non, à une remise en question. Le travail va au delà de ses intentions. C'est une caractéristique du langage : il enrichit la vie de chacun (car nous ne sommes pas divisés, malgré toutes nos tentatives).

Quand je songe aux défis juridiques et de droits humains auxquels sont présentement confrontés les Canadien-ne-s vivant avec le VIH/sida, je considère que la vigilance du passé doit se poursuivre. Je m'attarderai à trois défis : le droit à l'information, le droit aux traitements et soins, puis le droit à une activité significative comme le travail et l'éducation.

### Le droit à l'information

Je veux parler de la divulgation de la séropositivité, un domaine où le manque d'information sur divers aspects a des conséquences pénibles, parfois catastrophiques. La divulgation de la séropositivité est une des questions qui me troublent le plus. L'intensité de mon sentiment est due à mes propres difficultés dans certaines situations. Je suis consterné de voir que la plupart des personnes vivant avec le VIH sont privées de l'information et des compétences qui leur permettraient de prendre en charge la divulgation de leur séropositivité. C'est une facette élémentaire de la gestion de la maladie, pour toute la vie.

Aucune démarche de divulgation n'est sans risque pour la vie privée, les droits et l'intimité. (L'intimité, ce rapport significatif avec autrui à tous points de vue, est l'un des aspects les plus sous-estimés dans l'analyse de la vie avec le VIH/sida. Elle relève désormais du droit criminel, depuis la décision de la Cour suprême dans l'affaire

*Cuerrier*.) Les énoncés assumés « je suis séropositif » ou « j'ai le sida », empreints de force spirituelle, ne peuvent être dits que si le sentiment de sécurité intérieur d'un individu l'emporte sur les préjugés extérieurs. Ils deviennent des énoncés personnels lorsqu'ils s'approprient le pouvoir sur tout ce dont j'ai traité. Cela fait bien sûr partie de la gestion d'une vie avec le VIH/sida.

### Le droit à des traitements et des soins

Les soins et traitements sont loin d'être accessibles à tous. Encore ici, un faux visage est attribué aux personnes dont les droits sont bafoués. Des termes comme « non-fidélité », « non-adhésion » et « complaisance » contribuent à ce faux visage et me mettent en colère. Je refuse de les admettre comme une composante de notre nature. Ils présentent l'individu comme un échec. Ils ne précisent pas que les traitements et les soins ne sont pas encore faciles à gérer, ni complètement disponibles et accessibles. Les meilleurs soins et traitements sont accessibles aux personnes qui vivent près d'une clinique du VIH, qui ont un médecin généraliste familial qui s'y connaît en soins pour le VIH, qui ont un régime d'assurance médicaments comportant peu d'exigences administratives, qui ne consomment pas de substances illégales, qui ont une vie organisée, qui ont un logement sûr et qui sont prêtes à prendre le risque de la divulgation. Vu l'identité de plusieurs d'entre nous, notre droit aux meilleurs soins et traitements n'est pas respecté.

### Le droit à un revenu, à un emploi et à une activité significative

Le droit à un revenu, à un emploi et à une activité significative est étroitement lié aux programmes d'assurance invalidité et de réadaptation ainsi qu'aux politiques et pratiques d'accommodement des milieux de travail. L'appui au travail, à l'éducation ou à l'activité significative nécessite un accommodement. Les programmes d'assurance qui permettraient une stabilité personnelle à long terme sont généralement restrictifs relativement à des conditions sporadiques ou à des états limitatifs qui ne sont pas nécessairement permanents. Cela force évidemment les gens à faire des choix moins habilitants.

Les programmes de réadaptation sont généralement perçus comme un luxe et ne sont pas encore intégrés à nos plans de services, sauf en cas de handicap physique. Une grande partie de l'expérience de gestion de la maladie est liée aux imprévus et à une diversité de manifestations à court ou à long terme. Sans un contexte permettant de

comprendre cela et de développer des compétences pertinentes, l'expérience devient épuisante. La réadaptation peut offrir un tel contexte.

### **Au delà des défis...**

Est-ce que tout est désespéré? Pas du tout. Au delà des défis, il y a la détermination – celle de continuer à façonner la vraie nature des personnes vivant avec le VIH/sida, en tant qu'individus capables d'apprendre à gérer leur maladie et de définir leurs besoins changeants; qui gèrent l'incertitude; qui se perçoivent comme partie intégrante du schéma de la vie; et qui peuvent décider de leur cheminement en tout temps.

Le sida n'apporte pas de bienfaits, mais nous pouvons tirer profit de notre expérience devant le sida (et du sida comme langage plutôt que comme maladie). Nous avons le pouvoir de déterminer l'interprétation de cette expérience,

sa signification et son éclairage sur nos actions. Cela est vrai pour ceux d'entre nous qui vivent avec la maladie, pour ceux qui nous fournissent des services et pour ceux qui ont des postes de leadership. Ce sera le testament de notre capacité humaine de compassion et de justice.

– *David Hoe*

David Hoe vit avec le VIH/sida et il est depuis longtemps impliqué dans la lutte contre l'épidémie. Il est conseiller principal aux politiques sur le VIH/sida à Santé Canada et il est membre du Comité consultatif de l'Ontario sur le VIH/sida, dont il fut aussi co-président. Il a été directeur général du Comité du sida d'Ottawa et il est membre fondateur de la Coalition des personnes vivant avec le VIH/sida d'Ottawa-Carleton. Il a collaboré à plusieurs commissions communautaires et comités, aux paliers local, provincial et national, en matière de VIH/sida ainsi que de dossiers et services touchant les gais et lesbiennes et d'autres intérêts de la communauté.

# DOSSIERS

## Un comité des Communes publie son rapport sur la Stratégie canadienne antidrogue

Le 17 mai 2001, la Chambre des communes a mis sur pied un « Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments », comme suite à une motion déposée par Randy White, député de l'Alliance canadienne (Langley-Abbotsford), avec un mandat très large d'étudier « les facteurs sous-jacents ou liés à la consommation non médicale de drogues ou de médicaments au Canada » puis de formuler des recommandations propices à réduire « l'ampleur du problème que ce phénomène constitue ». En décembre 2002, le Comité a rendu public son rapport, intitulé *Politique pour le nouveau millénaire : redéfinir ensemble la Stratégie canadienne antidrogue*.<sup>1</sup> Le rapport renferme plusieurs bonnes recommandations, mais il échoue à s'attaquer adéquatement aux méfaits causés par les lois canadiennes en matière de drogue et par l'inaction du gouvernement fédéral. Le rapport supplémentaire rédigé par la députée néo-démocrate Libby Davies (Vancouver Est) est de bien meilleure qualité; il présente une critique informée et articulée du rapport du Comité. Le rapport supplémentaire de l'opposition officielle, préparé par les députés Randy White et Kevin Sorenson (Crowfoot, Alberta) offre lui aussi une lecture intéressante, quoique troublante car il repose exclusivement sur la fiction plutôt que sur les faits et la science.

Le rapport du Comité s'ajoute à la pile de rapports sur les politiques canadiennes en matière de drogue,<sup>2</sup> qui devient de plus en plus volumineuse à mesure que perdure la lenteur de l'action gouvernementale – bien que récemment, des signes prometteurs aient été observés, comme la décision de la ministre de la Santé de considérer des demandes d'autorisation de sites d'injection supervisés (tel qu'on le décrit dans l'article qui suit immédiatement celui-ci).

Dans la préparation de son rapport, le Comité a entendu plus de 200 indi-

vidus (chercheurs, universitaires, fournisseurs de traitements, experts en matière de politiques et volontaires) dans le cadre d'audiences tenues à travers le Canada. Il a également reçu les mémoires de nombreux groupes et individus. En outre, il a visité des centres de traitement et des « services à seuil bas [ou à accès élargi] » au Canada, « inspecté des postes frontaliers parmi les plus achalandés au Canada, et voyagé aux États-Unis et en Europe », afin de consulter « des spécialistes en toxicomanie, des instituts de recherche, des politiciens, des orga-

nismes chargés de l'application de la loi et des hauts fonctionnaires, et a pu constater (sic) sur place l'incidence de certaines de leurs méthodes de traitement les plus novatrices ».<sup>3</sup>

Lors de ses réunions et visites, le Comité a entendu des témoignages sur une panoplie de substances légales et illégales, ainsi qu'à propos des personnes qu'elles affectent le plus. Le rapport affirme : « Trente ans après la publication du rapport final de la Commission Le Dain, le Comité a été consterné et attristé de constater que la catastrophe sanitaire et sociale de la drogue se poursuit. En effet, l'abus de substances joue un rôle dans un décès sur cinq au Canada. »<sup>4</sup>

## Enjeux et recommandations

Le Rapport se compose de neuf chapitres :

1. Mandat du Comité
2. Consommation, usage nocif de substances et dépendance au Canada
3. La Stratégie canadienne antidrogue
4. Recherche et connaissances
5. Toxicomanie : une question de santé publique
6. Consommation de substances et sécurité publique
7. Les traités internationaux et la réforme législative
8. La politique antidrogue d'autres pays
9. La marijuana

Le texte qui suit résume certaines des questions les plus importantes qu'a abordées le Comité et certaines des 41 recommandations formulées dans son rapport (voir l'article intitulé « Le VIH/sida en prison : développements récents », dans le présent numéro de la *Revue*, pour un commentaire sur le chapitre 6, « Consommation de substances et sécurité publique », qui renferme des recommandations à propos du système carcéral canadien).

### La Stratégie canadienne antidrogue

Le chapitre 3 pose un regard historique sur la Stratégie canadienne antidrogue. Le Comité y déclare « qu'il est essentiel d'investir dans une stratégie canadienne antidrogue renouvelée. Une telle initiative contribuera à restreindre la demande et, partant, l'offre de substances, à limiter la propagation de maladies infectieuses et à réduire les coûts pour la société et la santé associés à l'usage nocif de

substances ». <sup>5</sup> En conséquence, le Comité a affirmé : « Le gouvernement du Canada devrait prendre des

**« Le gouvernement du Canada devrait prendre des mesures immédiates pour s'assurer qu'une stratégie fédérale antidrogue financée de manière adéquate sera en place à l'été 2003. »**

mesures immédiates pour s'assurer qu'une stratégie fédérale antidrogue financée de manière adéquate sera en place à l'été 2003. ». <sup>6</sup> En particulier, il a recommandé :

- « que le gouvernement du Canada réaffirme son engagement à lutter contre la consommation et l'usage nocif de substances et la dépendance aux substances, en élaborant, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et les principaux intéressés, une stratégie canadienne antidrogue renouvelée, exhaustive, coordonnée et intégrée qui permettra de s'attaquer aux problèmes liés aux drogues illicites et aux substances licites (ou légales) telles que l'alcool, le tabac, les produits pour inhalation et les médicaments d'ordonnance »; <sup>7</sup>
- que l'on procède à « la nomination d'un commissaire canadien aux drogues chargé, en vertu d'un mandat conféré par la loi, d'effectuer la surveillance, l'examen et la vérification de la mise en œuvre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée et à présenter annuellement un

rapport des recommandations à cet effet au Parlement, par l'entremise du Président de la Chambre des communes »; <sup>8</sup>

- que « le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, organisme indépendant et non gouvernemental, reçoive le mandat d'élaborer, de concert avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les principaux intéressés, les buts, les objectifs, les indicateurs de rendement et le plan stratégique d'une stratégie canadienne antidrogue renouvelée qui sera exhaustive, coordonnée et intégrée ». <sup>9</sup>

Dans son rapport supplémentaire, la députée Libby Davies exprime son appui à ces recommandations mais elle souligne que le cœur du sujet n'est pas la question de financer ou non une Stratégie fédérale en matière de drogue, mais plutôt de faire en sorte que la Stratégie assure un soutien adéquat aux traitements, à la prévention et à la réduction des méfaits. Mme Davies a écrit :

Le rapport de 2001 du vérificateur général sur les drogues illicites insiste sur la faiblesse, le manque de reddition de comptes et l'échec de la Stratégie canadienne antidrogue. Cette stratégie a *en pratique* pour axe principal l'application de la loi – le recours à des pouvoirs essentiellement de droit pénal en matière de drogues. Cette priorité à la répression (« la réduction de l'offre ») détourne les ressources de mesures qui parviendraient peut-être beaucoup mieux à réduire l'usage nocif de substances et les méfaits qu'il cause.

Ce recours prioritaire au droit pénal à l'égard des comportements liés à la consommation de drogues n'a ni réduit la consom-

mation ni apporté de solution efficace à de graves problèmes de santé et de sécurité. En fait, il semble bien d'après les experts que la prohibition et la criminalisation des consommateurs de drogues *augmentent* les méfaits associés aux drogues. Les drogues ne font pas l'objet de contrôles de qualité, l'éducation est parfois faussée à cause de l'illégalité des drogues et la cherté des drogues sur le marché illégal tend à encourager les consommateurs à prendre les drogues d'une manière qui augmente les risques pour la santé. Tout cela augmente grandement les risques de maladie et de surdose. Le rapport ne distingue pas les méfaits attribuables à la pharmacologie de la drogue des méfaits attribuables aux politiques comme la prohibition et le manque d'éducation.<sup>10</sup>

D'ailleurs, plus récemment encore, une étude de Wood et coll. questionnait sérieusement elle aussi l'emphase actuelle sur les interventions axées sur la réduction de l'offre, pour réduire l'usage de drogue au Canada.<sup>11</sup> L'étude n'a constaté aucun effet bénéfique de santé publique à la suite de la plus importante saisie d'héroïne de l'histoire du Canada : cette saisie n'a pas eu d'effet significatif sur l'approvisionnement en héroïne. Les auteurs critiquent sévèrement les politiciens et les responsables des politiques « qui continuent de canaliser la majeure partie des ressources dans des stratégies de réduction de l'offre qui échouent et dont l'inefficacité est démontrée par une abondance de preuves scientifiques ». [trad.]<sup>12</sup> Wood et coll. ont conclu ainsi : « Nos observations appuient le fort consensus à l'effet que la tâche de réduire les épidémies de VIH et de surdoses nécessitera de déplacer

« Politiciens et responsables des politiques continuent de canaliser la majeure partie des ressources dans des stratégies de réduction de l'offre qui échouent et dont l'inefficacité est démontrée par une abondance de preuves scientifiques. »

l'emphase vers des stratégies de rechange axées sur la prévention, les traitements et la réduction des méfaits, même si ce virage implique une diversion des ressources allouées aux interventions de justice criminelle. » [trad.]<sup>13</sup>

### Les enjeux de santé publique

Le chapitre consacré aux questions de santé publique, dans le rapport du Comité des Communes, commence par des affirmations reconnaissant que « la consommation et l'usage nocif de substances sont avant tout des questions qui relèvent du domaine de la santé publique »; que certaines villes canadiennes sont « devenues le théâtre de “catastrophes en santé publique” »; que la « crise de la santé publique perdure et ne peut plus être ignorée »; et que « il faut appliquer des mesures intégrées, inspirées du modèle associé au domaine de la santé publique et comportant des éléments de prévention, d'éducation, de traitement, de réadaptation et de réduction des méfaits ». <sup>14</sup>

Le chapitre se clôt par 16 recommandations relativement à la prévention

et à l'éducation, au traitement et à la réadaptation de même qu'à la réduction des méfaits. La plupart de ces recommandations s'accordent à celles formulées dans d'autres rapports, et ne sont pas nouvelles.<sup>15</sup> Néanmoins, le fait qu'elles soient maintenant appuyées par un comité parlementaire est en soi important. Voici quelques-unes de ces recommandations :

- « que le gouvernement du Canada, dans le cadre de la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée, accorde des ressources et des fonds soutenus pour concevoir et lancer des programmes de prévention et de sensibilisation du public à l'égard de la toxicomanie, en collaboration avec les autorités provinciales, territoriales et municipales et les organismes communautaires »;<sup>16</sup>
- « que la Stratégie canadienne antidrogue renouvelée reconnaisse explicitement le concept d'un continuum de soins, y compris les services « à seuil bas » ou à accès élargi [“low-threshold services”] et les services de traitement et de réadaptation à long terme »;<sup>17</sup>
- « que les projets pilotes d'essais cliniques à Vancouver, Toronto et Montréal visant à tester l'efficacité du traitement à l'héroïne ... soient mis en œuvre »;<sup>18</sup>
- « que le gouvernement du Canada supprime les obstacles réglementaires ou législatifs fédéraux à la réalisation d'essais scientifiques et de projets pilotes de lieux sécuritaires pour l'injection;<sup>19</sup> et
- « que la Stratégie canadienne antidrogue fasse de la réduction des méfaits un élément fondamental d'une politique antidrogue qui soutienne les

interventions visant à maintenir la santé des individus et à réduire au minimum les risques sanitaires découlant de la toxicomanie ». <sup>20</sup>

« Si l'usage nocif de drogues est une affaire de santé publique, pourquoi les programmes d'éducation antidrogue relèvent-ils de la police? »

Bien qu'elle exprime un ferme appui à ces recommandations, la députée Davies précise dans son rapport supplémentaire que le Comité minimise ou omet des éléments fondamentaux liés à l'éducation sur la drogue. Elle pose la question :

D'abord, si l'usage nocif de drogues est une affaire de santé publique, pourquoi les programmes d'éducation antidrogue relèvent-ils de la police? Les policiers ont les compétences voulues pour discuter du droit en matière de drogues illégales et légales, mais ils ne sont ni pharmacologues ni agents de santé publique. Il y a tout lieu de croire que les programmes d'éducation antidrogue donnés par la police sont inefficaces. <sup>21</sup>

Elle poursuit ainsi :

Même si les programmes d'éducation antidrogue étaient sans lacunes, la police est limitée quant au type d'éducation qu'elle peut offrir. Sa mission est de faire respecter la loi. Certains policiers peuvent rechigner à enseigner les précautions à prendre en matière de consommation parce qu'ils estiment qu'ils vont alors à l'encontre de leur mission d'application de la loi aux consom-

mateurs. Pourtant, en n'enseignant pas les précautions à prendre en matière de consommation, nous abandonnons les millions de Canadiens qui à un moment ou l'autre consomment des drogues. Il est essentiel de décourager les Canadiens de l'usage nocif des drogues, mais il l'est tout autant d'en réduire au minimum les dangers en offrant une éducation honnête, factuelle et non dépréciative. Ce genre d'éducation peut sauver des vies et protéger la santé tant des consommateurs que des collectivités qui les entourent. Il existe un besoin urgent de programmes d'éducation et de prévention réalistes axés sur la santé qui s'adressent aux principaux groupes à risque comme les jeunes et qui visent à favoriser la sécurité, la santé et le bien-être des individus et de la collectivité tout entière. <sup>22</sup>

### La marijuana

En ce qui concerne le cannabis, le Comité a formulé deux recommandations :

- que la possession de cannabis demeure illégale et que le trafic de cannabis, quelle que soit la quantité en cause, demeure une infraction criminelle; et
- que le ministre de la Justice et le ministre de la Santé établissent une stratégie globale de décriminalisation de la possession et de la culture de trente grammes ou moins de cannabis à usage personnel. <sup>23</sup>

Ces recommandations constituent un pas dans la bonne direction, mais la députée Davies indique que la décriminalisation n'est qu'une solution partielle et elle suggère que le gouvernement devrait plutôt mettre en œuvre les recommandations formulées dans le rapport du Comité sénatorial spécial, intitulé « Rapport

final : Le Cannabis : Position pour un régime de politique publique pour le Canada ». Mme Davies explique : <sup>24</sup>

La décriminalisation de la possession et de la culture de petites quantités telle que recommandée par le Comité éviterait aux intéressés un casier judiciaire. Cependant, elle laisse entiers les autres méfaits de notre système de prohibition criminelle. Par exemple, le simple fait de passer un « joint » à un ami constituerait toujours une infraction de « trafic » aux termes de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*. Les pouvoirs intrusifs que la loi accorde à la police resteraient vraisemblablement les mêmes.

En outre, la proposition du Comité ne change rien à la situation de ceux qui se retrouvent avec un casier judiciaire pour simple possession ou pour transfert ou culture de petites quantités à des fins non commerciales. Si nous estimons que les Canadiens ne devraient pas désormais avoir de casier judiciaire pour certains actes liés à la marijuana, ceux qui ont été condamnés par le passé devraient être pardonnés aux termes d'une amnistie générale et leur casier devrait être effacé. <sup>25</sup>

Mme Davies conclut :

L'usage de la marijuana, la décriminalisation et la légalisation ont déjà fait l'objet d'un débat public considérable. Le NPD [Nouveau parti démocratique] se réjouit que le rapport du Comité sénatorial spécial sur le cannabis soulève des questions rationnelles et importantes. Le gouvernement fédéral devrait examiner son analyse et sa recommandation relative à la création d'un régime d'exemption criminelle. Le NPD presse le gouvernement

fédéral d'examiner et d'adopter des approches de réglementation non criminelles et non punitives à l'égard des adultes en tant qu'orientation de politique publique préférable, privilégiant les programmes réalistes d'éducation et de prévention des méfaits.<sup>26</sup>

En terminant, Mme Davies souligne que le Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments n'a pas abordé la question de la marijuana utilisée à des fins médicinales; elle renvoie aux recommandations du Comité sénatorial spécial, sur ce sujet.

– Ralf Jürgens

Ralf Jürgens est directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à ralfj@aidslaw. Un aperçu détaillé des nouveaux développements dans le dossier des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada sera publié dans le prochain numéro de la *Revue*.

<sup>1</sup> Accessible à [www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/SNUD/Studies/Reports/snudrp02-f.htm](http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/SNUD/Studies/Reports/snudrp02-f.htm).

<sup>2</sup> Voir, p. ex., Groupe de travail sur le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection, *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection : Un plan d'action national*, Ottawa, Centre de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie et Association canadienne de santé publique, 1997 (accessible via [www.ccsa.ca](http://www.ccsa.ca)); Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, le Réseau, 1999 (accessible via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm)); Elliott R., Malkin I., Gold J., *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (accessible via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm)); Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la Santé de la population, *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogue par injection au Canada*, Ottawa, 2001 ([www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm)); MacPherson D., *A Framework for Action: A Four Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*, Ville de Vancouver, 2001 (2<sup>e</sup> version).

<sup>3</sup> *Supra*, note 1, p. 2.

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 46.

<sup>6</sup> *Ibid.*

<sup>7</sup> *Ibid.*, p. 49 (recommandation 1).

<sup>8</sup> *Ibid.* (recommandation 3).

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 50 (recommandation 5).

<sup>10</sup> *Ibid.*, à la p. 196.

<sup>11</sup> Wood E et coll., « Impact of supply-side policies for control of illicit drugs in the face of the AIDS and overdose epidemics: investigation of a massive heroin seizure », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 168(2) : 165-169.

<sup>12</sup> *Ibid.*, à la p. 168, avec multiples références.

<sup>13</sup> *Ibid.*, avec multiples références.

<sup>14</sup> *Supra*, note 1, à la p. 71.

<sup>15</sup> *Supra*, note 2.

<sup>16</sup> *Supra*, note 1, à la p. 79 (recommandation 12).

<sup>17</sup> *Ibid.*, à la p. 89 (recommandation 15).

<sup>18</sup> *Ibid.*, à la p. 90 (recommandation 20). Pour plus de détail sur l'essai proposé, voir Brissette S., « La prescription médicale d'héroïne – Tour d'horizon », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 1, 103-110.

<sup>19</sup> *Supra*, note 1, à la p. 100 (recommandation 23).

<sup>20</sup> *Ibid.*, à la p. 101 (recommandation 25).

<sup>21</sup> *Ibid.*, à la p. 196.

<sup>22</sup> *Ibid.*

<sup>23</sup> Recommandations 40 et 41.

<sup>24</sup> Septembre 2002 (accessible à [www.parl.gc.ca/common/Committee\\_SenRep.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm\\_id=85](http://www.parl.gc.ca/common/Committee_SenRep.asp?Language=F&Parl=37&Ses=1&comm_id=85)).

<sup>25</sup> Rapport supplémentaire de la députée Libby Davies, p. 198.

<sup>26</sup> *Ibid.*, aux p. 198-199.

## Le VIH/sida en prison : développements récents

Dans un rapport intitulé *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, rendu public le 20 novembre 2002, le Réseau juridique canadien VIH/sida a conclu qu'en dépit d'études à répétition et de recommandations qui persistent depuis 10 ans, exhortant à des actions urgentes et pragmatiques, la réaction des gouvernements du Canada devant le VIH/sida, l'hépatite C et l'injection de drogue dans les prisons demeure inadéquate. Quelques semaines plus tard, le Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments publiait un rapport où étaient adressées plusieurs recommandations au Service correctionnel du Canada. Tout en évitant de parler de programmes d'échange de seringues en prison, le Comité a recommandé d'en implanter! L'Irlande, en revanche, ne distribue même pas de condoms et d'eau de Javel à ses détenus. Ces développements, constats et plusieurs autres renseignements sont décrits dans le recueil d'articles ci-dessous qu'a compilé Ralf Jürgens, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida, que l'on peut joindre par courriel à [ralfj@aidslaw.ca](mailto:ralfj@aidslaw.ca).

### Canada – Le Réseau juridique publie un rapport d'étape

La prévalence du VIH/sida et de l'hépatite C dans les prisons fédérales et provinciales continue sa hausse et nos gouvernements échouent à fournir les ressources et le leadership nécessaires à en prévenir la propagation entre détenus. Dans un nouveau rapport, *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*,<sup>1</sup> rendu public le 20 novembre 2002, le Réseau juridique canadien VIH/sida conclut qu'en dépit de nombreuses études et recommandations d'actions urgentes et pragmatiques, répétées depuis près de dix ans, les réactions des gouvernements laissent encore grandement à désirer.

#### Contexte

Le problème du VIH/sida dans les prisons a été étudié de long en large, au Canada<sup>2</sup> et dans d'autres pays.<sup>3</sup> Depuis 1992, plusieurs rapports publiés au Canada ont adressé des recommandations aux gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux, quant aux meilleurs moyens de mettre en œuvre une réaction complète et humaine, devant les crises que constituent le VIH/sida et l'hépatite C en prison.

En 1992, le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN) a publié *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*.<sup>4</sup> Peu après, le Service correctionnel

du Canada a créé son Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP), mandaté d'aider le gouvernement fédéral à favoriser et à protéger la santé des détenus et des employés ainsi qu'à prévenir la transmission du VIH et d'autres agents infectieux dans les établissements correctionnels fédéraux. En 1994, le CESP a publié un rapport assorti de 88 recommandations.<sup>5</sup>

En 1996, a paru *VIH/sida et prisons : rapport final*, préparé par le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida.<sup>6</sup> Le *Rapport final* examinait l'évolution de la réaction au VIH/sida en prison, à l'échelle nationale et internationale,

depuis la parution du rapport du CESP; il décrivait aussi des développements pertinents au problème; il analysait la question d'une éventuelle obligation juridique et/ou éthique de fournir aux détenus les moyens qui leur permettraient de se protéger contre le VIH; et il abordait l'éventuelle responsabilité des autorités pour l'échec à fournir des condoms, de l'eau de Javel et des seringues stériles, et pour la transmission du VIH qui s'ensuit dans les prisons. Le but du rapport était d'aider le Service correctionnel du Canada (CSC) et les systèmes provinciaux et territoriaux de détention, dans la tâche de réduire la transmission du VIH dans leurs établissements, entre détenus et au personnel, et en bout de ligne au grand public. Le *Rapport final* offrait une liste de recommandations d'action, dont certaines étaient des mises à jour de celles du CESP. Il concluait notamment que « [à] moins d'agir avec promptitude et détermination, le SCC et les systèmes correctionnels provinciaux [et territoriaux] pourraient être tenus moralement et léga-

lement responsables des conséquences de leur inaction pour les détenus, pour le personnel et la société en général ». <sup>7</sup> Le rapport a été soumis au gouvernement fédéral et aux gouvernements provinciaux/territoriaux, accompagné d'une demande de réponse et d'action.

### La lutte au VIH/sida dans nos prisons : rapport d'étape de 2002

En 2002 – plus cinq ans après la publication du *Rapport final* de 1996 et dix ans après la création du Comité d'experts –, le temps était venu d'examiner si l'appel à l'action lancé en 1996 avait réellement été entendu et de documenter les progrès, le cas échéant, dans la réaction au VIH dans les prisons du Canada.

Un questionnaire a été élaboré et envoyé, en septembre 2001, aux ministres fédéral et provinciaux/territoriaux de la Santé ainsi qu'aux ministres responsables des services correctionnels de ces deux paliers, les invitant à décrire les actions entreprises pour donner suite aux recommandations du *Rapport final* de 1996. Des entrevues pour le suivi ont été effectuées en septembre 2002, pour vérifier l'information fournie et pour la mettre à jour au besoin. Les 14 ressorts territoriaux ont répondu.

Le rapport d'étape de 2002 résume et commente l'information contenue dans leurs réponses. Il met en relief des actions positives entreprises depuis 1996 par des systèmes correctionnels et il présente un portrait détaillé de la situation actuelle des programmes et services en matière de VIH/sida dans les prisons de chaque ressort territorial. Il offre aussi un aperçu des grandes tendances à l'échelle nationale.

Nous espérons que cette information aidera chaque ressort à examiner

où il se situe et où il devrait se situer, en matière de lutte au VIH/sida et à l'hépatite C dans ses établissements.

Voici un aperçu des principaux constats.

Certains ressorts ont carrément échoué à s'ouvrir les yeux sur la réalité du VIH/sida, du VHC et de l'injection de drogue en prison.

#### Prévalence du VIH/sida et du VHC

La prévalence du VIH/sida et du virus de l'hépatite C (VHC) dans les prisons fédérales et provinciales a continué d'augmenter, depuis 1996. Dans le système correctionnel fédéral, en particulier, le nombre de cas déclarés de VIH/sida est passé de 14 (en janvier 1989) à 159 (en mars 1996) à 217 (en décembre 2000, dernier mois pour lequel des statistiques étaient disponibles au moment de la préparation du rapport d'étape). <sup>8</sup> Autrement dit, depuis la parution du *Rapport final* de 1996, le nombre de cas connus de VIH/sida a augmenté de 35% en quatre ans.

Le taux de cas connus d'infection à VIH parmi les femmes qui sont détenues dans des établissements fédéraux était encore plus élevé : 4,69% de ces détenues étaient connues comme séropositives au VIH, en décembre 2000. Dans un établissement fédéral, l'Établissement pour femmes d'Edmonton, 11,94% des détenues étaient connues comme séropositives au VIH.

Le nombre réel de cas de VIH pourrait être encore plus élevé que ne l'indiquent ces chiffres : les statistiques officielles sur les cas déclarés, fournies par le SCC, n'incluent que

les cas de VIH et de sida qui sont connus du SCC – mais plusieurs détenus peuvent ne pas avoir déclaré leur séropositivité et d'autres détenus peuvent ne pas en être eux-mêmes conscients.

Dans l'ensemble de la population canadienne, environ une personne sur 600 vit avec le VIH (approximativement 50 000 personnes séropositives sur 30 millions d'habitants); or dans les prisons, diverses études ont recensé des taux de séropositivité qui vont de 1 détenu sur 100, jusqu'à 1 sur 9. Ainsi, la proportion de personnes vivant avec le VIH en prison est entre 6 et 70 fois plus élevée que dans l'ensemble de la population canadienne.

La prévalence du VHC en prison atteint des taux encore plus élevés et elle a continué de croître depuis 1996. Dans l'ensemble, 19,2% des détenus de ressort fédéral et 41,2% des femmes incarcérées étaient connus comme ayant le VHC (en décembre 2000). À l'Établissement pour femmes d'Edmonton, 74,6% des détenues étaient connues comme ayant le VHC. Dans la population canadienne générale, une personne sur 125 vit avec le VHC (environ 240 000 Canadiens, soit 0,8%). Dans les prisons, cette proportion varie de 1 sur 5, à plus de 1 sur 2 (de 20% à 80%).

#### Réactions des gouvernements

Des développements importants et positifs ont été observés depuis la parution du *Rapport final* de 1996. Dans certains ressorts, on a mis en œuvre plusieurs des recommandations et entrepris certaines initiatives dignes de mention et, dans certains cas, novatrices. Aucun ressort n'a toutefois appliqué toutes les recommandations, et certains ont complètement et lamentablement échoué à s'ouvrir les yeux sur la réalité du VIH/sida, du VHC et de l'injection de drogue en

prison. Voici quelques-uns des constats principaux :

**Certains moyens préventifs élémentaires contre le VIH sont encore refusés aux détenus du Canada.**

- Au Canada, tous les gouvernements échouent à fournir les ressources, le leadership et la vision nécessaires à résoudre de manière progressive et globale les problèmes liés au VIH/sida, au VHC et à l'injection de drogue en prison.
- Les programmes et services liés au VIH/sida dans les prisons, à travers le pays, ne sont pas coordonnés ou harmonisés. En conséquence, la norme des soins aux détenus varie considérablement d'un ressort à l'autre, voire d'un établissement à l'autre.
- Certains moyens préventifs élémentaires contre le VIH sont encore refusés aux détenus.
- Dans quelques ressorts, on ne met pas encore de condoms, de digues dentaires ni de lubrifiant à la disposition des détenus. Même dans les endroits où ces moyens sont disponibles, ils ne sont souvent pas assez faciles d'accès.
- L'eau de Javel est encore non disponible dans les prisons de la plupart des ressorts.
- Aucun essai pilote de programme d'échange ou de distribution de seringues n'a encore été amorcé au Canada, tandis que depuis dix ans un nombre croissant de programmes de distribution de seringues dans des prisons d'Europe occidentale et d'Europe de l'Est offrent des preuves concluantes que l'on peut procéder à une mise en œuvre réussie et fructueuse de tels programmes en prison. – Le statu quo à ce chapitre au palier fédéral va d'ailleurs à l'encontre de l'avis d'un comité spécialement mandaté par le SCC d'examiner la question des programmes d'échange de seringues en prison, qui a conclu que le SCC devrait procéder à des essais pilotes de tels programmes dans toutes les régions du Canada.
- Dans la plupart des ressorts, le traitement d'entretien à la méthadone est à présent disponible à tout le moins aux détenus qui suivraient ce traitement avant d'être incarcérés.
- La plupart des ressorts échouent encore à adopter une approche de réduction des méfaits de l'usage de drogue.
- À quelques exceptions près, l'éducation préventive sur le VIH et le VHC, à l'intention des détenus, est piètre. Cette éducation n'est pas obligatoire dans la grande majorité des ressorts; certains systèmes correctionnels n'offrent aucun programme d'éducation élémentaire sur le VIH. Dans plusieurs ressorts, la formation du personnel de santé en matière de VIH/sida est rare, voire inexistante.
- Des obstacles considérables à un usage optimal des multithérapies anti-VIH subsistent dans la plupart des ressorts.
- Peu de programmes et services liés au VIH sont conçus expressément pour les femmes incarcérées.
- Les programmes sur le VIH à l'intention des détenus autochtones sont rares également; ils sont même absents des établissements de certains ressorts où la majorité des détenus se compose de personnes autochtones.

### Conclusion

Les systèmes correctionnels et de détention ont une obligation morale et juridique d'agir sans plus de délai pour prévenir la propagation de maladies infectieuses entre détenus ainsi qu'au personnel et au grand public, et de prendre soin des détenus qui vivent avec le VIH et d'autres infections. Les

« Nous devons prendre toutes les mesures qui s'imposent pour protéger les agents de prison et les détenus. Les protéger, c'est protéger toute la population. »

systèmes de prisons du Canada ne remplissent toujours pas ces responsabilités. Certains développements positifs ont eu lieu, depuis 1996, mais il est clair que les gouvernements ne font pas tout en leur possible.

Quoique derrière les barreaux, les détenus font partie de nos communautés et ils ont droit à des soins et à une protection équivalents à ce que reçoivent les personnes hors de prison. Les détenus sont condamnés à l'emprisonnement, et non à contracter des infections.

Par conséquent, le rapport d'étape exhorte à nouveau le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux/territoriaux à intensifier leur leadership, leur action et leur engagement – et à mettre en application les recommandations qui leur ont été adressées dans le rapport de 1996.

Comme l'a affirmé le juge Michael Kirby, de la Haute cour de l'Australie, nous le devons aux détenus et à toute la société – il faut protéger les détenus contre l'infection en prison : « Il faut

pour cela prendre des mesures radicales avant qu'il ne soit trop tard. ... Il est inacceptable qu'une personne soit infectée parce qu'elle n'a pas accès aux moyens immédiats de se protéger, pendant que la société en a la garde, et parce que la société a choisi de lui

tourner le dos. En tant que société, nous devons prendre toutes les mesures qui s'imposent pour protéger les agents de prison et les détenus. En les protégeant, nous protégeons la population. »

Le rapport d'étape de 77 pages, un feuillet d'information qui en résume les principaux constats, ainsi qu'un communiqué de presse émis le 20 novembre 2002 sont accessibles sur le site Internet du Réseau juridique (via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm)).

## Canada – Un comité parlementaire adresse des recommandations au Service correctionnel du Canada

**Tel que mentionné dans l'article de dossier précédent, le Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a publié (en décembre 2002) un rapport intitulé *Politique pour le nouveau millénaire : redéfinir ensemble la Stratégie canadienne antidrogue*.<sup>9</sup> Dans le chapitre « Consommation de substances et sécurité publique », le Comité recommande des solutions de rechange aux poursuites et/ou à l'incarcération d'individus dont le comportement criminel est lié à une dépendance à la drogue. Le rapport aborde aussi les questions liées à l'usage de drogue dans les établissements correctionnels fédéraux. Sans mention expresse de programmes d'échange de seringues, le Comité recommande toutefois que les détenus aient accès à de tels programmes « tout en respectant les exigences des pénitenciers en matière de Sécurité ». <sup>10</sup>**

La recommandation complète est la suivante : « Le Comité recommande que Service correctionnel Canada [SCC] permette aux contrevenants incarcérés de bénéficier d'initiatives de réduction des méfaits afin de réduire l'incidence des maladies transmissibles par le sang, tout en respectant les exigences des pénitenciers en matière de sécurité. »<sup>11</sup> Dans le rapport complémentaire de l'Opposition officielle, les députés de l'Alliance canadienne Randy White et Kevin Sorenson qualifient cette recommandation de « grotesque » : « Il ne faut pas procurer des seringues aux détenus en vertu de programmes d'échange de seringues pour la bonne et simple raison que ce serait dangereux pour les gardiens et les autres détenus. » Ici comme ailleurs dans leur rapport, MM. White et Sorenson font preuve d'un manque plutôt choquant de connaissance et de

compréhension, alors qu'ils ont participé pendant 18 mois à un comité d'examen de l'usage de drogue et de médicaments. Le Comité a étudié le cas de nombreuses prisons d'Europe où des programmes d'échange de seringues existent depuis près de dix ans et où les employés correctionnels affirment eux-mêmes que cela contribue à la sécurité en prison, plutôt que d'entraîner des risques. Des experts canadiens et internationaux ont recommandé l'introduction de programmes d'échange de seringues en prison, à la lumière des bienfaits révélés par les évaluations de telles initiatives dans certains pays.<sup>12</sup>

D'autres recommandations du Comité proposent notamment que le SCC :<sup>13</sup>

- soit tenu d'élaborer et de mettre en œuvre un plan triennal visant à réduire considérablement la circu-

lation de drogues illicites dans les prisons;

- accorde aux détenus l'accès à des traitements de substitution (comme l'entretien à la méthadone), selon des critères d'admissibilité semblables à ceux en vigueur dans la communauté;
- « continue de promouvoir l'abstinence comme principal objectif de traitement »;
- amorce un projet pilote visant la création de deux établissements correctionnels fédéraux destinés aux détenus qui souhaitent purger leur peine dans un environnement exempt de drogues et leur offrant un accès à des traitements intensifs et à du soutien; et
- veille à la disponibilité d'un nombre suffisant de programmes et de places au sein de ceux-ci, afin que les détenus aient accès à des traitements de la toxicomanie immédiatement après leur incarcération, si nécessaire.

Dans son rapport supplémentaire, la députée Libby Davies remet en question la viabilité des recommandations que l'abstinence soit le principal objectif de traitement et que le SCC soit mandaté d'élaborer et de mettre en œuvre un plan triennal pour réduire la circulation de drogues illicites en prison. Selon Mme Davies,

[ces recommandations] ne tiennent pas compte de la réalité des drogues dans nos prisons. Le NPD mettrait davantage l'accent

sur les mesures de réduction des méfaits, comme l'échange de seringues et l'accès élargi au traitement, solution selon lui plus pratique.

Davies poursuit : « [Le NPD] croit que la recommandation 34 (création de deux établissements correctionnels sans drogues) est contradictoire, contre-productive et discriminatoire compte tenu de la nécessité évoquée à la recommandation 35 de fournir des services de traitement adéquats à tous les délinquants. »

De fait, l'analyse du Comité sur l'usage de drogue en prison est au mieux incomplète; elle se fonde sur une piètre compréhension de la situation qui prévaut dans les établissements correctionnels fédéraux, relativement à l'usage de drogue, aux traitements, à la prévention et à la prohibition. Le SCC a déjà augmenté considérablement les ressources consacrées à ses tentatives d'empêcher l'entrée de drogue dans ses établissements. Des unités dites de « soutien intensif » (ou unités sans drogue) ont par ailleurs été créées dans la plupart des établissements fédéraux. Comme dans la communauté, il est primordial que des ressources supplémentaires soient affectées aux traitements, à la prévention et aux efforts de réduction des méfaits plutôt qu'à des stratégies de prohibition qui échouent (et dont une multitude de données scientifiques démontrent l'inefficacité).<sup>14</sup>

## Irlande – Un rapport exhorte à des mesures contre le VIH et le VHC en prison

**Le VIH et l'hépatite C ont atteint des proportions épidémiques dans les prisons irlandaises, mais les mesures de prévention et les services de santé fournis par le Service correctionnel de l'Irlande sont loin de correspondre à ceux offerts dans la communauté ainsi qu'aux modèles de meilleures pratiques d'autres pays européens et nord-américains. Cette observation fait partie des principaux constats d'un rapport publié à Dublin en juillet 2002. *A Call for Action: HIV and Hepatitis C in Irish Prisons* a été préparé conjointement par l'Irish Penal Reform Trust et le Merchants Quay Ireland.<sup>15</sup> À partir d'études et d'expériences irlandaises et internationales, le rapport formule 21 recommandations à l'intention du gouvernement de l'Irlande, pour la mise en œuvre d'une réaction compatissante et complète au VIH et au virus de l'hépatite C (VHC) en prison.<sup>16</sup> L'auteur du rapport, Rick Lines, en présente ici un résumé. On peut le joindre à [ricklines@yahoo.com](mailto:ricklines@yahoo.com) pour plus d'information.**

### Situation actuelle

En Irlande, le taux de VIH est 10 fois plus élevé en prison que dans l'ensemble de la population; ce ratio grimpe à 100 fois dans le cas du VHC.<sup>17</sup> De nombreuses études ont démontré que les comportements à risque élevé de transmission du VIH et du VHC – comme le partage de matériel d'injection, les rapports sexuels non protégés et le tatouage – ont cours dans les prisons irlandaises; ils y sont même répandus.<sup>18</sup>

Bien que l'Irish Prison Medical Service ait pour mandat de « fournir aux détenus des soins de santé primaires (prévention, traitement et réadaptation à la santé) d'une norme au moins équivalente à ceux offerts aux citoyens dans la communauté générale »[trad.],<sup>19</sup> le rapport conclut que la réaction des services correctionnels accuse un important retard sur les meilleures pratiques internationales dans la plupart des domaines. Les détenus irlandais n'ont pas accès à des mesures de réduction des méfaits comme l'eau de Javel et l'échange de seringues. L'Irlande demeure l'un des

seuls pays de l'Union européenne à ne pas fournir de condoms à ses détenus. La méthadone est disponible uniquement dans les prisons de la région de Dublin et principalement aux détenus qui suivaient ce traitement avant leur incarcération.<sup>20</sup>

Le rapport révèle aussi que l'accès aux soins de santé est inconsistant et inadéquat, pour les détenus vivant avec le VIH/sida et/ou le VHC. Les soins de santé primaires sont prodigués par des omnipraticiens embauchés à temps partiel; et plusieurs services ne sont pas fournis par des infirmières qualifiées mais plutôt par des préposés aux soins – des agents de sécurité qui n'ont qu'une formation de base en premiers soins. L'auteur souligne qu'il n'existe pas de « centres hospitaliers » dans les prisons irlandaises – et que bien que l'établissement de Mountjoy (Dublin) dispose d'une « unité médicale », on l'a récemment qualifiée d'« impropre à quasiment toute fin médicale »[trad.].<sup>21</sup> Plusieurs détenus vivant avec le VIH/sida sont hébergés dans cette unité.

## Recommandations

Le rapport offre des recommandations dans trois domaines :

Dans le domaine de la *prévention* et de l'*éducation*, l'auteur exhorte le gouvernement irlandais à fournir en prison les mêmes mesures de prévention et de réduction des méfaits que dans la communauté (où leur efficacité a été démontrée). L'accès à des condoms, à de l'eau de Javel concentrée et à du matériel d'injection stérile doit être permis de façon urgente. Le programme d'entretien à la méthadone doit être étendu aux établissements hors de la région de Dublin.

Dans le domaine des *soins*, des *traitements* et du *soutien*, l'auteur recommande que des unités de santé dotées de ressources humaines et financières adéquates soient créées dans tous les établissements. L'accès à des services médicaux complets doit être uniforme d'un établissement à l'autre, à travers le pays. Les détenus vivant avec le VIH/sida et/ou le

VHC doivent bénéficier d'une alimentation adéquate et suffisante, en plus d'avoir un accès égal et non discriminatoire à des traitements de la toxicomanie et à des médicaments anti-douleur.

Dans le domaine de la *confidentialité* et du *test de sérodiagnostic*, l'auteur recommande que tous les détenus aient un accès facile à des tests confidentiels du VIH et du VHC, et que le counselling pré- et post-test devienne une composante obligatoire du protocole de test.

## Réaction

Le rapport a été rendu public à Dublin le 26 juillet 2002. Les organismes communautaires l'ont accueilli favorablement; les constats pourront servir de fondement à leurs futurs efforts de défense des droits. Le rapport et ses recommandations ont suscité une intense couverture médiatique; il a fait la manchette des principaux médias imprimés, télévisés et

radiophoniques.<sup>22</sup> *L'Irish Examiner*, un important quotidien irlandais, a publié un éditorial exhortant le gouvernement à mettre en œuvre les recommandations du rapport.

La réaction de la Prison Officer's Association (syndicat des agents correctionnels) fut moins enthousiaste. Leurs porte-parole se sont prononcés contre l'introduction de programmes d'échange de seringues en prison; ils se sont toutefois montrés ouverts à envisager la distribution de condoms.<sup>23</sup>

Au moment d'aller sous presse, on attendait encore la réponse formelle du ministre de la Justice.

On peut se procurer le document *A Call for Action: HIV and Hepatitis C in Irish Prisons* de Rick Lines (Irish Penal Reform Trust/Merchants Quay Ireland, juillet 2002) en version électronique auprès de son auteur, à ricklines@yahoo.com. Des exemplaires imprimés sont disponibles auprès du Irish Penal Reform Trust et du Merchants Quay Ireland (voir les sites Internet mentionnés à la note 16).

## Autres développements

**Un survol d'autres éléments à noter – événements, développements et publications – en matière de VIH/sida, d'hépatite C et d'usage de drogue en prison.**

### L'eau de Javel : mieux que rien du tout

Une nouvelle étude conclut que l'eau de Javel peut aider à prévenir la transmission du virus de l'hépatite C (VHC). Dans un article publié dans la revue *Epidemiology* de novembre 2002, Kapadia et Vlahov, des chercheurs affiliés à la New York Academy of Medicine, rapportent que parmi les plus de 450 utilisateurs de drogue à l'étude, ceux qui ont affirmé avoir toujours nettoyé leurs seringues à l'eau de Javel étaient de 65% moins susceptibles d'avoir contracté le VHC

que ceux qui n'avaient pas procédé au nettoyage de la seringue à l'eau de Javel. Ceux qui ont déclaré n'avoir « pas à toutes les fois » utilisé de l'eau de Javel avaient pour leur part 24% moins de risque.

Les auteurs ont souligné que les moyens les plus sûrs d'éviter l'infection étaient l'abstinence d'injection et l'utilisation de seringues stériles. Autrement, l'utilisation d'eau de Javel pour le nettoyage de la seringue offre une option qui réduit le risque de transmission du VHC. « L'eau de Javel est mieux que rien, a résumé

Vlahov, mais elle ne remplace pas l'usage d'une seringue stérile pour chaque injection. »<sup>24</sup>

### Russie – 36 000 détenus vivent avec le VIH/sida

D'après un reportage qui citait le sous-ministre russe de la Justice, Yuri Kalinin, « le plus grave problème parmi les détenus est le nombre croissant de cas de sida ». Kalinin a fait savoir que 36 000 des 891 000 personnes actuellement détenues en Russie vivent avec le VIH ou le sida. Par ailleurs, 90 000 détenus auraient la tuberculose et jusqu'à 300 000 éprouveraient des problèmes d'ordre mental.<sup>25</sup>

### Italie – Un détenu sur dix vit avec le VIH

Un nombre effarant de détenus italiens vivent avec le VIH, d'après des données préliminaires dévoilées le 26 novembre 2002 à Turin, Italie. L'estime est basé sur une étude effectuée dans 14 des 217 prisons de l'Italie. D'après le Dr Starnini, président de la Société italienne de santé et de médecine pénitentiaire, entre 5 000 et 7 000 détenus italiens pourraient être atteints du VIH. La plupart de ceux qui ont reçu un sérodiagnostic positif dans le cadre de l'étude n'étaient pas au courant de leur séropositivité. Les résultats complets de l'enquête et une analyse plus complète de l'état de santé dans les prisons italiennes seront rendus publics en mai 2003.<sup>26</sup>

### Lituanie – Une flambée de VIH en prison secoue le pays

Des tests randomisés effectués en 2002 dans la prison d'Alytus (Lituanie), par le Centre sida gouvernemental, ont établi que 263 détenus de cette prison vivaient avec le VIH. Des tests dans les 14 autres prisons n'ont permis de déceler que 18 cas. Avant les tests dans l'établissement d'Alytus, les autorités lituaniennes n'avaient répertorié que 300 cas de VIH dans toute la population du pays, soit moins de 0,01% de la population (ce qui constituait le plus faible taux de prévalence en Europe). Des sources ont affirmé que la flambée d'infection à VIH dans la prison d'Alytus était due au partage de matériel pour l'injection de drogue. Un détenu, déplorant les conditions de vie dans cet établissement, a déclaré : « Même des cochons ne mangeraient pas ce qu'on nous sert. On n'a pas de travail à faire. La drogue est le seul divertissement ».<sup>27</sup>

### Nouvelle-Zélande – Condoms et seringues?

D'après un article de journal publié en 2002, le ministère néo-zélandais des Corrections et celui de la Santé ont recommandé que des programmes de réduction des méfaits, y compris la distribution de condoms et de matériel d'injection stérile, soient amorcés dans les prisons du pays. En septembre 2002, cependant, aucune politique officielle en la matière n'avait encore été adoptée.<sup>28</sup>

### Malawi – Projet sur le VIH/sida à l'intention des détenus

Au Malawi, un projet sur la santé en prison bat son plein dans 21 établissements correctionnels. En plus de disséminer de l'information et du matériel éducatif sur la prévention du VIH, le programme fournit gratuitement des traitements pour les infections transmissibles sexuellement (ITS), le paludisme et la rage. Il informe aussi les détenus d'une variété de services de planification familiale offerts en clinique et les incite à y accéder après leur remise en liberté. Le projet prône la distribution de condoms dans les prisons, mais en vain. Les autorités correctionnelles « refusent de reconnaître » l'existence de pratiques sexuelles non sécuritaires en prison. Un responsable du projet a déclaré : « D'après notre expérience, les comportements à risque élevé y sont répandus. De nombreux cas d'ulcères génitaux et d'autres ITS nous l'indiquent. »[trad.]<sup>29</sup>

### Zambie – Besoin d'une réaction solide en prison

Dans une lettre au *British Medical Journal*, Simooya et Sanjobo ont cité les résultats d'une étude sur la prévalence du VIH et les comportements à risque dans les prisons de la Zambie, où le taux de VIH s'élève à 27%

(tandis que la moyenne nationale est de 19%). Les auteurs estiment que « certains détenus peuvent contracter l'infection en prison. Lors d'entrevues individuelles, seulement 4% d'entre eux ont dit avoir des rapports sexuels avec des hommes, mais leurs réponses à des questions indirectes portent à croire que cette proportion pourrait être beaucoup plus élevée. Aucune prison ne fournit de condoms. » Dix-sept p. cent des détenus se sont fait tatouer en prison et 63% affirment partager des lames de rasoir.<sup>30</sup>

### Ressources, publications

#### Un énoncé de consensus exhorte à l'expansion des traitements contre le VHC

La plupart des systèmes correctionnels des États-Unis pourraient réviser leur approche et leur protocole de traitement de l'hépatite C, à la lumière d'un énoncé de consensus publié en septembre 2002, exhortant à l'expansion des traitements contre le VHC pour y inclure des populations jadis exclues. En septembre, un panel de 12 experts mandaté par les U.S. National Institutes of Health (NIH) a rendu public un énoncé déclarant que les utilisateurs de drogue par injection, les consommateurs d'alcool et d'autres individus présentant des facteurs de co-morbidité (comme la dépression et le VIH) devraient être admissibles au traitement.<sup>31</sup> Ce nouvel énoncé marque un changement important par rapport à un énoncé précédent émis en 1997 par un panel semblable des NIH, qui excluait ces populations du traitement. Le U.S. Federal Bureau of Prisons procède à la reformulation de ses directives pour le traitement du VHC, à la lumière du nouvel énoncé. Plusieurs systèmes correctionnels d'États sont

susceptibles de suivre l'exemple en appliquant des protocoles qui élimineront les obstacles à ce traitement.

[www.hcvinprison.org](http://www.hcvinprison.org)

Le site Internet de la (U.S.) National Hepatitis C Prison Coalition donne accès aux directives de traitement du VHC en vigueur dans 20 départements correctionnels d'États.

### Rapport de 2000 sur le VIH dans les prisons aux États-Unis

Le rapport de 2000 sur le VIH dans les prisons aux É.-U., préparé par le Bureau of Justice Statistics, a été déposé sur Internet en novembre 2002.<sup>32</sup> Ce rapport annuel indique le nombre de cas de VIH et de sida recensés parmi les détenus de chaque État et du système fédéral américain à la fin de 2000 et contient des renseignements sur le nombre de décès liés au sida et sur les politiques de test du VIH, la répartition des cas de sida selon le sexe, et des comparaisons avec les taux de sida dans la population générale.

### « A review of the legal and ethical issues for the conduct of HIV-related research in prisons »<sup>33</sup>

Cet article décrit des obstacles dans l'accès aux essais cliniques, la démographie du VIH/sida dans les prisons américaines et la problématique unique soulevée par le potentiel de recherches sur le VIH en prison; il examine aussi l'historique de la recherche auprès de détenus aux États-Unis. Il aborde les aspects éthiques et juridiques des essais cliniques en prison, formule des recommandations sur les conditions nécessaires à la réalisation d'études éthiques dans ce contexte, puis en appelle à une colla-

boration plus étroite entre les systèmes de prisons et les chercheurs qui procèdent à des essais cliniques sur le VIH, pour favoriser un accès élargi à ces études.

<sup>1</sup> Rick Lines, *La lutte au VIH/sida dans nos prisons : trop peu, trop tard – Un rapport d'étape*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm)).

<sup>2</sup> Voir R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996, à la p. 5, pour une liste des organismes qui ont abordé la question du VIH/sida en prison, entre 1987 et 1992. Le *Rapport final* est accessible via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/prisons.htm).

<sup>3</sup> Voir, en particulier, Organisation mondiale de la santé, *Déclaration de la consultation sur la lutte contre le SIDA dans les prisons*, Programme global sur le sida, Genève, OMS, 1987; et *Directives de l'OMS sur l'infection à VIH et le SIDA dans les prisons*, Genève, OMS, 1993. Accessibles à l'annexe 5 du *Rapport final* de 1996, *supra*, note 2.

<sup>4</sup> PASAN, *HIV/AIDS in Prison Systems: A Comprehensive Strategy*, Toronto, PASAN, juin 1992.

<sup>5</sup> Service correctionnel du Canada, *Le VIH/SIDA en milieu carcéral : Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1994.

<sup>6</sup> *Supra*, note 2.

<sup>7</sup> *Ibid.*, à la p. 106.

<sup>8</sup> Service correctionnel du Canada, *Infectious Diseases Year 2000*, Ottawa, SCC, 13 février 2001. Toutes les données sur le VIH/sida et l'hépatite C dans les prisons fédérales sont tirées de ce document.

<sup>9</sup> Chambre des communes Canada, *Politique pour le nouveau millénaire : redéfinir ensemble la Stratégie canadienne antidrogue*, rapport du Comité spécial sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments, Ottawa, Chambre des communes, décembre 2002 (accessible via [www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/SNUD/Studies/Reports/snudrp02-f.htm](http://www.parl.gc.ca/InfoComDoc/37/2/SNUD/Studies/Reports/snudrp02-f.htm)).

<sup>10</sup> *Ibid.*, p. 119.

<sup>11</sup> *Idem* (recommandation 32).

<sup>12</sup> Voir les nombreux articles à ce sujet dans la *Revue canadienne VIH/sida et droit* (via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin-tdm.htm#p](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin-tdm.htm#p)).

<sup>13</sup> *Supra*, note 9, recommandations 30-31 et 33-35.

<sup>14</sup> Wood E et coll., « Impact of supply-side policies for control of illicit drugs in the face of the AIDS and overdose epidemics: investigation of a massive heroin seizure », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 168(2) : 165-169, à la p. 168, avec multiples références.

<sup>15</sup> L'Irish Penal Reform Trust est le principal organisme de défense des droits des détenus en Irlande ([www.penal-reform.ie](http://www.penal-reform.ie)). Le Merchants Quay Ireland est l'un des plus anciens organismes de lutte contre le VIH/sida et des principaux défenseurs des droits des utilisateurs de drogue et des fournisseurs de services de réduction des méfaits au pays ([www.mqj.ie](http://www.mqj.ie)).

<sup>16</sup> Ce rapport fait référence aux établissements correctionnels situés dans les 26 comtés du Sud de la République d'Irlande. Il ne tient pas compte de ceux des 6 comtés du Nord du pays.

<sup>17</sup> Une étude de 1999 a mesuré un taux de VIH de 2% et un taux de VHC de 37%, parmi une population de 1 200 femmes et hommes détenus. Cette même étude a révélé que près de la moitié des détenues examinées étaient porteuses du VHC. Voir Allwright, S. et coll., *Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in Irish Prisoners: Prevalence and Risk*, The Stationery Office, Dublin, 1999. En 2000, une étude auprès de 600 individus en détention provisoire a recensé un taux de VIH de 2% et un taux de VHC de près de 22%. Chez les femmes, le taux de VIH atteignait presque 10% et le taux de VHC, 56%. Voir Long, J. et coll., *Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in Irish Prisoners, Part II: Prevalence and risk in committal prisoners 1999*, The Stationery Office, Dublin, 2000. Pour plus d'information sur ces rapports, voir « Le VIH/sida en prison : nouveaux développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 14-21, aux p. 18-20 (accessible via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin-tdm.htm#p](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin-tdm.htm#p)).

<sup>18</sup> *Ibid.*

<sup>19</sup> Department of Justice, *The Management of Offenders – A Five Year Plan*, The Stationery Office, Dublin, 1994, à la p. 51.

<sup>20</sup> Pour plus d'information sur l'accès à la méthadone dans les prisons irlandaises, 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) : 81-84.

<sup>21</sup> Group to Review the Structure and Organisation of Prison Health Care Services, *Report of the Group to Review the Structure and Organisation of Prison Health Care Services*, Ministry of Justice, Equality and Law Reform, Dublin, septembre 2001, à la p. 43 (accessible via [www.irishprisons.ie](http://www.irishprisons.ie)).

<sup>22</sup> Voir par exemple [www.rte.ie/news2/2002/0726/prison.html](http://www.rte.ie/news2/2002/0726/prison.html).

<sup>23</sup> *Ibid.*

<sup>24</sup> Nagourney E., « Prevention: New ideas on bleach and needles », *New York Times*, 19 novembre 2002.

<sup>25</sup> « More than half of Russian convicts are ill », 27 novembre 2002 (ITAR-Tass et Interfax).

<sup>26</sup> Lorenzi R., « One in 10 Italian prisoners HIV positive: study », cité dans *Health – Reuters*, 27 novembre 2002.

<sup>27</sup> Dapkus L., « Prison's rate of HIV frightens a nation », *Associated Press*, 29 septembre 2002.

<sup>28</sup> Scanlon G., « Prisoners get condoms and needle cleaner », *Dominion Post*, Wellington, Nouvelle-Zélande, 23 septembre 2002.

<sup>29</sup> « Malawi: HIV/AIDS project reaches out to prisoners », *PlusNews*, 13 novembre 2002.

<sup>30</sup> Simooya O., Sanjolo N., « Study in Zambia showed that robust response is needed in prisons », *British Medical Journal*, 2002, 324 : 850 (6 avril).

<sup>31</sup> L'énoncé de consensus final est accessible via [http://consensus.nih.gov/cons/116/116cdc\\_intro.htm](http://consensus.nih.gov/cons/116/116cdc_intro.htm).

<sup>32</sup> [www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/hivp00.htm](http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/abstract/hivp00.htm)

<sup>33</sup> Lazzarini Z., Altice FL., *AIDS & Public Policy Journal*, 2000, 15(3/4) : 105-135.

# 1<sup>e</sup> édition des Prix de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains

de la page 1

## Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU)

Avec plus de 1 000 membres et 800 pairs bénévoles, VANDU est l'une des plus solides associations d'utilisateurs de drogue au monde. Cet organisme a vu le jour et travaille encore principalement dans le Downtown Eastside de Vancouver, un des quartiers les plus défavorisés au Canada, où les utilisa-

Avec plus de 1 000 membres et 800 pairs bénévoles, VANDU est l'une des plus solides associations d'utilisateurs de drogue au monde.

teurs de drogue vivent en situation de grave risque pour la santé. De 1996 à 2000, une moyenne de 300 décès par surdose ont été recensés dans ce quartier à chaque année, ce qui en a fait la principale cause de décès parmi les adultes de 30 à 49 ans. En 1997, on y a documenté une épidémie explosive de VIH – qui demeure l'une des pires épidémies du genre dans le monde industrialisé; et plus de 90% des utilisateurs de drogue du Downtown Eastside vivent avec l'hépatite C. En 1997, des individus se sont regroupés pour former un organisme dirigé par des utilisateurs de drogue. Ce regroupement est devenu le Vancouver

Area Network of Drug Users (VANDU). Ses fondateurs considéraient que trop peu d'actions étaient posées pour réagir aux problèmes urgents de santé et que le point de vue des « utilisateurs » n'était pas entendu. Au début, les fondateurs de VANDU ont organisé des groupes de discussion. La première rencontre a eu lieu en plein cœur de la scène d'injection de drogue à Oppenheimer Park. Les organisateurs ont demandé à des utilisateurs d'exprimer leurs préoccupations et leurs besoins. Leurs premières questions étaient simples : « Quels sont les problèmes rencontrés par les utilisateurs de drogue? » et « Qu'est-ce qui vous aiderait le plus, présentement? ». Les animateurs ont noté les réponses. Ils ont continué d'annoncer les rencontres dans le quartier, puis, en quelques mois, des centaines d'utilisateurs participaient aux discussions pour planifier des actions axées sur leurs besoins.

Au fil du temps, VANDU a accru sa capacité et élargi ses activités. En plus de s'adonner à un activisme politique continu et de participer à des groupes de travail communautaires et gouvernementaux, il éduque le public et fournit divers programmes de soins et de soutien aux utilisateurs de drogue, notamment des groupes de soutien pour les femmes séropositives, les personnes qui ont l'hépatite C et les utilisateurs de méthadone, ainsi qu'un programme d'échange et de récupération de seringues, une patrouille de rue, et des programmes de soutien dans la rue, les auberges urbaines et les hôpitaux.

« J'aurais aimé pouvoir dire qu'il existe des lieux sécuritaires pour l'injection et que le nombre de décès a été réduit à un niveau raisonnable, s'il en est un. »<sup>3</sup>

– Ann Livingston

Un exemple du travail novateur de l'organisme : son programme de patrouille de rue. Après avoir observé une hausse importante du nombre de surdoses mortelles le jour où les chèques d'aide sociale sont émis – communément appelé « mercredi de l'aide sociale » – des bénévoles ont demandé une formation en réanimation cardio-respiratoire et en premiers soins, puis ils ont commencé à se promener dans des ruelles et d'autres endroits où peu d'intervenants en santé osent s'aventurer. Des équipes se relaient 24 heures sur 24, durant trois jours. Elles donnent des premiers soins, procèdent à l'échange de seringues et réagissent aux surdoses et autres urgences.

Puisque de nombreux utilisateurs de drogue avaient de la difficulté à se procurer des seringues neuves après la fermeture à 20h du comptoir fixe d'échange de seringues, VANDU a décidé d'en ouvrir un autre au célèbre carrefour des rues Main et Hastings. Ce comptoir est géré par deux équipes de bénévoles, de 20h du soir à 4h du matin. Environ 1 200 seringues y sont échangées, chaque nuit. Bien que la difficulté d'accès à des seringues propres soit le principal facteur de prédiction de l'infection à VIH, dans le Downtown Eastside, les autorités policières ont récemment fermé le comptoir de VANDU. En réaction à des pressions de chercheurs en santé et

d'activistes, les activités du comptoir ont repris. (Voir « Vancouver – Descente policière à un comptoir d'échange de seringues dirigé par des utilisateurs de drogue », dans la rubrique *Nouvelles canadiennes* du présent numéro.)

VANDU influence également la culture du milieu des utilisateurs de drogue du Downtown Eastside en favorisant le sentiment de soins mutuels et de la responsabilité, parmi les personnes qui utilisent des drogues, ainsi qu'en favorisant le soutien par les pairs, les pratiques sécuritaires pour l'usage de drogue et la participation à la communauté locale. L'impact de l'organisme ne doit pas être sous-estimé – un membre fondateur le décrit ainsi :

VANDU fait appel à l'expérience et à la sagesse collectives, mais il réussit aussi à te donner une autre vision de toi-même. Je m'implique dans ça pour ce que je suis, et non pour ce que je ne suis pas. Pour ce que je suis, comme toxicomane, pauvre, qui a l'hépatite C, qui a vécu dans des taudis, etc. Quand quelqu'un te dit « oui, ça fait de toi une personne qui a de la valeur. Tu as beaucoup à donner pour aider les gens et sauver d'autres vies, et ton expérience peut faire ça », ça te donne une autre image de toi-même.<sup>2</sup>

M. Dean Wilson et Mme Ann Livingston, respectivement membre du conseil d'administration et coordonnatrice de projet à VANDU, ont reçu le Prix au nom de l'organisme. M. Wilson a demandé que l'on observe un moment de silence à la mémoire des 3 000 personnes qui ont perdu la vie dans le Downtown Eastside. Mme Livingston a confié ceci :

J'aurais aimé avoir plus de raisons de célébrer. J'aurais aimé

pouvoir dire qu'il existe des lieux sécuritaires pour l'injection et que le nombre de décès a été réduit à un niveau raisonnable, s'il en est un. On ne prend pas souvent de recul, à VANDU, pour regarder ce que l'on a accompli. Le climat est très mouvementé, dans le Downtown Eastside, parce que la situation continue jour et nuit, et qu'on la vit avant tout. Ce n'est pas vraiment un travail, c'est plutôt une sorte de vocation.

Je dois admettre que je suis fatiguée d'attendre que les recommandations de nombreux rapports soient transformées en actions. Tout ce dont VANDU et les utilisateurs de drogue ont besoin, c'est que des personnes « straight » de renom, éduquées et qui ont un statut social particulier, prennent la part des plus pauvres et reconnaissent que ce n'est pas correct de laisser mourir ces gens.<sup>4</sup>

### Dr Wan Yanhai

Le Dr Wan Yanhai est coordonnateur de l'AIZHI Action Project [Projet d'action contre le sida], un organisme non gouvernemental qu'il a fondé en 1994. Établi à Beijing, le projet offre pratiquement les seuls renseignements de base sur le VIH/sida qui sont accessibles aux Chinois, par le biais d'un site Internet très fréquenté ([www.aizhi.org](http://www.aizhi.org)).

Diplômé de la Fudan University School of Medicine de Shanghai en 1988, il a été à l'emploi du National Health Education Institute de 1988 à 1994. Durant cette période, il a joué un rôle crucial dans l'élaboration des premiers programmes gouvernementaux de counselling et d'information sur la transmission du VIH. Il a notamment aidé à la création de la première ligne téléphonique d'infor-

Le Dr Wan « a pris des risques extraordinaires pour briser la conspiration du silence au sujet du sida, en Chine, et pour protéger les droits des personnes touchées. »<sup>5</sup>

– Ralf Jürgens

mation sur le VIH/sida en Chine, dont le but initial était de fournir des renseignements généraux sur la nature du VIH/sida et les moyens de prévention. Sous la direction du Dr Wan, elle est aussi devenue un véhicule de promotion des droits des homosexuels.

En Chine, les autorités de la santé prétendaient que la propagation du VIH pouvait être contrôlée en refusant aux personnes séropositives l'entrée au pays et en isolant les Chinois porteurs de l'infection. Cette position officielle allait à l'encontre du point de vue du Dr Wan, selon lequel le VIH/sida devrait être considéré comme une question de politiques et de droits civils. Devant un gouvernement réticent à reconnaître que la communauté gaie était vulnérable, il a affirmé que les homosexuels devaient avoir le droit de former des groupes de soutien pour lutter contre la propagation du VIH. De plus, il a appuyé publiquement la formation de groupes d'entraide pour les travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogue.

Après son affirmation des droits des homosexuels et d'autres communautés marginalisées, le Dr Wan fut accusé de promouvoir l'homosexualité et la prostitution. En 1993, le programme gouvernemental de

counselling sur le VIH/sida était abandonné. Un an plus tard, le Dr Wan était congédié.

Depuis le milieu des années 90, il coordonne un réseau d'activistes – l'AIZHI Action Project – pour s'attaquer à l'ignorance qui entoure le VIH/sida et élargir les efforts de prévention en Chine. Par l'éducation, le counselling, des sondages d'opinion, des recherches, des publications et des conférences visant à formuler des recommandations de politiques à l'intention du gouvernement, l'AIZHI Action Project a donné un premier aperçu de la population gaie du pays et de ses besoins en matière de santé.

Récemment, l'AIZHI Action Project a élargi ses programmes d'éducation et d'aide en matière de VIH/sida, pour y inclure les travailleurs du sexe et les travailleurs ruraux et migrants. Le Dr Wan et ses collègues coordonnent des efforts pour aider des centaines d'orphelins dont les parents sont décédés du sida. En Chine, les orphelins du sida font l'objet d'une grave discrimination sociale et reçoivent peu d'aide du gouvernement; plusieurs sont expulsés de leur école, en raison de l'ignorance quant aux voies de transmission du VIH.

### **Le scandale du prélèvement de sang dans la province du Henan**

Sous la direction du Dr Wan, le projet a coordonné une campagne remarquable dans la province de Henan, où des centaines de milliers de villageois ont contracté le VIH en raison de mauvaises pratiques de prélèvement de sang dans des centres gouvernementaux. Ces gens vendaient de leur sang à l'industrie des produits biologiques pour rehausser leurs revenus – le plasma était le produit commercial convoité. Une fois prélevé, le sang vendu par les villageois était groupé et traité, puis le reste leur était réin-

jecté. Un seul échantillon de sang contaminé par le VIH pouvait ainsi infecter l'ensemble du bassin.

Le Dr Wan et ses collègues ont contesté des règlements gouvernementaux, mis en lumière des tentatives d'autorités locales de dissimuler l'épidémie rurale de VIH/sida, et lutté contre les préjugés sociaux répandus à l'égard des victimes du scandale de prélèvement du sang et de leurs familles. Malgré un harcèlement policier constant et les menaces de responsables gouvernementaux, les activistes du projet continuent de visiter des villages du Henan, de documenter la propagation du VIH et de formuler des recommandations pour l'action sociale et l'aide gouvernementale. Dans ce cadre, l'équipe du Dr Wan fait appel à de jeunes bénévoles de Beijing qui travaillent en partenariat avec des jeunes de villages ciblés, pour distribuer de l'information élémentaire et du matériel éducatif sur le VIH/sida.

### **La détention du Dr Wan par le gouvernement chinois**

En dépit de son rôle central dans la réaction au VIH/sida en Chine, l'AIZHI Action Project se heurte encore à des difficultés considérables. En juillet 2002, il a été expulsé de ses bureaux dans une université privée de Beijing, après que des responsables gouvernementaux aient fait pression sur l'université pour qu'elle y mette fin – une mesure appliquée quatre jours après la publication d'un rapport de l'ONU dénonçant l'inaction du gouvernement chinois devant une épidémie de VIH/sida dévastatrice, et quelques semaines après que l'organisme du Dr Wan ait rendu publics des renseignements sur le décès de 170 habitants de la province de Henan qui avaient contracté le VIH par prélèvement sanguin.

Le 24 août 2002, le ministère de la Sécurité d'État a incarcéré le Dr Wan. Pendant plusieurs semaines, son épouse Su Zhaosheng (étudiante aux États-Unis) ne savait pas où il se trouvait. On lui confirma éventuellement que son époux était détenu pour avoir disséminé à une liste électronique un document confidentiel sur l'épidémie de VIH/sida parmi des villageois qui avaient vendu de leur sang dans le Henan. Mme Su a accepté le Prix international de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains au nom de son époux. (La sélection du Dr Wan comme récipiendaire d'un prix n'était pas liée à sa détention. Un comité consultatif international en avait décidé ainsi en juillet, à Barcelone.)

En septembre, la communauté internationale a protesté contre la détention du Dr Wan; notamment, des manifestations ont eu lieu à New York et à Paris; aux États-Unis, devant la visite imminente du président chinois Jiang Zemin, des représentants du Département d'État se sont dit préoccupés par la disparition de l'activiste; et les autorités chinoises de la santé ont été avisées que leur demande de 90 millions \$US au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme ne serait pas approuvée si le Dr Wan était maintenu en détention.

Le Dr Wan a été libéré le 20 septembre 2002. En apprenant qu'une campagne mondiale s'était organisée pour sa libération, il a déclaré : « Je suis grandement ému et reconnaissant. Je suis touché que mes amis impliqués dans la lutte contre le sida n'aient pas ralenti ou délaissé leurs efforts à cause de ma situation ». Le Dr Wan a promis que son travail de lutte contre le sida en Chine ne serait pas compromis : « Si cet incident peut contribuer à soulever des préoccupa-

tions et à mobiliser du soutien pour les victimes du sida et leurs familles et enfants au pays, c'est une opportunité que nous devons saisir ».<sup>6</sup>

– Thomas Kerr et Thomas Haig

Thomas Kerr est un coordonnateur de recherche au British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS. On peut le joindre à [thkerr@shaw.ca](mailto:thkerr@shaw.ca). Thomas Haig est coordonnateur des communications au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à [thaig@aidslaw.ca](mailto:thaig@aidslaw.ca).

<sup>1</sup> Pour plus d'information sur les Prix et leurs récipiendaires, voir *Prix de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Human Rights Watch, 2002 ([www.aidslaw.ca/francais/Contenu/prix/f-brochure2002.pdf](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/prix/f-brochure2002.pdf)). Pour une transcription des discours prononcés à la remise des Prix, voir *Dix ans d'action pour la santé et les droits humains : Exposés présentés à l'occasion de l'Assemblée générale annuelle et des ateliers de perfectionnement du Réseau juridique canadien VIH/sida*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 (via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/evenements/aga2002.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/evenements/aga2002.htm)).

<sup>2</sup> *Prix de l'Action*, supra, note 1, à la p. 6.

<sup>3</sup> *Dix ans d'action*, supra, note 1, à la p. 28.

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> « Emprisonné en Chine, un activiste anti-sida est honoré à Montréal », communiqué de presse, 12 septembre 2002.

<sup>6</sup> « China frees AIDS activist after month of outcry », *New York Times*, 21 septembre 2002.

# NOUVELLES CANADIENNES

On trouve sous cette rubrique de brefs comptes rendus de développements dans la législation, les politiques et la 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. Une liste des correspondants réguliers est reproduite à la page 2; des renseignements sur les correspondants occasionnels sont donnés à la fin de leur article. La correspondance pertinente aux Nouvelles canadiennes doit être adressée à David Garmaise, rédacteur en chef de cette rubrique, à [dgarmaise@rogers.com](mailto:dgarmaise@rogers.com).

## Le Canada refuse un visa à un travailleur séropositif qui prend des antirétroviraux

**Citoyenneté et Immigration Canada a refusé la demande de visa d'un homme séropositif, malgré son bon état de santé. Ce dernier voulait s'établir au pays pour y compléter un contrat de travail de deux ans. Cette affaire soulève des préoccupations quant aux politiques canadiennes d'immigration touchant les personnes séropositives et quant à la capacité des organismes du domaine du sida d'embaucher des travailleurs séropositifs étrangers.**

Citoyenneté et Immigration Canada a refusé la demande d'un homme séropositif qui avait besoin d'un visa pour compléter un contrat de deux ans au sein d'un organisme international de lutte contre le VIH/sida. Le ministère a jugé que M. Shaun Mellors était inadmissible sur le plan médical. M.

Mellors s'est quand même vu accorder un permis de résidence temporaire, mais avec un code indiquant qu'il est peu susceptible de bénéficier de l'assurance médicale provinciale durant son séjour au Canada. M. Mellors devra payer tous ses soins médicaux, y compris les soins d'urgence, que le

problème soit lié à sa séropositivité ou non.

En vertu de la loi canadienne sur l'immigration,<sup>1</sup> on peut refuser l'entrée au pays à un étranger en raison de son état de santé, si l'on s'attend à ce qu'il place un fardeau excessif sur les services gouvernementaux. La

demande est considérée excessive si les coûts escomptés pour l'individu sont supérieurs à la moyenne canadienne. Le fardeau est calculé sur une période de cinq années; il peut s'étendre jusqu'à 10 ans pour les maladies chroniques.<sup>2</sup> Les contributions attendues d'un individu, sur les plans économique et social, ne sont pas prises en considération. Par contre, la clause du fardeau excessif ne s'applique pas aux réfugiés, aux conjoints parrainés, aux conjoints de fait et aux enfants de citoyens canadiens

M. Mellors, un Sud-Africain ouvert à propos de sa séropositivité, a été embauché par le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO) à titre de coordonnateur des politiques sur les vaccins, à Toronto. Le poste exigeait une expérience en matière de préparation communautaire aux essais de vaccins anti-VIH dans les pays en développement. L'ICASO a reçu l'approbation de Développement des ressources humaines Canada pour embaucher M. Mellors, vu le manque de candidats qualifiés au Canada.

L'examen médical de M. Mellors a révélé qu'il était en bonne santé. Il prend des antirétroviraux (ARV) mais n'a jamais eu de maladie liée au VIH. En réponse aux questions d'organismes préoccupés par les politiques canadiennes sur l'immigration touchant les personnes vivant avec le VIH/sida, Citoyenneté et Immigration Canada a indiqué que tout individu séropositif qui prend des antirétroviraux et qui demande un visa ou un statut de résident permanent sera

**La décision entache la réputation du Canada, renommé pour sa réaction juste et équilibrée au VIH/sida.**

déclaré inadmissible sur le plan médical, à moins d'être couvert par une assurance privée qui paie ses médicaments. On considère qu'en l'absence d'une assurance privée, le coût des antirétroviraux assumé par le gouvernement provincial constituerait un fardeau excessif. Le ministère affirme par ailleurs qu'une personne vivant avec le VIH/sida en bonne santé, mais qui ne prend pas d'antirétroviraux, devrait normalement être jugée admissible sur le plan médical.

Cette décision signifie que l'ICASO ne peut pas embaucher de travailleurs séropositifs qui prennent des antirétroviraux. En tant qu'organisme sans but lucratif, l'ICASO n'a pas les moyens d'assumer le coût des médicaments. Il considère que cela porte atteinte à sa crédibilité, comme organisme non gouvernemental qui œuvre à l'échelle mondiale sur les politiques et programmes liés au VIH – en plus d'entacher la réputation du Canada, renommé pour sa réaction juste et équilibrée au VIH/sida. L'ICASO et d'autres organismes s'inquiètent par ailleurs de l'impact de cette décision sur la Conférence internationale sur le sida prévue à Toronto en 2006, dont le secrétariat aura besoin d'embaucher des travailleurs

séropositifs étrangers.

En comparaison, l'International HIV/AIDS Alliance, un organisme international établi au Royaume-Uni, peut embaucher des travailleurs étrangers vivant avec le VIH/sida; ceux-ci ont alors accès au système de santé national.

L'ICASO a porté cette affaire ainsi que ses implications plus vastes à l'attention d'employés des ministères de la Citoyenneté et de l'Immigration, de la Santé, des Affaires étrangères et du Commerce international, et de la Coopération internationale, qui se sont montrés ouverts à un examen de la situation. Des développements sont attendus dans ce dossier.

Les visiteurs qui prévoient séjourner au Canada pendant moins de six mois ne sont pas tenus de subir un examen médical. Depuis le 15 janvier 2001, un test du VIH est administré à tous les autres requérants de 15 ans et plus (dans le cadre d'un examen médical).

Lorsque M. Mellors et son partenaire ont passé cet examen médical, aucun counselling pré-test ou post-test ne leur a été donné et le formulaire de consentement à signer ne leur a pas été expliqué.

– David Garmaise

<sup>1</sup> La Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés est entrée en vigueur le 28 juin 2002. Son texte est disponible sur le site Internet de Citoyenneté et Immigration Canada (via [www.cic.gc.ca](http://www.cic.gc.ca)).

<sup>2</sup> La notion de « fardeau excessif » est définie dans le Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés, partie 1, section 1, paragr. 1(1); Gazette du Canada, Partie 2, vol. 136, 14 juin 2002, p.18 (accessible via [www.cic.gc.ca](http://www.cic.gc.ca)).

# Injection supervisée : la ministre de la Santé est prête à examiner les applications pour des projets pilotes de recherche

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003, Santé Canada est prêt à recevoir les demandes d'autorisation pour l'ouverture de sites d'injection supervisés (SIS). La Ville de Vancouver a déjà fait savoir qu'elle déposerait une demande d'ici quelques mois. D'autres villes ont manifesté leur intérêt à ouvrir des SIS, notamment Montréal, Québec, Winnipeg et Victoria.

## Contexte

Devant une crise sanitaire tenace et croissante, parmi les personnes qui s'injectent de la drogue, au Canada, des appels ont été lancés de diverses parts pour que l'on ouvre des SIS, dans un effort pour réduire les surdoses, la propagation de maladies transmissibles par le sang, et d'autres problèmes sanitaires et communautaires qui entourent l'injection de drogue.

En avril 2002, le Réseau juridique canadien VIH/sida a rendu public un rapport où il analysait les questions juridiques et éthiques pertinentes à la création et au fonctionnement de SIS.<sup>1</sup> Entre autres, ce rapport recommandait que « le gouvernement fédéral ... établisse 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 ». <sup>2</sup> Le rapport recommandait aussi que, dans l'intervalle précédant l'entrée en vigueur d'un tel cadre de réglementation, « la ministre fédérale de la Santé accord[e] 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 ». <sup>3</sup>

En octobre 2002, la ministre de la Santé, Anne McLellan, a annoncé que Santé Canada allait être en mesure de recevoir dès janvier 2003 des propositions pour l'ouverture de SIS et d'accorder les exemptions. Par la suite, Santé Canada et le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie ont convoqué une rencontre au sujet des SIS, les 16 et 17 décembre 2002. Cette rencontre a permis aux participants de discuter d'un document intitulé « Projet de recherche sur un site pilote d'injection supervisée – Demande d'exemption en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, à des fins scientifiques : Document d'orientation provisoire ». La rencontre a réuni des représentants de quelques villes canadiennes (Montréal, Québec, Vancouver, Victoria et Winnipeg), des employés de Santé Canada, un

employé de Justice Canada et un du Solliciteur général, de même que des représentants du Réseau juridique canadien VIH/sida, de la Société canadienne du sida et de l'Association canadienne des chefs de police.

Des commentaires et recommandations des participants ont été pris en considération dans la préparation d'une version révisée du Document d'orientation provisoire,<sup>4</sup> qui a été distribué le 2 janvier 2003 aux participants de la réunion de décembre. Dans le mot d'accompagnement, Santé Canada affirmait que le document constituerait dès janvier 2003 la base de son examen des demandes de projets de recherche sur les sites pilotes d'injection supervisée. Le ministère souligne qu'il s'agit d'un « document vivant » et dit s'attendre à y apporter des changements « à mesure que nous pren[dr]ons de l'expérience grâce à l'information de la recherche et aux aspects pratiques de la situation lorsque les projets de recherche sur les sites pilotes d'injection supervisée s[er]ont en opération ». <sup>5</sup>

## Comment déposer une demande : le Document d'orientation provisoire

Le but énoncé du document est « d'offrir des conseils aux demandeurs qui désirent obtenir une exemption en vertu de l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*, à des fins scientifiques, pour un projet de recherche sur un site pilote d'injection supervisée au Canada ». <sup>6</sup>

Le document présente un bref aperçu de la situation du VIH/sida, de l'hépatite C et de l'injection de drogue au Canada. On y déclare : « L'usage de drogues injectables constitue un grave problème de société et de santé publique. » et l'on

explique que la création de SIS pilotes avait été suggérée comme stratégie possible dans le rapport publié en 2001 par le Comité fédéral-provincial-territorial (FPT) sur l'injection de drogue, *Réduire les méfaits associés à l'usage de drogues par injection au Canada*.<sup>7</sup> En conséquence, le Comité FPT a mis sur pied un Groupe de travail multisectoriel sur les sites d'injection supervisés (le Groupe de travail sur les SIS) afin d'examiner la faisabilité d'établir un projet de recherche scientifique et médicale sur les SIS au Canada. Le Groupe de travail sur les SIS a publié un protocole d'accord sur les sites d'injection supervisés (*Consensus Statement on Supervised Injection Sites*) et des critères minimums pour les projets pilotes de sites d'injection supervisés (*Minimum Criteria for SIS Pilot Projects*) où il concluait qu'un projet de recherche scientifique et médicale est faisable au Canada seulement si les critères suivants sont satisfaits :

1. Le projet a des objectifs clairs et mesurables et peut être évalué comme projet de recherche scientifique et médical.
2. Le projet jouit d'un appui politique à l'échelon national, provincial et municipal.
3. Un cadre légal adéquat est mis en œuvre.
4. Les sites choisis jouissent d'un appui local.<sup>8</sup>

Le Document d'orientation provisoire examine ensuite brièvement les questions juridiques et conclut à raison que, sans une intervention gouvernementale, les clients de SIS demeureraient grandement exposés à des accusations criminelles de possession de drogue illégale. (Le document avance par ailleurs que « [é]tant donné qu'il n'existe aucun règlement applicable aux sites d'injection super-

visés, les activités reliées à un tel site seraient considérées illégales aux termes de la LDS ».<sup>9</sup> Cette affirmation est probablement erronée sur le plan légal. Dans les faits, les employés ou administrateurs d'un SIS n'encourraient que peu de risques d'être déclarés criminellement responsables.<sup>10</sup> On explique ensuite que Santé Canada, en conséquence, aura recours à l'article 56 de la LDS « pour permettre la réalisation des projets pilotes de recherche scientifiques médicaux recommandés pour évaluer la création de sites d'injection supervisés comme moyen de réduire les méfaits associés à l'usage de drogues injectables ».<sup>11</sup> L'art. 56 de la LDS « accorde au ministre, aux conditions qu'il fixe, le pouvoir de soustraire des personnes de l'application de certaines ou de toutes les dispositions de la Loi s'il estime que des raisons médicales, scientifiques ou d'intérêt public le justifient ».<sup>12</sup>

Le reste du document « document a été conçu dans le but d'offrir des conseils aux personnes qui font des demandes au ministre de la Santé pour obtenir une exemption en vertu de l'article 56 à des fins scientifiques pour un projet de recherche sur un site d'injection supervisé ».<sup>13</sup> Les participants à la réunion des 16-17 décembre 2002 qui ont examiné la première ébauche du document qui leur a été présentée, ont exprimé des critiques quant au caractère superflu de certains éléments prescrits dans le document comme devant faire partie des demandes présentées à Santé Canada. Dans la plus récente version du « document vivant » transmise aux participants après la réunion, on a tenu compte de certains de leurs commentaires mais d'autres ont été ignorés.

Fait important, il est affirmé dans le document que « tentera de procéder à l'examen de la demande dans les 60

jours civils suivant sa réception et il informera le demandeur des résultats de l'examen. ».<sup>14</sup> L'on s'attend à ce que Vancouver dépose sa demande au début de février 2003. Le(s) premier(s) SIS canadien(s) pourrai(en)t donc voir le jour à la fin d'avril 2003.

— Ralf Jürgens

Ralf Jürgens est directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à ralfj@aidslaw. Un compte rendu des éventuels développements dans ce dossier sera publié dans le prochain numéro de la *Revue*.

<sup>1</sup> 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 via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm))

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 61 (recommandation 2).

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 62 (recommandation 4).

<sup>4</sup> Santé Canada (Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs), « Projet de recherche sur un site pilote d'injection supervisé – Demande d'exemption en vertu de l'article 56 de la Loi réglementant certaines drogues et autres substances, à des fins scientifiques : Document d'orientation provisoire », Ottawa, Santé Canada, 29 décembre 2002.

<sup>5</sup> Courriel aux participants de la rencontre des 16-17 décembre, signé par Beth Pierson, directrice générale intérimaire, Stratégie antidrogue et substances contrôlées, Santé Canada, en date du 31 décembre 2002.

<sup>6</sup> *Document d'orientation provisoire*, supra, note 4, paragr. 1.

<sup>7</sup> Accessible via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/loisdrogues.htm)

<sup>8</sup> *Document d'orientation provisoire*, supra, note 4, p. 2 (paragr. 2), avec référence à *Supervised Injection Site: Minimum Criteria for Pilot Projects*, Groupe de travail sur les sites d'injection supervisés, 13 décembre 2001.

<sup>9</sup> *Ibid.*, p. 3.

<sup>10</sup> Voir supra, note 1, p. 36-44.

<sup>11</sup> Supra, note 4, p. 3.

<sup>12</sup> *Ibid.*

<sup>13</sup> *Ibid.*, à la p. 5.

<sup>14</sup> *Ibid.*, à la p. 12 (paragr. 7.1.5).

# La ministre réitère son engagement à la provision de marijuana médicinale, mais l'attente se prolonge

**En pleine période de doute quant à l'engagement du gouvernement fédéral à la provision de marijuana médicinale, un premier essai clinique canadien sur le cannabis fumé s'amorce et un comité sénatorial rend public un rapport controversé et très attendu.**

Santé Canada a été critiqué pour sembler faire marche arrière dans son engagement à distribuer du cannabis cultivé au Canada à des fins thérapeutiques. La ministre de la Santé, Anne McLellan, a répondu à ces critiques en affirmant que la position du gouvernement n'avait pas changé et que les délais étaient dus à des problèmes inattendus de contrôle de la qualité des plants produits par Prairie Plant Systems Inc. à Flin Flon, au Manitoba.

Dans une lettre aux médias datée du 28 août 2002, la ministre réitère l'engagement du gouvernement aux deux « volets parallèles » du programme de marijuana thérapeutique : la recherche pour générer des données scientifiques sur les risques et avantages de l'usage de marijuana; et le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins thérapeutiques, qui permet aux titulaires d'une autorisation de posséder de la marijuana et d'en cultiver à des fins médicales.<sup>1</sup> Toutefois, il n'est pas encore clair si Santé Canada entend rendre les plants cultivés à Flin Flon disponibles aux personnes détenant une autorisation en vertu du Règlement (ou si ces plants serviront uniquement à la recherche).

Vu l'impropriété des plants cultivés au Canada, le premier essai clinique canadien sur le cannabis fumé

pour les personnes vivant avec le VIH/sida (annoncé en octobre 2002 par la Community Research Initiative of Toronto et le St. Michael's Hospital) utilise des plants venant des US National Institutes of Drug Abuse. L'étude examine l'innocuité et l'efficacité du cannabis fumé pour la stimulation de l'appétit et le gain de poids chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Ce projet pilote, auquel participent 32 patients, devrait se terminer d'ici 6 à 12 mois et fournir des données qui aideront à concevoir un essai clinique plus vaste et plus concluant.

## Le rapport Nolin

Le paradoxe de l'insistance de Santé Canada pour procéder à des recherches cliniques supplémentaires, alors qu'il échoue à fournir de la marijuana cultivée au Canada et de qualité pour la recherche, n'est qu'un exemple des nombreux problèmes décrits dans le rapport du Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, publié en septembre 2002.<sup>2</sup> Le comité, présidé par le sénateur Pierre-Claude Nolin, était mandaté d'examiner les impacts de l'usage du cannabis sur la société et sur la santé, ainsi que les politiques et approches canadiennes et internationales en matière de cannabis. Le rapport du comité, qui remet fondamentalement en question

l'approche du gouvernement fédéral face à l'usage du cannabis (à des fins thérapeutiques et récréatives) et à ses utilisateurs, a provoqué une grande surprise et suscité de nombreux débats. Tandis que certains ont trouvé ses recommandations trop radicales, plusieurs autres les ont applaudies.

Soulignant que l'investissement de milliards de dollars a échoué à faire baisser de manière significative

« Il est temps de se rendre à l'évidence : nos politiques ont été inefficaces parce que ce sont de mauvaises politiques. »

le taux d'usage du cannabis au Canada, le rapport Nolin affirme : « Il est temps de se rendre à l'évidence : nos politiques ont été inefficaces parce que ce sont de mauvaises politiques. »<sup>3</sup> Dans 11 recommandations progressistes, le rapport propose de remplacer la position prohibitionniste actuelle du Canada par des politiques et pratiques qui reconnaissent que, « consommé de manière modérée, le cannabis en soi présente peu de dangers pour les usagers ou pour la société. »<sup>4</sup> Le rapport précise que le Canada devrait miser sur la prévention et le traitement de l'usage risqué et excessif du cannabis et sur une recherche plus complète et intégrée. Sa critique des règlements qui régissent l'usage thérapeutique du cannabis est d'une pertinence particulière pour les personnes vivant avec le VIH/sida.

## Le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins thérapeutiques

Le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins thérapeutiques, en vigueur depuis juillet 2001, définit le mécanisme par lequel des Canadiennes et des Canadiens peuvent demander le droit juridique de posséder et d'utiliser de la marijuana pour traiter des symptômes du VIH ou d'autres conditions médicales. Ce règlement a été critiqué pour sa lourdeur et ses restrictions excessives – notamment dans le cadre d'une poursuite civile en cours.<sup>5</sup> Les demandeurs doivent obtenir une recommandation détaillée d'un médecin praticien – ce que la plupart des médecins se refusent à fournir. Les demandeurs doivent cultiver leurs propres plants ou désigner une autre personne qui le fera pour eux. La culture de ces plants dans une propriété louée doit aussi être autorisée par le propriétaire des lieux. Les clubs de consommateurs qui fournissent de la marijuana à des personnes malades demeurent illégaux en vertu du Règlement.

Dans le rapport Nolin, l'analyse du Règlement conclut que « Le fait que la communauté médicale refuse de

jouer le rôle de “gardien” du cannabis thérapeutique et qu'il est impossible d'avoir accès à des sources légales de cannabis semble rendre le présent cadre réglementaire d'exemption “illusoire”, soulevant ainsi à nouveau des questions quant aux dispositions de la Charte. » On y affirme que « La Réglementation sur l'accès à la marijuana à des fins médicales ne constitue pas le cadre humanitaire qu'elle se proposait d'être et restreint inutilement la disponibilité de la marijuana pour les patients qui pourraient en bénéficier. » D'après le rapport, « il existe un besoin urgent de corriger cette situation. »<sup>6</sup>

Pendant que le débat politique et juridique se poursuit, des patients et des soignants continuent de s'exposer à des poursuites judiciaires. En août 2002, le Toronto Compassion Centre (un club de consommateurs de cannabis en opération depuis 1997) a été visité et fermé par la police. Quatre employés du Centre font face à des chefs d'accusation criminelle. Entre-temps, un groupe d'individus de Vancouver ont ouvert ce qu'ils appellent la première usine de marijuana au Canada. On veut y transformer des plants de marijuana en « boules de THC » – des pastilles de tétrahydro-

cannabinol concentré (ingrédient actif dans la marijuana) – qui peuvent être mélangées à la nourriture. En plus de distribuer son produit à des individus détenant une autorisation en vertu du Règlement, l'usine pourrait aussi le fournir à d'autres personnes qui en ont besoin pour des raisons médicales mais qui n'ont pas obtenu d'exemption.

– Derek Thaczuk

Derek Thaczuk est coordonnateur des ressources de traitement à la Toronto People With AIDS Foundation et il était président de la Community Research Initiative of Toronto jusqu'à récemment. On peut le joindre à [derekt@pwatoronto.org](mailto:derekt@pwatoronto.org).

<sup>1</sup> La lettre et le Règlement sont accessibles sur le site Internet du Bureau de l'accès médical au cannabis de Santé Canada (via [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/index.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/index.htm)). Cliquer sur « Quoi de neuf » pour accéder à la lettre et sur « Législation » pour le Règlement.

<sup>2</sup> *Le Cannabis : Positions pour un régime de politique publique pour le Canada*, Comité sénatorial spécial sur les drogues illicites, septembre 2002. Le rapport complet, composé d'un sommaire et de quatre volumes, est accessible sur le site Internet du Parlement du Canada (via [www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca)). Cliquer sur « Travaux des comités ».

<sup>3</sup> Sommaire du Rapport, p. 40.

<sup>4</sup> Sommaire du Rapport, p. 46.

<sup>5</sup> Voir L. Scanlon, « Le gouvernement reporte la fourniture de marijuana médicale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 39-40.

<sup>6</sup> Sommaire du Rapport, p. 26, 28.

## Le Canada aura son Plan national pour un vaccin anti-VIH

**Santé Canada a annoncé qu'un Plan canadien pour un vaccin anti-VIH sera développé en consultation avec des intervenants clés et qu'il contribuera à l'effort mondial de recherche vaccinale.**

Santé Canada a accepté d'élaborer un Plan canadien pour un vaccin anti-VIH. Dans un rapport publié en juin 2002, le Réseau juridique canadien

VIH/sida l'y avait exhorté.<sup>1</sup>

Dans un discours prononcé lors d'une conférence internationale en juillet 2002,<sup>2</sup> le Dr Paul Gully, direc-

teur général, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, a affirmé que « Santé Canada accueille positivement ce

rapport et a hâte d'amorcer un dialogue formel avec des intervenants clés dans cet important dossier. »[trad.] Il a ajouté que :

[e]nsemble, nous développerons un plan qui mettra l'accent sur la production et la distribution équitable de vaccins. Ce plan appuiera l'effort mondial de recherche vaccinale et contribuera à une meilleure compréhension des questions complexes d'ordre juridique, éthique et de droits humains liées à l'accès aux vaccins et aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida, aux paliers national et international.[trad.]<sup>3</sup>

À l'heure actuelle, le Canada ne consacre à la recherche vaccinale qu'une infime portion de son budget annuel de lutte domestique au

VIH/sida (de 42,2 millions \$). Dans son rapport, le Réseau juridique en appelait à un engagement à un programme accéléré et soutenu de recherche de vaccins anti-VIH au Canada; à une hausse significative des fonds consacrés à la recherche d'un vaccin anti-VIH; et au développement, d'ici le 1<sup>er</sup> octobre 2003, d'un Plan canadien pour un vaccin anti-VIH comprenant des composantes sur le développement et sur la distribution.

Santé Canada n'a pas indiqué à quel moment le plan sera prêt. Il a toutefois annoncé la création d'un Groupe de travail interne sur le développement et la distribution équitable d'un vaccin contre le VIH. Ce groupe élaborera un mécanisme de consultation et de collaboration.<sup>4</sup>

– David Garmaise

## Un comité sénatorial recommande d'importants investissements en santé

**Le comité du sénateur Michael Kirby affirme que le gouvernement fédéral devrait investir 6,5 milliards \$ supplémentaires en santé à chaque année. Il propose la création de nouveaux programmes nationaux pour couvrir les coûts exorbitants des médicaments et élargir les soins palliatifs et à domicile.**

Un comité sénatorial demande une hausse substantielle des investissements en santé, notamment par la création d'un programme national pour couvrir les coûts exorbitants des médicaments et de programmes nationaux de soins à domicile et de soins palliatifs.<sup>1</sup> Le comité, présidé par le sénateur Michael Kirby, a rendu public son rapport en octobre 2002. Il s'agit du premier de deux importants rapports sur les soins de santé atten-

nus cet automne; la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, dirigée par l'ex-premier ministre de la Saskatchewan, Roy Romanow, a dévoilé son rapport à la fin novembre 2002.

Le comité estime qu'aucun Canadien ne devrait éprouver des difficultés financières parce qu'il est obligé de payer ses factures de soins de santé, y compris pour des médicaments d'ordonnance. Au Canada, 600 000

<sup>1</sup> D. Garmaise, *Les vaccins anti-VIH au Canada : questions juridiques et éthiques – Un aperçu*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002 ([www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/vaccins.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/vaccins.htm)). Des feuillets d'information sur les vaccins anti-VIH sont également disponibles sur ce site Internet.

<sup>2</sup> *Les derniers seront les premiers : les vaccins, l'accès aux traitements et le droit*, rencontre satellite à l'occasion de la XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, 5 juillet 2002, Barcelone (Espagne), organisée par le Réseau juridique, l'AIDS Law Project (Afrique du Sud) et la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit (Inde), et co-parrainée par l'ONUSIDA. Le compte-rendu de la rencontre est accessible (en anglais) à [www.aidslaw.ca/barcelona2002/e-barcelona2002.htm](http://www.aidslaw.ca/barcelona2002/e-barcelona2002.htm). Voir l'article « Faire progresser la recherche et l'accès aux vaccins anti-VIH : un cadre pour l'action », dans le présent numéro (p. 110).

<sup>3</sup> Une transcription des remarques d'ouverture du Dr Gully à l'occasion de la rencontre satellite *Les derniers seront les premiers* est en filière au Réseau juridique canadien VIH/sida.

<sup>4</sup> Santé Canada, *Communiqué VIH/sida*, 2002, 1(1) ([www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih\\_sida/strat\\_can/communiques.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/communiques.html)).

Aucun Canadien ne devrait éprouver des difficultés financières parce qu'il est obligé de payer ses soins de santé et médicaments d'ordonnance.

personnes ne bénéficient présentement d'aucune protection contre les coûts exorbitants des médicaments et 100 000 dépensent annuellement plus de 5 000\$ pour des médicaments.

Le comité recommande que le gouvernement fédéral finance en grande partie les coûts exorbitants des médicaments d'ordonnance (équivalent à des dépenses annuelles de plus de 5 000\$). D'après sa proposition, les premiers 5 000\$ seraient payés

conjointement par le régime public provincial/territorial et un régime privé d'assurance, ainsi que par l'individu (les dépenses individuelles seraient fixées à 3% du revenu familial). À partir de 5 000\$, les coûts seraient assumés à 90% par le gouvernement fédéral; les 10% restants seraient couverts par le régime public provincial/territorial ou une assurance privée.

Les coûts annuels de ce programme sont estimés à 500 millions \$. Le comité exhorte aussi à la création d'une liste nationale des médicaments admissibles, pour assurer l'uniformité de la couverture à travers le pays. (Voir « Création d'un système centralisé d'examen des médicaments par les provinces », ci-dessous.)

Par ailleurs, le comité propose la mise sur pied d'un programme national de soins actifs à domicile, financé à parts égales par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux/territoriaux. Ce programme couvrirait les dépenses de soins à domicile encourues durant les trois mois suivant la sortie de l'hôpital, à condition que la fourniture de soins commence durant les 30 jours suivant le départ du patient. Les coûts annuels de ce programme sont estimés à 550 millions \$.

La création d'un programme national de soins palliatifs financé à parts égales par le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux/territoriaux est également recommandée. Un montant annuel de 250 millions \$ devrait y être versé par le fédéral.

De plus, le comité propose l'établissement d'une garantie de soins de santé en vertu de laquelle un délai d'attente maximal serait fixé pour tous les traitements et procédures. À l'échéance de ce délai, le gouvernement financerait le traitement du patient dans un autre ressort, voire

dans un autre pays si nécessaire.

Le rapport du comité souligne aussi que le Canada devrait augmenter ses dépenses en recherche sur la santé à 1% des dépenses totales en santé – ce qui équivaut à l'ajout d'une somme de 440 millions \$ par année.

Les autres recommandations du comité sont notamment :

- des changements à la façon dont les hôpitaux sont financés et des mesures pour en rehausser l'efficacité (le comité dit appuyer une compétition accrue entre hôpitaux);
- des changements à la façon dont les médecins sont rémunérés;
- un contrôle accru des autorités régionales de santé sur les dépenses dans ce domaine;
- un système national de dossiers médicaux électroniques;
- des mesures pour protéger la confidentialité des renseignements personnels;
- des mesures pour réagir à la pénurie de professionnels de la santé;
- une augmentation considérable des fonds consacrés aux technologies de santé; et
- la nomination d'un commissaire aux soins de la santé.

En somme, le comité recommande au gouvernement fédéral d'injecter un montant annuel supplémentaire de 6,5 milliards \$ dans le secteur de la santé. De ce montant, 1,5 milliard \$ prendrait la forme de paiements de transfert aux provinces et territoires et 5 milliards \$ devraient venir de nouvelles taxes (soit de l'augmentation de la Taxe sur les produits et services ou d'une prime nationale sur les soins de santé dont le montant varierait selon le revenu).

La plupart des organismes non gouvernementaux du domaine de la

santé ont bien accueilli les propositions du comité. Toutefois, des préoccupations ont été soulevées quant à la possibilité que ses recommandations sur la restructuration des hôpitaux ouvrent la porte à des soins de santé davantage axés sur les profits.

– David Garmaise

Note du rédacteur en chef. Le 28 novembre 2002, le Rapport final de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (le rapport Romanow) – un deuxième examen national majeur du système canadien des soins de santé – a été rendu public.<sup>2</sup> On y recommande entre autres un financement des soins de santé accru et ciblé; l'amélioration des soins de santé primaire et de la prévention; la couverture des soins à domicile pour les personnes qui vivent avec une maladie mentale, celles qui ont été aux soins intensifs et celles qui sont en soins palliatifs pour les six derniers mois de leur vie; un formulaire national d'assurance pour les médicaments d'ordonnance, accompagné de fonds pour réduire les disparités de la couverture des médicaments d'ordonnance en cas catastrophiques d'un ressort canadien à l'autre; et un financement consolidé des services de santé autochtones. Le rapport recommande par ailleurs l'ajout d'un sixième principe – la reddition de compte – à la *Loi [canadienne] sur la santé* et la création d'un Conseil canadien de la santé qui serait mandaté d'évaluer la performance du système de la santé et d'en faire état. Nous entendons publier dans le prochain numéro un article dossier résumant l'importance du rapport Romanow pour les personnes vivant avec le VIH/sida et examinant les réactions des premiers ministres canadiens à la publication du rapport.

<sup>1</sup> *La santé des Canadiens – Le rôle du gouvernement fédéral : Étude sur le système de soins de santé au Canada (Volume six : Recommandations en vue d'une réforme)*, Comité permanent des affaires sociales, sciences et technologie, octobre 2002. Le rapport complet ainsi que ses points saillants sont accessibles sur le site Internet du Parlement du Canada (via [www.parl.gc.ca](http://www.parl.gc.ca). Cliquer sur « Travaux des comités »).

<sup>2</sup> R. J. Romanow, *Guidé par nos valeurs – L'avenir des soins de santé au Canada – Rapport final*. Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002 ([www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/soins/romanow\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/pdf/soins/romanow_f.pdf)).

# Création d'un système centralisé d'examen des médicaments par les provinces

**Les ministres provinciaux de la Santé ont mis sur pied un processus commun d'examen des médicaments pour évaluer leur intégration possible aux listes des médicaments admissibles. Ce système pourrait générer des économies, mais améliorera-t-il l'accès aux médicaments?**

Un nouveau mécanisme centralisé pour évaluer les médicaments et déterminer s'ils seront intégrés aux listes provinciales des médicaments admissibles suscite des divergences d'opinion parmi les intervenants en santé. Lors de leur Conférence fédérale-provinciale-territoriale annuelle, en septembre 2002, les ministres de la Santé ont annoncé que l'Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé (OCCETS) deviendra responsable de l'examen des nouveaux médicaments dès le début de 2003.<sup>1</sup>

Avant qu'un médicament soit approuvé pour la vente au Canada, la Direction des produits thérapeutiques de Santé doit en évaluer l'innocuité et l'efficacité. Une fois le produit homologué, il revient aux provinces de déterminer s'il sera ajouté à leur liste des médicaments admissibles. L'inscription à cette liste signifie que, pour certaines personnes, le régime public d'assurance médicaments défraiera la totalité ou une portion du coût du médicament prescrit. Cette décision se fonde sur une évaluation plus globale, non seulement de l'efficacité mais aussi du ratio coût-efficacité par rapport à d'autres produits et aux dépenses totales en soins de santé.

À l'heure actuelle, cette évaluation est menée de façon indépendante par chaque province, sans coordination interprovinciale. Par conséquent, les

médicaments couverts par les régimes publics varient d'une province à l'autre, au Canada. Ce système d'examen provincial distinct crée une duplication du travail, au pays. Les ministres de la Santé affirment que leur objectif est d'éliminer ce dédoublement et de réduire par le fait même les dépenses en santé. Cependant, l'OCCETS aura seulement le pouvoir de formuler des recommandations; la décision d'ajouter un nouveau médicament à la liste relèvera encore de chaque province.

Bien qu'ils se réjouissent des économies potentielles, les défenseurs du droit au traitement et l'industrie pharmaceutique ont exprimé diverses préoccupations quant au nouveau processus :

- Puisqu'on ne connaît pas les critères d'évaluation qui seront utilisés par l'OCCETS, il existe une crainte que le nouveau système, s'il exclut des médicaments qui sont déjà couverts dans certaines des provinces, entraîne en fait une diminution d'accès à certains médicaments.
- Puisqu'il revient encore à chaque province de décider de l'ajout d'un médicament à sa liste, il se pourrait que le système disparate actuel se perpétue.
- L'examen des nouveaux médicaments pourrait prendre du temps. Les décideurs nationaux n'excel-

lent pas dans l'atteinte de leurs propres objectifs de prise de décision. Dans certaines provinces, cela pourrait se traduire par un processus d'approbation plus lent.

- Le nouveau processus a été développé sans l'implication des consommateurs ni de l'industrie.

Entre-temps, un comité sénatorial a recommandé la création d'une liste nationale des médicaments admissibles. (Voir « Un comité sénatorial recommande d'importants investissements en santé », ci-dessus.)

– Glen Hillson

<sup>1</sup> L'annonce est accessible sur le site Internet du Secrétariat des conférences intergouvernementales canadiennes ([www.scics.gc.ca/cinfo02/830756004\\_f2.html](http://www.scics.gc.ca/cinfo02/830756004_f2.html)).

# Les autorités refusent l'accès à un médicament expérimental contre l'hépatite C

**Une demande d'accès à un médicament expérimental contre l'hépatite C, dans le cadre du Programme d'accès spécial canadien, a été refusée. Dans le processus, les autorités canadiennes de contrôle des médicaments ont causé des malaises et des incertitudes à l'égard de la gestion du Programme d'accès spécial.**

Dans une décision controversée, la Direction des produits thérapeutiques (DPT) de Santé Canada a refusé une demande en vertu du Programme d'accès spécial, visant un médicament expérimental contre l'hépatite C. La radio de CBC a rapporté, en septembre 2002,<sup>1</sup> que la DPT a refusé la demande d'accès à un tonique à base de plantes développé par l'AMMA Corporation, une petite entreprise de Calgary.

D'après des rapports officieux, des données anecdotiques montreraient que ce tonique est bénéfique aux personnes qui ont l'hépatite C. Au moins sept Canadiens l'utilisent mais doivent se rendre au Pérou pour recevoir des traitements supplémentaires, à cause de la décision de la DPT. Le reportage de la CBC présentait un jeune de 14 ans, qui vit en Colombie-Britannique et qui ferait partie des Canadiens qui prennent le tonique dans un laboratoire péruvien où s'effectuent des expériences cliniques.

L'AMMA Corporation finance le développement du produit et affirme que des symptômes se sont résorbés chez tous les participants à l'expérience. Toutefois, aucune donnée n'a été publiée sur la conception des expériences, leurs résultats, les caractéristiques des patients à l'étude et la composition du produit. AMMA

affirme que le reportage a suscité un flot de demandes de la part de personnes vivant avec l'hépatite C et qui veulent obtenir ce tonique, mais que les quantités de produit dont elle dispose pour l'instant ne peuvent suffire qu'à assurer un approvisionnement ininterrompu aux personnes qui se rendent déjà au Pérou pour le recevoir.<sup>2</sup>

D'après le reportage radiophonique, la DPT a motivé sa décision par le manque d'information sur le produit. Le but du Programme d'accès spécial (PAS) est de donner l'autorisation nécessaire à l'accès à des médicaments qui ne sont pas homologués au Canada ou qui ne sont accessibles que par le biais d'essais cliniques ou de programmes d'accès compassionnel. Le PAS est supposé permettre à des patients « atteints de maladies graves ou mortelles d'accéder à des médicaments non disponibles sur le marché, lorsque les thérapies habituelles se sont révélées inefficaces, ne conviennent pas ou ne sont pas disponibles ».<sup>3</sup> Les demandes au PAS sont traitées de manière hautement prioritaire, habituellement dans un délai d'un à trois jours. En accordant un accès spécial, la DPT n'exprime pas une recommandation d'utiliser le produit et « [l']autorisation du PAS ne constitue pas une opinion ou une déclaration selon laquelle [le] médicament

est sûr, efficace et de bonne qualité ».<sup>4</sup>

Pour qu'une demande d'accès spécial soit prise en considération, un médecin doit compléter et présenter un formulaire.<sup>5</sup> Le médecin doit expliquer pourquoi le produit en question est nécessaire, pourquoi il s'agit du meilleur choix, quelles autres thérapies ont été envisagées et/ou essayées et pourquoi aucune autre n'est adéquate. Le médecin doit aussi fournir des sources d'information à l'appui de sa décision.

La controverse soulevée par le refus de la DPT découle en grande part du manque de clarté de ses politiques. Alors qu'elle affirme avoir le mandat de déterminer si un médicament est suffisamment sécuritaire pour qu'on y donne un accès spécial, elle soutient aussi qu'une autorisation en vertu du PAS ne constitue ni une opinion ni une déclaration que le produit soit sécuritaire. Les normes appliquées par la DPT dans ses décisions, à savoir si un médicament est suffisamment sûr pour qu'on y donne un accès spécial, ne sont simplement pas claires. De plus, compte tenu du court laps de temps pour répondre aux demandes en vertu du PAS, et de l'absence d'exigence de présenter des données sur le médicament demandé, il n'est pas possible que l'on procède à un examen complet du produit.

— Glen Hillson

<sup>1</sup> CBC News, « Medical standoff threatens teen's life », 20 septembre 2002 (texte accessible via <http://vancouver.cbc.ca>).

<sup>2</sup> J. Matthews, « Hep C sufferers swamp trial drug producers », 23 septembre 2002 (texte accessible via <http://vancouver.cbc.ca>).

<sup>3</sup> Extrait de la description du PAS sur le site Internet de Santé Canada ([www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrm/sap.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hpb-dgps/therapeut/htmlfrm/sap.html)).

<sup>4</sup> Voir « Programme d'accès spécial (PAS) — Directives pour faire une demande d'accès spécial » via la page Web du PAS, *supra*, note 3.

<sup>5</sup> Voir « Demande d'accès spécial », *idem*.

# L'AMC prône le test du VIH de routine pour les femmes enceintes

**L'Association médicale canadienne affirme que le test du VIH de routine pour les femmes enceintes est nécessaire puisque des nourrissons naissent encore avec le VIH. Des détracteurs lui répondent cependant que le test de routine est équivalent au test obligatoire, qu'il n'y a pas de raison d'éliminer l'exigence du consentement éclairé assorti d'un counselling pré-test et que les médecins devraient redoubler d'efforts pour offrir le test du VIH aux femmes enceintes.**

En août 2002, l'Association médicale canadienne (AMC) réunie en assemblée générale a adopté une motion réclamant le test du VIH prénatal de routine pour toutes les femmes enceintes. Les membres de l'AMC considèrent ce test de routine nécessaire puisqu'il n'y a pas de politique fédérale ou provinciale officielle sur le test du VIH chez les femmes enceintes et qu'il est inacceptable que des nourrissons naissent encore avec le VIH au Canada, malgré l'existence de traitements prénataux et post-nataux efficaces.

L'expression « de routine » signifie que le test du VIH serait intégré aux formulaires de laboratoire, avec la panoplie d'autres tests généralement administrés dans le cadre des soins prénataux. En théorie, les femmes enceintes pourraient choisir de ne pas subir le test du VIH, au moment de donner leur consentement éclairé aux tests énumérés sur le formulaire de laboratoire. Toutefois, des détracteurs du test de routine soutiennent que l'intégration du test du VIH aux formulaires de laboratoire pourrait ne donner lieu qu'à un consentement sous-entendu. Ils considèrent qu'un consentement éclairé, accompagné de counselling pré-test, devrait être donné spécifiquement pour le

test du VIH; sinon, le test de routine deviendrait alors équivalent au test obligatoire.

Ces détracteurs soulignent aussi :

- que le consentement éclairé assorti d'un counselling pré-test est la norme actuelle des soins professionnels, en ce qui concerne le test du VIH au Canada;
- qu'aucun motif ne justifie que cette exigence soit éliminée dans le cas des femmes enceintes;
- que les médecins doivent veiller à ce que toutes les femmes enceintes se voient offrir le test du VIH; et
- qu'il est particulièrement important de conseiller la femme enceinte et d'obtenir son consentement éclairé – car plus tôt on l'informe des avantages et inconvénients du test et des traitements disponibles, plus susceptible elle est de prendre des décisions qui seront bénéfiques pour elle et son enfant.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida et la Société canadienne du sida ont tous deux fait connaître leur position sur le test du VIH de routine chez les femmes enceintes.<sup>1</sup> Par ailleurs, dans ses Principes de dépistage du VIH chez les femmes encein-

tes, publiés en mars 2002, le Comité consultatif fédéral/provincial/territorial sur le sida affirme que « les principes communs de libre choix, de confidentialité et de consentement informé » devraient orienter les politiques et pratiques dans ce domaine.<sup>2</sup> Le comité ne s'est pas prononcé expressément sur la question du test de routine.

L'Association canadienne de santé publique (ACSP) appuie également le test volontaire. En 1998, elle a adopté une résolution appelant à une pratique plus soutenue du test du VIH, mais rejetant le test obligatoire et réaffirmant le principe de la confidentialité.<sup>3</sup> L'ACSP a recommandé que des efforts supplémentaires soient déployés pour accroître la pratique du test volontaire et a exhorté à l'inclusion de sites de test anonyme comme mesure de prévention pour inciter les gens à passer le test du VIH.

– Paul Kenney

Paul Kenney est directeur du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida. On peut le joindre à [pkenny@cpha.ca](mailto:pkenny@cpha.ca).

<sup>1</sup> Voir L. Stoltz, L. Schap, *Le test de sérodiagnostic du VIH et la grossesse : aspects médicaux et juridiques du débat d'orientation politique*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999 ([www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/grossesses/f-preg.pdf](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/grossesses/f-preg.pdf)). Voir aussi la position de la Société canadienne du sida quant au test du VIH chez les femmes enceintes ([www.cdnids.ca/web/position.nsf/cl/cas-pp-0004](http://www.cdnids.ca/web/position.nsf/cl/cas-pp-0004)—Fre!OpenDocument&Language=french).

<sup>2</sup> « Principes de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) chez les femmes enceintes – 2002 », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, 2002, 28(13) : 105-107 (accessible via [www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsspp/publicat/ccdr-rmtc](http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgsspp/publicat/ccdr-rmtc)).

<sup>3</sup> *Politiques de la santé publique et VIH*, Ottawa, Association canadienne de santé publique, 1998.

## Une étude sur le VIH parmi les femmes enceintes autochtones soulève des préoccupations

**Une étude non reliée sur la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes autochtones, en Colombie-Britannique, met au jour une tendance alarmante et soulève des questions éthiques quant à certains types de recherche auprès des communautés autochtones.**

Une étude de quatre ans sur la prévalence du VIH chez les femmes autochtones, menée pour le compte de Santé Canada et du B.C. First Nations Chiefs' Health Committee, soulève la controverse. Des échantillons sanguins prélevés chez des femmes des Premières Nations lors d'examens sanguins prénataux de routine sont soumis à un test de dépistage du VIH et du HTLV-1, après que les renseignements sur l'identité et la communauté des donneuses en soient retirés. Les femmes peuvent refuser de participer à l'étude.<sup>1</sup>

Jusqu'ici, le taux de VIH observé parmi les femmes enceintes autochtones est d'environ sept fois plus élevé que chez les femmes enceintes en général. Les échantillons sanguins de 10 participantes parmi les quelque

3 200 femmes autochtones inscrites à l'étude ont été trouvés positifs au VIH.<sup>2</sup> L'étude soulève des préoccupations parce qu'elle ne permet pas d'aviser les femmes qui ont fourni ces échantillons positifs, pour leur offrir des traitements et du soutien.

Les activistes ont des points de vue divergents sur cette étude.<sup>3</sup> Certains soutiennent qu'elle aide peu les individus et les communautés ciblés et qu'elle ne fera que renforcer leurs craintes de stéréotypes négatifs. Ils croient aussi qu'elle pourrait inciter les femmes autochtones à ne pas demander un test et des soins prénataux – ce qui affecterait négativement leur santé et celle de leur enfant : après une étude semblable menée en Ontario, la participation des femmes autochtones aux examens prénataux

a chuté de 85% à 25%. D'autres considèrent que l'étude permettra d'identifier des épidémies dissimulées, parmi les communautés autochtones. Ils estiment que ce genre d'étude fournit de l'information essentielle pour orienter les efforts d'éducation et de prévention et pour inciter les gouvernements à rehausser leur contribution financière à la prévention du VIH.

Quel que soit leur point de vue, tous les activistes autochtones contre le sida conviennent que l'on doit encourager les femmes à demander le test du VIH. À la lumière des résultats de l'étude, on a élaboré une campagne promotionnelle, diffusée sur le Réseau de télévision des peuples autochtones et des stations locales du câble, en Colombie-Britannique, pour inciter les femmes à passer le test.

– Kim Thomas

<sup>1</sup> L. Brown, *What Pregnant First Nations Women Should Know About HIV and HTLV*, First Nations Chiefs' Health Committee, West Vancouver, C.-B., sans date.

<sup>2</sup> Presse canadienne, « HIV threat high for pregnant aboriginal women », 22 octobre 2002 ([www.globeandmail.com/servlet/ArticleNews/front/RTGAM/20021022/whiw1022a/Front/homeBN/breakingnews](http://www.globeandmail.com/servlet/ArticleNews/front/RTGAM/20021022/whiw1022a/Front/homeBN/breakingnews)).

<sup>3</sup> P. Weinberg, « Pregnant Aboriginal anonymously tested for HIV », 19 septembre 2002 ([www.wipsnews.net](http://www.wipsnews.net)).

## Vancouver – Descente policière à un comptoir d'échange de seringues dirigé par des usagers

**Les autorités policières soupçonnaient qu'un trafic de drogue s'opérait au comptoir d'échange de seringues dirigé par le Vancouver Area Network of Drug Users, mais elles ont échoué à retracer toute preuve à cet effet. Elles ont offert leurs excuses et réouvert le comptoir.**

Le soir du 31 mai 2002, le Département de police de Vancouver (DPV) a envoyé neuf agents, une camionnette et trois véhicules de police à un petit comptoir d'échange de serin-

gues à l'intersection des rues Main et Hastings, dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. Le comptoir était géré par le Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU). Les

agents ont forcé les bénévoles de VANDU à fermer l'échange de seringues, puis ils ont saisi l'équipement sur les lieux. VANDU avait ouvert ce comptoir il y a presque deux ans,

grâce au soutien financier de la Vancouver Coastal Health Authority et y distribuait environ 1 200 seringues par jour.

À l'origine, cette descente a été décrite par les autorités policières comme une réaction à un trafic de drogue attribué à des bénévoles du comptoir de VANDU. Gary Greer, sous-chef de la police, a déclaré à la radio locale que « plus de drogue que de seringues s'y échangeait » et il a ajouté : « Si des gens s'impliquent dans le trafic de drogue et qu'ils essaient d'intégrer cela à l'échange de seringues, c'est dommage mais nous ne ferons pas d'excuses pour avoir pourchassé des trafiquants de drogue. »<sup>1</sup>

Toutefois, aucun bénévole de VANDU n'a été arrêté ou n'a fait l'objet d'accusations avant, pendant ou après la descente policière. En fait, le seul motif juridique de cette opération semble avoir été une contravention émise pour « perturbation du trafic piétonnier ». Le fait qu'une telle contravention ait été émise au cœur même de ce que l'on appelle le plus vaste marché ouvert de drogue en Amérique du Nord est pour le moins ironique. La descente était d'autant plus inquiétante que les autres services non autorisés à l'intersection, notamment un comptoir de soins infirmiers et un cabinet de toilette portable, n'ont pas été visés.

VANDU a demandé l'aide de la Pivot Legal Society; les services de

l'avocat John Richardson ont été retenus pour lancer une campagne juridique visant la réouverture sécuritaire du comptoir. Au même moment, en dépit d'une surveillance policière constante, des membres de l'Anti-Poverty Committee ont mis sur pied un autre comptoir d'échange de seringues au même carrefour pour assurer la continuité de ce service essentiel.

La Pivot Legal Society a initié un dialogue avec le Conseil de la police de Vancouver, qui supervise les forces policières de la ville. M. Richardson a écrit des lettres et pris la parole devant le Conseil pour faire part de préoccupations à propos de la descente et d'autres incidents où il a semblé que des agents de police avaient posé des gestes qui allaient clairement à l'encontre des politiques de réduction des méfaits du Conseil. La Pivot Legal Society a proposé que le DPV et VANDU concluent une entente administrative permettant la réouverture du comptoir et a proposé une ébauche d'entente pour lancer les négociations.

La Pivot Legal Society a aussi insisté sur certains aspects illégaux liés à la descente policière. M. Richardson a écrit au DPV pour lui demander sur quelle autorité légitime il avait fondé sa saisie de l'équipement du comptoir; et pour lui demander de rendre immédiatement cet équipement s'il avait été saisi sans autorité légitime. La Pivot Legal Society a

permis à VANDU d'obtenir les services *pro bono* d'un avocat du secteur privé, Cameron Ward, et elle a collaboré avec lui à la préparation d'une poursuite contre le sous-chef Greer, pour diffamation. M. Ward a écrit à M. Greer, pour l'aviser de faire des excuses par écrit, sans quoi il ferait face à une poursuite en diffamation. Cela a semblé adoucir la position des autorités policières, qui ont rendu l'équipement à VANDU peu de temps après.

Plus d'une dizaine de lettres à propos du comptoir d'échange de seringues avaient été échangées entre les avocats de VANDU et diverses autorités lorsque, le 16 juillet 2002, le sous-chef Greer a fait parvenir à VANDU des excuses pour ses propos diffamatoires. Huit semaines après la descente, l'échange de seringues de VANDU a repris ses opérations, avec un comptoir réaménagé et un financement accru de la Vancouver Coastal Health Authority. Bien que des menaces de fermeture par la police aient plané à nouveau en octobre, rien ne s'est produit.

— Thomas Kerr et Evan Wood

Thomas Kerr est collaborateur régulier à la rubrique des Nouvelles canadiennes de la *Revue*. Evan Wood est associé de santé au B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS. On peut le joindre à [ewood@hivnet.ubc.ca](mailto:ewood@hivnet.ubc.ca).

<sup>1</sup> Les commentaires du sous-chef Greer ont été enregistrés et diffusés à la station de radio CKNW peu après la descente policière.

## Des études identifient des différences entre sexes quant au risque et à l'impact du VIH

**De nouvelles études révèlent que les femmes représentent la moitié des nouveaux cas de VIH parmi les autochtones et que celles qui s'injectent des drogues sont plus vulnérables à l'infection que les hommes.**

Des études publiées en 2002 ont identifié des différences entre les sexes quant au risque de VIH et à son impact, mettant en relief la nécessité d'adopter une perspective sexospécifique dans les stratégies de prévention et de traitement du VIH, au Canada. Ces études ont été menées par le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique (CESFA) et le Secréariat du Commonwealth,<sup>1</sup> dans le cadre d'un manuel sur l'intégration des questions sexospécifiques aux programmes sur le VIH/sida.<sup>2</sup>

Malgré une diminution du nombre de nouveaux cas de VIH déclarés dans l'ensemble de la population depuis 1995, le taux d'infection parmi les femmes s'est accru de façon constante. Les études indiquent que

les femmes représentent presque 50% des nouveaux cas d'infection à VIH recensés dans les communautés autochtones (comparativement à 20% dans la population non autochtone) et que l'injection de drogue est un facteur de risque croissant, pour celles-ci. La proportion de résultats positifs au test du VIH attribuables à l'injection de drogue chez les femmes est passée d'environ 32% (avant 1994) à près de 50% (entre 1995 et 1999). Les chercheurs croient que les femmes qui s'injectent des drogues sont plus susceptibles que les hommes de partager des aiguilles et des seringues; de partager d'autre matériel d'injection comme l'eau, les réchauds et les cotons ouates; et de partager des aiguilles et des seringues avec un partenaire sexuel.

Le manuel présente aussi les résultats d'études menées auprès de femmes enceintes et de travailleuses du sexe. Il décrit quelques cas du Canada et d'ailleurs, qui constituent des meilleures pratiques dans la réaction à divers facteurs sexospécifiques, sociaux et économiques et dans la prévention du VIH/sida. Il comprend également une liste exhaustive d'instruments sexospécifiques et de ressources Internet.

Le document s'adresse aux ministères de la Santé, aux responsables et planificateurs de politiques ainsi qu'à d'autres intervenants impliqués dans l'éducation liée au VIH/sida et la provision de services de santé. Pour plus d'information, contacter Dr Jacqueline Gahagan au CESFA : son courriel est [jacqueline.gahagan@dal.ca](mailto:jacqueline.gahagan@dal.ca).

– Caroline Ploem

<sup>1</sup> Le Secréariat du Commonwealth est le principal organe administratif du Commonwealth britannique.

<sup>2</sup> Secréariat du Commonwealth et Centre d'excellence pour la santé des femmes – région de l'Atlantique, *Gender Mainstreaming in HIV/AIDS: Taking a Multisectoral Approach*, Londres, 2002. On peut se procurer des exemplaires du manuel pour 25\$CAN chacun (incluant les taxes et la manutention) auprès du CESFA (tél. : 902-470-6739 ou [www.medicine.dal.ca/acewh](http://www.medicine.dal.ca/acewh)).

## En bref

### La GRC dépose des accusations dans le dossier du sang contaminé

La Gendarmerie royale du Canada (GRC) a déposé 32 accusations liées à la distribution, au milieu des années 80, de produits sanguins contaminés, au Canada.<sup>1</sup> La quasi totalité des accusations concernent la distribution de Factorate, un produit de coagulation sanguine fabriqué par Armour Pharmaceutical, alors que l'on savait qu'il

pouvait être contaminé par le VIH.<sup>2</sup>

Les accusés sont notamment un ex-directeur du Bureau des produits biologiques de Santé Canada, un ex-chef de la Division des produits de sang de ce Bureau, un ex-directeur du service des transfusions sanguines de la Société canadienne de la Croix-Rouge, la Société canadienne de la Croix-

Rouge, Armour Pharmaceutical et un ancien vice-président des affaires réglementaires et scientifiques de cette firme. La GRC a notamment porté des accusations de négligence criminelle causant des lésions corporelles, des accusations de nuisance publique mettant en danger la santé du public en vertu du *Code criminel* du Canada, de même qu'une accusation pour omission d'informer en vertu de la *Loi sur*

*les aliments et drogues* et de son Règlement.

Des milliers de personnes, dont plusieurs hémophiles, ont contracté le VIH et l'hépatite C par des produits sanguins contaminés au milieu des années 80. Ce scandale a fait l'objet d'une commission d'enquête fédérale, dirigée par le juge Horace Krever, de 1993 à 1997. Le rapport de M. Krever,<sup>3</sup> publié en novembre 1997, présentait 50 recommandations mais n'assignait pas de blâme et ne formulait pas d'allégations criminelles. En décembre 1997, la GRC a entrepris sa propre enquête pour déterminer si des accusations criminelles devraient être portées.

– *Theodore de Bruyn*

## Un incident de crachat fait resurgir des appels en faveur du test obligatoire

Un incident de crachat à Edmonton, en Alberta, a provoqué des appels renouvelés en faveur d'une loi qui autoriserait l'administration d'un test obligatoire à tout individu ayant exposé un agent de police, un pompier, un intervenant d'urgence ou un autre professionnel de la santé à des liquides organiques. En juillet 2002, un homme a craché sur une agente de police. Bien qu'il se soit éventuellement soumis à un test volontaire du VIH,<sup>4</sup> les autorités policières et les intervenants d'urgence d'Edmonton ont affirmé un besoin que soit créée une loi autorisant le test obligatoire.

Les tenants de cette proposition soutiennent que le test obligatoire atténuerait le stress et permettrait des décisions plus éclairées et opportunes en matière de prophylaxie. Par contre, des opposants soulignent que le test

obligatoire ne protégerait pas les intervenants contre les expositions professionnelles et que d'autres mesures seraient plus efficaces – comme l'application des précautions universelles et la réglementation d'un usage plus sécuritaire des seringues et aiguilles dans le contexte des soins de santé. Ils affirment aussi que le test obligatoire constitue une grave violation des droits constitutionnels fondamentaux de la personne source à la liberté, à la sécurité et à la vie privée, de même que de l'exigence légale du consentement éclairé à toute procédure médicale.

À l'heure actuelle, le gouvernement de l'Alberta aborde cette question dans l'optique de la santé publique plutôt que du droit criminel.<sup>5</sup> En Ontario, un projet de loi émanant d'un député et autorisant dans certaines circonstances le prélèvement d'échantillons sanguins en vue du dépistage de virus qui peuvent causer certaines maladies transmissibles a été adopté en décembre 2001<sup>6</sup> et entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2003. Le gouvernement de l'Ontario mène des consultations limitées sur le règlement qui accompagnera cette loi. Un projet similaire a été présenté à la Chambre des communes en 2001 mais est mort au feuillet en 2002, après que le Comité permanent de la justice et des droits de la personne l'ait confié à la Conférence pour l'harmonisation des lois au Canada et au Conseil des ministres de la Justice, pour examen.<sup>7</sup>

– *Rebecca Scheer*

## Ouverture d'une deuxième clinique de méthadone en Alberta

Une deuxième clinique albertaine de traitement d'entretien à la méthadone (TEM) a ouvert ses portes à Red Deer en novembre 2002. Auparavant, la seule clinique de TEM de la province était située à Edmonton et il y avait une longue attente pour accéder au service. La nouvelle clinique, nommée « Central Alberta Methadone Program » (CAMP), est dirigée par un groupe privé de professionnels (Meta Clinic) qui gère deux cliniques privées de TEM en Colombie-Britannique.

Le CAMP permettra de réagir au problème croissant d'injection de drogue dans la région de Red Deer, où la morphine entraîne le plus grand nombre de cas de dépendance.<sup>8</sup> Le service d'échange de seringues du Central Alberta AIDS Network a observé une importante hausse de la demande de seringues neuves : elle a grimpé de 2 000 par mois, en 1999, à 8 000 par mois en moyenne, en 2002 – un taux per capita supérieur à celui de Calgary et comparable à celui d'Edmonton.<sup>9</sup>

En plus de permettre de diriger des clients vers du counselling et d'autres ressources, les programmes de TEM s'avèrent efficaces pour réduire l'usage des opiacés (comme l'héroïne et la morphine), le taux de criminalité et la transmission du VIH et de l'hépatite C. Le groupe Meta Clinic et les dirigeants de l'Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (l'agence qui gère la clinique de TEM d'Edmonton) disent envisager l'ouverture d'une clinique à Calgary.<sup>10</sup>

– *Rebecca Scheer*

## Un jeune se voit empêché de distribuer des condoms lors d'un festival catholique

La police torontoise a empêché un homme de distribuer des condoms à l'occasion des Journées mondiales de la jeunesse (JMJ), en juillet 2002. Les JMJ se veulent une célébration de la jeunesse catholique. Milton Chan, un jeune homme de 23 ans qui fait partie d'un organisme catholique appelé « Challenge the Church » [« Défie l'Église »], distribuait des dépliants et des condoms aux participants des JMJ et les invitait à une Journée alternative de la jeunesse où l'on discuterait de la position de l'Église sur des questions comme la contraception, le sécurisexe et l'homosexualité. M. Chan a été approché par un agent de police qui l'a informé de plaintes reçues à l'effet qu'il donnait des dépliants à la sortie d'un événement des JMJ. L'agent lui a dit qu'il faisait « quelque chose d'inapproprié dans les circonstances » [trad.]<sup>11</sup> et lui a demandé de quitter les lieux. M. Chan est parti, puis revenu plus tard distribuer des dépliants sans condom.

Les reportages médiatiques à propos de l'incident ont soulevé un questionnement des gestes de la police. Des préoccupations ont été exprimées à l'effet que les agents avaient agi au nom de l'Église. M. Chan a déposé une plainte auprès de la police de Toronto, alléguant l'inconduite de l'agent en question. En vertu du système de plaintes de la police, les agents mènent leur propre enquête et insistent fortement sur la résolution informelle. L'enquêteur chargé du dossier a indiqué que quelques mois s'écouleraient avant la publication de résultats préliminaires.

– Matthew Perry

## Les T.N.-O. interdisent la discrimination fondée sur l'identité sexuelle

Les Territoires du Nord-Ouest deviennent le premier ressort du Canada à interdire la discrimination fondée sur l'identité sexuelle, offrant ainsi aux personnes transgenre une protection explicite contre la discrimination. Le projet de loi 1 (*Northwest Territories Human Rights Act*)<sup>12</sup> a été adopté le 30 octobre 2002. La loi énonce un certain nombre d'autres motifs prohibés de discrimination, y compris l'orientation sexuelle. Elle permet aussi la création d'une commission des droits de la personne.

Deux organismes représentant les personnes d'identité lesbienne, gaie, bisexuelle et transgenre, OutNorth (des Territoires du Nord-Ouest) et ÉGALE Canada, ont témoigné devant le comité législatif chargé de l'examen du projet de loi, pour défendre l'inclusion de l'identité sexuelle comme motif de discrimination prohibé.

Avec l'adoption de ce projet de loi, la discrimination à l'endroit des personnes lesbiennes, gaies ou bisexuelles est maintenant interdite dans tous les territoires et provinces du Canada, sauf dans le nouveau territoire du Nunavut, où l'on envisage l'application de lois sur les droits humains.

– David Garmaise

<sup>1</sup> Gendarmerie royale du Canada, « Communiqué : Le groupe de travail de la GRC sur le sang contaminé dépose des accusations criminelles », 20 novembre 2002 ([www.rcmp-grc.gc.ca/news/cm-02-26.htm](http://www.rcmp-grc.gc.ca/news/cm-02-26.htm)).

<sup>2</sup> A. Picard, « RCMP lay 32 charges in tainted-blood case », *Globe and Mail*, 21 novembre 2002, p. A1, A6.

<sup>3</sup> *Rapport final de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1997 ([www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/krever/index.html](http://www.hc-sc.gc.ca/francais/protection/krever/index.html)).

<sup>4</sup> J. Loomer, « Man who spat on officer will have tests », *Edmonton Sun*, 30 juillet 2002, p. 15.

<sup>5</sup> Lettre de l'honorable Gary Mar, ministre de la Santé et du Bien-être (gouvernement de l'Alberta), à Kenneth Morris, président de l'Alberta College of Paramedics, 19 septembre 2002, en filière.

<sup>6</sup> R. Carey, « L'Ontario adopte une loi sur les "échantillons de sang" », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 44-45.

<sup>7</sup> T. de Bruyn et R. Elliott, « Le test obligatoire du VIH après une exposition professionnelle », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 1, 27-34, à la p. 28.

<sup>8</sup> A. Steele, « Methadone clinic opens in Red Deer », *Calgary Herald*, 23 septembre 2002, p. B1.

<sup>9</sup> *Ibid.*

<sup>10</sup> *Ibid.*, T. Olsen, « Addicts may get injection centre », *Calgary Herald*, 30 août 2001, p. A1.

<sup>11</sup> L'agent de police a été cité dans un reportage à l'émission *The National*, à CBC, le 24 juillet 2002.

<sup>12</sup> Le texte est accessible sur le site Internet de l'Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest (via [www.assembly.gov.nt.ca](http://www.assembly.gov.nt.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. Les collaborateurs aux Nouvelles internationales de ce numéro sont Anna Alexandrova, Joanne Csete, Eszter Csernus, Richard Elliott, Michaela Figueira, Jane Hodges, Lisa Oldring, Durojaye Ebenezer Tope, Chris Ward et Nick Young. 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](mailto:dpatterson@aidslaw.ca).

## Chine – Des savants demandent que les lois sur le sida respectent les droits individuels

En juin 2002, le Groupe thématique sur le VIH/sida en Chine a publié un rapport détaillé d'analyse de situation et d'évaluation de besoins relativement à l'épidémie du VIH/sida en République populaire de Chine (RPC). Le rapport, *HIV/AIDS: China's Titanic Peril*, décrit et analyse également les lois et politiques chinoises sur le VIH/sida. On y souligne que « les lois et règlements qui reposent sur la peur et les préjugés ont contribué à catalyser l'épidémie, plutôt qu'à la contrôler ». <sup>1</sup> Le rapport montre que les buts et objectifs établis dans le Plan quinquennal d'action (2001-2005) de la Chine contre le sida ne respectent pas les engagements appuyés en juin 2001 lors de la Session extraordinaire sur le VIH/sida de l'Assemblée générale des Nations Unies. Le rapport souligne que le plan chinois « présente encore le VIH/sida comme un problème médical et échoue à comprendre l'épidémie comme une problématique de développement plus large ». <sup>2</sup>

Même lorsque des lois pourraient être utiles, leur application demeure un énorme défi. Par exemple, le Congrès populaire national a adopté en 1998 une loi interdisant les dons rémunérés de sang à des fins médicales. Néanmoins, le commerce illicite et non réglementé du sang, qui a grandement accéléré la propagation du VIH, en Chine, s'est poursuivi. Lorsque le Dr Wan Yanhai, coordonnateur de l'AIZHI Action Project (*Projet action sida*), a sonné l'alerte, la réaction du gouvernement a été de le placer en arrestation (voir l'article de fond consacré aux Premiers Prix de l'Action contre le VIH/sida et pour les droits humains, dans le présent numéro).

Dans l'article qui suit, M. Nick Young, rédacteur en chef du *China Development Brief*, se penche sur les conclusions de trois études commandées par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), à propos du rôle du droit dans la réaction au VIH/sida. <sup>3</sup>

Les lois, règlements et règles administratives concernant la prévention et le contrôle du VIH/sida, en Chine, sont souvent discriminatoires et contre-productifs; ils devraient être révisés afin d'être respectueux des droits des personnes vivant avec le VIH/sida et de décriminaliser l'abus de drogue et la prostitution. Voilà les principales conclusions de trois distingués savants chinois qui ont participé à un projet de recherche et de promotion des droits financé par le PNUD. Fait marquant pour un exercice de ce type, les études vont au delà de vagues appels qui incitent généralement à « accorder une plus grande attention » à certaines préoccupations : les auteurs établissent plutôt des propositions spécifiques d'amendements aux lois et règlements de la Chine.

**Problème central du droit chinois lié au sida : les individus n'y sont pas traités comme des parties prenantes qui ont des droits, mais plutôt comme des cibles de la gestion.**

Le professeur Li Dun, de l'Université de Tsinghua, a examiné quelques centaines de documents légaux qui touchent la gestion du VIH/sida, notamment des lois adoptées par le Congrès populaire national, des « décisions », « opinions » et autres énoncés de politiques qui ont force d'application par le Parti communiste ou le Conseil d'État, des règlements adoptés par le Conseil d'État, des décisions administratives formulées par des ministères, de même que des règlements locaux adoptés par des

gouvernements provinciaux et municipaux. Le matériel examiné comprenait des mesures particulières visant à endiguer la propagation du VIH mais aussi des documents sur les soins médicaux, la santé maternelle et infantile, le mariage, la sécurité sociale, le litige, l'enregistrement des foyers et la migration ainsi que la divulgation et l'accès à l'information.

Le professeur Li a conclu que « le problème central du droit chinois lié au sida est que les individus n'y sont pas traités comme des parties prenantes qui ont des droits, mais plutôt comme des cibles de la gestion » [trad.]. Dans un autre document, le prof. Qiu Renzong, un renommé philosophe moral de l'Académie chinoise des sciences sociales, déclare que les responsables des politiques ont été influencés par l'impression d'un conflit d'intérêt entre la majorité des citoyens et une minorité qui s'adonne à des comportements à risque élevé, et que cela les a incités à adopter une approche punitive envers ceux-ci afin de protéger les droits et intérêts de la majorité et de vaincre le VIH/sida.

« Cela est complètement erroné, a affirmé le prof. Qiu. Nous ne pourrions vaincre le sida que si nous agissons comme un tout – en intégrant le 'nous' et les 'autres', la 'minorité' et la 'majorité', en un *tout* dans nos esprits. »

La professeure Xia Guomei, de l'Académie des sciences sociales de Shanghai, a évalué l'impact social des lois actuelles, au moyen d'entrevues avec des responsables des politiques, des fonctionnaires, des travailleurs de services de santé, des intervenants en prévention du VIH/sida ainsi que des travailleurs du sexe, des utilisateurs de drogue, des personnes séropositives et leurs proches, dans les provinces du Sichuan et du Yunnan ainsi qu'à Shanghai.

Elle a documenté plusieurs cas de personnes vivant avec le VIH qui se sont vu refuser un traitement médical, transférer d'un hôpital à un autre, ou qui ont subi une grossière

**Le traitement punitif des groupes à risque élevé nuit aux stratégies préventives.**

stigmatisation (une répondante, notamment, a raconté qu'un caissier d'hôpital avait utilisé une pincette pour prendre son paiement, en partie à cause de la peur et de l'ignorance, et en partie à cause des règles qui requièrent l'isolement des patients du sida). D'autres exemples de discrimination active concernaient des violations de confidentialité et des non-dévoilements de résultats de test.

La prof. Xia a observé que le traitement punitif des groupes à risque élevé réduit l'efficacité des stratégies préventives. Les travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogue qu'elle a interviewés ont laissé voir une profonde ignorance. Une travailleuse de bar de karaoké a dit croire que les clients séropositifs au VIH pouvaient être identifiés par « leurs organes sexuels noircis ». Une autre a dit penser que la transmission pourrait être prévenue en « faisant attention à l'hygiène. Les pantalons doivent être propres. Le siège doit être propre aussi ... si l'on porte une jupe courte il est facile d'attraper une infection lorsqu'on s'assoit sur un banc tout de suite après une personne qui a une maladie vénérienne ».

Pourtant, les travailleurs à la prévention du VIH ont été entravés dans leur fourniture d'information appropriée. L'un d'eux a rapporté qu'après

sa soumission de documents publicitaires, pour approbation par les autorités locales, on lui a dit que « cette campagne doit s'effectuer dans un coin tranquille ».

Le document de Qiu Renzon, « A Proposal for Legislative Reform in Relation to AIDS in the PRC », résume les arguments des professeurs Li et Xia puis formule des recommandations spécifiques de modifications aux lois et règles actuelles. En voici les principales.

- Modifier la classification officielle du sida (à l'heure actuelle, il est dans la même classe que la typhoïde, la paratyphoïde, la diphtérie, la rage, la maladie du charbon [anthrax], le typhus, l'encéphalite et d'autres maladies transmissibles par contact humain banal), et retirer l'exigence que les patients du sida « soient isolés pour le traitement », dans la loi de la RPC sur la prévention et le traitement des maladies infectieuses (1989).
- Amender la Décision du comité permanent du Congrès populaire national (CPN) sur la prohibition des drogues narcotiques (1990) qui stipule à l'heure actuelle la détention, des amendes et la rééducation obligatoire des utilisateurs de drogue; et y stipuler la fourniture de traitements et d'éducation, et l'offre de traitement de substitution à la méthadone à ceux qui échouent à se défaire de la dépendance aux opioïdes.
- Déplacer la responsabilité criminelle de la prostitution, des travailleurs du sexe vers les organisateurs de ce commerce; et, la responsabilité morale, des travailleurs du sexe vers leurs clients. Les travailleurs du sexe, selon la recommandation du prof. Qiu, devraient recevoir « de l'éducation sur la prévention du sida et des

MTS ainsi que de la formation au travail », alors que leurs clients devraient être assujettis à « une éducation obligatoire sur la loi et la moralité ». Des révisions appropriées devraient être apportées aux Règlements du Comité permanent du CPN sur les peines administratives pour la sécurité publique (1986) et à la décision du Comité permanent du CPN sur la stricte prohibition de la prostitution et de la débauche (1991). Les passages qui établissent un lien entre la gestion du VIH/sida et des campagnes punitives contre l'usage de drogue et le travail du sexe devraient être retirés des énoncés de politiques plus récents – p. ex. les Opinions du Conseil d'État sur le renforcement de la prévention et du contrôle du sida (1995), où il est affirmé que « la prévention du sida est étroitement liée à la prohibition des drogues narcotiques et de la prostitution, à la purification de l'atmosphère sociale et à la construction d'une civilisation spirituelle socialiste » – ainsi que des avis directeurs sur la mise en œuvre d'un Plan à moyen et à long terme pour la prévention et le contrôle du sida (2001), où l'on réitère que « la débauche, la prostitution, le trafic de drogue et l'usage de drogue doivent être vigoureusement réprimés par des mesures sévères ».

- Amender la Loi de la RPC sur les soins de santé maternels et infantiles (1995), pour radier le VIH d'une liste de « maladies infectieuses ciblées » pour lesquelles les couples en instance doivent subir des tests et traitements, avant le mariage.
- Réviser en profondeur les Règlements sur la surveillance et le contrôle du sida (1988) pour en radier les exigences actuelles de

test obligatoire du VIH aux étrangers désireux de rester en Chine à long terme, de même qu'aux citoyens chinois qui rentrent de l'extérieur; également, pour créer des mesures propices au respect de la confidentialité et de la vie privée des personnes vivant avec le VIH/sida. L'article 2 cite actuellement « les patients du sida, ... les personnes infectées par le VIH, [et] les personnes soupçonnées d'avoir le sida ainsi que les personnes en contact étroit [avec elles] » comme étant des « objets de surveillance et de contrôle ». Cela devrait être révisé de manière à faire entendre clairement que les efforts de contrôle « devraient cibler uniquement la maladie, et non l'individu ». De plus, le prof. Qiu est en faveur que l'on récrive une nouvelle loi, une Loi sur la prévention et les soins pour le VIH/sida, qui exprime des engagements à prévenir la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida, à « protéger les droits humains » et à rehausser le rôle des organismes non gouvernementaux dans les stratégies de prévention et de soins.

Les professeurs Qiu, Li et Xia ont présenté leurs observations et conclusions lors d'une rencontre organisée à Beijing par le PNUD, en juin 2002, dans le cadre d'un projet en cours pour un « environnement législatif habitant ». Les versions finales de leurs documents de recherche étaient attendues à la fin de 2002.

<sup>1</sup> Groupe thématique de l'ONU sur le VIH/sida en Chine, *HIV/AIDS: China's Titanic Peril, 2001 update of the AIDS situation and needs assessment report*, Genève, ONUSIDA, 2002, p. 36 ([www.unaids.org/whatsnew/newadds/AIDSchina2001update.pdf](http://www.unaids.org/whatsnew/newadds/AIDSchina2001update.pdf)).

<sup>2</sup> *Ibid.*, p. 34.

<sup>3</sup> Le présent article est une traduction libre d'une adaptation autorisée du texte de N. Young, « Scholars call for AIDS rules based on respect for individual rights », *China Development Brief*, 2002, 5(1), disponible via ([www.chinadevelopmentbrief.com](http://www.chinadevelopmentbrief.com)).

# Formation de l'OIT pour les juges des tribunaux du travail

Dans cet article Jane Hodges, principale spécialiste en droit du travail au Bureau international du travail,<sup>1</sup> examine le rôle de l'Organisation internationale du travail (OIT) dans l'amélioration de la réponse du système des tribunaux du travail aux problèmes liés au VIH/sida.

Les juges des tribunaux du travail, et tout le système judiciaire du travail, forment une partie très négligée de l'administration du travail. Au plan national, la formation permanente existe parfois uniquement pour le personnel des tribunaux civils et pénaux, et les cours particulières sur les droits de la personne et le système judiciaire s'adressent souvent seulement aux organismes spécialisés dans les droits de la personne, comme les commissions des droits de la personne ou des relations interraciales.

L'OIT travaille depuis 20 ans avec les tribunaux du travail. Elle offre une tribune d'échanges sur l'évolution du droit du travail et elle a mis en œuvre des programmes de coopération technique pour améliorer le fonctionnement quotidien et la qualité du travail des institutions qui s'occupent du règlement des conflits. Ce travail s'inspire des Conventions de l'OIT qui ont été ratifiées par les États membres ainsi que des principes et droits fondamentaux relatifs au travail, y compris la liberté syndicale et l'élimination de la discrimination dans l'emploi, du travail des enfants et du travail forcé.<sup>2</sup>

La formation pour les tribunaux sur les conséquences du VIH/sida en milieu de travail n'a commencé que depuis peu avec des séminaires dans trois sous-régions : l'Afrique australe (Harare, février 1999), les Caraïbes (Port-of-Spain, octobre 1999) et l'Afrique orientale (Kampala, avril

2001). Cette formation a été entreprise pour répondre aux demandes des États membres de l'OIT, où les tribunaux du travail et les tribunaux industriels avaient commencé à recevoir des litiges – très nombreux dans certains pays – concernant les aspects du VIH/sida dans l'emploi. Les demandes portent également sur l'assistance technique nécessaire pour faire face à l'augmentation du volume de cas.

La demande de formation semble également résulter du fait que de plus en plus de pays modifient leur législation en droit du travail pour interdire la discrimination dans l'emploi fondée sur l'infection à VIH réelle ou présumée.<sup>3</sup> L'aide de l'OIT relativement à la réforme du droit du travail a toujours inclus une formation destinée aux institutions chargées d'appliquer les lois modifiées. L'adoption du *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail* en juin 2001<sup>4</sup> a donné une impulsion supplémentaire à la formation. Le Recueil exhorte les autorités compétentes à

fournir des informations et des orientations techniques aux employeurs et aux travailleurs afin qu'ils puissent respecter aussi efficacement que possible la législation et les réglementations applicables aux questions du VIH/sida dans le monde du travail. Elles devraient renforcer les structures et procédures d'application, entre autres les services

d'inspection du travail, ainsi que les tribunaux et autres juridictions du travail.<sup>5</sup>

Des ateliers de grande qualité, des séminaires, des cours, des colloques et des réunions techniques à l'intention des tribunaux sont organisés parallèlement à la formation traditionnelle offerte aux employeurs, aux travailleurs et à leurs organisations sur le droit à la protection contre la discrimination dans l'emploi fondée sur la séropositivité réelle ou présumée.

À l'appui des cours, l'OIT a publié un guide professionnel qui contient un chapitre sur la discrimination fondée sur le VIH/sida dans le monde du travail.<sup>6</sup> Le guide a également été utilisé au Centre de formation internationale de l'OIT à Turin, dans son cours intitulé « International Labour Standards for Judges, Lawyers and Legal Educators ».

De plus, pour chaque activité de formation, l'OIT commande des études de praticiens nationaux ou de membres des facultés de droit, qui puisent dans la jurisprudence relative au VIH/sida de chaque région particulière de manière à constituer une source de droit du travail comparé. Des exemples de saine pratique sont décrits, notamment les tendances de la jurisprudence récente (par exemple concernant le recours aux « exigences inhérentes à l'emploi » pour tenter d'exclure les candidats séropositifs des forces armées).<sup>7</sup> Lorsque possible, des personnes ressources des programmes nationaux de lutte contre le sida sont invitées à animer les groupes de discussion. Durant les séminaires, de nombreux

exercices pratiques sont proposés, y compris le procès fictif. Les participants peuvent parfaire leurs connaissances en rédigeant des décisions et en partageant des informations sur les règles concernant la preuve, la divulgation et la confidentialité des renseignements médicaux, les procédures judiciaires, le droit à la représentation et les processus d'appel.

Le soutien de l'OIT aux tribunaux du travail a pour but de favoriser une meilleure compréhension par le personnel des tribunaux industriels – particulièrement les juges et les assesseurs – des normes et des principes de l'OIT relatifs à l'égalité dans le domaine de l'emploi et des moyens qu'ils peuvent employer pour mettre fin aux pratiques injustes en matière d'emploi en ce qui a trait au VIH/sida. En obtenant des renseignements à

jour et de la formation – y compris des exemples de lois, de politiques et d'arrêts concernant la protection et la prévention, de même que l'information médicale la plus récente – le personnel est mieux outillé pour faire face aux questions concernant le VIH/sida quand elles se présentent.

Pour de plus amples renseignements, communiquer avec Jane Hodges à [hodges@ilo.org](mailto:hodges@ilo.org).

<sup>1</sup> Le Bureau international du travail est le secrétariat de l'Organisation internationale du Travail (OIT), chargé de mettre en application les décisions de l'OIT.

<sup>2</sup> Ces droits sont énumérés dans la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux du travail, de 1988 ([www.ilo.org/french/standards/decl/declaration/text](http://www.ilo.org/french/standards/decl/declaration/text)). Pour de plus amples renseignements sur la Déclaration et le suivi, voir le Programme focal pour la promotion de la Déclaration ([www.ilo.org/public/french/standards/decl/index.htm](http://www.ilo.org/public/french/standards/decl/index.htm)).

<sup>3</sup> L'OIT définit la législation comme comprenant les codes du travail; les lois concernant le droit en matière

d'emploi, l'égalité, le handicap, les syndicats et les organisations patronales, les relations industrielles, le travail des enfants, les tribunaux du travail, la sécurité sociale et la santé et la sécurité du travail; les documents réglementaires subsidiaires sous forme de règles, règlements et ordonnances; et les « textes n'ayant pas de caractère obligatoire », comme les codes de pratique, les codes de déontologie et les contrats internationaux.

<sup>4</sup> Genève, Bureau international du Travail, 2001. Pour le texte complet du code, et de plus amples renseignements sur les conséquences du VIH/sida en milieu de travail, voir la section sida site Web de l'OIT ([www.ilo.org/public/english/protection/trav/aid](http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aid)).

<sup>5</sup> Article 5.1(k), *Italiennes ajoutées*.

<sup>6</sup> *An Outline of Recent Equality Issues in Employment for Labour Court Judges and Assessors*, Genève, Bureau international du travail, 1997. Disponible en anglais, portugais et français.

<sup>7</sup> Pour une discussion des plus récentes approches proposées par les tribunaux de Namibie, d'Afrique du Sud et d'Australie, voir J. Hodges, *Policy and Legal Issues Concerning HIV/AIDS and the World of Work*, Genève, Bureau international du travail, 1999; à jour en 2002 ([www.ilo.org/public/english/protection/trav/aid/intro](http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aid/intro)). Voir aussi L. Stoltz, *HIV Testing of UN Peacekeeping Forces: Legal and Human Rights Issues. Background Paper for the UNAIDS Expert Panel on HIV Testing in UN Peacekeeping Operations*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001 ([www.unaids.org/publications/documents/uniformedservices](http://www.unaids.org/publications/documents/uniformedservices)).

## Forums internationaux

**La présente section fait état de l'attention accordée au VIH/sida et à la santé dans les forums internationaux, y compris la nomination d'un rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé.**

### VIH/sida et santé au Sommet mondial pour le développement durable

Le lien entre la santé et le développement durable a été au cœur du Sommet mondial pour le développement durable (SMDD), tenu à Johannesburg du 26 août au 4 septembre 2002. Le thème principal du Sommet a porté sur la mise en œuvre du développement durable par la lutte contre la détérioration de l'environnement et la pauvreté. Il a mis en évidence l'importance de l'élimination de la pauvreté, qui passe par l'amélioration de la santé pour tous, et il a souligné l'urgent besoin de traiter les causes sous-jacentes de la mauvaise santé et

leurs effets sur le développement.

Le SMDD s'est conclu par l'adoption d'un Plan de mise en œuvre incitant à l'action dans un certain nombre de domaines, notamment le renforcement de la capacité des systèmes de santé « de fournir des services de santé de base à tous, d'une manière efficace, accessible et abordable, dans l'optique de prévenir, contrôler et traiter les maladies, et de réduire les dangers pour la santé environnementale, en conformité avec les droits de la personne et les libertés fondamentales et dans le respect des lois nationales

et des valeurs culturelles et religieuses, compte tenu des rapports des conférences et des sommets pertinents des Nations Unies et des sessions extraordinaires de l'Assemblée générale » [trad.]. En ce qui a trait au VIH/sida, ce Plan réitère les buts et objectifs contenus dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée en juin 2002 par l'Assemblée Générale des Nations Unies, et il énumère les actions que les États doivent prendre pour réaliser ces engagements. Le texte complet du Plan de mise en œuvre, avec les détails du Sommet, se trouvent à l'adresse : [www.johannesburgsummit.org](http://www.johannesburgsummit.org).

L'ONUSIDA a parrainé au SMDD un débat d'experts sur le VIH/sida, la capacité humaine et le développement durable. La discussion a porté sur l'effet du sida sur le développement

durable dans des secteurs clés du développement, comme l'éducation, la santé et la sécurité alimentaire. Les participants ont examiné l'expérience des pays où l'épidémie a pu être prévenue et contenue et ils en ont dégagé des éléments de réussite. Les discussions ont fait valoir l'importance de garantir la centralité d'une approche fondée sur les droits, en mettant l'accent sur le respect des droits à l'information, à l'éducation, à la santé, au logement et à la protection contre toutes les formes de discrimination, de même que sur l'intégration des réponses au VIH dans toutes les activités de développement à l'échelle nationale. Un document d'information préparé pour les discussions en groupe, intitulé *VIH/SIDA, ressources humaines et développement durable*,<sup>1</sup> est disponible à [www.unaids.org](http://www.unaids.org) sous la rubrique « What's New » [dans cette page, cliquez sur « Français » à droite du titre original anglais, *HIV/AIDS, Human Resources, and Sustainable Development*].

### Suivi régional africain à la Conférence mondiale contre le racisme

La Déclaration et Plan d'action, adoptée à l'occasion de la Conférence mondiale contre le racisme (tenue à Durban en 2001), établit un échéancier détaillé pour l'adoption par les États, et d'autres, de mesures concrètes contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui s'y rattache. Un séminaire de suivi régional à l'intention d'experts de l'Afrique a été tenu du 16 au 18 septembre 2002 à Nairobi, Kenya. Le séminaire a été organisé par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, en collaboration avec le Bureau des Nations Unies à Nairobi. Les

participants comptaient des représentants du système de l'ONU, d'institutions nationales africaines de défense des droits de la personne, du milieu universitaire et de la société civile africaine.

La rencontre de trois jours a permis à des experts et à une centaine d'observateurs d'États africains et d'autres organisations de discuter de sujets comme le développement et la pauvreté, l'administration de la justice, la santé et le VIH/sida, les plans d'action nationaux contre le racisme, et les aspects sexospécifiques de la discrimination raciale. Le séminaire s'est conclu par une série de recommandations à l'intention des États africains sur les moyens de mettre en œuvre les dispositions du Plan d'action de Durban.

Les recommandations relatives à la santé portaient notamment sur l'adoption de lois et politiques favorisant le respect, la protection et la réalisation des droits fondamentaux de chacun aux normes de santé les plus élevées possibles. Les experts ont également recommandé que les États développent et mettent en œuvre, en consultation avec des organisations non gouvernementales et en particulier avec des personnes vivant avec le VIH/sida, des programmes nationaux pour reconnaître progressivement l'accès universel aux traitements, aux soins et au soutien pour toutes les personnes qui vivent avec le VIH/sida. Les recommandations proposent en outre des indicateurs et des points de repère conçus pour favoriser la surveillance de l'évolution de la situation.

Le texte complet des recommandations du Séminaire d'experts pour la Région africaine est disponible sur le site Web du Haut Commissariat aux droits de la personne (via [www.unhchr.ch/html/racism/index.htm](http://www.unhchr.ch/html/racism/index.htm)).

### L'ONU nomme un Rapporteur spécial sur le droit à la santé

Au début de 2002, la Commission des droits de l'homme des Nations Unies a adopté une résolution portant sur la création d'un nouveau mandat qui consiste à aborder les problèmes de santé du point de vue des droits de la personne. La résolution note que, pour des millions de personnes dans le monde, la jouissance intégrale du droit à la santé est un objectif lointain qui, dans bien des cas, devient de plus en plus inaccessible – en particulier pour les personnes qui vivent dans la pauvreté. Elle reconnaît la nécessité que les États, en collaboration avec des organisations internationales et la société civile, créent des conditions favorables à tous les niveaux pour garantir la jouissance complète et concrète du droit à la santé. La résolution crée le mandat du rapporteur spécial pour une durée de trois ans.

La Commission a nommé Paul Hunt (Nouvelle-Zélande) rapporteur spécial en août 2002. Son mandat comprendra la cueillette et le partage d'informations, la communication de rapports sur l'évolution mondiale de la mise en œuvre du droit à la santé, de même que la préparation de recommandations concernant des mesures adéquates pour promouvoir et protéger le respect du droit à la santé. Le rapporteur spécial présentera son premier rapport à la Commission à sa 59<sup>e</sup> session en mars 2003. Le texte complet de la résolution sur le droit à la santé (E/CN.4/RES/2002/31) est disponible sur le site Web du Haut Commissariat aux droits de la personne ([www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch)).

<sup>1</sup> Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2002.

## Conférence africaine régionale sur le VIH/sida et les droits humains

**Une conférence des pays membres de la Southern African Development Community (SADC) a conduit à l'établissement d'une alliance régionale entre organismes qui travaillent dans le domaine du VIH/sida et des droits de la personne.**

Du 25 au 26 octobre 2002, le AIDS Law Unit of the Legal Assistance Centre of Namibia et le AIDS Law Project of South Africa ont organisé, à Windhoek, en Namibie, une conférence d'organismes du domaine du VIH/sida et des droits de la personne dans la région de la SADC.

Les objectifs étaient de réévaluer l'importance d'aborder le VIH/sida dans l'optique des droits de la personne; de partager les expériences des organismes impliqués dans ces questions en Afrique; et d'envisager l'établissement d'un réseau d'organismes qui travaillent sur le VIH/sida et les droits de la personne en Afrique, dans le but de créer un forum pour le partage d'idées, d'expériences, de documents et de connaissances dans le domaine des droits de la personne, de la législation et des politiques en rapport avec le VIH/sida.

La conférence a accueilli 60 participants, qui représentaient 10 pays de la SADC : Afrique du Sud, Botswana, Zambie, Swaziland, Tanzanie, Zimbabwe, Malawi, Angola, Mozambique et Namibie. Emma Tuaehepa, directrice de Lironga Eparu, l'association nationale namibienne

des personnes vivant avec le VIH/sida, a ouvert la séance et le juge Edwin Cameron, de l'Afrique du Sud, a prononcé le discours liminaire.

Les participants ont échangé des renseignements sur le travail en cours dans le domaine du VIH/sida et des droits de la personne dans les divers pays de la SADC représentés à la conférence, puis ils ont relevé des besoins communs. Le besoin d'échanger des connaissances, des documents et des expériences s'est révélé d'une importance cruciale pour la région.

En conséquence, les participants ont résolu d'établir une alliance régionale d'organismes impliqués dans le domaine du VIH/sida et des droits de la personne. Cette alliance aura pour fonctions de favoriser le partage de renseignements, de documents et de connaissances entre les membres, de servir de réseau d'alerte régionale pour réagir aux violations des droits de la personne dans la région, d'organiser la formation des membres sur le VIH/sida et les droits de la personne, de diffuser de l'information sur l'évolution des questions relatives au VIH/sida et aux droits de la personne dans la région et d'organiser des ren-

contres régionales annuelles sur le sujet. L'alliance sera coordonnée par un secrétariat hébergé par l'AIDS Law Unit du Legal Assistance Centre of Namibia. Un conseil consultatif sera mis sur pied. Il se composera de représentants des organismes suivants : AIDS Law Project (Afrique du Sud), AIDS Law Unit (Namibie), Women and Law in Southern Africa (Swaziland), Southern Africa AIDS Information Dissemination Service (Zimbabwe), Zambian AIDS Law Research and Advocacy Network (Zambie), Lironga Eparu (Namibie) et Programa de Direitos Humanos (Angola).

Le soutien financier des organismes suivants a rendu la conférence possible : Family Health International, USAID, Ibis, Voluntary Service Overseas Regional AIDS Initiative of Southern Africa (VSO RAISA) et le Southern Africa Human Rights NGO Network (SAHRINGON). Pour de plus amples renseignements sur cette conférence et sur l'alliance régionale, communiquer avec Michaela Figueira, AIDS Law Unit, Legal Assistance Centre, Namibie, à [mfigueira@lac.org.na](mailto:mfigueira@lac.org.na)

## Un groupe de défense des droits de la personne du Nigeria offre du soutien juridique

**Une organisation nigériane se porte à la défense des droits des personnes vivant avec le VIH/sida dans les essais cliniques.**

Le Center for the Right to Health, à Lagos, continue de fournir du soutien juridique aux personnes vivant avec le VIH/sida au Nigeria. Il donne des conseils, rédige des documents, offre des services de médiation et de litige. Chaque semaine, environ 10 personnes qui vivent avec le VIH/sida s'adressent au Centre pour obtenir diverses formes d'aide juridique. Le Centre est intervenu dans le cas d'un homme âgé qui avait été traité de manière contraire à l'éthique. Dans une autre action, au début de 2002, le Centre a rédigé une requête à l'intention d'un organisme réglementaire pour dénoncer des violations des droits de la personne attribuables aux attitudes des travailleurs de la santé.

Le patient a reçu une modeste indemnisation.

En août 2002 le Centre a terminé un rapport intitulé « Drug Trials: Documenting the Experience of People Living with HIV/AIDS in Nigeria ». Le Centre a décidé de préparer ce document à la suite de plaintes concernant certaines pratiques douteuses dans un essai clinique organisé par le gouvernement fédéral, en 2001. La recherche a révélé que les participants n'avaient pas donné de consentement éclairé; que les participants n'avaient reçu ni soins ni traitement durant l'essai clinique et que leur dignité n'avait pas été respectée. Par la suite, le Centre a organisé un atelier sur les essais de médicaments, pour environ 30 personnes vivant avec le VIH/sida. Des experts ont

présenté des documents sur l'objet des essais cliniques, les principes éthiques à respecter dans les essais cliniques, et les droits des sujets pendant les essais.

En août 2002, le Centre a publié le dépliant « Your Rights In Clinical Trials », afin de renseigner le public, en particulier les personnes vivant avec le VIH/sida, sur leurs droits dans les essais cliniques. Le Centre publie également *Touch*, un journal trimestriel sur les questions juridiques liées au VIH/sida, aux droits de la personne ainsi qu'à la santé génésique. Pour de plus amples renseignements, communiquer avec Durojaye Ebenezer Tope à [crhuids@yahoo.com](mailto:crhuids@yahoo.com).

## Mesures législatives en Asie-Pacifique

**La présente section présente l'évolution de la législation en Australie, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et au Cambodge.**

### L'Australie est soumise à une vérification législative

En 2002, l'AIDS Trust of Australia a subventionné une étude ayant pour but de vérifier la conformité des lois de l'Australie avec les *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne*. Le projet appliquera les Directives dans chacun des neuf ressorts juridiques de l'Australie

(six États, deux territoires et le ressort fédéral). Il est mené avec le concours de l'Australian Federation of AIDS Organisations et les organismes régionaux de lutte contre le VIH/sida de chaque ressort. Des représentants des ministères de la justice et de la santé de chaque ressort participent à la véri-

fication, qui vise à promouvoir la participation et la réflexion de toutes les parties sur les façons d'améliorer l'environnement juridique de l'Australie pour mieux faire face à l'épidémie. Le rapport final du projet est attendu au début de l'année 2004. Pour de plus amples renseignements, communiquer avec Helen Watchirs, Regulatory Institutions Network, Australian National University, à [watchirs@coombs.anu.edu.au](mailto:watchirs@coombs.anu.edu.au).

## La Papouasie-Nouvelle-Guinée approuve un projet de loi sur le VIH/sida

Le National AIDS Council of Papua New Guinea a approuvé un projet intitulé *HIV/AIDS Management and Prevention Bill*, en espérant que celui-ci serait présenté au Parlement nouvellement élu de la Papouasie-Nouvelle-Guinée avant la fin de l'année 2002. Le principal objectif de la législation est la protection et la promotion des droits de la personne dans le contexte de l'épidémie, particulièrement la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, et les tests obligatoires de VIH. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a un système élaboré de protection des droits humains enchâssés dans sa constitution, que les tribunaux sont fréquemment appelés à faire respecter, et le projet de loi repose sur l'application de ces droits. Le projet de loi s'inspire également des *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne et le *Code de pratique sur le VIH et le monde du travail* de l'Organisation internationale du travail.

Le projet de loi interdit notamment la discrimination contre les personnes vivant (ou soupçonnées de vivre) avec le VIH/sida, contre leurs familles, amis et associés, de même que contre les personnes associées à des groupes considérés plus exposés aux risques d'infection par le VIH. Les tests obligatoires de sérodiagnostic sont interdits dans la plupart des cas et le projet de loi prévoit un droit d'accès aux moyens de prévention du VIH, notamment les préservatifs et les documents d'information sur le VIH/sida, qui sont soustraits aux lois concernant la censure et l'obscénité. Le projet de loi

établit une obligation de confidentialité concernant les renseignements liés à la séropositivité au VIH, et pratiquement tous les tests de VIH doivent être faits avec le consentement éclairé de la personne et être précédés et suivis de counseling. Pour de plus amples renseignements sur le projet de loi, communiquer avec Christine Stewart, Policy and Legal Advisor, Papua New Guinea National HIV/AIDS Support Project, à [cstewart@nhasp.nacs.org.pg](mailto:cstewart@nhasp.nacs.org.pg).

## Le Cambodge adopte une loi sur la prévention du VIH

L'assemblée législative du Cambodge a adopté une loi exhaustive sur la prévention et le contrôle du VIH. La *Law on the Prevention and Control of HIV/AIDS* a reçu la sanction royale en juillet 2002. Elle prévoit des campagnes nationales de sensibilisation sur le VIH/sida, une surveillance épidémiologique et des services de santé gratuits pour les personnes vivant avec le VIH/sida. La loi impose la protection de la confidentialité des renseignements personnels relatifs au VIH/sida. Les violations sont passibles d'amendes et de peines de prison maximales de six mois. Toutes les formes de discrimination contre les personnes qui vivent avec le VIH/sida sont interdites, de même que la discrimination contre les familles de ces personnes ou de celles présumées séropositives. Dans presque tous les cas, le test de sérodiagnostic doit être volontaire, anonyme, assujéti à un consentement écrit et précédé et suivi de counseling. Le test du VIH est interdit en relation avec l'emploi, l'éducation, la liberté de résidence et de circulation, et l'accès aux services

médicaux et d'autre nature.

La loi, qui s'inspire de l'*AIDS Prevention and Control Act 1998* des Philippines, confie à la Cambodia's National AIDS Authority la responsabilité d'élaborer des programmes d'éducation sur le VIH en milieu de travail, d'établir des normes de lutte contre l'infection et d'en surveiller le respect, de réglementer les normes de publicité relatives à la prévention du VIH et aux produits de traitement, et de recueillir « à l'intérieur et à l'extérieur du pays » des ressources susceptibles d'aider le Cambodge à répondre à l'épidémie. Le National AIDS Authority doit également veiller au respect des normes dans les centres de test du VIH et réunir des données épidémiologiques sous forme codée (c'est-à-dire non nominative).

La mise en œuvre de cet ambitieux programme d'activités est assujéti à d'autres directives (non encore formulées), mais des organisations non gouvernementales comme le POLICY Project (financé par USAID) et le Cambodian People Living with HIV/AIDS Network (CPN+) ont commencé à faire des interventions fondées sur la nouvelle législation. En septembre 2002, le POLICY Project et l'Australian Federation of AIDS Organisations ont tenu un séminaire à Phnom Penh sur les aspects de la législation pour les organismes actifs dans le domaine du VIH/sida et des droits de la personne. CPN+ se prépare à rédiger une déclaration des droits des personnes vivant avec le VIH/sida à partir des dispositions de la nouvelle loi.

Pour de plus amples renseignements, communiquer avec le POLICY Project à Phnom Penh, Cambodge ([m.coleman@bigpond.com.kh](mailto:m.coleman@bigpond.com.kh)) ou Chris Ward ([cward@afao.org.au](mailto:cward@afao.org.au)).

# La discrimination reliée au VIH/sida en Asie-Pacifique

## Étude sur la stigmatisation et la discrimination reliées au VIH/sida dans six pays

Un projet de recherche subventionné par la Fondation Ford se sert d'un protocole<sup>1</sup> de l'ONUSIDA pour étudier les formes institutionnelles de stigmatisation et de discrimination liées au VIH/sida en Chine, en Inde, en Indonésie, aux Philippines, en Thaïlande et au Vietnam.<sup>2</sup> Le protocole s'intéresse particulièrement à trois sources possibles de discrimination : la législation, les politiques écrites et non écrites et la pratique. Ces sources de discrimination possible sont examinées dans dix secteurs clés de la vie publique, dont les soins de santé, le droit, l'éducation et les services sociaux.

Chaque équipe nationale comprend un coordonnateur et un conseiller technique qui ont des connaissances dans la recherche, la plaidoirie et l'expérience des personnes vivant avec le VIH/sida qui sont victimes de discrimination. Chaque équipe nationale recueille les documents pertinents et rencontre des témoins privilégiés, notamment des personnes qui travaillent dans les secteurs visés et des personnes qui vivent avec le VIH/sida.

On prévoyait que la moitié des pays participants tiennent des ateliers nationaux sur les conclusions de leurs équipes nationales avant décembre 2002. L'autre moitié devrait le faire vers le mois d'avril 2003. Pour de plus amples renseignements, commu-

niquer avec Kit Yee Chan (kityc@deakin.edu.au).

## Rapport sur la discrimination liée au VIH/sida en Australie

Les personnes qui vivent avec le VIH en Australie continuent d'être victimes d'une discrimination considérable, selon un rapport de l'Australian Research Centre in Sex, Health and Society.

Le rapport, intitulé *HIV Futures 3: Positive Australians on Services, Health and Well-Being*<sup>3</sup>, a constaté que les problèmes de discrimination demeurent fondamentaux dans la vie de nombreuses personnes séropositives, qu'il s'agisse de la discrimination proprement dite ou de crainte de discrimination possible.

Parmi les 898 personnes qui ont répondu au sondage associé au rapport, 11,1% ont indiqué avoir reçu un traitement moins favorable relativement au logement. La proportion de personnes victimes de discrimination dans le logement était plus élevée dans les logements publics (24,6%) que dans les logements privés (9,6%)<sup>4</sup>.

Par ailleurs, 37,7% des répondants avaient été victimes de discrimination dans un service médical parce qu'elles étaient séropositives. Lorsqu'on leur a demandé sous quelle forme cette discrimination se présentait, plusieurs

ont mentionné des problèmes de confidentialité et de mise à l'écart.<sup>5</sup>

En ce qui a trait à la divulgation de leur séropositivité, 52% des répondants ont déclaré que leur état avait éventuellement été divulgué sans leur permission, et 29,7% ont dit que cela s'était produit au cours des deux dernières années. Selon les répondants, les personnes les plus susceptibles de divulguer la séropositivité d'une personne étaient des amis ou des collègues. Les auteurs ont observé que ces personnes étaient les plus susceptibles de connaître l'état du répondant. Ils se sont dits préoccupés par le fait que 18,4% des répondants avaient désigné un employé d'un établissement de santé comme la source de la divulgation non désirée.<sup>6</sup>

Le rapport peut être consulté à [www.latrobe.edu.au/hiv-futures](http://www.latrobe.edu.au/hiv-futures). Les auteurs ont l'intention de publier un document plus détaillé sur les constatations de l'enquête en rapport avec la discrimination.

<sup>1</sup> Protocole pour l'identification de la discrimination à l'égard des personnes vivant avec le VIH. Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2000 ([www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC296-Protocol-F.pdf](http://www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC296-Protocol-F.pdf)).

<sup>2</sup> D. Reidpath, K.L. Chan, « HIV/AIDS-related discrimination in the Asia Pacific », *HIV Australia*, 2002, 291 : 32.

<sup>3</sup> J. Grierson et coll., *HIV Futures 3: Positive Australians on Services, Health and Well-Being*. Melbourne, Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University, 2002 ([www.latrobe.edu.au/hiv-futures](http://www.latrobe.edu.au/hiv-futures)).

<sup>4</sup> *Ibid.*, p. 109.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 109-110.

<sup>6</sup> *Ibid.*, p. 57-58.

# Les abus de pouvoir policier nuisent à la prévention du VIH au Cambodge et en Inde

**Des rapports provenant du Cambodge et de l'Inde révèlent comment les violations des droits de la personne par les autorités policières nuisent aux efforts faits pour prévenir la propagation du VIH.**

## Les violations des droits des travailleurs du sexe au Cambodge

Un rapport préparé par la Cambodian Women's Development Association (CWDA) et la Cambodian Prostitutes Union a conclu que les femmes qui travaillent dans l'industrie du sexe dans le district de Toul Kork, à Phnom Penh, sont constamment victimes de violations des droits de la personne de la part des autorités policières, notamment d'arrestations illégales, agressions, extorsion et viol. Le rapport établit que le non-respect des droits des personnes dans l'industrie du sexe, au Cambodge favorise l'épidémie de VIH dans ce pays; il devient donc impossible pour les travailleuses du sexe de refuser des clients ou de se protéger contre le VIH et les infections transmissibles sexuellement.

La loi du Cambodge interdit la propriété et l'exploitation de bordels et le trafic de personnes dans un but de prostitution, mais le travail sexuel lui-même n'est pas illégal. Cependant, selon le rapport de la CWDA, ce sont les travailleuses du sexe qui sont systématiquement ciblées et incarcérées, et non les propriétaires et gérants de bordels et leurs clients.

Parmi les travailleuses du sexe qui ont répondu au sondage, 72% ont dit avoir été victimes de violations des droits de la personne de la part des autorités policières. Les violations comprenaient des arrestations arbitraires, l'interdiction de travailler, des

voies de fait avec des bâtons et armes à feu, des viols, des travaux forcés et de l'extorsion. Selon toutes les travailleuses du sexe, à cause de la stigmatisation associée au travail sexuel dans la société cambodgienne, celles-ci étaient privées des protections auxquelles elles ont droit selon le droit cambodgien. Plusieurs ont déclaré que les autorités locales et le gouvernement cambodgien devaient prendre des mesures pour mettre fin à l'exploitation des travailleuses du sexe.

La Cambodian Women's Development Association demande l'adoption de mesures d'urgence, comme la formation des agents de police sur les droits des femmes, et des poursuites criminelles contre les policiers qui abusent de leur pouvoir pour violer les droits des travailleuses du sexe. Le rapport est disponible auprès de la CWDA ([cwda@bigpond.com.kh](mailto:cwda@bigpond.com.kh)).

## Harcèlement de travailleurs du domaine du VIH/sida en Inde

Human Rights Watch a constaté, en Inde, que la violence et le harcèlement de la part des autorités policières à l'égard des personnes qui travaillent dans le domaine du VIH/sida nuisent aux efforts déployés pour contenir la propagation du VIH dans ce pays. Dans un rap-

port rendu public à l'occasion de la XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida,<sup>1</sup> Human Rights Watch a conclu que les mauvais traitements à l'égard des représentants des services d'approche qui interviennent auprès des travailleurs du sexe et des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont fréquents et répandus. En fait, une branche du gouvernement – le service de santé publique – compte sur le secteur non gouvernemental pour fournir des préservatifs et des informations aux personnes les plus exposées au risque d'infection, tandis qu'une autre branche du gouvernement – la police – maltraite les personnes qui offrent ces services.

Le rapport fait une série de recommandations, notamment l'abrogation de l'article 377 du Code pénal indien, qui interdit les relations sexuelles entre hommes et est fréquemment invoqué pour justifier le harcèlement d'agents d'éducation sur le VIH/sida qui œuvrent auprès d'hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes. Le rapport demande également au Parlement de faire enquête sur les violations dont sont victimes les travailleurs des services d'approche reliés au VIH/sida dans l'optique de renforcer les protections juridiques des droits de la personne.

<sup>1</sup> J. Csete, « Epidemic of Abuse: Police Harassment of HIV/AIDS Outreach Workers in India », *Human Rights Watch*, 2002, 14(5) ([www.hrw.org/reports/2002/india2/india0602.pdf](http://www.hrw.org/reports/2002/india2/india0602.pdf)).

## Test du VIH : progrès en Hongrie, problèmes en Russie

Alors que le test volontaire anonyme du VIH est en voie de devenir la norme en Hongrie, le test obligatoire demeure courant en Russie, en dépit de la loi fédérale sur la prévention du VIH.

### Hongrie – Test volontaire et anonyme, sauvé par la cloche

La nouvelle loi hongroise sur le VIH/sida a vu le jour à la suite d'une décision de la cour constitutionnelle (en juin 2002), qui a invalidé le décret ministériel de 1988 en statuant qu'il affectait un trop grand nombre de droits fondamentaux, pour ce niveau législatif; la cour a mandaté le parlement de combler ce vide législatif avant le 31 décembre 2002.

Vu les contraintes de temps et le fait que la cour n'avait pas jugé inconstitutionnel le bien-fondé du décret (cette dernière n'examine jamais les arguments juridiques du point de vue de leur bien-fondé, lorsqu'elle invalide un texte en raison d'un problème formel), le gouvernement a choisi la voie la plus facile en répétant simplement les dispositions du décret et en les intégrant à la Loi sur la santé, sans égard à leur contenu (ce qui va à l'encontre des recommandations et directives de l'Organisation mondiale de la santé et du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida).

Ces dispositions décrivaient un système de test *semi-anonyme*, où l'anonymat était conservé jusqu'à l'obtention d'un premier résultat positif au test du VIH (la provision des renseignements personnels étant préalable à l'accès au test de vérification); elles prescrivaient la *notification des partenaires*; et rendaient *obligatoire* le test du VIH pour certains groupes : partenaires sexuels d'individus séropositifs, personnes en contact étroit avec des individus séropositifs et susceptibles d'avoir contracté l'infection, détenus et

utilisateurs de drogue par injection.

Cette ébauche d'amendement, qui n'établissait aucune différence entre le VIH/sida et d'autres maladies infectieuses, a suscité un tollé de protestations de la part d'organismes non gouvernementaux, de médecins de personnes séropositives ainsi que du médiateur responsable de la protection des renseignements. Devant les pressions des médias, le ministre de la Santé a dû reformuler sa proposition – cette fois, en collaboration avec le médiateur (qu'il avait initialement « oublié » de consulter).

Malgré certaines incohérences et lacunes, la nouvelle version du projet de loi est assez prometteuse : elle fait du *test volontaire et anonyme la règle générale*. Par contre, le test obligatoire s'applique encore à trop de groupes – outre les donneurs de sang et d'organes, le test peut être imposé (en présence d'un risque de transmission) à des individus soupçonnés ou accusés de délits sexuels ou liés à l'usage de drogue, ou d'autres délits qui impliquent des dommages corporels, lorsqu'un juge considère nécessaire de déterminer s'il y a eu ou non transmission du VIH. L'amendement introduit également le test obligatoire dans le cadre de professions où il existe un risque d'infection. En ce sens, la loi demeure malheureusement influencée par des réactions traditionnelles qui n'offrent qu'une illusion de sécurité. Les limites imposées aux droits humains ne satisfont pas toutes entièrement les critères de nécessité et

de proportionnalité.

Pour plus d'information, contacter Eszter Csernus, Hungarian Civil Liberties Union, à tarsasag@elender.hu.

### Russie – La pratique répandue du test obligatoire contrevient à des lois domestiques et internationales

En septembre 2002, le directeur du Département sanitaire du ministère russe de la Santé a souligné que la pratique répandue du test obligatoire du VIH allait à l'encontre de lois domestiques et internationales.<sup>1</sup> Il a donné l'exemple de la région de Primorsky, où chaque résidant russe souhaitant quitter le pays plus de trois jours doit subir un test du VIH et y obtenir un résultat négatif. Il a observé des cas de discrimination à l'encontre de personnes vivant avec le VIH/sida, au sein de la profession médicale. En raison d'un soi-disant manque de connaissances adéquates sur la transmission du VIH parmi ces professionnels, des personnes vivant avec le VIH/sida n'obtiennent pas l'assistance médicale nécessaire. La loi fédérale russe de 1995 sur la prévention du VIH garantit un test volontaire et consensuel et une protection contre la discrimination fondée sur la séropositivité. La région qui englobe les pays de l'ex-Union soviétique est actuellement aux prises avec l'épidémie de VIH qui croît le plus rapidement au monde. Le nombre officiel de cas de VIH/sida déclarés se chiffre environ à 195 000, mais certains croient que jusqu'à un million de Russes vivaient avec le VIH.<sup>2</sup> Pour plus d'information, contacter Anna Alexandrova, à AnnaAlexandrova@aol.com.

<sup>1</sup> Decree of the Head Sanitary Doctor of the Russian Federation # 28, On the Strengthening of HIV Prevention Activities, 9 septembre 2002 (accessible en russe via [www.minzdrav-rf.ru](http://www.minzdrav-rf.ru)).

<sup>2</sup> « One million Russians could die of AIDS by 2012 », Interfax, 20 février 2002.

## El Salvador – L'Assemblée législative abolit une loi qui autorisait le test du VIH pré-embauche

Le 11 octobre 2002, après une année de critiques, l'Assemblée législative d'El Salvador a aboli des dispositions de la *Loi sur la prévention et le contrôle de l'infection causée par le virus de l'immunodéficience humaine* qui autorisaient des employeurs potentiels à exiger des candidats à un poste qu'ils subissent un test du VIH pré-embauche.<sup>1</sup> La nouvelle loi, qui aborde diverses questions juridiques liées au VIH/sida, a été entérinée en octobre 2001. L'article 16(d) introduisait une disposition portant sur le test du VIH pré-embauche; des

activistes en ont contesté la constitutionnalité devant la Cour suprême.<sup>2</sup> Plusieurs autres dispositions de la loi soulèvent encore des préoccupations pour les droits humains<sup>3</sup> et nécessiteront des pressions supplémentaires d'activistes.

<sup>1</sup> « El Salvador: Derogan artículo de ley que discrimina a PVS's », *Boletines Informativos: Acceso Centroamérica*, 9 novembre 2002 ([www.aguabuena.org/boletines/noviembre092002.html](http://www.aguabuena.org/boletines/noviembre092002.html)).

<sup>2</sup> R. Elliott, « El Salvador - Des militants contestent la loi autorisant le test du VIH pré-embauche », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 56-58.

<sup>3</sup> « El Salvador », *supra*, note 1.

# ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS

Cette rubrique de la *Revue* aborde les questions liées à l'amélioration de l'accès à des soins, des traitements et du soutien adéquats et abordables partout dans le monde. Nous faisons état, ci-dessous, de décisions majeures de cours de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande; d'une *Directive internationale révisée*, en matière d'accès à la prévention, aux traitements, aux soins et au soutien; d'actions de la Commission des droits de l'homme de l'ONU; d'un important rapport britannique sur l'impact que les lois sur la propriété intellectuelle ont sur les pays en développement; de décisions législatives et réglementaires en Chine et au Kenya; et d'autres développements. Les articles sont compilés par Richard Elliott, directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida (bien qu'il soit en congé autorisé jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2003). On peut le joindre à [relliott@aidslaw.ca](mailto:relliott@aidslaw.ca).

## **Afrique du Sud – Le plus haut tribunal du pays ordonne au gouvernement de fournir un antirétroviral contre la transmission périnatale**

Le 5 juillet 2002, les activistes sud-africains pour l'accès aux traitements ont remporté une victoire importante : la **Constitutional Court** a ordonné au gouvernement de l'Afrique du Sud de mettre la névirapine à la disposition des hôpitaux et des cliniques publics dans le but de prévenir la transmission du VIH de mère à enfant. La Cour a également conclu que le gouvernement avait l'obligation constitutionnelle de mettre en œuvre un programme qui garantit aux femmes enceintes et à leurs enfants nouveau-nés l'accès aux services de santé nécessaires à prévenir la transmission.<sup>1</sup>

Le gouvernement sud-africain avait choisi de ne pas mettre en œuvre un

programme national pour réduire le risque de transmission du VIH des

mères aux enfants. Il avait plutôt désigné deux établissements par province qui devaient participer à une étude dont l'objectif était d'évaluer divers aspects du programme. Il avait également refusé de mettre la névirapine à la disposition des établissements non visés par l'étude et interdisait aux autres hôpitaux que les établissements pilotes de prescrire et d'administrer la névirapine aux femmes enceintes et séropositives.

Après quatre ans de pressions, de revendications et de mobilisation publique, le Treatment Action Campaign (TAC) et d'autres requérants avaient d'abord présenté leur demande à la High Court à Pretoria en août 2001, pour forcer le gouvernement à garantir l'accès à la névirapine à toutes les femmes enceintes séropositives et à

leurs enfants nouveau-nés. En décembre 2001, la High Court a donné raison à la TAC.<sup>2</sup> Le gouvernement a interjeté appel, et la Constitutional Court a rendu son jugement au début du mois de juillet 2002, à la veille de la 14<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida à Barcelone.

Fait exceptionnel, le jugement a été rendu à l'unanimité par les onze juges de la Cour plutôt que d'être attribué à un juge en particulier, ce qui indique le sérieux avec lequel le plus haut tribunal de l'Afrique du Sud a considéré la cause. Le jugement se concentre sur deux droits constitutionnels des Sud-Africains en particulier : le droit d'accès aux services de santé, y compris les soins de santé liés à la fonction reproductrice (article 27) et le droit des enfants aux services médicaux de base (article 28).

### L'article 27 : le droit d'accès aux services de santé

La Cour a jugé qu'il n'était pas nécessaire de déterminer si les droits socio-économiques sont exécutoires, parce que « il va de soi qu'ils le sont » [trad.].<sup>3</sup> Par conséquent, la Cour devait déterminer si la TAC avait démontré que le programme adopté par le gouvernement pour « fournir des services de santé aux mères séropositives et à leurs enfants nouveau-nés dérogeait à ses obligations constitutionnelles »<sup>4</sup>.

La Cour a résumé le litige entre la TAC et le gouvernement à deux questions principales – c'est-à-dire s'il était raisonnable de la part du gouvernement de limiter la névirapine aux établissements pilotes et si le gouvernement avait adopté une « politique cohérente concernant la prévention de la transmission de mère à enfant »<sup>5</sup>.

Le gouvernement a exprimé quatre motifs pour justifier son refus de per-

mettre la prescription de névirapine à l'extérieur des établissements pilotes : (1) ses doutes sur l'*efficacité* de la

**Ce jugement a été rendu à l'unanimité par les onze juges.**

névirapine dans les cas où les programmes de soins globaux, offerts dans les établissements pilotes, n'existent pas; (2) la possibilité que l'administration d'une seule dose de névirapine à la mère et à l'enfant entraîne une *résistance* à la névirapine et à d'autres médicaments antirétroviraux à un stade ultérieur; (3) l'*innocuité* du médicament lui-même; et enfin (4) la *capacité* éventuelle du secteur public de fournir toute la gamme de soins nécessaires.

La Cour a abordé avec soin chacun de ces points. Relativement à la question de l'*efficacité*, la Cour a conclu sans équivoque que « selon la preuve présentée, il est clair que la névirapine sauvera les vies d'un nombre considérable d'enfants, même si elle est administrée sans la gamme complète de services de soutien offerts dans les établissements de recherche et de formation ».<sup>6</sup> La Cour est même allée jusqu'à déclarer que même si les mères n'avaient pas accès à des substituts du lait maternel (offerts dans les établissements pilotes) ou si elles optaient pour l'allaitement naturel, les bienfaits de la névirapine ne seraient pas perdus.<sup>7</sup>

La Cour a également rejeté l'argument concernant la *résistance* aux médicaments. À son avis, il valait la peine de prendre le risque, compte tenu de l'éventualité des souffrances et de la mort causées par l'infection à VIH. Selon la preuve présentée, la Cour a également conclu que les

doutes sur l'*innocuité* du médicament étaient strictement hypothétiques, puisque l'Organisation mondiale de la santé recommandait le médicament sans restriction pour la prévention de la transmission de mère à enfant et que le South African Medicines Control Council l'avait enregistré dans la même optique.

À l'égard de la question de la *capacité*, la Cour a reconnu que les ressources limitées et le manque de personnel compétent influaient sur la capacité du gouvernement d'offrir une « gamme complète » de soins dans tout le secteur public. Cependant, cela n'a rien à voir avec la possibilité d'utiliser la névirapine dans les hôpitaux et les cliniques publics autres que les établissements de recherche où les services de test et de counselling pertinents existent.

La Cour s'est ensuite demandé si la politique qui consiste à restreindre la névirapine aux établissements pilotes était raisonnable. Elle a conclu que la politique

ne tenait pas compte des besoins des mères et des nouveau-nés qui n'ont pas accès à ces établissements. Elle n'établit pas de distinction entre l'évaluation de programmes destinés à réduire la transmission de mère à enfant et la nécessité de fournir aux personnes qui n'ont pas accès à ces établissements les services de santé dont elles ont besoin. [trad.]<sup>8</sup>

La Cour a analysé la décision de ne pas offrir la névirapine hors des établissements pilotes à la lumière des critères qu'elle avait élaborés antérieurement dans la décision de *Grootboom*.<sup>9</sup> Elle a conclu que la politique ne tenait pas compte des besoins des personnes les plus démunies, était « inflexible »,<sup>10</sup> et violait l'article 27(2) de la Constitution.

La Cour a ensuite cherché à déterminer s'il existait un programme complet pour combattre la transmission du VIH de mère à enfant. Elle a déterminé que cette question était étroitement reliée à la politique ayant pour objet d'interdire la prescription de névirapine hors des établissements pilotes. Elle a soigneusement examiné toute la preuve présentée par les demandeurs et les défendeurs et elle a conclu que la gamme complète de traitements offerts dans les établissements pilotes, pour la prévention de la transmission périnatale du VIH, comprenait : le counselling et le test du VIH; l'administration de névirapine dans les cas où celle-ci est médicalement indiquée; la fourniture de lait de remplacement; et le suivi, y compris la fourniture de vitamines et d'antibiotiques et la surveillance de l'évolution de l'enfant. La névirapine n'était offerte dans aucun des hôpitaux publics autres que les établissements pilotes. Toutefois, la preuve a démontré que plusieurs établissements publics avaient déjà instauré des programmes de test et de counselling, y compris du counselling sur les options relatives à l'alimentation. Certains de ces établissements offraient également du lait de remplacement, mais plusieurs ne le faisaient pas.

La Cour a conclu que le programme, dans son état actuel, ne satisfaisait pas les exigences constitutionnelles, parce qu'il excluait « des personnes qui devraient raisonnablement être comprises quand le traitement est indiqué pour combattre la transmission du VIH de mère à enfant ».<sup>11</sup>

Le gouvernement avait soutenu avec véhémence que la Cour n'avait pas le pouvoir de rendre une ordonnance qui l'obligerait à suivre une politique particulière, et que cela serait contraire à la doctrine de la séparation des pouvoirs, qui est d'une

importance fondamentale dans une démocratie constitutionnelle. En réponse à cet argument, la Cour a précisé que « bien qu'il n'existe pas de démarcation très nette entre les rôles de la législature, de l'exécutif et des tribunaux, certains domaines relèvent avant tout de la compétence de l'une des branches du gouvernement à l'exclusion des autres ».<sup>12</sup> Cela n'empêche toutefois pas la Cour de rendre une décision qui a un effet sur la politique.

### L'article 28 : Le droit des enfants aux services médicaux de base

Bien que la Cour n'ait pas traité des droits des enfants de façon très approfondie dans le jugement, elle a tout de même modifié la position qu'elle avait défendue dans l'arrêt *Grootboom*, où elle avait conclu que l'obligation d'entretenir les enfants appartenait aux parents, et non à l'État. Dans la présente affaire, la Cour a jugé que l'État avait l'obligation de veiller à ce que les familles prennent soin des enfants. Elle n'a cependant pas précisé la nature et la portée exactes de cette obligation.

### L'ordonnance de la Cour et la suite des événements

La Cour a ordonné au gouvernement de supprimer immédiatement toutes les restrictions à la distribution de névirapine dans les hôpitaux qui ne sont pas des établissements pilotes et de concevoir un programme global pour réduire les risques de transmission du VIH de mère à enfant.

Les activistes pour l'accès aux traitements espéraient que cette décision de la Cour constitutionnelle soit le jugement définitif dans ce litige entre le ministre de la Santé et la Treatment Action Campaign, et que cela mette

fin aux poursuites judiciaires engagées pour obtenir au moins cette forme de traitement du VIH/sida. Toutefois, bien que certaines provinces aient considérablement augmenté l'accès à la névirapine, plusieurs ne l'ont pas fait. Malgré la victoire juridique, plusieurs femmes sont incapables de prendre des mesures pour protéger leurs enfants contre l'infection à VIH et de nombreux enfants continuent d'être infectés. Le 15 octobre 2002, la TAC a rencontré le Vice-Président pour discuter de l'élaboration et de la mise en œuvre d'un plan national pour la prévention de la transmission de mère à enfant, conformément à l'ordonnance de la Cour.

– Liesl Gernholtz

Liesl Gernholtz est avocate et chef de l'Unité juridique du AIDS Law Project à Johannesburg, en Afrique du Sud. On peut la joindre à [gernholtzl@law.wits.ac.za](mailto:gernholtzl@law.wits.ac.za).

<sup>1</sup> *Minister of Health and others c. Treatment Action Campaign and others*, Constitutional Court of South Africa, n° de dossier CCT 08/02 (disponible en ligne à [www.tac.org.za](http://www.tac.org.za)).

<sup>2</sup> N° 21182/2001, 14 décembre 2001, High Court of South Africa (Transvaal Provincial Division), J. Botha. Les documents de procédure et le jugement peuvent être consultés via [www.tac.org.za](http://www.tac.org.za). Pour un résumé, voir : L. Gernholtz, « Prévention de la transmission périnatale : arrêt phare en Afrique du Sud », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 2002; 6(3): 1, 22-26.

<sup>3</sup> *Minister of Health c. TAC* (Constitutional Court), *supra*, note 1 au par. 25.

<sup>4</sup> *Ibid.*

<sup>5</sup> *Ibid.*, par. 47.

<sup>6</sup> *Ibid.*, par. 57.

<sup>7</sup> *Ibid.*, par. 58.

<sup>8</sup> *Ibid.*, par. 67.

<sup>9</sup> *Government of the Republic of South Africa and Others c. Grootboom and others*, 2001 (1) SA 46 CC; 2000 (11) BCLR 1169 (CC). L'arrêt *Grootboom* portait sur l'obligation concrète du gouvernement de prendre des mesures raisonnables, compte tenu des ressources dont il dispose, pour garantir le droit au logement.

<sup>10</sup> *Minister of Health c. TAC*, *supra*, note 1, au par. 80.

<sup>11</sup> *Ibid.*, par. 125.

<sup>12</sup> *Ibid.*, par. 98.

# Mise à jour aux *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne*

Le 10 septembre 2002, le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) ont rendu publique une révision d'une directive internationale sur l'« Accès à la prévention, aux traitements, aux soins et à l'appui ». Cette mise à jour de la *Directive 6 de Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales* reflète les importants développements thérapeutiques, politiques et juridiques intervenus dans ce domaine depuis l'adoption initiale des 12 *Directives internationales*, en 1998. La *Directive 6 révisée* étend considérablement les orientations proposées aux États relativement aux attentes que créent à leur égard les normes internationales des droits humains, en matière de prévention, de traitements, de soins et de soutien pour le VIH/sida.

## Contexte

En 1995, le Secrétaire général des Nations Unies a recommandé que la Commission onusienne des droits de l'homme élabore des directives qui définiraient, à l'intention des gouvernements, « les modalités d'application des normes relatives aux droits de l'homme dans le contexte de l'épidémie d'infection au VIH ou de sida » et qui « indiqueraient les mesures spécifiques et concrètes à prendre tant sur le plan de la législation que dans la pratique », pour la promotion et la protection des droits de l'homme dans le contexte du VIH/sida.<sup>1</sup> La Commission a donné suite à cette demande.<sup>2</sup> En 1996, l'ONUSIDA et le HCDH ont organisé la deuxième Consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, réunissant un groupe d'experts qui ont élaboré 12 directives pour l'action des États de même que des recommandations pour leur mise en œuvre. Ils ont aussi publié une discussion détaillée de l'incidence des obligations internationales des droits de la personne sur les ques-

tions liées au VIH/sida. Ces documents ont été publiés en 1998 par l'ONUSIDA et le HCDH. La Commission des droits de l'homme a exhorté les États à faire en sorte que leurs lois, politiques et pratiques soient conformes aux Directives, puis elle les a invités à rendre compte des mesures qu'ils avaient entreprises pour promouvoir et appliquer ces dernières.<sup>3</sup>

Depuis la parution des Directives, plusieurs développements sont intervenus en matière de traitements, de soins et de soutien pour le VIH/sida; notamment :

- la Commission des droits de l'homme a adopté des résolutions confirmant que l'accès aux médicaments anti-VIH/sida est une composante essentielle du droit humain à la plus haute norme de santé qui puisse être atteinte;<sup>4</sup>
- le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, qui surveille le respect par les États du Pacte international relatif aux

droits économiques, sociaux et culturels, a publié une « Observation générale » sur le droit à la santé, où il est clairement établi que ce droit humain inclut l'accès aux traitements du VIH et à l'éducation en la matière;<sup>5</sup>

- l'Organisation mondiale du commerce a publié une Déclaration ministérielle relativement à son entente sur la propriété intellectuelle et à la santé publique;<sup>6</sup>
- l'Assemblée mondiale sur la santé a adopté des résolutions sur le VIH/sida en général et sur le problème de l'accès aux médicaments anti-VIH/sida en particulier;<sup>7</sup>
- l'Organisation internationale du travail a publié un *Recueil de directives pratiques du [Bureau international du travail] sur le VIH/sida et le monde du travail*, qui propose des orientations quant aux soins et au soutien à fournir aux travailleurs qui vivent avec le VIH/sida ou qui en sont affectés;<sup>8</sup>
- des affaires soumises à des commissions et tribunaux régionaux des droits humains ainsi qu'à des tribunaux de certains pays se sont soldées par des jugements positifs qui contraignent les gouvernements à agir pour assurer l'accès à des antirétroviraux et à d'autres médicaments pour le traitement thérapeutique des personnes vivant avec le VIH/sida et/ou pour la prévention de la transmission périnatale du VIH.<sup>9</sup>

À la lumière de ces développements, entre autres, l'ONUSIDA et le HCDH ont décidé de convoquer une troisième Consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme afin de mettre à jour la Directive 6. Les participants à cette

troisième consultation (tenue en juillet 2002) ont passé en revue les avancées réalisées dans le domaine des traitements liés au VIH/sida et des thérapies antirétrovirales, l'état actuel de grande disparité sur le plan mondial dans l'accès aux traitements, ainsi que les évolutions intervenues sur les plans politique et juridique depuis l'élaboration des Directives de 1996, puis ils ont préparé une ébauche de texte mis à jour pour une nouvelle Directive 6. Un document de fond a été préparé à titre de point de départ aux discussions, et un rapport sommaire de la rencontre a été rédigé à la suite de la consultation.

### La Directive 6 révisée

Les experts présents à la consultation s'entendaient à l'effet que l'orientation offerte aux États dans ce domaine devait se fonder sur les principes suivants :

- « L'accès au traitement lié au VIH/sida est une condition essentielle de la concrétisation du droit à la santé.
- La prévention, le traitement, les soins et l'appui forment un processus continu.
- L'accès aux médicaments est un des éléments du traitement, des soins et de l'appui complets.
- Une action continue sur de nombreux fronts est impérative pour garantir un accès durable aux médicaments.
- La coopération internationale est décisive pour faire bénéficier tous ceux qui en ont besoin de l'accès équitable aux soins, au traitement et à l'appui. »
- La Directive 6 initiale se lisait comme suit :

Les États devraient promulguer des lois régissant la fourniture des biens et services et des informa-

tions liés au VIH de façon à assurer un large accès à des mesures et services préventifs et de qualité, à des informations adéquates sur la prévention et le traitement et à des médicaments sûrs et efficaces d'un prix raisonnable.

Cinq recommandations l'accompagnaient : recourir aux médias de masse pour fournir de l'information sur le VIH/sida; adopter des règlements pour assurer la qualité et la disponibilité du test du VIH et du counselling qui s'y rattache; veiller à l'assurance légale du contrôle de la qualité des condoms et de l'accès à ce moyen préventif et à d'autres instruments comme le matériel d'injection stérile; réviser les lois douanières, droits de douane et taxes à la valeur ajoutée, de manière à accroître au maximum l'accès à des médicaments sûrs et efficaces à prix raisonnable; et veiller à ce que des lois pour la protection des consommateurs préviennent les assertions frauduleuses concernant les médicaments, vaccins et instruments médicaux.

La *Directive 6 révisée* y ajoute les orientations suivantes :

Les États devraient également prendre les mesures voulues pour garantir à toutes les personnes, sur une base durable et équitable, la disponibilité et l'accès à des biens et services et des informations pour la prévention, le traitement, les soins et l'appui relatifs au VIH/sida, et notamment aux traitements antirétroviraux et autres médicaments sûrs et efficaces, et aux moyens diagnostiques et technologies associées pour les soins préventifs, curatifs et palliatifs du VIH/sida et des infections opportunistes associées.

Les États devraient adopter ces mesures aux niveaux national et international, en portant une

attention particulière aux personnes et populations vulnérables.

Les recommandations qui accompagnent la *Directive 6 révisée* sont maintenant au nombre de 26; elles intègrent les recommandations antérieures et y ajoutent notamment que :

- Les États devraient élaborer et mettre en œuvre des plans nationaux visant à mettre en place progressivement un accès universel au traitement, aux soins et à l'appui complets, en coopération avec les organisations non gouvernementales et en assurant la participation active des personnes vivant avec le VIH/sida et des groupes vulnérables.
- Les États ont l'obligation immédiate de prendre des mesures et d'avancer vers l'accès pour tous aux services de prévention, traitement, soins et appui relatifs au VIH/sida; cette action nécessite que soient définis des jalons et des cibles permettant de mesurer les progrès accomplis.
- Les États devraient veiller à ce que leurs législations, politiques, programmes et pratiques ne contribuent en rien à exclure, stigmatiser les personnes vivant avec le VIH/sida ou à leur faire subir de la discrimination, dans l'accès aux biens, services et informations en matière de soins de santé.
- Les États devraient veiller à ce que leurs législations prévoient des dispositions permettant d'apporter une réponse rapide et efficace aux cas dans lesquels une personne vivant avec le VIH/sida se voit refuser l'accès au traitement, aux soins ou à l'appui.
- Les États devraient accroître les fonds alloués au secteur public pour la recherche, le développement et la promotion de thérapies et technologies de prévention,

traitement, soins et appui en matière de VIH/sida et des autres infections et affections associées. Le secteur privé devrait lui aussi être encouragé à entreprendre des activités de recherche et développement et à offrir largement, rapidement et à un prix raisonnable les options ainsi mises au point.

- Les États devraient accroître les budgets qu'ils allouent aux mesures favorisant un accès sûr, durable et à un prix acceptable aux activités de prévention, traitement, soins et appui, tant au niveau national qu'international. Cela inclut notamment de contribuer, en fonction de leurs ressources, aux dispositifs tels que le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Les pays développés devraient respecter les objectifs d'aide internationale au développement auxquels ils ont donné leur accord.
- Les pays créditeurs et les institutions internationales de financement devraient mettre en œuvre plus rapidement et plus largement des mesures d'allègement de la dette; et les pays en développement devraient utiliser les ressources conséquentes d'une manière qui tienne pleinement compte de leurs obligations en matière de respect et d'exercice des droits liés à la santé.
- Dans les assemblées et les négociations internationales, les États devraient tenir dûment compte des normes et principes internationaux en matière de droits de la personne et ils devraient aussi éviter de prendre des mesures susceptibles d'entraver l'accès à la prévention, au traitement, aux soins ou à l'appui en matière de VIH/sida, notamment l'accès aux antirétroviraux et autres médicaments,

moyens diagnostiques et technologies associées, que ce soit sur le plan national ou dans d'autres pays. Cela inclut de veiller à ce que l'interprétation et la mise en œuvre des accords internationaux, comme les accords sur le commerce et les investissements, ne nuisent pas aux efforts qui visent le plein accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui relatifs au VIH/sida.

En rendant publique la *Directive 6 révisée*, Mme Mary Robinson, Haut Commissaire aux droits de l'homme à l'ONU, a rappelé aux gouvernements que :

L'accès au traitement du VIH/sida est capital pour la réalisation du droit humain fondamental à la santé. Selon les lois internationales régissant les droits de l'homme, les États ont l'obligation de prendre des mesures positives, sur le plan législatif, budgétaire et administratif, afin de faire avancer progressivement l'accession de tous au niveau le plus élevé de santé qu'il est possible d'atteindre. Cet engagement doit pouvoir s'appuyer sur des ressources, y compris en provenance des donateurs et de la communauté internationale.<sup>10</sup>

Le Dr Peter Piot, directeur général de l'ONUSIDA, a souligné que :

Avec l'avènement des traitements du VIH qui permettent de prolonger la vie et la libéralisation des prix, l'accès au traitement est devenu la condition même de l'accession aux droits de l'homme des personnes vivant avec le VIH/sida. La nouvelle *Directive 6* devrait permettre aux gouvernements comme à la société civile de se concentrer sur la nécessité d'accélérer l'accès à la prévention et au traitement. L'inégalité ou la

restriction de l'accès au traitement qui, dans les pays en développement, font qu'encore aujourd'hui moins de 5% des personnes nécessitant des médicaments contre le VIH en bénéficient, sont devenues totalement inacceptables.<sup>11</sup>

Il appartient maintenant aux organismes de la société civile et aux instances de l'ONU, comme l'ONUSIDA et le HCDH, de faire connaître les *Directives internationales* révisées et d'inciter les États à suivre les recommandations qui les accompagnent. Les rapports subséquents du Secrétaire général de l'ONU et de la Commission des droits de l'homme sont un moyen de le faire; de plus, l'ONUSIDA et le HCDH devraient promouvoir les Directives révisées auprès des divers forums de l'ONU et tribunes régionales comme les comités sur les droits humains, les commissions, les tribunaux et autres conférences et rencontres pertinentes. Les activistes pour l'accès aux traitements et les organismes de la société civile peuvent aussi utiliser la *Directive 6 révisée* dans leurs efforts de défense et de promotion des droits, lors de forums internationaux et dans la sensibilisation de leurs gouvernements.

– Richard Elliott

La *Directive 6 révisée (Revised Guideline 6)* et la version initiale de *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales* seront accessibles sur le site Internet de l'ONUSIDA ([www.unaids.org](http://www.unaids.org)). Les rapports du Secrétaire général de l'ONU, les résolutions de la Commission des droits de l'homme ainsi que la documentation de comités de l'ONU qui abordent les droits humains sont aussi accessibles sur le site du HCDH ([www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch)). La documentation de l'Organisation internationale du travail est accessible sur son site ([www.ilo.org](http://www.ilo.org)) et l'information sur l'Organisation mondiale du commerce est accessible également ([via www.wto.org](http://www.wto.org)).

<sup>1</sup> Rapport du Secrétaire général de l'ONU, UN Doc. E/CN.4/1995/45, paragr. 135.

<sup>2</sup> Résolution 1996/43.

<sup>3</sup> Résolutions 1997/33, 1999/49, 2001/51.

<sup>4</sup> Résolutions 2001/33, 2002/32.

<sup>5</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, *Observation générale 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* (article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), adoptée le 11 mai 2000, CESCR 22<sup>e</sup> Session, UN Doc. E/C.12/2000/4 ([www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.+CESCR+Observation+generale+14.Fr?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.+CESCR+Observation+generale+14.Fr?OpenDocument)).

<sup>6</sup> *Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique*, WT/MIN(01)/DEC/W/2, adoptée le 14 novembre 2001 ([www.wto.org/french/thewto/\\_f/minist/\\_f/min01/\\_f/mindec\\_trips\\_f.htm](http://www.wto.org/french/thewto/_f/minist/_f/min01/_f/mindec_trips_f.htm)).

<sup>7</sup> Voir, p. ex., les Résolutions WHA52.19 (1999), WHA53.14 (2000), WHA54.10 (2001), WHA54.11 (2001), WHA54.13 (2001), WHA55.12 (2002).

<sup>8</sup> *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/sida et le monde du travail*, juin 2001.

<sup>9</sup> Pour un aperçu non exhaustif de telles affaires, voir R. Elliott, « Access to Treatment and the Human Right to Health: Recent Developments and Future Strategies », dans le recueil *Global Treatment Access: Legal Developments and Strategies*, préparé pour *Les derniers seront les*

*premiers : les vaccins, l'accès aux traitements et le droit, rencontre satellite à la 14<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, Barcelone, 5 juillet 2002* (accessible en anglais via [www.aidslaw.ca](http://www.aidslaw.ca)).

<sup>10</sup> « Les Nations Unies ancrent les principes des droits de l'homme au sein de la riposte contre le sida – Mise à jour des Directives internationales concernant le VIH/sida et les droits de l'homme – Appel aux gouvernements pour qu'ils entreprennent des actions significatives en faveur des droits de l'homme », communiqué de presse conjoint de l'ONUSIDA et du HCDH, Genève, 10 septembre 2002 ([www.unaids.org/whatsnew/press/frn/pressarc02/Humanrights\\_100902.html](http://www.unaids.org/whatsnew/press/frn/pressarc02/Humanrights_100902.html)).

<sup>11</sup> *Ibid.*

## La Commission des droits de l'homme de l'ONU adopte des résolutions sur l'accès aux médicaments et le droit à la santé

**En avril 2002, la Commission des droits de l'homme des Nations Unies a adopté deux résolutions importantes dans le contexte de l'accès aux traitements. La Commission est le principal organe de l'ONU chargé des questions internationales de droits humains. Elle est composée de 53 États membres de l'ONU qui se réunissent une fois l'an. Les résolutions de la Commission sont accessibles sur le site Internet du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme ([www.unhcr.ch](http://www.unhcr.ch)).**

### Accès aux médicaments

Dans la résolution 2002/32, la Commission des droits de l'homme a adopté par consensus une mise à jour de sa résolution 2001/313 sur l'« Accès aux médicaments dans le contexte de pandémies, telles que celle de VIH/sida ». Celle-ci reconnaît que l'accès aux médicaments « est un des éléments essentiels » à la réalisation progressive du droit de chacun au meilleur état de santé possible, établi dans le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (article 12).

La résolution exhorte les États à maintes actions, y compris l'adoption de mesures législatives et autres; la protection de l'accès aux médicaments contre toute contrainte imposée par un État tiers; l'allocation de ressources à la promotion d'un accès

efficace; la prise en compte du droit à la santé dans leurs actions à titre de membres d'organismes internationaux; et l'application des traités internationaux (comme l'*Accord sur les ADPIC* de l'OMC) d'une manière qui appuie les politiques de santé publique favorisant l'accès à des médicaments sûrs, efficaces et abordables. La Commission réitère l'argument de la *Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique*, adoptée en novembre 2001 par la Conférence ministérielle de l'OMC, à Doha (Qatar), à l'effet que l'*Accord sur les ADPIC* « peut et devrait être interprété et mis en œuvre » d'une manière qui appuie le droit des États de promouvoir l'accès aux médicaments pour tous. Enfin, la Commission demande au Secrétaire général de

l'ONU de consulter les gouvernements, les instances onusiennes et les organismes non gouvernementaux pour connaître les mesures qu'ils ont adoptées afin de promouvoir et de mettre en œuvre cette résolution, puis de lui en rendre compte en 2003.

### Rapporteur sur le droit à la santé

Durant la même séance, la Commission a adopté la résolution 2002/31 sur « Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint ». Celle-ci prévoit la nomination, pour un mandat de trois ans, d'un rapporteur spécial sur le droit à la santé dont le rôle consistera à recueillir de l'information; à dialoguer avec les gouvernements, instances onusiennes (y compris l'ONUSIDA), organismes non gouvernementaux et institutions financières internationales (p. ex., la Banque mondiale et le Fonds monétaire international); à rendre compte de la situation actuelle du droit à la

santé et de lois, politiques et pratiques connexes, à l'échelle mondiale; et à recommander des mesures appropriées pour promouvoir et pro-

téger la réalisation de ce droit. Le rapporteur devra présenter un rapport annuel devant la Commission.

– Richard Elliott

## Initiatives de l'OMS pour accroître l'accès aux traitements dans les pays en développement

Au milieu de 2002, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que près de six millions de personnes vivant avec le VIH/sida dans des pays en développement avaient besoin d'antirétroviraux (ARV) essentiels à leur vie, mais que seulement 230 000 y avaient accès (dont la moitié vit au Brésil). L'OMS considère qu'un effort international concerté pour accroître l'accès aux traitements et aux soins pour le VIH/sida pourrait permettre à trois millions de personnes d'accéder à des ARV d'ici la fin de 2005. Certaines initiatives récentes offrent de précieux outils pour l'atteinte de cet objectif.

### Recommandations pour l'usage d'ARV dans les pays pauvres

En juin 2002, l'OMS a publié un document de 165 pages qui offre des recommandations techniques pour promouvoir l'usage rationnel et sûr des ARV dans les pays pauvres, au moyen de régimes standardisés et d'une surveillance simplifiée et applicable en contexte de ressources limitées.<sup>1</sup> Les recommandations sont issues de consultations internationales auprès de plus de 200 cliniciens, scientifiques, représentants gouvernementaux, membres de la société civile et personnes vivant avec le VIH/sida, dans quelque 60 pays. Elles se fondent sur un examen des données et des meilleures pratiques actuelles, assorties d'un consensus d'experts lorsque l'ensemble des données ne s'avère pas concluant. Les recommandations seront mises à jour au besoin, à la lumière de nouvelles données.

D'autres documents préparés par l'OMS, ou de pair avec d'autres intervenants, appuient l'application de ces

recommandations pour rehausser l'accès aux traitements dans les pays en développement. Un certain nombre d'instruments ont été rendus publics durant les derniers mois.

### Liste de médicaments et de fournisseurs approuvés

En mars 2002, l'OMS a publié sa toute première liste de médicaments anti-VIH qui satisfont ses normes recommandées de qualité, dans le cadre de son Projet pour l'accès à des médicaments et à des diagnostics du VIH/sida de qualité. La liste initiale énumérait 40 médicaments de marque et génériques, y compris des ARV (permettant plusieurs combinaisons de multithérapie) et des médicaments contre les infections opportunistes. L'OMS ajoute régulièrement à cette liste de nouveaux produits et fabricants qui répondent à ses normes de qualité. L'inclusion de fabricants génériques est importante : elle vient en

aide aux pays qui n'ont pas un système solide d'examen des médicaments et qui ont besoin d'accéder à des produits génériques moins coûteux.

### Une nouvelle liste modèle des médicaments essentiels inclut des ARV

En avril 2002, l'OMS a rendu publique sa 12<sup>e</sup> Liste modèle des médicaments essentiels, qui comprend 12 ARV et plus de 60 autres médicaments essentiels contre le VIH et des infections opportunistes. L'inclusion de ces produits dans la liste des médicaments essentiels se fonde sur des preuves de leur efficacité dans des pays en développement – le Comité d'experts de l'OMS sur l'usage des médicaments essentiels a conclu qu'ils peuvent être utilisés efficacement et de manière sûre dans les contextes pauvres en ressources.

D'après l'OMS, deux milliards de personnes (un tiers de la population mondiale) n'ont pas encore accès à des médicaments vitaux « d'une

qualité fiable, lorsqu'elles en ont besoin et à un prix qu'elles ou leurs communautés peuvent se permettre ».[trad.]<sup>2</sup> L'OMS a introduit le concept de « médicaments essentiels » dans les années 70, en tant qu'aspect crucial de la santé publique mondiale. La première *Liste modèle des médicaments essentiels* a été publiée en 1977; un an plus tard, des gouvernements ont adopté la *Déclaration d'Alma-Ata sur les soins primaires*, identifiant la « provision de médicaments essentiels » comme une des huit composantes des soins primaires. Selon l'OMS,

Les médicaments essentiels sont ceux qui satisfont les besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé. Ils sont choisis en fonction de leur intérêt du point de vue de la santé publique, des données concernant leur efficacité et leur innocuité et de leur coût/efficacité comparatif. Les médicaments essentiels doivent être disponibles à tout moment dans le cadre d'un système de santé opérationnel, en quantité suffisante, sous la forme pharmaceutique appropriée, avec une qualité assurée et à un prix accessible pour les individus et la communauté.<sup>3</sup>

### Mise à jour de l'information sur la réduction des prix d'ARV

En réaction à un activisme concerté, d'importantes réductions de prix ont été obtenues et aideront à accroître l'accès à des traitements anti-VIH/sida abordables dans les pays en développement. Toutefois, le manque d'information claire sur les divers prix offerts sur le marché international rend plus difficile de prendre des décisions éclairées et de négocier des prix convenables.

En juillet 2002, Médecins Sans Frontières (MSF), l'OMS, l'ONUSIDA et l'UNICEF ont publié un second rapport révisé sur l'état des réductions de prix d'ARV disponibles dans les pays en développement.<sup>4</sup> La publication vise à aider ces pays, « en leur indiquant les prix des ARV offerts par des fabricants de médicaments de marque et génériques, dans des pays à revenus faibles et moyens. Elle s'adresse aux gouvernements et aux organismes d'approvisionnement à but non lucratif, ainsi qu'à d'autres acheteurs d'ARV en gros, y compris les établissements de santé et les ONG. »[trad.] Elle se veut un complément à la documentation de l'OMS sur les médicaments et fournisseurs approuvés.

### Rapports sur le commerce et l'accès aux médicaments

En plus d'avoir élaboré ces précieux outils pour favoriser l'accès et l'utilisation de médicaments plus abordables dans les pays en développement, l'OMS a aussi examiné des obstacles juridiques dans l'accès aux traitements, posés par le traité sur les brevets pharmaceutiques de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) (« l'Accord sur les ADPIC »).

En juin 2002, l'OMS a ajouté un nouveau document à sa série sur les médicaments essentiels et les politiques en la matière, intitulé *Implications of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*. Cet ouvrage examine la signification de la déclaration adoptée par les ministres du commerce des États membres de l'OMC, à Doha, Qatar, en novembre 2001. On y soutient qu'en cas d'ambiguïté, les panels de l'OMC et son instance d'appel devraient opter pour des interprétations

de l'Accord sur les ADPIC qui « soutiennent le droit des membres de l'OMC de protéger la santé publique. »[trad.] Il réitère l'argument mis de l'avant par des activistes et observateurs, à l'effet que la Déclaration n'est pas un énoncé strictement politique et qu'il a aussi des implications juridiques pour les États membres et les mécanismes de résolution de conflit de l'OMC.

L'OMS a aussi collaboré avec l'OMC à la préparation d'un rapport de 196 pages sur *Les accords de l'OMC et la santé publique*. Ce document, publié en août 2002, examine la façon dont les traités commerciaux de l'OMC peuvent influencer la santé et les politiques dans divers domaines, y compris les droits de propriété intellectuelle et l'accès aux médicaments. L'étude met en relief des domaines où les liens entre le commerce et la santé nécessitent une analyse plus approfondie.

– Richard Elliott

La documentation de l'OMS sur le VIH/sida et l'accès aux traitements est disponible sur Internet, à [www.who.int/hiv](http://www.who.int/hiv) ou [www.who.int/medicines](http://www.who.int/medicines). Le rapport de MSF/OMS/UNICEF/ONUSIDA est disponible en français, anglais et espagnol sur le site Internet de MSF, à [www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org). L'étude conjointe de l'OMS et de l'OMC est accessible à [www.wto.org](http://www.wto.org) ou [www.who.int](http://www.who.int).

<sup>1</sup> Améliorer l'accès aux traitements antirétroviraux dans les pays à ressources limitées : Recommandations pour une approche de santé publique, Genève, Organisation mondiale de la santé, juin 2002.

<sup>2</sup> J.D. Quick et coll., « Twenty-five years of essential medicines », *Bulletin de l'OMS*, novembre 2002, 80(11) : 913-4.

<sup>3</sup> *Supra*, note 1.

<sup>4</sup> Démêler l'écheveau des réductions de prix : Un guide des prix pour l'achat des ARVs pour les pays en développement, (2<sup>e</sup> édition), MSF/OMS/ONUSIDA/UNICEF, juin 2002 (via [www.accessmed-msf.org](http://www.accessmed-msf.org)).

## Le Fonds mondial promouvra l'emploi de médicaments génériques

Le 15 octobre 2002, le directeur général du Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme a annoncé que le Fonds allait « inciter » les pays en développement récipiendaires d'argent du Fonds à acheter des médicaments génériques moins coûteux, plutôt que des médicaments de marque déposée. Le Fonds recommandera aux pays qui demandent des subventions d'acheter les médicaments les moins chers, d'acheter seulement des médicaments de qualité garantie et de se conformer au droit international et à leurs lois nationales.<sup>1</sup> Le Conseil du Fonds a décidé de recommander aux pays d'utiliser la liste de médicaments et de fabricants

pharmaceutiques approuvés qui a été publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en mars 2002, et qui est mise à jour régulièrement.<sup>2</sup>

Cependant, le Fonds Mondial manque terriblement de ressources. En octobre 2002, il n'avait reçu que 483 millions \$US des contributions de 2,1 milliards \$US, réparties sur cinq ans, qui lui avaient été annoncées. À sa réunion d'octobre 2002, le Conseil du Fonds prévoyait qu'il aurait besoin, en 2003 seulement, de 2 milliards \$US de plus pour financer le nombre croissant de propositions valables, et de 4,6 milliards supplémentaires en 2004.<sup>3</sup> Peu de temps avant la réunion du Conseil, l'ONUSIDA et l'OMS

avaient publié des prévisions révisées selon lesquelles les programmes de prévention, de traitement et de soutien pour le VIH/sida seulement coûteraient 10,5 milliards \$US en 2005, sans compter les ressources nécessaires au développement d'infrastructures de santé dans les pays les plus pauvres.<sup>4</sup>

– Richard Elliott

<sup>1</sup> G. Dyer, « UN-backed AIDS fund approves generic drugs », *Financial Times*, 12 octobre 2002; D.G. McNeil Jr, « UN Disease Fund Opens Way to Generics », *New York Times*, 16 octobre 2002.

<sup>2</sup> La liste des médicaments et des fabricants dont la qualité est approuvée par l'OMS est mise à jour régulièrement ([www.who.int/medicines/organization/qsm/activities/pilotproc/suppliers.doc](http://www.who.int/medicines/organization/qsm/activities/pilotproc/suppliers.doc)).

<sup>3</sup> Communiqué de presse du FMLCSTP, « The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria says: "Additional \$2 billion needed next year to fund AIDS, TB and malaria programs" », Genève, 11 octobre 2002 ([www.globalfundatm.org](http://www.globalfundatm.org)).

<sup>4</sup> Communiqué conjoint de l'ONUSIDA/OMS, « De nouveaux chiffres révèlent l'insuffisance des ressources pour la lutte contre le sida », Genève, 10 octobre 2002 (via [www.unaids.org](http://www.unaids.org)).

## Une Commission du R.-U. conclut que les lois internationales sur les brevets nuisent à l'accès aux médicaments dans les pays en développement

Le 12 septembre 2002, la UK Commission on Intellectual Property Rights, une instance indépendante créée en mai 2001 par le gouvernement du Royaume-Uni, a rendu public un rapport qui analyse l'impact de traités internationaux sur les brevets. Le rapport, intitulé *Integrating Intellectual Property Rights and Development Policy*, formule 55 recommandations « qui visent à aligner [la protection de la propriété intellectuelle] avec le but de réduire la pauvreté. » [trad.]<sup>1</sup>

Ces dernières années, les défenseurs des droits humains ont dénoncé le fait que l'*Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (« l'Accord sur les ADPIC ») de l'OMC et d'autres

traités similaires de « libre-échange » créent des obstacles supplémentaires dans l'accès à des médicaments moins coûteux pour les pays en développement. Le rapport de la Commission vient appuyer cette critique.

« Les pays en développement ne devraient pas être forcés d'adopter des lois rigides de propriété intellectuelle sans égard à l'impact sur leur développement et sur les pauvres. »

Le rapport de 191 pages de la Commission conclut que les régimes stricts de protection des brevets ne sont pas aussi bénéfiques aux pays en développement qu'aux pays industrialisés, puisqu'ils rehaussent le coût de plusieurs produits dont les pays les plus pauvres ont besoin. Au moment de publier son rapport, le président de la Commission a déclaré que « les pays en développement ne devraient pas être forcés d'adopter des lois rigides de propriété intellectuelle sans égard à l'impact sur leur développement et sur les personnes pauvres. »[trad.] La Commission recommande plutôt que les régimes soient conçus en fonction des circonstances particulières de chaque pays, y compris le niveau de développement économique.

La Commission affirme aussi que la protection stricte des brevets « ne joue qu'un rôle minime pour stimuler la recherche sur les maladies particulièrement prévalentes dans les pays en développement »[trad.]. Elle souligne que la recherche économique sur l'impact des droits de propriété intellectuelle, même dans le monde industrialisé, est contestée et non concluante, et que, « pour cette raison, plusieurs observateurs universitaires demeurent réticents à affirmer que les avantages sociaux des droits de propriété intellectuelle dépassent leurs coûts. »[trad.]

La Commission recommande, pour réduire l'impact négatif de la protection stricte des brevets, l'adoption de mesures comme les licences obligatoires de médicaments bre-

tés, des prix différentiels pour les médicaments brevetés dans les pays les plus pauvres, et l'importation parallèle de produits brevetés de pays où ils sont vendus à plus bas prix par le détenteur du brevet. Elle propose également de reporter au moins à 2016 toute application complète de l'*Accord sur les ADPIC* par les pays les moins développés.

– Richard Elliott

Le rapport final de la Commission ainsi que 14 documents d'étude et des études de cas de pays en développement sont accessibles à [www.iprcommission.org](http://www.iprcommission.org) (cliquez sur « Documents »).

<sup>1</sup> Commission on Intellectual Property Rights, *Integrating Intellectual Property Rights and Development Policy*, Londres, la Commission, septembre 2002.

## Thaïlande – La revendication du brevet d'un médicament antirétroviral est déclarée invalide

**Les Thaïlandais qui vivent avec le VIH/sida ont créé un précédent historique, le 1<sup>er</sup> octobre 2002, en remportant une poursuite judiciaire contre le géant pharmaceutique Bristol Myers-Squibb (BMS).<sup>1</sup> Les demandeurs, deux personnes vivant avec le VIH/sida et un ONG local, l'AIDS Access Foundation, ont porté plainte contre BMS et le ministère de la Propriété intellectuelle de la Thaïlande (MPI), auprès de la Central Intellectual Property and International Trade Court (CIPITC, le Tribunal thaïlandais de la propriété intellectuelle et du commerce international) de la Thaïlande. Ils ont soutenu que l'enregistrement du brevet de BMS pour la formulation de comprimés tamponnés du médicament antirétroviral nucléosidique dydéoxy purine (ddI, nom de marque Videx) avait été modifié illégalement dans le but de permettre à la société BMS de revendiquer un monopole plus vaste que ce que justifiait la description du brevet.**

La Cour a donné raison aux demandeurs. Elle a conclu qu'en supprimant

de sa demande de brevet les mots « from about 5-100 mg per dose »

[d'environ 5-100 mg par dose], BMS avait revendiqué une propriété exclusive qui excédait la portée précisée à l'origine dans l'enregistrement du brevet. Elle aurait fait ainsi obstacle à la production d'un générique et établi son monopole sur la ddI en Thaïlande, où elle vend chaque comprimé de 100 mg 44 baht thaïlandais [42 baht thaïlandais = 1 \$US].

La société BMS et le MPI soutenaient que, comme les demandeurs n'étaient pas des fabricants, ils ne pouvaient être considérés comme une partie lésée et n'avaient donc pas le pouvoir d'intenter la poursuite. La Cour a rejeté cet argument et conclu

que les demandeurs avaient un intérêt à faire valoir (comme parties lésées). La Cour a déclaré que « les médicaments sont essentiels à la vie humaine, par opposition à d'autres produits que les consommateurs peuvent choisir de consommer ou non », et que « le traitement de la vie et de la santé l'emporte sur toute autre considération ». La Cour a souligné que « ce principe a été mondialement reconnu » à la 4<sup>e</sup> Réunion ministérielle de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) à Doha, Qatar (9-14 novembre 2001), où les membres ont résolu que l'Accord relatif aux aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC) devait être interprété et appliqué de manière à promouvoir les droits des membres de l'OMC de protéger la santé publique et, en particulier, de promouvoir l'accès aux médicaments pour tous. En conséquence, la Cour a conclu que les parties lésées par la modification illégale du brevet ne pouvaient être limitées aux fabricants ou vendeurs concurrents du médicament breveté.

La Cour a ordonné que la condition limitative concernant le dosage, illégalement supprimée de la demande de brevet, soit rétablie. Elle a également ordonné à la société BMS de payer les frais judiciaires des demandeurs. Les défendeurs ont 30 jours pour porter le jugement en appel.

À la suite de la décision, les activistes de Thaïlande ont incité le gouvernement à ordonner à l'organisation pharmaceutique nationale (GPO) de commencer sans délai à fabriquer une version générique de la ddI sous forme de comprimés tamponnés. Des représentants de la GPO ont déclaré qu'ils pourraient fabriquer le médicament sous forme de comprimés tamponnés à la moitié du

prix exigé par la société BMS. Jusqu'à présent, les Thaïlandais vivant avec le VIH/sida qui n'avaient pas les moyens d'acheter le comprimé de ddI breveté de BMS avaient recours à la version générique de la ddI produite sous forme de poudre par la GPO. Celle-ci est plus difficile à prendre, ce qui complique le respect du régime posologique. Le 16 octobre, la GPO a annoncé qu'elle fabriquerait une version générique du comprimé tamponné dans des gammes de posologie différentes des formulations de 5-100 mg protégées par le brevet de BMS, si elle était certaine que BMS ne porterait pas le jugement en appel.<sup>2</sup>

Le précédent judiciaire a ouvert la voie à une deuxième poursuite, présentée le 9 octobre 2002, où les demandeurs (trois personnes vivant avec le VIH/sida et une organisation de protection des consommateurs, la Foundation for Consumers) soutiennent que la demande de brevet de la partie défenderesse, BMS, concernant la ddI en Thaïlande ne contient aucune innovation, et donc que le brevet doit être annulé.

Depuis 1999, les activistes de la lutte au sida en Thaïlande contestent publiquement la validité du brevet de BMS concernant la ddI tamponnée, pour le motif que l'ajout d'un anti-acide pour tamponner le composé, qui est une pratique courante chez les pharmaciens, ne constitue pas une innovation. En 1999, les militants ont demandé l'instauration d'une licence obligatoire pour produire le médicament, mais le gouvernement thaïlandais a refusé. Paisan Tan-Ud, le président fondateur du Thai Network of People Living with HIV/AIDS (TNP+), a reçu une lettre (datée du 27 janvier 2000) du Bureau des représentants américains au commerce, qui promettait que les États-Unis ne

soulèveraient pas d'objections si le gouvernement thaïlandais décidait d'imposer une licence obligatoire pour faire face à la crise du sida (pourvu qu'il respecte l'Accord sur les ADPIC de l'OMC). Bien que l'Article 31 de l'Accord sur les ADPIC permette aux pays membres de l'OMC d'avoir recours aux licences obligatoires, les représentants du ministère de la Santé publique et du Commerce de la Thaïlande se sont abstenus de répondre officiellement à la demande des activistes et d'octroyer une licence obligatoire.

Les Thaïlandais vivant avec le VIH/sida et les ONG qui les soutiennent, comme l'AIDS Access Foundation, la Foundation for Consumers (FFC) et Médecins Sans Frontières (MSF), continuent de collaborer avec le gouvernement pour trouver des solutions au problème du prix élevé des médicaments contre le sida, que la plupart des Thaïlandais n'ont pas les moyens d'acheter. Les militants thaïlandais pour l'accès aux traitements continuent de revendiquer la couverture du prix entier de la thérapie anti-rétrovirale par le système de soins de santé universels, de même qu'une participation concrète à la mise sur pied de services complets pour le traitement du VIH/sida dans les hôpitaux du pays. La prochaine Conférence internationale sur le sida, à Bangkok, en 2004, donnera aux activistes pour l'accès aux traitements et pour la protection des droits de la personne de nouvelles occasions de faire valoir leur point de vue.

– *Compte rendu de Karyn Kaplan, d'après des renseignements de Paul Cawthorne et Onanong Bujumong*

Karyn Kaplan est la responsable du programme VIH/sida au sein de l'International Gay & Lesbian Human Rights Commission (IGLHRC).

Pour de plus amples renseignements sur la décision et la promotion de l'accès aux traitements en Thaïlande, voir les sites Web du Consumer Project on Technology ([www.cptech.org/ip/health/c/thailand](http://www.cptech.org/ip/health/c/thailand)) et de l'IGLHRC ([www.iglhrc.org/world/se\\_asia/Thailand2002Oct.html](http://www.iglhrc.org/world/se_asia/Thailand2002Oct.html)), ou communiquer avec M. Paul Cawthorne, Chef de Mission, Médecins Sans Frontières à Bangkok à l'adresse [msfbthai@ksc.th.com](mailto:msfbthai@ksc.th.com), Mme

Onanong Bunjunong, coordonnatrice de la Campagne d'accès aux médicaments essentiels, Médecins Sans Frontières à Bangkok, à l'adresse [msfdrugs@asianet.co.th](mailto:msfdrugs@asianet.co.th) ou Karyn Kaplan à l'adresse [karyn@iglhrc.org](mailto:karyn@iglhrc.org).

<sup>1</sup> *AIDS Access Foundation et al. v. Bristol-Mayer Squibb Company and Department of Intellectual Property*, Black Case No. Tor Por 34/2544, Red Case No. 93/2545, Central Intellectual Property and International Trade Court,

1<sup>er</sup> octobre 2002 [traduction anglaise non officielle du jugement original thaïlandais au dossier]. Voir également K. Ahmad, « Thailand court forces reversal of drug firm antiretroviral patent », *Lancet*, 2002, 360 : 1231 (19 octobre 2002).

<sup>2</sup> P. Thepgumpanat, « Thailand takes on US giant over AIDS drug », *Reuters*, 9 octobre 2002; « Thai Government to Begin Producing Didanosine », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 18 octobre 2002 (avec référence au *Financial Times*, 17 octobre 2002); S. Sivaram, « Patient rights win over patent rights », *Inter Press Service*, 20 octobre 2002.

## Chine – Le gouvernement délivre des licences pour trois antirétroviraux

**Le gouvernement chinois a approuvé la production et la vente d'au moins trois médicaments génériques antirétroviraux employés dans le traitement des personnes qui vivent avec le VIH/sida. Les premières demandes ont été présentées à la fin de l'année 2001<sup>1</sup> et approuvées en août et en septembre 2002.**

En août 2002, le gouvernement chinois a autorisé la vente du premier antirétroviral générique fabriqué dans le pays. Le Northeast Pharmaceutical Group est une société publique chinoise qui fabrique la version générique de la zidovudine (AZT). Glaxo SmithKline est titulaire du brevet pour l'AZT ailleurs dans le monde, mais le brevet a expiré en Chine en 2001. Le médicament générique a accédé au marché au début de septembre 2002.<sup>2</sup>

Le même mois, les autorités chinoises ont délivré au fabricant privé de médicaments génériques Shanghai Desano Biopharmaceutical une licence qui l'autorise à produire sa version générique de la didanosine (ddI). En Chine, le médicament est protégé seulement par un « brevet de procédé », qui est la propriété de la société américaine Bristol-Myers Squibb. Par conséquent, seuls le procédé et la formulation relatifs à la fabrication du médicament sont brevetés, et non le produit final. La version générique du

ddI de la Shanghai Desano est fabriquée selon un procédé différent et vendue en poudre plutôt que sous forme de comprimés.<sup>3</sup>

Plus tard le même mois, la Shanghai Desano a reçu une autre licence pour produire également sa version générique de la stavudine (d4T), qui est aussi protégée uniquement par un brevet de procédé qui appartient à BMS. Elle a également déclaré qu'elle avait présenté une demande d'autorisation concernant la fabrication d'une version générique de la névirapine.<sup>4</sup>

En octobre 2002, on a également rapporté que le gouvernement chinois était censé éliminer les tarifs d'importation et les taxes sur la valeur ajoutée des médicaments anti-VIH/sida importés, ce qui devrait réduire davantage leur coût.<sup>5</sup> De plus, le gouvernement de la province de Henan (qu'on appelle aussi Yunan) devrait s'associer avec le Aaron Diamond AIDS Research Centre de New York

pour mettre au point le plus vaste programme de traitement du VIH/sida en Chine.<sup>6</sup>

– Richard Elliott

<sup>1</sup> « Two Chinese pharmaceutical firms apply to produce generic AIDS drugs », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 15 novembre 2001.

<sup>2</sup> L. Chang, « Chinese government approves sale of a domestic AIDS drug », *Wall Street Journal*, 13 août 2002; « Chinese government approves domestically produced AIDS drug », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 13 août 2002; « Some Chinese HIV/AIDS patients may receive domestically produced AIDS drug next month », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 19 août 2002; « Chinese-produced version of zidovudine enters market », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 4 septembre 2002.

<sup>3</sup> « Chinese officials approve domestic production of second generic antiretroviral drug », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 16 septembre 2002.

<sup>4</sup> C. Wade, « China to produce generic AIDS drugs », *United Press International*, 24 septembre 2002; « Chinese government approves domestic production of third generic antiretroviral drug », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 26 septembre 2002.

<sup>5</sup> « Chinese government to eliminate duties and value-added taxes on imported AIDS drugs », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 16 octobre 2002.

<sup>6</sup> Aaron Diamond Research Centre, « China's Yunan province to provide combination therapy in country's largest HIV/AIDS treatment program », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 22 octobre 2002.

## Kenya – Modifications législatives assouplissant l'importation de médicaments génériques

En mai 2002, la nouvelle *Industrial Property Act* adoptée en juin 2001 par le Parlement est enfin entrée en vigueur après d'intenses pressions exercées par des activistes alliés à la Kenya Coalition for Access to Essential Medicines (KCAEM). La loi autorise l'« importation parallèle » de médicaments brevetés achetés à l'étranger pour profiter de prix inférieurs offerts dans un autre pays par un titulaire de brevet ou une société autorisée à vendre son produit. La loi permet également au gouvernement de suspendre les brevets pharmaceutiques en cas d'urgence nationale, mais oblige le gouvernement à donner aux titulaires de brevets un préavis de six mois avant de délivrer une licence qui autorise d'autres sociétés à fabriquer ou à importer une version générique de médicament breveté.<sup>1</sup>

Cependant, au début de juin 2002, cinq semaines après son entrée en vigueur, la Loi a été modifiée sans consultation des groupes de la société civile qui avaient fait connaître leur avis sur la question, et apparemment sans que le ministre de la Santé ou le comité parlementaire sur la santé en soient informés. La modification ajoutait une disposition selon laquelle l'importation d'une version générique de médicament breveté ne pourrait être faite que par le titulaire du brevet ou avec son consentement exprès. Il devenait ainsi impossible ou très peu probable que des médicaments génériques moins coûteux soient importés légalement au Kenya.<sup>2</sup>

tait une disposition selon laquelle l'importation d'une version générique de médicament breveté ne pourrait être faite que par le titulaire du brevet ou avec son consentement exprès. Il devenait ainsi impossible ou très peu probable que des médicaments génériques moins coûteux soient importés légalement au Kenya.<sup>2</sup>

À la suite des protestations des activistes pour les traitements, en août 2002 le Parlement du Kenya a abrogé cette modification. Il a ainsi rétabli la possibilité d'octroyer des licences obligatoires permettant l'importation de médicaments génériques moins coûteux.<sup>3</sup>

– Richard Elliott

<sup>1</sup> « Kenyan law allowing importation, manufacture of generic AIDS drugs takes effect », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 3 mai 2002.

<sup>2</sup> D. Kimani, « New law blocks import of HIV/AIDS generics into Nairobi », *East African* (Nairobi), 1<sup>er</sup> juillet 2002.

<sup>3</sup> « Kenyan Parliament removes requirement from drug importation law mandating generic importers have permission from patent holders », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 19 août 2002.

## Afrique du Sud – Licence volontaire accordée à un fabricant générique pour la névirapine

Le 15 octobre 2002, la filiale sud-africaine de la société pharmaceutique allemande Boeinger Ingelheim a annoncé qu'elle avait accordé une licence volontaire au fabricant sud-africain de produits génériques Aspen Pharmacare, pour la fabrication et la vente de la névirapine. Selon les conditions de la licence, Aspen fabriquera le médicament générique névirapine en Afrique du Sud et pourra

l'exporter vers 13 autres pays de la Southern African Development Community (SADC). Aspen a dit qu'elle prévoyait vendre son produit environ 1 \$US par dose quotidienne. Son produit devrait être mis en marché à la fin de l'année 2003, après son approbation par les conseils nationaux de contrôle des médicaments.

Le Treatment Action Campaign (TAC) s'est réjoui de cette nouvelle.

Elle a toutefois souligné que la nature exclusive de la licence signifiait le maintien d'un monopole relativement à la version générique d'Aspen et a invité de nouveau les sociétés pharmaceutiques à délivrer des licences volontaires non exclusives de manière à créer une compétition qui ferait diminuer les prix.<sup>1</sup>

– Richard Elliott

<sup>1</sup> « Boehringer Ingelheim grants South African generic drug company license to produce nevirapine », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 16 octobre 2002.

## Afrique du Sud – La TAC, le COSATU et des alliés déposent une plainte pour prix excessifs

Le 19 septembre 2002, la Treatment Action Campaign (TAC), le Council of South African Trade Unions (COSATU), la Chemical, Energy, Paper, Printing, Wood and Allied Workers' Union (CEPPWA) et huit individus (des personnes vivant avec le VIH/sida et des travailleurs des soins de santé) ont déposé une plainte devant la Commission sud-africaine de la concurrence, contre deux importantes transnationales pharmaceutiques. <sup>1</sup> La TAC et ses alliés allèguent que GlaxoSmithKline (GSK) a établi un prix excessif pour ses médicaments antirétroviraux Retrovir (zidovudine ou AZT), 3TC (lamivudine) et Combivir (AZT/lamivudine) et que Boeringer Ingelheim (BI) a fait de même pour son antirétroviral Viramune (névirapine).

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la multithérapie anti-VIH/sida la plus communément prescrite, dans le monde, est une combinaison de Combivir et de Viramune. La plainte de la TAC est étayée de preuves qu'un approvisionnement d'un mois de ce régime médicamenteux coûte 1 176 rands sud-africains (environ 117 \$ US), aux prix deman-

Au prix du traitement d'une personne avec les médicaments de marque, on pourrait traiter quatre personnes avec les médicaments génériques moins chers.

dés par GSK et BI en Afrique du Sud, tandis que le meilleur prix disponible dans le monde pour cette combinaison, en recourant à des versions génériques des médicaments, dont la qualité a été approuvée par l'OMS,

est de 276 rands par mois (environ 28 \$ US). Cela signifie qu'au même prix que le traitement d'une seule personne avec les médicaments de marque, on pourrait fournir des traitements à quatre personnes en utilisant les médicaments génériques moins coûteux.

Les versions génériques de ces antirétroviraux (ARV) ne sont pas en vente en Afrique du Sud puisque les brevets y sont encore en vigueur. La plainte de la TAC a été précédée de près de quatre ans de démarches pour inciter les détenteurs des brevets des produits de marque à accorder des licences volontaires en échange de redevances de 4 à 5% des ventes, pour permettre que des versions génériques soient vendues en Afrique du Sud. Devant l'échec de ces efforts, la TAC et ses alliés ont décidé de déposer la plainte de prix excessifs.

La *Competition Act* (n° 89 de 1998) établit qu'un prix est « excessif » lorsqu'il est plus élevé qu'un autre prix raisonnablement lié à la valeur économique du bien ou du service. La plainte apporte des preuves et argu-

La protection d'un brevet ne signifie pas que le détenteur peut demander un prix qui n'a aucun lien raisonnable avec la valeur économique du produit.

ments selon lesquels GSK et BI demandent pour leurs ARV des prix qui sont « grossièrement hors de proportion » avec leur valeur économique. Les documents déposés incluent de l'information sur les coûts estimés de recherche et de développement associés à chaque médicament, sur les revenus des deux sociétés ainsi que sur l'allégation de profits excessifs du secteur pharmaceutique.

La TAC et les autres plaignants soutiennent que :

l'existence de la protection de brevet ne justifie pas que l'on demande un prix qui, en toutes circonstances, est excessif et préjudiciable aux consommateurs. La protection d'un brevet ne signifie pas que le détenteur peut demander un prix qui n'a aucun lien raisonnable avec la valeur économique du produit ... Vu que les prix élevés conduisent à un non-accès aux traitements, les prix élevés des ARV résultent en de nombreux cas d'infections opportunistes, de décès et, en conséquence, de retombées sociales et financières liées aux taux élevés de morbidité et de mortalité ... Le préjudice causé est particulièrement grave à cause de son incidence directe sur la capacité des

consommateurs de jouir pleinement des droits que leur garantit la Constitution, en particulier les droits à la vie, à la dignité et à l'égalité, de même qu'à l'accès aux services de soins de santé.<sup>2</sup>

On estime que 4,74 millions de Sud-africains vivent avec le VIH/sida.<sup>3</sup> Le sida est devenu la principale cause de décès; seulement en 2002, quelque 200 000 Sud-africains sont décédés de maladies associées au sida. Si l'on ne fournit pas les traitements appropriés, le Conseil des recherches médicales prévoit entre 5 et 7 millions de décès cumulatifs, en Afrique du Sud seulement, d'ici 2010.<sup>4</sup>

La Commission de la concurrence est une instance indépendante chargée de veiller à une saine concurrence de marché et de prévenir les abus d'une position dominante sur le marché, comme les prix excessifs. Comme le

stipule la *Competition Act*, les plaignants ont demandé que la Commission enquête sur l'affaire et la réfère au tribunal de la concurrence avec la recommandation que le tribunal

- ordonne que les pratiques de prix excessifs prennent fin;
- déclare que la conduite est une pratique interdite, aux fins de permettre le dépôt de plaintes en dommages par quiconque peut établir qu'il a subi une perte ou des dommages à cause des prix excessifs; et
- impose une pénalité administrative à GSK et à BI, au taux de 10% de leurs chiffres d'affaires annuels respectifs en Afrique du Sud et de leurs exportations de l'année budgétaire précédente.

La TAC a par ailleurs exhorté le gouvernement sud-africain à résoudre

l'affaire immédiatement en délivrant des licences obligatoires, en vertu de la *Patents Act*, pour autoriser la vente d'ARV génériques dans le pays.

– Richard Elliott

La plainte de la TAC, les 18 affidavits à l'appui ainsi que des informations complémentaires au sujet des procédures sont accessibles sur le site Web de la TAC ([www.tac.org.za](http://www.tac.org.za)). La TAC est un organisme populaire qui milite pour un plus grand accès aux traitements pour tous les Sud-africains vivant avec le VIH/sida.

<sup>1</sup> *Treatment Action Campaign & Others v. GlaxoSmithKline South Africa (Pty) Ltd & Others*, Statement of Complaint in Terms of Section 49B(2)(b) of the Competition Act 89 of 1998.

<sup>2</sup> Statement of Complaint, paragr. 46, 50-51.

<sup>3</sup> National Department of Health, *12<sup>th</sup> National HIV and Syphilis Seroprevalence Survey in South Africa* (2001).

<sup>4</sup> Medical Research Council, *The Impact of HIV/AIDS on Adult Mortality in SA* (2001).

## OMC – Les É.-U. et l'Argentine règlent un différend sur les brevets et la protection des résultats d'essais

En mai 2000, pour compléter une plainte qu'ils avaient déjà présentée en 1999, les États-Unis ont déposé une plainte contre l'Argentine, pour le motif que ses lois sur les brevets violent l'Accord relatif aux aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (« l'Accord sur les ADPIC ») de l'Organisation mondiale du commerce. Le point principal de la plainte des États-Unis était que la loi de l'Argentine omettait de prévoir : (1) une protection adéquate contre l'utilisation commerciale « indue » de résultats d'essais confidentiels présentés dans le but d'obtenir une approbation de commercialisation de produits pharmaceutiques; (2) certaines garanties pour les licences obligatoires délivrées en cas d'exploitation insuffisante du brevet par le titulaire du brevet; et (3) des mesures adéquates pour prévenir les violations des droits attachés aux brevets. Les États-Unis ont également soutenu que l'Argentine refusait de reconnaître certains droits exclusifs des titulaires de brevets, comme le droit exclusif d'importer le produit breveté dans le pays.<sup>1</sup> À la fin de mai 2002, les États-Unis et l'Argentine ont informé l'OMC que, sous réserve des droits et obligations respectifs des parties selon les accords de l'OMC, les États-Unis avaient retiré leur plainte en vertu d'une « solution convenue d'un commun accord ».<sup>2</sup>

Entre autres choses, les deux pays ont convenu que l'Argentine n'accorderait pas de licences obligatoires pour lutter

contre les pratiques anticoncurrentielles des titulaires de brevets, à moins que le tribunal argentin de la concu-

rence juge qu'il y a eu un « abus de position dominante sur le marché ». À cet égard, le droit argentin va au-delà

de ce qu'exige l'Accord sur les ADPIC, qui reconnaît aux pays une grande latitude relativement au recours à des licences obligatoires pour remédier aux pratiques jugées « anti-concurrentielles », sans préciser de critères additionnels pour déterminer quelles pratiques anticoncurrentielles justifient l'octroi d'une licence obligatoire.

Les États-Unis et l'Argentine ont également convenu que l'Argentine accordera des droits de commercialisation exclusive pendant cinq ans après l'approbation de la commercialisation d'un produit dans le pays, ou jusqu'à ce qu'un brevet pour le produit soit accordé ou refusé, si une demande de brevet a été présentée en Argentine et qu'un autre pays membre de l'OMC a breveté le produit ou a accordé des droits de commer-

cialisation exclusive relativement à celui-ci.

L'Argentine a également convenu d'adopter une législation pour modifier ses lois concernant les cas de prétendues violations de brevets. Cette législation est actuellement devant l'assemblée législative. Les États-Unis ont indiqué qu'ils allaient « évaluer » l'évolution des modifications législatives, et que, « à la lumière de cette évaluation », ils pourraient décider de renouveler leur plainte à l'OMC concernant la protection inadéquate des titulaires de brevets contre l'« utilisation commerciale indue » des résultats d'essais qu'ils présentent pour faire approuver la commercialisation de leurs produits pharmaceutiques.

L'entente réaffirme que l'Argentine est libre d'autoriser les « importations

parallèles » de produits brevetés dans le pays par une autre personne que le titulaire de brevet, si le produit a été mis en marché dans un pays étranger par le titulaire de brevet ou avec son consentement. L'Accord sur les ADPIC le prévoit. Ainsi, un produit breveté vendu moins cher dans un autre pays peut y être acheté et importé en Argentine.

— Richard Elliott

<sup>1</sup> Argentine — Certaines mesures concernant la protection des brevets et des données résultant d'essais, plainte des États-Unis, WT/DS196/1 (30 mai 2000). Pour un résumé, voir R. Elliott, « Plainte à l'OMC contre l'Argentine sur la protection des brevets et des résultats d'essais », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 32. La plainte précédente était : Argentine — Protection conférée à un brevet pour les produits pharmaceutiques et protection des données résultant d'essais pour les produits chimiques agricoles. Plainte des États-Unis, WT/DS171 (6 mai 1999). Les documents de l'OMC sont disponibles en ligne à [www.wto.org](http://www.wto.org).

<sup>2</sup> Notification de la solution convenue d'un commun accord conformément aux conditions énoncées dans l'Accord, WT/DS171/3, WT/DS196/4 (20 juin 2002).

## Audience de la Commission interaméricaine des droits de l'homme sur l'accès aux traitements en Amérique latine et dans la Caraïbe

**Les organismes non gouvernementaux de lutte contre le VIH/sida d'Amérique latine et dans la Caraïbe ont marqué un tournant historique en présentant à la Commission interaméricaine des droits de l'homme, le 16 octobre 2002, un rapport conjoint sur l'accès à des soins de santé intégrés, y compris aux médicaments antirétroviraux (ARV).<sup>1</sup>**

Le rapport a été préparé par la *Agua Buena Human Rights Association*, le *Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (LACCASO)* et le *Center for Justice and International Law (CJIL)*, avec la collaboration de 28 autres ONG. Il a pour but de sensibiliser les membres

de la Commission aux violations des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida dans la région. En particulier, il explique pourquoi il est nécessaire que la Commission s'attaque concrètement à la difficulté générale d'accès aux soins et aux traitements, qui représente une atteinte

aux droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida.

Le rapport trace un portrait de la situation actuelle de l'accès aux soins de santé intégrés, notamment aux médicaments antirétroviraux, dans la plupart des pays de la région, et il résume les engagements pris par les États de l'Amérique latine et la Caraïbe dans divers forums pour améliorer l'accès aux soins pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Le rapport souligne le non-respect de ces engagements.

Le rapport étudie l'utilisation du recours constitutionnel en *amparo* dans divers pays pour obtenir des ordonnances judiciaires obligeant le gouvernement à fournir des traitements anti-VIH/sida. Le recours en *amparo* est utilisé dans les systèmes

de droit civil d'Amérique latine. On peut le définir comme une « injonction constitutionnelle » – c'est-à-dire une injonction demandée de manière urgente pour corriger une violation concrète de droits constitutionnels ou pour prévenir une violation imminente.

Le rapport traite également des dossiers de demandes de réparation qui ont été présentés à la Commission interaméricaine des droits de l'homme dans le but d'obtenir l'accès à des antirétroviraux. Dans les cas urgents, la Commission peut demander aux États d'adopter des « mesures préventives » pour empêcher que des préjudices sérieux et irréparables soient causés aux droits de la personne. La Commission a ordonné l'adoption de « mesures préventives » au El Salvador, en Équateur, en République Dominicaine, au Pérou, en Bolivie, au Nicaragua, au Guatemala, au Chili et au Honduras. En 2001, elle a accepté d'instruire une demande présentée par un ONG chilien concernant l'évaluation de l'accès général aux médicaments antirétroviraux dans ce pays. Le rapport fait le point sur les demandes d'ordonnances en la matière dans neuf pays.

Cependant, on y indique que, même dans les cas où la Commission a ordonné des « mesures préventi-

ves », les gouvernements en question ne respectent pas l'ordonnance. Ainsi, la plupart des personnes vivant avec le VIH/sida n'ont toujours pas accès aux médicaments, et certaines sont mortes, parce que les gouvernements ont refusé d'agir ou tardé à le faire.

Les ONG ont donc demandé à la Commission de nommer un rapporteur spécial, ou de mettre sur pied une unité spécialisée qui aurait une formation adéquate et la capacité d'intervenir rapidement dans les cas de violation des droits des personnes vivant avec le VIH/sida. Ils ont également demandé à la Commission de traiter en priorité les demandes de mesures préventives concernant l'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Finalement, compte tenu de l'urgence de ces cas et du défaut de plusieurs États de respecter les ordonnances de la Commission, les ONG ont demandé à la Commission de suivre cet urgent problème de droits de la personne, et notamment : de raccourcir les délais accordés aux États pour rendre compte de leur respect des ordonnances de la Commission; de demander à la Cour interaméricaine des droits de l'homme de rendre des ordonnances de « mesures préventives »; d'inclure une section régulière dans les rapports annuels de la Com-

mission sur la situation des droits de la personne dans la région en ce qui a trait aux personnes qui vivent avec le VIH/sida; et de faire paraître un rapport de la Commission sur l'obligation des États de fournir des soins intégrés, y compris des médicaments antirétroviraux, aux personnes qui en ont besoin.

– Richard Elliott

On peut se procurer le rapport auprès du LACCASO, le Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organization. L'organisme non gouvernemental Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI – Action des citoyens contre le sida), à Caracas, au Venezuela, sert actuellement de secrétariat au LACCASO, que l'on peut joindre à [laccaso@internet.ve](mailto:laccaso@internet.ve). Le site Web de l'ACCSI est à : [www.internet.ve/accsi](http://www.internet.ve/accsi). Pour de plus amples renseignements sur le système interaméricain régional des droits de la personne, consulter le site suivant : [www.cidh.org](http://www.cidh.org). Pour plus de renseignements sur l'accès aux traitements en Amérique centrale, consulter le site Web de Agua Buena à l'adresse suivante : [www.aguabuena.org](http://www.aguabuena.org)

<sup>1</sup> Informe sobre el situación de los derechos humanos de las personas que viven con VIH/SIDA y acceso a la atención integral y los tratamientos antirretrovirales (ARV) en América Latina y el Caribe [Rapport sur la situation des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et l'accès à des soins intégrés et à des traitements antirétroviraux en Amérique latine et dans la Caraïbe]. Rapport présenté à la Commission interaméricaine des droits de l'homme par la Agua Buena Human Rights Association (Costa Rica), le Latin American and Caribbean Council of AIDS Service Organizations (LACCASO) (Venezuela) et le Center for Justice and International Law (CJIL) (Washington), 16 octobre 2002.

# LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - CANADA

Cette rubrique présente un résumé d'affaires judiciaires canadiennes et de décisions de tribunaux qui concernent le VIH/sida ou sont susceptibles d'avoir une importance pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Il y est question d'affaires criminelles et civiles. 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 cette rubrique, à [ralfj@aidslaw.ca](mailto:ralfj@aidslaw.ca).

## C.-B. – Un tribunal ordonne au gouvernement le paiement d'un traitement

Le 9 octobre 2002, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a confirmé le jugement d'un tribunal de la C.-B. selon lequel le gouvernement de cette province, en choisissant les traitements médicaux qu'il allait financer, ne devait pas faire de la discrimination contre un groupe de personnes ayant une déficience ou qui sont défavorisées. La Cour d'appel a ordonné au gouvernement de la C.-B. de payer une forme particulière de traitement. Cet arrêt est important dans le contexte du VIH/sida puisqu'il pourrait être invoqué pour faire valoir que le gouvernement doit prendre les mesures d'adaptation appropriées pour répondre aux besoins de services de santé d'autres groupes de personnes ayant une déficience et qui sont marginalisées – par exemple la supervision de l'injection sécuritaire dans le traitement de la toxicomanie.

Dans l'affaire *Auton (Guardian ad litem of) c. British Columbia (Minister of Health)*<sup>1</sup> les requérants ont demandé un jugement déclaratoire affirmant que le refus de financer

un traitement particulier de l'autisme appelé « Lovaas Autism Treatment » [LAT] violait les articles 7 et 15 de la *Charte des droits et libertés*.<sup>2</sup> Ils ont également demandé une ordonnance

de mandamus pour obliger l'État à en payer le coût.

L'issue de l'affaire *Auton* reposait sur une comparaison entre les services fournis aux enfants autistiques et ceux fournis aux autres personnes ayant une déficience mentale ou à d'autres enfants. Autrement dit, selon les requérants, ces enfants autistiques ne recevaient pas les services que recevaient d'autres enfants ou adultes ayant une déficience mentale.

La principale réparation demandée par les requérants était une ordonnance enjoignant la Medical Services Commission et le ministère de la Santé de la C.-B. de fournir le LAT comme prestation médicale

sous le régime d'assurance-maladie de la province.

Les requérants ont soutenu que le LAT était un « service médicalement

**Les Canadiens sont en droit de s'attendre à des traitements médicaux pour leurs maladies physiques et mentales.**

nécessaire » dans la mesure où il améliorerait considérablement l'état des enfants autistiques. Le gouvernement mettait en doute l'efficacité éprouvée du LAT et niait qu'il s'agissait d'un « service médicalement nécessaire ». Le juge de première instance a conclu que, sans égard au débat rapporté dans les revues médicales, il était avéré que les thérapies comportementales d'intervention précoce aidaient plusieurs enfants autistiques à réaliser des gains sociaux et éducatifs considérables. Le juge a examiné les dispositions législatives pertinentes<sup>3</sup> et la preuve d'expert présentée, et a conclu que le traitement comportemental intensif était un « service médicalement nécessaire ». Le juge a conclu en ces termes :

Les Canadiens sont en droit de s'attendre à des traitements médicaux pour leurs maladies physiques et mentales et ce, même si la maladie ne peut être « guérie ». Je conclus que le cadre législatif n'exclut pas la prestation aux enfants autistiques, dans les cas appropriés, d'un traitement intensif précoce ABA [analyse comportementale appliquée], sous le régime de l'assurance-maladie de la Colombie-Britannique.[trad.]<sup>4</sup>

Les requérants ont également plaidé que le défaut de financer le traitement efficace de l'autisme ne tenait pas compte de la situation défavorisée des enfants autistiques, ce qui résultait en un traitement considérablement différent, leur imposant un fardeau supplémentaire que n'avaient pas à assumer les enfants non autistiques ou les adultes ayant un handicap mental.

Le tribunal a donné raison aux requérants. Il a conclu que l'État, en ne prenant pas les mesures d'adaptation appropriées pour répondre aux besoins de services de santé des enfants autistiques, faisait de la discrimination à leur égard. (Ce n'était pas la loi sur l'assurance-maladie qui était discriminatoire ou déficiente, mais l'interprétation trop restrictive de cette loi par le gouvernement.) Le tribunal a jugé qu'il s'agissait de discrimination directe, les groupes de comparaison appropriés étant les enfants non autistiques ou les adultes ayant une déficience mentale. En comparaison avec les enfants non autistiques, les requérants mineurs faisaient l'objet d'un traitement différentiel fondé sur le motif énuméré de la déficience mentale. En comparaison avec les adultes mentalement déficients, ils faisaient l'objet d'un traitement différentiel fondé sur le motif énuméré de l'âge.

En outre, le tribunal a conclu que l'absence de programmes de traitement devait être fondée sur la prémisse que l'on ne pouvait pas traiter efficacement les enfants autistiques. Or, il est ressorti de la preuve en l'espèce que cette présomption était un stéréotype non fondé. La stigmatisation liée à la maladie mentale est historique et répandue. Le tribunal a conclu que seul un traitement efficace pouvait réduire la marginalisation des enfants autistiques et leur exclusion de la société.

Le tribunal n'a pas jugé nécessaire d'examiner les effets négatifs de la discrimination. Les requérants étaient victimes du défaut du gouvernement de prendre des mesures d'adaptation à leur égard par la fourniture d'un traitement pour atténuer leur déficience mentale. Ce défaut constituait de la discrimination directe.

En résumé, le tribunal a conclu que les requérants avaient démontré que les droits que leur garantit l'article 15 avaient été violés. L'État avait omis de tenir compte de la situation déjà défavorisée des requérants mineurs et de prendre des mesures d'adaptation à leur égard, résultant en un traitement différentiel. Ce traitement inégal fondé sur le motif énuméré de la déficience mentale était discriminatoire. La seule mesure d'adaptation possible était le financement d'un traitement efficace.

La violation de la *Charte* n'était pas justifiée aux termes de l'article 1. Bien qu'il fût irréfutable que les ressources en services de santé étaient limitées, il n'était pas possible d'estimer avec exactitude les coûts immédiats supplémentaires d'un programme de traitement ou les économies inévitables à long terme.

Dans un sens large, il était apparent que les coûts engagés pour le paiement d'un traitement efficace de l'autisme pouvaient être plus que compensés par les économies réalisées en aidant les enfants autistiques à développer leur potentiel éducatif et social, plutôt que de les condamner à une vie d'isolement et d'institutionnalisation. [trad.]<sup>5</sup>

Les requérants ont eu droit à un jugement déclaratoire affirmant que l'État avait violé les droits que leur garantit le paragraphe 15(1) de la *Charte*.

L'État a interjeté appel de ce jugement déclaratoire et d'une ordonnance remédiate, en alléguant que le

refus de financer le traitement de l'autisme ne violait pas les droits des requérants mineurs garantis par l'article 15 de la *Charte* et que, s'il y avait violation, elle était justifiée aux termes de l'article 1 de la *Charte*. Les requérants ont interjeté un appel incident quant à la réparation, affirmant que l'ordonnance de fourniture du traitement ne suffisait pas à réparer la violation de la *Charte* et que le montant des dommages-intérêts accordés était lui aussi insuffisant. Dans un arrêt publié le 9 octobre 2002, la Cour d'appel a maintenu la conclusion de discrimination du juge de première instance. Bien que la Cour d'appel ait reconnu que tous les refus de traiter un problème de santé ne sauraient être considérés comme de la discrimination, elle a conclu ce qui suit :

Le défaut des administrateurs des services de santé de la province

de prendre en considération les besoins particuliers des requérants mineurs en finançant un traitement revient à affirmer que leur déficience mentale mérite moins d'aide que les problèmes de santé temporaires d'autres personnes. Il revient à dire que la collectivité s'intéresse moins à leur sort qu'à celui d'autres enfants ayant besoin de services de santé et d'adultes ayant besoin de thérapie de santé mentale. Il s'agit là d'un handicap attribué par la société qui est visé, à mon avis, par l'article 15 de la *Charte*. [trad.]<sup>6</sup>

La Cour d'appel a noté que le principe selon lequel il appartient exclusivement au législateur d'attribuer des fonds publics, quoique important, ne l'emporte pas toujours lorsque la question en litige porte sur le respect de la Constitution. La dépense de fonds que pouvait entraîner le juge-

ment du tribunal n'était pas extraordinaire au point d'amener la Cour à conclure que l'article 1 justifiait le défaut de l'État de financer le traitement de l'autisme.

– Diane Janisse

Diane Janisse est avocate conseil au Bureau de ressources des cliniques d'Aide juridique Ontario [BRC]. Le BRC fournit de l'assistance en recherche aux cliniques juridiques communautaires de l'Ontario.

<sup>1</sup> [2000] B.C.J. No. 1547, [2000] 8 W.W.R. 227, 78 B.C.L.R. (3d) 55 (C.S. C.-B.), conf. par *Auton* (*Guardian ad litem of*) c. *British Columbia* (*Attorney General*) [2002] B.C.J. No. 2258 (C.A. C.-B.).

<sup>2</sup> Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, c. 11 [la « Charte »].

<sup>3</sup> *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1985, c. C-6; *Medicare Protection Act*, R.S.B.C. 1996, c. 286 et ses règlements d'application; *Ministry of Health Act*, R.S.B.C. 1996, c. 301.

<sup>4</sup> *Auton* (C.S. C.-B.), par 109.

<sup>5</sup> *Ibid.*, par 147.

<sup>6</sup> *Auton* (C.A.), par 51.

## Discrimination dans les modifications du Régime de pensions du Canada concernant les conjoints survivants de même sexe

Le 31 juillet 2002, la Cour suprême de la Colombie-Britannique a accordé la permission d'engager un recours collectif, aux conjoints survivants de même sexe auxquels on avait refusé les prestations au survivant selon le Régime de pensions du Canada<sup>1</sup> (RPC) à cause de leur orientation sexuelle.<sup>2</sup> Le 10 juillet 2002, une procédure semblable en Ontario a résisté à une requête en radiation présentée par le gouvernement et sera bientôt instruite au fond.<sup>3</sup> Si les parties demanderesse ont gain de cause, des milliers d'hommes et de femmes dont les conjoints de même sexe sont décédés entre le 17 avril 1985 et le 1<sup>er</sup> janvier 1998 pourraient enfin être admissibles aux prestations mensuelles au survivant.

### Historique

Comme nous l'avons déjà rapporté,<sup>4</sup> la *Loi sur la modernisation de certains régimes d'avantages et d'obligations*<sup>5</sup> (projet de loi C-23) est entrée en vigueur le 31 juillet 2000. Elle a pour objet de modifier plus de 60 lois fédérales de manière à reconnaître que les conjoints de fait homo-

sexuels sont sur le même pied que les conjoints de fait hétérosexuels.

Les modifications apportées au RPC sont importantes pour plusieurs personnes qui vivent avec le VIH/sida. Selon le RPC, lorsque décède le conjoint de fait d'une personne, le conjoint survivant peut être

admissible à recevoir une prestation mensuelle au survivant. Pour que la pension soit accordée, la personne décédée doit avoir contribué suffisamment au RPC durant sa vie et le survivant doit avoir plus de 35 ans. (Les survivants de moins de 35 ans peuvent être admissibles s'ils sont

eux-mêmes handicapés, ou s'ils sont le principal soutien de l'un des enfants du conjoint décédé.<sup>6</sup>) Avant l'adoption de la Loi, les conjoints survivants de même sexe n'étaient pas admissibles à la pension (Bien qu'un certain nombre de survivants homosexuels aient obtenu des avantages grâce à des recours et à des règlements de litiges avec le gouvernement). Avec l'adoption du projet de loi C-23, les conjoints survivants de même sexe sont devenus admissibles à la pension, mais seulement si leur conjoint est décédé après le 1<sup>er</sup> janvier 1998.<sup>7</sup> De plus, même lorsque le conjoint est mort après le 1<sup>er</sup> janvier 1998, les conjoints de fait survivants ne peuvent recevoir de prestations de pension pour les mois antérieurs à juillet 2000.<sup>8</sup> (Normalement, les prestations sont payables à partir du mois qui suit la date du décès du conjoint.) Il n'y a pas de dates limites semblables dans le RPC pour les conjoints de fait hétérosexuels. (Les conjoints de fait hétérosexuels sont admissibles aux prestations au survivant selon le RPC depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1987.)

Il y a donc encore d'importantes différences négatives dans le traitement des conjoints survivants de même sexe, en comparaison avec les conjoints survivants hétérosexuels. Les recours collectifs de la Colombie-Britannique et de l'Ontario sont intentés au nom des conjoints survivants homosexuels dont les conjoints sont décédés avant le 1<sup>er</sup> juillet 1998, mais après l'entrée en vigueur de la *Charte canadienne des droits et libertés*,<sup>9</sup> le 17 avril 1985.<sup>10</sup>

### **Brogaard – le recours collectif en Colombie-Britannique**

Dans *Brogaard* la demande d'autorisation d'intenter un recours collectif concernait tous les conjoints de même

sexe dont le conjoint était mort durant la période d'inadmissibilité pertinente et qui résidaient en Colombie-Britannique. Dans leur recours, les parties demandereses réclamaient des dommages-intérêts pour violation d'obligation fiduciaire, enrichissement injustifié et violation de leurs droits à l'égalité garantis par l'article 15 de la *Charte*.

Dans son opposition à la demande d'autorisation, la Couronne soutenait qu'il était « évident et manifeste » que les causes d'action soulevées ne pouvaient pas donner gain de cause aux parties demandereses. En outre, la Couronne alléguait que les dispositions du projet de loi C-23 étaient « exceptionnellement généreuses, car elles accordent des avantages rétroactivement plutôt que pour l'avenir, selon la norme » [trad.].<sup>11</sup> (L'aspect « rétroactif » du projet de loi C-23 que mentionne la Couronne concerne le fait que le projet de loi C-23 a été adopté en juillet 2000, mais accorde des avantages à des personnes dont les conjoints sont décédés antérieurement – après le 1<sup>er</sup> janvier 1998.) La Couronne a également soutenu que la procédure d'appel existante était suffisante pour permettre aux parties demandereses de régler leurs différends et que, par conséquent, le recours collectif était inutile.

Le juge Allan a rejeté les arguments de la Couronne. Il a conclu qu'il n'était pas manifeste que l'action des parties demandereses était vouée à l'échec et que « le recours collectif était le véhicule procédural qui convenait pour le règlement équitable et efficace de litiges communs ».<sup>12</sup>

### **Hislop – le recours intenté en Ontario**

Comme dans l'affaire *Brogaard*, les parties demandereses dans *Hislop* demandaient l'autorisation d'intenter

un recours collectif et plaidaient la violation d'obligation fiduciaire et l'enrichissement injustifié. Elles réclamaient en outre des dommages-intérêts en vertu de la *Charte*. Toutefois, l'affaire *Hislop* comprenait également des réclamations fondées sur la fiducie judiciaire et l'équité de privilège.

Le recours proposé dans *Hislop* concernait tous les conjoints survivants de même sexe dont les conjoints étaient décédés durant la période pertinente et qui vivaient dans les provinces autres que la Colombie-Britannique et le Québec. (Le Québec s'est dissocié du RPC avec l'accord du gouvernement fédéral et a adopté son propre régime de retraite parallèle, le *Régime de rentes du Québec*,<sup>13</sup> qui n'est pas visé par les deux recours collectifs.)

Avant l'audience sur la demande d'autorisation d'exercer le recours collectif, la Couronne a présenté une requête en radiation de la majeure partie de la déclaration pour le motif que celle-ci ne reposait pas sur une cause d'action raisonnable et ne contenait pas suffisamment de faits à l'appui des réclamations. La Couronne a également allégué que certains des paragraphes de la déclaration étaient « scandaleux, frivoles ou vexatoires et constituaient un abus de procédures » [trad.].<sup>14</sup> Les paragraphes visés par ces commentaires affirmaient que la Couronne savait que les dispositions en cause étaient inconstitutionnelles et avait

délibérément adopté la pratique de traiter les demandes des conjoints survivants homosexuels d'une manière calculée pour profiter de leur vulnérabilité découlant de...[leur stigmatisation], de la réticence de plusieurs membres de la catégorie putative à s'exposer publiquement par le biais de procédures judiciaires et de la

maladie physique qui affligeait certains d'entre eux et plusieurs de leurs conjoints de même sexe décédés. [trad.]<sup>15</sup>

Les parties demanderesse alléguent en effet que le gouvernement fédéral avait adopté une stratégie litigieuse de mauvaise foi en convenant d'un règlement au dernier moment avec les conjoints survivants homosexuels qui interjetaient appel auprès du tribunal de révision pour des motifs fondés sur l'inconstitutionnalité. Les parties demanderesse ont en outre allégué que cette stratégie avait été adoptée pour éviter qu'une décision judiciaire établisse que les dispositions étaient discriminatoires.

Dans un jugement soigneusement motivé, le juge Cullity a rejeté la requête en radiation de la Couronne et a conclu que les paragraphes que la Couronne considérait scandaleux n'étaient pas répréhensibles, compte

tenu de la nature des allégations.

Avant l'audience portant sur la demande d'autorisation dans *Hislop*, la Couronne a informé l'avocat des parties demanderesse qu'elle ne s'opposerait pas à l'autorisation. On s'attend à ce que la procédure dans l'affaire *Brogaard* de la Colombie-Britannique soit suspendue et que la déclaration dans *Hislop* soit amendée de manière à intégrer les parties au recours de Colombie-Britannique, de sorte qu'une seule action puisse aller de l'avant de façon expéditive.<sup>16</sup>

– Ruth Carey

Ruth Carey est la directrice générale de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario). On peut la joindre à careyr@lao.on.ca.

<sup>1</sup> L.R.C. 1985, c. C-8 [RPC].

<sup>2</sup> *Brogaard c. Canada (Attorney General)*, [2002] B.C.J. No. 1775 (QL) (CSCB).

<sup>3</sup> *Hislop c. Canada (Attorney General)*, [2002] O.J. No. 2799 (QL) (CSJO).

<sup>4</sup> Voir : « Une loi fédérale reconnaît les «conjoints de fait» de même sexe », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 21.

<sup>5</sup> L.C. 2000, c. 12 [la Loi].

<sup>6</sup> Article 44 du RPC.

<sup>7</sup> Paragraphe 44(1.1) RPC.

<sup>8</sup> Paragraphe 72(2) du RPC. Aucun des deux recours collectifs ne porte sur la différence de traitement des conjoints survivants homosexuels dont les conjoints sont morts entre le 1<sup>er</sup> janvier 1998 et le 1<sup>er</sup> juillet 2000.

<sup>9</sup> Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.U.), 1982, c. 11 [Charte].

<sup>10</sup> La date du 17 avril 1985 a été choisie malgré le fait que les conjoints de fait hétérosexuels n'ont pas été visés dans les dispositions du RPC concernant les conjoints survivants avant 1987. Ce choix de date se justifie par le fait que les parties demanderesse se comparaient aux conjoints mariés et non aux conjoints de fait hétérosexuels.

<sup>11</sup> *Brogaard c. Canada (Attorney General)*, précité, par. 16.

<sup>12</sup> *Ibid.*, par. 141.

<sup>13</sup> S.R.Q. 1965, c. R-9 [RRQ].

<sup>14</sup> *Hislop*, précité, par. 9.

<sup>15</sup> *Ibid.*, par. 23.

<sup>16</sup> Entretien personnel avec Patricia A. LeFebour, du cabinet Toronto's McGowan Elliott & Kim LLP, Barristers & Solicitors, qui représente la partie demanderesse dans *Hislop*.

## La Cour suprême rejette l'autorisation d'appel dans des affaires de sang contaminé

Le 5 septembre 2002, la Cour suprême du Canada a refusé sans fournir de motifs l'autorisation d'appel dans les affaires *Robb*, *Rintoul*, et *Farrow*.<sup>1</sup> Ces affaires concernaient trois hémophiles qui avaient contracté le VIH lors de transfusions de sang en 1985 et qui avaient choisi de ne pas prendre part au règlement négocié avec la Croix-Rouge.<sup>2</sup> Les demandeurs et leurs familles avaient eu gain de cause en grande partie au procès, mais en juin 2000, la Cour d'appel de l'Ontario a infirmé le

jugement de première instance.<sup>3</sup> En rejetant la demande d'autorisation d'appel, la Cour suprême du Canada a condamné les demandeurs aux dépens. D'après des reportages parus dans la presse, ces dépens pourraient s'élever à un million de dollars.<sup>4</sup>

– Ruth Carey

Ruth Carey est la directrice générale de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario). On peut la joindre à careyr@lao.on.ca.

<sup>1</sup> Décision de la Cour suprême de rejeter l'autorisation d'appel : *Robb c. St. Joseph's Health Care Centre*, [2002] S.C.C.A. No. 44 (Q.L.).

<sup>2</sup> Pour plus de renseignements sur le règlement intervenu dans ce dossier, voir R. Elliott, « Un tribunal approuve la proposition finale en faillite de la Croix-Rouge pour indemniser les victimes du sang », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 8.

<sup>3</sup> *Robb c. St. Joseph's Health Centre; Rintoul c. St. Joseph's Health Centre; Farrow c. Canadian Red Cross Society*, (2001) 152 O.A.C. 60, 9 C.C.L.T. (3d) 131 (C.A.O.), infirmant [2000] O.J. No. 2396 (Q.L.) (C.S.J.O.). Pour une analyse approfondie du jugement de la Cour d'appel, voir R. Elliott, « La Cour d'appel de l'Ontario infirme un jugement en faveur de demandeurs infectés par du sang contaminé », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 71-73.

<sup>4</sup> S. Bailey, « Supreme Court dismisses tainted-blood lawsuit launched by hemophiliacs », Service des dépêches de la Presse canadienne, vendredi 6 septembre 2002.

## La Cour suprême refuse l'autorisation d'appeler dans la revendication constitutionnelle d'accès à de la marijuana médicale

Comme nous l'avons déjà rapporté,<sup>1</sup> en janvier 2002, la Cour d'appel de l'Ontario a refusé la prétention de Jim Wakeford selon laquelle les lois du Canada qui interdisent la possession et la culture de marijuana violent ses droits constitutionnels à la liberté et à la sécurité de sa personne. Le 22 novembre 2002, la Cour suprême du Canada a annoncé qu'elle refusait d'autoriser l'appel de cette décision.<sup>2</sup>

Wakeford s'était tourné vers les tribunaux pour obtenir une déclaration d'inconstitutionnalité. Il soutenait que l'État violait ses droits garantis par la *Charte*<sup>3</sup> en lui refusant l'accès à une source de marijuana médicinale sûre, propre et abordable. Il souhaitait également que le tribunal mette à l'abri d'accusations de possession, de trafic et de culture toute personne qui lui donne des soins pour tous les actes nécessaires à la satisfaction de ses besoins médicaux. Au moyen d'une série de décisions techniques étroites, la Cour d'appel a évité de traiter des al-

légations de fond présentées par Jim Wakeford – c'est-à-dire qu'il est inacceptable de forcer des personnes malades à cultiver elles-mêmes un médicament qu'elles ont le droit d'utiliser légalement et qu'il est injuste d'exposer les fournisseurs de soins à la possibilité d'accusations criminelles parce qu'ils aident ces personnes à se procurer leur médicament.

– Richard Elliott et Ruth Carey

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida. Il est en congé autorisé

jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2003. On peut le joindre à [relliott@aidslaw.ca](mailto:relliott@aidslaw.ca). Ruth Carey est la directrice générale de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario). On peut la joindre à [careyr@lao.on.ca](mailto:careyr@lao.on.ca).

<sup>1</sup> R. Elliott, « La Cour d'appel de l'Ontario déboute un homme séropositif au VIH de sa revendication VIH/sida et droit », 2002, 6(3) : 64-67.

<sup>2</sup> *Wakeford c. Her Majesty the Queen in Right of Canada (Ont)*, [2002] C.S.C., dossier n° 29136.

<sup>3</sup> *Charte canadienne des droits et libertés*, Partie I de la Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R.U.), 1982, c. 11.

## Le président du Vancouver Island Compassion Club reçoit une absolution inconditionnelle

Le 5 juillet 2002, la Cour provinciale de la Colombie-Britannique a rendu un jugement écrit concernant la détermination de la peine dans l'affaire *R. c. Lucas*.<sup>1</sup> Le président du Vancouver Island Compassion Club avait été arrêté et accusé de possession en vue d'un trafic après que la police eut fouillé le club et sa résidence et saisi moins de trois kilogrammes de marijuana.

Le club était en activité depuis quatorze mois sans qu'il y ait eu d'incidents et avec l'apparente approbation tacite de la police. Le club a été victime d'une introduction par effraction, et environ un kilo de marijuana a été

volé. Le vol a été rapporté à la police, et celle-ci a alors lancé une enquête qui a donné lieu aux accusations contre le président du club. (Le président n'avait cependant rien à voir avec le vol.)

En accordant l'absolution inconditionnelle, le juge Higinbotham a formulé certaines critiques à l'égard de la réglementation du gouvernement fédéral sur les exemptions relatives à la possession de marijuana à des fins médicales et son défaut de rendre disponible un approvisionnement sûr. (La Couronne avait soutenu que les activités du club étaient inutiles à la lumière de la nouvelle procédure concernant l'obtention d'exemptions relatives à la possession de marijuana.<sup>2</sup>) La Cour a déclaré :

Cette affaire doit être examinée dans un contexte plus vaste dans lequel, jusqu'à présent, la combinaison des règlements fédéraux et de l'inquiétude du Collège des médecins rend extrêmement difficile aux personnes qui en font la demande d'obtenir l'approbation d'utiliser la marijuana. En outre, le gouvernement fédéral a été jusqu'à maintenant incapable d'offrir un approvisionnement légitime en marijuana aux personnes qui, de l'avis de Santé Canada, en ont besoin d'un point de vue thérapeutique. Cela constitue une difficulté particulière pour les personnes qui sont incapables de la cultiver... [Nous] devons en tant que société obtenir rapidement une solution à ce problème épineux, de la part du Parlement ou de la Cour suprême du Canada. [trad.]<sup>3</sup>

– Ruth Carey

Ruth Carey est la directrice générale de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario). On peut la joindre à careyr@lao.on.ca.

Les statistiques sur le nombre d'exemptions accordées, de même que les communiqués de presse à propos des essais cliniques à venir sur la culture de marijuana de qualité, sont disponibles sur le site Web du Bureau de l'accès médical au cannabis de Santé Canada ([www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/quoi\\_neuf.htm](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/quoi_neuf.htm)).

<sup>1</sup> [2002] B.C.J. No. 1631, 2002 BCPC 268 (QL).

<sup>2</sup> Voir J. Gold et R. Elliott, « La marijuana à des fins médicales et la loi – Nouveaux développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 10.

<sup>3</sup> *Supra*, note 1, aux par. 47 et 49.

## C.-B. – La Cour d'appel refuse de réduire la peine d'un prisonnier séropositif

**Le 9 mai 2002, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a rendu sa décision relativement à l'appel interjeté par un prisonnier à l'égard de la peine qui lui avait été imposée. Dans cette affaire, la Couronne et la défense convenaient que la peine originale était illégale, mais ils différaient d'opinion par une seule journée sur la peine adéquate.<sup>1</sup> Cette seule journée représentait pour le prisonnier la différence entre purger sa peine dans une prison provinciale ou dans un pénitencier fédéral.**

L'appelant soutenait que l'établissement de Kent, le pénitencier fédéral où il était détenu, ne pouvait pas répondre à ses besoins médicaux, tandis que le système de prison provinciale était mieux en mesure de lui offrir les soins reliés à sa maladie à VIH. Le juge Southin, de la Cour d'appel, a rejeté l'argument sur-le-champ et déclaré :

[L]es événements qui se produisent après le début de l'exécution d'une peine ne sont pas vraiment pertinents [dans un appel concernant la peine]... De plus, je ne vois pas en quoi le fonctionnement d'une prison, qu'elle soit fédérale ou provinciale, concerne la présente Cour. En règle générale, la façon dont le système médical

fonctionne ne nous regarde pas plus que le type de repas qu'on sert aux prisonniers dans les divers établissements. [trad.]<sup>2</sup>

Selon la Couronne, les antécédents judiciaires de l'appelant étaient assez nombreux pour lui avoir « mérité » des peines de pénitencier. La Cour était également de cet avis. La peine a été fixée à deux années d'incarcération avec trois ans de probation.

– Ruth Carey

Ruth Carey est la directrice générale de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario). On peut la joindre à careyr@lao.on.ca.

<sup>1</sup> *R. c. Brodrick*, [2002] BCJ No 988, 2002 BCCA 294 (BCCA).

<sup>2</sup> *Ibid.*, par. 8.

## Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : autres affaires

Dans une rubrique régulière, nous passons en revue l'évolution des poursuites pénales dans le domaine de l'exposition au VIH ou de sa transmission.<sup>1</sup> Depuis le numéro précédent de la *Revue*, plusieurs nouveaux cas canadiens ont été portés à notre attention, dont le premier cas au Canada quant à des accusations criminelles portées contre une personne qui a eu des relations sexuelles sans divulguer son infection par le virus de l'hépatite C.

### Selon un tribunal, il n'existe pas d'obligation de dévoiler une infection par le VHC à un partenaire sexuel

**Le 29 octobre 2002, une juge de la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick (première instance) a acquitté Darren Jason Jones, un homme vivant avec le virus de l'hépatite C (VHC), de deux chefs d'accusation de voies de fait graves pour n'avoir pas dévoilé son infection à VHC à deux partenaires sexuels de sexe masculin.<sup>2</sup> C'est le premier cas au Canada où des accusations criminelles sont portées pour des relations sexuelles sans divulgation d'une infection à VHC.**

La poursuite a soutenu que la non-divulgation avait vicié le consentement de ses partenaires à des relations sexuelles orales et anales sans protection, et qu'il y avait donc « voies de fait » selon le *Code criminel* (art. 268). Elle a également fait valoir que le risque d'infection par le VHC avait mis en danger les vies des plaignants, et que par conséquent il s'agissait de voies de fait « graves ». Dans l'arrêt *R. c. Cuerrier*,<sup>3</sup> rendu en 1998, la Cour suprême du Canada avait statué qu'un homme qui n'avait pas divulgué sa séropositivité à deux femmes avec lesquelles il avait eu des relations sexuelles sans protection avec

pénétration pouvait être accusé de voies de fait graves. La Cour a jugé que l'obligation de divulgation s'imposait lorsqu'il y avait un « risque important » de transmission du VIH.

Compte tenu du reste de la preuve présentée, la juge Garnett n'a pas cru le témoignage du premier plaignant, qui avait affirmé ignorer que l'accusé était atteint du VHC. Elle a par conséquent conclu que la poursuite n'avait pas démontré l'absence de consentement de sa part et elle a rejeté le premier chef de voies de fait graves.

La juge a toutefois reconnu que le deuxième plaignant ignorait l'infec-

tion à VHC de l'accusé. Elle a cependant également conclu que l'accusé et le plaignant n'avaient jamais discuté de son état de santé, et qu'on avait dit au moins une fois à l'accusé qu'il n'était pas obligé d'informer ses partenaires sexuels de son infection à VHC. De plus, un témoin expert médecin a affirmé qu'il ne conseillait pas à ses patients de divulguer leur infection à VHC, à cause de l'opprobre associé à la maladie. La juge Garnett a conclu que le risque de transmission sexuelle du VHC était inférieur à 1% dans le cas de couples hétérosexuels monogames, et qu'il se situait entre 1 et 2,5% dans le cas des personnes « qui ont des relations sexuelles anales »; le risque de transmission par des relations sexuelles sans protection est donc « tellement faible qu'il ne peut pas être considéré important ». L'accusé n'avait par conséquent pas d'obligation juridique de dévoiler son état au partenaire sexuel. Il a donc été acquitté du second chef.

## La Cour suprême du Canada instruit le premier appel concernant la non-divulgateion et les relations sexuelles sans protection depuis *R. c. Cuerrier*

Dans un article précédent de la *Revue*,<sup>4</sup> nous avons fait état d'une décision de la Cour d'appel de Terre-Neuve dans l'affaire *R. c. Williams*,<sup>5</sup> Depuis, la décision *Williams* a été portée en appel à la Cour suprême du Canada par le Procureur général de Terre-Neuve. Le Procureur général de l'Ontario a demandé et obtenu la permission d'intervenir à la Cour suprême; une ordonnance de non-publication a été rendue.<sup>6</sup> Les plaidoiries ont été présentées le 3 décembre 2002. Au moment de la rédaction du présent article, le jugement était en délibéré.

L'affaire *Williams* concerne une situation différente de celle qui était soumise à la Cour dans *R. c. Cuerrier*.<sup>7</sup> Dans *Williams*, l'accusé a transmis l'infection à la plaignante, mais on ne sait pas si cela s'est produit avant ou après que Williams a appris qu'il était séropositif.<sup>8</sup> Williams a été accusé de voies de fait graves, de négligence criminelle causant des lésions corporelles et de nuisance publique. Le juge du procès a déclaré Williams coupable de voies de fait graves et de nuisance publique et non coupable de négligence criminelle causant des

lésions corporelles. La Cour d'appel a rejeté l'appel de la condamnation pour nuisance publique. La majorité de la Cour d'appel a accueilli l'appel concernant la condamnation pour voies de fait graves et a déclaré l'accusé coupable de tentatives de voies de fait graves. Une minorité de la Cour d'appel aurait rejeté l'appel concernant la condamnation pour voies de fait graves; la dissidence portait sur l'opinion que la Couronne n'avait pas prouvé, au delà de tout doute raisonnable, que l'intimé avait mis en danger la vie de la plaignante.

## Québec – Femme condamnée à plus de trois ans d'emprisonnement pour morsure

En septembre 2002, une femme séropositive au VIH accusée de voies de fait graves pour avoir mordu une autre femme au pouce jusqu'à l'os a été condamnée dans la ville de Québec à plusieurs années de prison. Guylaine Labrecque, une travailleuse du sexe âgée de 39 ans, a aussi les hépatites B et C. En mars 2002, alors qu'elle était dans un état d'intoxication extrême, elle s'est disputée avec la victime dans un bar. La victime a entrepris une prophylaxie post-exposition. Elle

n'avait pas contracté les hépatites et, au moment de la détermination de la peine, elle était toujours séronégative pour le VIH. Guylaine Labrecque a de nombreux antécédents judiciaires. La cour lui a imposé une peine de trois ans de prison, tenant compte du fait qu'elle avait passé six mois en détention avant la tenue du procès. Le juge qui a imposé la peine a déclaré qu'il « est nécessaire de dissuader les porteurs du VIH de mettre la vie des autres en danger en utilisant le virus comme une arme ». Guylaine Labrecque a également été sommée de fournir des échantillons corporels pour des tests génétiques. La décision a été rapportée uniquement dans les médias.<sup>9</sup>

## Alberta – La Cour d'appel refuse d'augmenter la peine d'un homme séropositif pour avoir mordu un policier qui l'avait arrêté pour délit de fuite

Dans le numéro de mars 2002 de la *Revue*, nous avons rapporté que, le 18 janvier 2002, un jury avait déclaré un homme d'Edmonton séropositif coupable de voies de fait causant des lésions corporelles pour avoir mordu un officier de police et lui avoir dit : « Bienvenue dans le monde du sida ». <sup>10</sup> Aux petites heures du matin, le 1<sup>er</sup> janvier 2001, l'accusé, Russell Debnam, avait perdu la maîtrise de sa voiture et happé un piéton qui attendait un taxi. Il a quitté les lieux et, quelques heures plus tard, un agent de police s'est présenté chez lui et l'a arrêté. Une bagarre a éclaté et l'accusé a mordu l'agent – la peau a été percée. Après sa déclaration de culpabilité, M. Debnam a été condamné à deux ans d'emprisonnement pour voies de fait causant des lésions corporelles et résistance à son arrestation, à cause de l'altercation qui a donné lieu à la morsure. Cette peine devait être purgée consécutivement aux deux peines concurrentes d'un an découlant du délit de fuite.

La Couronne a interjeté appel. Elle soutenait que les voies de fait auraient dû entraîner une peine de trois ans et que les peines pour tous les chefs devraient être consécutives (la peine totale serait ainsi augmentée de trois ans à au moins cinq ans).

Le 7 octobre 2002, la Cour d'appel a rejeté l'appel de la Couronne concernant les voies de fait.<sup>11</sup> La Cour a néanmoins semblé approuver l'opinion du juge de première instance que le commentaire formulé par M. Debnam sur la possible transmission du VIH à l'agent en conséquence de la

morsure constituait « un sérieux facteur aggravant ». De plus, la Cour d'appel a approuvé la déclaration suivante faite par le juge du procès :

Les agents de police dans cette ville ont le droit de s'attendre, lorsqu'ils exécutent leurs fonctions comme il se doit, à ne pas être victimes de brutalité, de mauvais traitements et de voies de fait. Ils ne doivent certainement pas s'attendre à être agressés de manière que leur santé et leur sécurité, de même que la santé et la sécurité de leur famille soient mises en péril.<sup>12</sup>

La Cour a toutefois accueilli l'appel de la Couronne en ce qui concerne les accusations de conduite dangereuse et de délit de fuite et conclu que les peines devaient être consécutives et non concurrentes. La peine a donc été augmentée de trois ans à quatre ans.

### Ottawa – Quatre ans et demi de prison pour des relations sexuelles sans divulgation

L'*Ottawa Citizen* a rapporté que, le 18 juin 2002, le juge White de la Cour supérieure de justice de l'Ontario a condamné un homme vivant avec le VIH à quatre ans et demi de prison (incluant les six mois qu'il avait passés en détention avant son procès) pour avoir eu une seule relation sexuelle sans avoir révélé auparavant qu'il était séropositif.<sup>13</sup> L'article ne précisait pas l'accusation qui avait été portée; on n'y indiquait pas non plus si la peine était consécutive à un plaidoyer de culpabilité.<sup>14</sup>

### Kitchener – Peine de dix ans à un homme séropositif

Selon des informations de presse,<sup>15</sup> un homme de Kitchener (Ontario) vivant avec le VIH a été condamné, le 28 juin 2002, à dix ans de prison après avoir plaidé coupable à quatre chefs d'accusation de voies de fait graves et une accusation d'avoir causé des lésions corporelles. M. Edgard Monge a appris qu'il était séropositif en novembre 1999, quelques jours avant que sa femme décède du sida. Peu de temps après, il a commencé l'une des quatre relations sexuelles qui ont donné lieu aux accusations. Selon certains rapports, M. Monge aurait fait défaut d'informer ses partenaires de sa séropositivité, bien qu'un médecin lui ait conseillé de le faire. Deux des quatre femmes ont en conséquence contracté le VIH.<sup>16</sup> L'une d'elles est devenue enceinte de M. Monge et l'enfant a également été diagnostiqué séropositif.

– Ruth Carey et Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida. Il est en congé autorisé jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2003. On peut le joindre à [relliott@aidslaw.ca](mailto:relliott@aidslaw.ca). Ruth Carey est la directrice générale de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario). On peut la joindre à [careyr@lao.on.ca](mailto:careyr@lao.on.ca).

<sup>1</sup> Voir notamment R. Elliott, « Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : une nouvelle affaire », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 60.

<sup>2</sup> R. c. Jones, [2002] N.B.J., n° 375, 2002 NBQB 340 (QL).

<sup>3</sup> R. c. Cuerrier, [1998] 2 RCS 371. Résumé dans R. Elliott, « La décision de la Cour suprême dans R. c. Cuerrier », *Bulletin canadien VIS/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 1, 19-27.

<sup>4</sup> R. Elliott, « Terre-Neuve – Première affaire jugée par un tribunal d'appel depuis R. c. Cuerrier », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 73-76.

<sup>5</sup> R. c. Williams (2001), 205 Nfld. & P.E.I.R. 1, (2001) 158 C.C.C. (3d) 523 (CAT-N) [« Williams »].

<sup>6</sup> R. c. Williams, [2001] SCCA No 561.

<sup>7</sup> R. c. Cuerrier, [1998] 2 RCS 3271, 127 CCC (3d) 1.

<sup>8</sup> Dans R. c. Cuerrier l'accusé savait qu'il était séropositif durant ses relations avec les femmes plaignantes, mais aucune de ses partenaires sexuelles ne semble avoir contracté le VIH. Voir R. Elliott, « La décision de la Cour suprême dans R. c. Cuerrier », *Bulletin canadien VIS/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-divulgation de la séropositivité*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999 (via [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/droitcriminel.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/droitcriminel.htm)).

<sup>9</sup> R. Henault, « Trois ans de prison à une femme sidéenne qui a mordu une cliente dans un bar », *Le Soleil*, 12 septembre 2002 ([www.cyberpresse.ca](http://www.cyberpresse.ca)); « La Couronne réclame quatre ans pour une prostituée sidéenne », *Presse canadienne*, 2 août 2002 ([www.cyberpresse.ca](http://www.cyberpresse.ca)); « AIDS patient sentenced to prison for biting woman », *Canadian Press*, 11 septembre 2002. (Ce dernier article mentionne une peine de quatre ans, mais il ne tient peut-être pas compte de la demi-année passée en détention avant le procès, qui selon les autres articles a compté dans la décision du juge.)

<sup>10</sup> R. Elliott, « Alberta – Coupable de voies de fait causant des lésions corporelles pour avoir mordu », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 86.

<sup>11</sup> R. c. Debnam, [2002] ABCA 222, n° de registre de la Cour 0201-0064A.

<sup>12</sup> *Ibid.*, par. 6-7.

<sup>13</sup> « Man sent to prison for hiding HIV status », *Ottawa Citizen*, 19 juin 2002, B3. La décision R. c. Charbonneau n'était pas encore publiée au moment de la rédaction du présent article.

<sup>14</sup> L'information de presse disponible semble indiquer que la victime n'a pas contracté l'infection lors de cet unique rapport sexuel. L'information n'indique pas si l'homme séropositif a tenté ou non de pratiquer le sécurisexe.

<sup>15</sup> Voir par exemple D. Wood, « Kitchener, Ont., man with HIV gets 10 years for unprotected sex with 4 women », *Kitchener-Waterloo Record*, 28 juin 2002. La décision en question, R. c. Monge, n'était pas encore publiée au moment de la rédaction du présent article.

<sup>16</sup> Les rapports de presse n'indiquent pas si M. Monge a tenté de quelconque façon de pratiquer le sécurisexe.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

# ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT  
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

## BARCELONE 2002

# DROIT, ÉTHIQUE ET DROITS DE LA PERSONNE

Dans cette section spéciale de la *Revue canadienne VIH/sida et droit* rendue possible par un octroi du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), nous reproduisons les exposés les plus pertinents aux enjeux juridiques, éthiques et de droits de la personne liés au VIH/sida, présentés lors de la XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida et dans le cadre de plusieurs rencontres satellites, ainsi qu'une sélection d'abrégés. Nous l'avons fait aussi à l'issue de Genève 98<sup>1</sup> et de Durban 2000.<sup>2</sup> Les fonds reçus de l'ONUSIDA permettent de faire parvenir ce numéro à plus de 500 individus et organismes intéressés au VIH/sida et aux droits humains, en particulier dans des pays en développement, qui ne figurent pas sur notre liste régulière de distribution. Les buts sont d'améliorer l'accès mondial à de la documentation sur les questions de droits humains, de droit et d'éthique liées au VIH/sida; de favoriser le réseautage entre individus et regroupements actifs dans ce domaine; et de favoriser des réactions juridiques et de politiques respectueuses des droits de la personne.

Cette section s'amorce par un synopsis du volet G – Politiques et défense des droits – où figurent la majeure partie des exposés sur le droit, l'éthique et les droits humains.

---

<sup>1</sup> « Droit, éthique et droits de la personne à Genève98 », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 89-131 (accessible à [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/printemps99/f-geneva98.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/printemps99/f-geneva98.htm)).

<sup>2</sup> « Durban 2000 – Droit, éthique et droits de la personne », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 57-129 (accessible à [www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-Durban2000SatelliteSumm.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-Durban2000SatelliteSumm.htm)).

# Une conférence de défense des droits et de politiques aboutit à un consensus sur l'urgent besoin d'actions efficaces

À la XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, le profond sentiment de frustration lié à l'écart entre les possibilités et la réalité a engendré un consensus clair à l'effet qu'une action urgente est requise. Le présent article se fonde sur un exposé présenté le 12 juillet 2002 (dernière journée de la conférence) par Terje Anderson, rapporteur du Volet G. L'auteur y présente un sommaire des discussions du Volet G, sur des thèmes comme les stratégies de défense des droits, le recours au droit, l'usage d'un cadre et d'une approche de droits humains, le rôle des personnes vivant avec le VIH/sida et la nécessité de mobiliser des ressources suffisantes. Il porte un regard critique sur les positions de consensus qui ont émergé de la conférence – en particulier l'objectif visant à ce que trois millions de personnes reçoivent une thérapie antirétrovirale d'ici 2005; la notion selon laquelle le débat prévention vs soins est terminé; et l'idée que l'enjeu clé n'est plus ce que l'on doit faire, mais plutôt la façon d'obtenir l'engagement et les ressources nécessaires. L'auteur précise que l'on doit s'attaquer au VIH/sida dans l'arène politique et que chaque intervenant du domaine du sida a la responsabilité de solliciter l'implication des dirigeants. Il conclut en se demandant si nous avons réellement le courage et la persévérance de transformer nos connaissances et notre engagement en actions.

Lors d'une rencontre satellite précédant la conférence, le juge Edwin Cameron de la Cour constitutionnelle de l'Afrique du Sud nous a lancé un défi :

Nous devons nous demander ce qui se produira durant les huit prochains jours de cette conférence. Qu'allons-nous accomplir [...] devant un problème dont les statistiques et l'ampleur menacent de paralyser notre réaction? Nous devons carrément nous demander si les dépenses qui ont servi à nous amener ici peuvent être justifiées, par rapport au coût d'opportunité – à l'opportunité perdue de sauver une vie. [...]

Sommes nous assez outrés? Sommes-nous assez en colère? Avons-nous une volonté suffisante pour articuler nos demandes, planifier des stratégies et des campagnes qui changeront le monde? [...] L'espoir est à notre portée. Les trois ou quatre dernières années nous ont montré ce que l'on peut accomplir grâce à une pensée rationnelle et des alliances stratégiques. [...] Il reste beaucoup de travail à faire.<sup>1</sup>

Le Volet G portait sur la défense des droits et les politiques – mais ces thèmes ont été au cœur de toute la conférence. Du mot d'ouverture du Dr Peter Piot, directeur général du Programme commun des Nations Unies

Nous devons trouver une façon de mieux intégrer la voix des personnes vivant avec le VIH/sida, lors des prochaines conférences.

sur le VIH/sida (qui a donné le ton à l'événement en exprimant la vive impatience ressentie par plusieurs délégués), jusqu'aux actions directes d'individus lançant un défi aux personnes qui ont du pouvoir politique ou économique, ce fut à la fois une conférence de défense des droits et de politiques. Il en est ressorti un consensus clair – dans l'ensemble des disciplines et des contextes, à travers le monde – à l'effet qu'une action efficace est requise de façon urgente. Nous ressentons tous une énorme frustration devant l'écart entre ce qui est possible et ce qui se produit réellement à l'heure actuelle.

Le thème de la conférence portait sur la transformation de la connaissance et de l'engagement en actions. Dans le Volet G, on a examiné en détail les façons d'y parvenir. J'ai l'honneur d'être responsable du compte-rendu des discussions et des résultats de ce volet. Je suis un homme gai vivant avec le VIH, ex-utilisateur de drogue par injection et ex-travailleur du sexe. Si je suis vivant aujourd'hui, c'est en grande partie parce que j'ai la chance d'être un homme blanc né en Amérique du

Nord. Malgré de nombreux points en commun avec mes camarades affectés, mes amis séropositifs à travers le monde, je ne prétends pas parler au nom des millions de personnes qui n'ont pas eu les moyens de participer à cette conférence. Cet événement ne peut pas non plus s'exprimer en leur nom. Pourtant, la vie de ces personnes dépend de notre capacité de concrétiser les discussions tenues ici. Nous devons trouver une façon de mieux intégrer leur voix lors des prochaines conférences.

Les discussions du Volet G ont clairement établi que, pour atteindre des objectifs de politiques, la défense des droits doit être flexible et lutter sur plusieurs fronts. Une diversité d'approches est requise – comme le lobbying parlementaire, l'organisation communautaire, le recours aux tribunaux, la recherche et l'analyse de politiques, l'usage des médias, l'accroissement de la capacité et les manifestations. L'expérience nous apprend que ces stratégies fonctionnent souvent mieux lorsqu'elles sont combinées. Par exemple, pour rendre les médicaments plus abordables, des stratégies comme la négociation de réductions de prix, la sollicitation de dons d'entreprises, la contestation de lois sur les brevets et de traités commerciaux internationaux, et la promotion de la fabrication générique ont été explorées et jugées pertinentes dans diverses situations.

Les études de cas présentées à la conférence – telles la victoire judiciaire pour l'accès aux traitements en Afrique du Sud et le recours à des lois pour combattre la stigmatisation en Namibie – ont démontré comment des approches juridiques peuvent servir à atteindre d'importants objectifs de politiques. En revanche, d'autres études ont révélé que le droit peut être un obstacle à des politiques effi-

caces sur le VIH/sida. Des documents ont décrit l'effet négatif de lois punitives en matière de drogue sur la propagation du VIH en Argentine, en Russie et aux États-Unis; et la manière dont la criminalisation du travail du sexe fait entrave aux efforts de prévention en Inde et en Afrique du Sud.

Plusieurs exposés (y compris des documents de l'Éthiopie, de l'Ukraine, du Brésil, de l'Australie et du Canada) nous ont enseigné que le mouvement de lutte contre le VIH/sida est devenu compétent dans le recours à un cadre de droits humains et dans l'utilisation de celui-ci pour favoriser la réussite des programmes de soins, de traitement, de prévention et de recherche. Mais nous avons aussi constaté que l'usage d'un tel cadre de travail est loin d'être universel.

Le recours à une approche de droits humains continue d'être codifiée dans les normes internationales et professionnelles – par exemple dans le *Recueil de directives pratiques du BIT sur le VIH/SIDA et le monde du travail*<sup>2</sup> (Organisation internationale du travail) – mais des études de cas de toutes les régions du monde révèlent que l'adoption formelle de telles normes ne garantit pas qu'elles soient réellement appliquées.

Lors de cette conférence, encore plus que durant les précédentes, nous avons entendu parler du rôle crucial des personnes vivant avec le VIH/sida dans la lutte contre l'épidémie. Nous avons pris connaissance d'exemples – du Chili, de l'Ukraine, de la Thaïlande, de l'Indonésie, du Kenya, du Honduras et d'ailleurs – de leadership de ces personnes dans l'élaboration de politiques et de lois. Nous avons appris que l'implication des personnes vivant avec le VIH/sida

créé des opportunités et entraîne aussi des défis, autant pour ces individus que pour les institutions où ils s'impliquent. Leur implication significative nécessite une action et un engagement, et non seulement de belles paroles idéologiques.

On a grandement insisté sur la nécessité de mobiliser des ressources suffisantes pour élaborer une réaction efficace à l'épidémie. Des études présentées à la conférence ont révélé d'importantes variations des sommes que les pays industrialisés sont disposés à verser à la lutte domestique et mondiale contre le VIH/sida; ainsi que de grands écarts dans les dépenses consacrées à la santé parmi des pays en développement et à revenus moyens. Les difficultés liées à la réalisation d'études valables sur les coûts-avantages ainsi qu'à l'estimation du coût des programmes nécessaires sont un important obstacle à l'obtention de ressources accrues.

Nous avons appris que des outils de collecte d'information – comme l'examen des droits humains en Australie<sup>3</sup> et l'instrument d'évaluation rapide des politiques sur les drogues et sur la réduction des méfaits en Europe de l'Est et dans l'ex-Union soviétique – servent à éclairer l'analyse de politiques et la défense des droits.

À la Conférence de Barcelone, des positions de consensus sur les politiques ont émergé – c'est-à-dire qu'on les a répétées dans suffisamment de séances orales, de plénières, de discours de politiques, de discussions de couloirs et de couverture médiatique, pour qu'elles soient reconnues comme des visions partagées par l'ensemble de la communauté de lutte contre le VIH/sida. Le souhait que trois millions de personnes du Sud reçoivent des antirétroviraux d'ici 2005 a été répété si souvent qu'il est devenu un objectif

pour plusieurs. Pourtant, des questions ont été soulevées à ce sujet. Pourquoi trois millions? Où? Qui prendra les décisions? Qui sera

**Il demeure incertain que les scientifiques, les médecins, les personnes vivant avec le VIH/sida, les ONG, les fournisseurs de services et autres intervenants sont disposés à prendre les risques d'une implication politique.**

exclu? Si trois millions est chose possible, pourquoi pas 6, 9, 12 ou 24 millions? Comment l'objectif des trois millions se compare-t-il au nombre de personnes qui ont réellement besoin d'antirétroviraux? Quelqu'un a-t-il demandé aux personnes qui ne recevront pas de traitement si elles acceptaient ce « consensus »?

Nous avons entendu à maintes reprises que le débat sur la prévention vs les soins est terminé. Pourtant, même si le débat semblé terminé dans l'esprit de leaders d'opinion à la conférence, divers exposés ont indiqué que le débat continue – et pourrait se poursuivre – dans les décisions prises par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, par des agences d'aide internationale et des gouvernements nationaux, dans l'allocation des ressources.

Un consensus a aussi été atteint à l'effet que l'enjeu clé n'est plus ce

que l'on doit faire, mais plutôt comment mobiliser l'engagement et les ressources nécessaires pour étendre les modèles dont on connaît déjà l'efficacité. En revanche, des exposés ont révélé qu'il reste beaucoup à apprendre sur les meilleures façons de procéder à la prévention et aux soins.

Les participants à la conférence ont reconnu en plus grand nombre que la marginalisation et la stigmatisation continuent de définir et de façonner l'épidémie de VIH. On a mis davantage l'accent sur l'importance des approches fondées sur les droits humains. La question du droit à la liberté de mouvement des personnes vivant avec le VIH/sida a refait surface.

Enfin, la Conférence de Barcelone a démontré plus que jamais que la lutte au VIH/sida se déroule – et doit se dérouler – dans l'arène politique. Elle a révélé que cette lutte nécessite un leadership politique engagé et que chaque intervenant du domaine du sida a la responsabilité de susciter l'implication de nos leaders (qui ne semblent pas porter attention au problème). Pourtant, il demeure incertain que les scientifiques, les médecins, les personnes vivant avec le VIH/sida, les ONG, les fournisseurs de services et autres intervenants sont réellement disposés à prendre les risques associés à l'implication dans l'arène politique. Tandis qu'il peut être sécurisant de présenter des exposés de défense des droits et de sonner l'alarme parmi des gens qui ont une opinion semblable, lors d'une conférence sur le sida, combien sont prêts à poser des gestes qui pourraient leur causer la perte de financement gouvernemental ou

d'accès à des décideurs, voire les pousser au chômage ou dans l'isolement social?

Ce que nous faisons ici, dans la bulle de protection d'une conférence sur le sida, pourrait être loin de ressembler à ce qui se passera après. Aurons-nous le courage et la persévérance de transformer nos connaissances et notre engagement en actions? Ou retournerons-nous à notre routine pour les deux prochaines années? Ceux qui n'ont pu être ici peuvent-ils vraiment compter sur nos promesses, ou des millions de personnes mourront-elles à cause de notre inaction?

Thucydides a dit : « La justice ne fleurira que lorsque ceux qui ne sont pas blessés s'indigneront autant que ceux qui le sont ». Nous devons quitter Barcelone plus indignés, plus fâchés, plus impatients et plus déterminés à agir qu'à notre arrivée. C'est seulement ainsi que notre conférence relèvera le défi évoqué par le juge Cameron au début de la semaine.

– Terje Anderson

Terje Anderson est directeur général de la National Association of Persons With AIDS, aux États-Unis. On peut le joindre à [tanderson@napwa.org](mailto:tanderson@napwa.org).

<sup>1</sup> Juge E. Cameron, commentaire d'ouverture de la rencontre satellite *Les derniers seront les premiers : les vaccins, l'accès aux traitements et le droit*, tenue le 5 juillet 2002 à Barcelone. Disponible dans le compte-rendu de la rencontre satellite, accessible (en anglais) sur le site Internet du Réseau juridique ([www.aidslaw.ca/barcelona2002/satellite\\_proceedings.pdf](http://www.aidslaw.ca/barcelona2002/satellite_proceedings.pdf)).

<sup>2</sup> Accessible sur le site Internet de l'OIT (via [www.ilo.org](http://www.ilo.org)).

<sup>3</sup> Voir l'Abrégé G5560, « Examen des droits humains dans le contexte du VIH/sida », dans l'article « Barcelone 2002 : Abrégés sur des thèmes de droit, d'éthique et de droits humains », à la fin de cette section spéciale de la *Revue*.

## Appel mondial au combat – La santé : un droit, pas une marchandise

La santé est un droit fondamental, et non un bien de consommation à vendre à profit, a affirmé Irene Fernandez, au deuxième Mémorial Jonathan-Mann, présenté le 8 juillet 2002 dans le cadre de la Conférence internationale sur le sida, à Barcelone. Avant de se rendre à la conférence, Mme Fernandez a dû obtenir un permis spécial du gouvernement de la Malaisie, puisqu'elle est accusée d'avoir publié de l'information sur les abus, la torture, la corruption, la maladie et les décès dans les camps de détention de ce pays pour les immigrants. Le présent article, basé sur l'allocution de Mme Fernandez, décrit comment par leurs politiques les nations riches ont laissé tomber les pauvres du monde. Mme Fernandez est d'avis que les politiques de mondialisation et de privatisation des soins de santé nuisent à la capacité des pays en développement de s'attaquer à l'épidémie du VIH/sida. Elle qualifie d'hypocrites les nations industrialisées, qui augmentent les subventions à leurs agriculteurs tout en exigeant que le monde en développement ouvre la porte aux biens de consommation du monde industrialisé. Elle souligne que les pays riches n'ont pas respecté leurs engagements relatifs à l'aide étrangère. Elle conclut que ces engagements – et les promesses faites depuis quelques années, comme celles que renferme la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, adoptée par l'ONU, ne peuvent être remplies que si on les transpose dans l'action.

C'est un honneur et un privilège, pour moi, de prononcer ce deuxième discours en mémoire de Jonathan Mann, à l'occasion d'une conférence qui a pour thème « Connaissance et engagement pour l'action ». Jonathan Mann a consacré sa vie à la tâche de bâtir une réponse mondiale à la pandémie du sida. Il était un exemple vivant de ce qu'il faut faire pour transposer la connaissance dans l'engagement et l'action. Aujourd'hui plus que jamais, nous sommes mis au défi de renforcer, d'approfondir et de consolider ce que Mann nous a légué.

L'importance du travail de Jonathan Mann s'est révélée lorsqu'il est devenu intensément impliqué avec les communautés d'Afrique qui souffraient et mouraient du sida. Mann a mis en relief les liens entre les droits humains et la vulnérabilité au VIH/sida. Il a écrit : « Dans chaque société, les personnes qui étaient marginalisées, stigmatisées et victimes de discrimination (avant l'arrivée du VIH/sida) sont devenues avec le temps les plus vulnérables à

l'infection à VIH. » [trad.]<sup>1</sup>

Cela est tout aussi vrai maintenant qu'au moment où il l'a écrit. Aujourd'hui, nous voyons des inégalités de plus en plus grandes et nous voyons un monde scindé en deux mondes distincts. Un monde, où vit moins d'un tiers de la population planétaire, est riche, puissant et uni. Dans ce monde, l'an dernier, 500 000 personnes prenaient des médicaments antirétroviraux et 25 000 étaient emportées par le sida. Dans ce monde, on a accès à des ressources et à des traitements.

L'autre monde, où vit plus des deux tiers de l'humanité, est pauvre, endetté, divisé, sous contrôle et dans le désespoir. Dans ce monde, 230 000 personnes prennent des antirétroviraux. La moitié de ce nombre se trouve en Amérique latine, principalement au Brésil. Seulement 30 000 des quelque 30 millions de personnes qui vivent avec une sentence de mort du sida, en Afrique subsaharienne, reçoivent ces médicaments. L'an dernier, 2,2 millions de personnes sont mortes du sida en

Afrique. La disparité est plus qu'alarmante, elle est criminelle. Les pays très peuplés de l'Asie sont devant l'un des plus grands défis – et risques – de la lutte mondiale contre le VIH/sida. Dans des populations aussi nombreuses (Chine et Inde comptent ensemble un tiers de la population planétaire, et l'Indonésie est le quatrième pays le plus peuplé), même un taux très faible d'infection peut être dévastateur.

En juin 2002, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a consacré un rapport distinct à la situation du VIH/sida en Chine,<sup>2</sup> avisant que si aucun effort n'est fait pour intensifier la prévention et l'éducation, le nombre de personnes atteintes du VIH dans ce pays pourrait bondir de 1,5 million à 10 millions d'ici 2010. Cela placerait la Chine « au bord d'une catastrophe qui pourrait causer des souffrances, des pertes économiques et une dévastation sociale d'ampleur inimaginable » [trad.]<sup>3</sup> Le gouvernement de la Chine a rejeté le rapport, qualifiant d'erronées ses

conclusions et prédictions. Le rapport ne critiquait pas le gouvernement chinois, mais déplorait le manque d'action au palier provincial, duquel relève une grande partie du financement et des décisions. C'est ce genre de déni qui fait de plusieurs pays d'Asie de véritables bombes à retardement.

**Les inégalités et disparités sont catalysées, dans le monde en développement, par des phénomènes croissants de stigmatisation, de discrimination et de xénophobie.**

### **Des politiques destructrices**

Les inégalités et disparités sont catalysées, dans le monde en développement, par des phénomènes croissants de stigmatisation, de discrimination et de xénophobie. Cela se manifeste de façon évidente dans de nouvelles formes de politiques racistes et de ligne dure à l'égard des migrants, des réfugiés et des personnes délogées. Le Canada, pays qui avait une réputation de respecter les droits des personnes, impose à présent le test obligatoire du VIH à tous les candidats à l'immigration. Les travailleurs migrants qui arrivent dans divers pays d'accueil sont soumis à des tests médicaux obligatoires sans aucun counselling ni libre consentement. S'ils sont trouvés séropositifs au VIH, ils sont immédiatement déportés. Dans plusieurs cas, on ne dit pas même à ces personnes qu'elles ont le VIH. Au retour dans leurs communautés, plusieurs deviennent

encore plus stigmatisées et ostracisées, voire traitées comme des criminelles.

Il est bien connu que la pauvreté crée une forte vulnérabilité au sida. Pourtant, au plus récent Sommet mondial de l'alimentation, à Rome en juin 2002, les gouvernements ont conservé le même plan qui exacerbe la faim dans le monde depuis 1996. Leur plan d'action pousse encore plus loin l'erreur d'un recours au même remède inefficace, avec des incitations à une libéralisation du commerce, à la privatisation et à une approche commerciale vis-à-vis de ressources qui en fait sont liées à des besoins essentiels. En parallèle, nous assistons à une répression de plus en plus brutale des mouvements sociaux et des initiatives des droits de la personne qui visent une résistance à ce nouvel ordre mondial. Le mantra des patriciens du G8 présente le commerce international comme la voie du salut et de la liberté. Mais comment pourrait-il en être ainsi alors que les États-Unis versent 190 milliards \$ US en subventions à leurs agriculteurs et que l'Union européenne dépense 160 milliards \$ US pour protéger son industrie agricole? Entre-temps, les gouvernements du Sud sont forcés d'abroger leurs subventions au domaine agricole. Voilà une contradiction hypocrite du monde riche.

Le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale ont eu recours à des programmes d'ajustements structurels pour contraindre les nations à privatiser leurs services de soins de santé, ouvrant par le fait même la voie à un rôle accru des forces des marchés dans la production et la distribution de ces services. Le résultat : les soins de santé ont été transformés en un commerce lucratif autour de la santé humaine. Les per-

**En traitant la santé comme un bien de consommation soumis aux conditions commerciales du profit, nous créons un milieu très propice à la multiplication du virus du sida.**

sonnes qui ont besoin de soins de santé n'ont à présent qu'à acheter cet accès par des assurances médicales. Mais cette industrie refuse d'assurer les personnes séropositives au VIH. Cela n'a pas seulement pour effet de marginaliser les personnes vivant avec le VIH/sida, mais aussi qu'on les prive de leur droit de recevoir des traitements.

À cause de la mondialisation des brevets pharmaceutiques et des prix, ainsi que de la privatisation des services de santé, les gouvernements n'ont plus le contrôle sur les soins de santé pour leur peuple. Le pouvoir est désormais entre les mains de puissantes sociétés pharmaceutiques et de l'industrie de l'assurance. Lorsque les services de santé sont privatisés, les soins sont compromis. Sans soins de santé adéquats, nous aboutissons à une détérioration de la santé et à des conditions environnementales propices à des vagues épidémiques de maladies infectieuses. En traitant la santé comme un bien de consommation soumis aux conditions commerciales du profit, nous créons un milieu très propice à la multiplication du virus du sida.

Les pauvres dépensent tout leur avoir pour leurs malades et leurs mourants. Au Rwanda, les dépenses privées assumées par les contribuables composaient 93% des dépenses totales liées au VIH/sida, en 1998-

1999. Seulement 7% venait du gouvernement et de donateurs.<sup>4</sup> Une telle dépendance à l'endroit de l'argent de contribuables, en particulier lorsqu'il s'agit de personnes pauvres, est source de grave inquiétude, notamment à la lumière du fait que les personnes qui gagnent un revenu sont précisément celles qui sont en train de mourir. L'an dernier seulement, un million d'enfants de l'Afrique ont vu le sida emporter leur professeur.

### Manque de ressources, manque d'engagement

Aujourd'hui, les Africains sont des leaders dans la gestion des soins et dans les tâches de bâtir des communautés de soutien et des programmes de prévention novateurs. Le problème n'est pas un manque de savoir, c'est un manque de ressources. La rareté des ressources découle d'un manque d'engagement mondial.

Lorsque les États membres de l'ONU ont adopté la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, en juin 2001, ils ont établi que 7 à 10 milliards \$ US seraient nécessaires à la lutte contre le VIH/sida.<sup>5</sup> Or, jusqu'à présent, on a annoncé des engagements d'à peine plus que 2 milliards \$. Comme l'a dit Peter Piot, directeur général de l'ONUSIDA : « Nous n'avons pas encore atteint le faîte de l'épidémie. [...] L'argent nécessaire n'a rien d'astronomique. Au regard des normes appliquées aux dépenses pour la lutte contre des risques pour la sécurité, ce n'est que des miettes. »<sup>6</sup>

Les pays du G8 continuent de briller par leur échec à rencontrer les buts qu'ils établissent. Ils n'ont pas encore atteint les objectifs d'aide étrangère qu'ils s'étaient donnés il y a plus de 30 ans. Les États membres de l'Organisation pour la coopération et le développement économique

avaient convenu de consacrer à l'aide étrangère 0,7% de leurs produits nationaux bruts (PNB) respectifs. Toutefois le taux moyen actuel d'aide

**Si les pays du G8 avaient tenu promesse, nous aurions possiblement sauvé des millions de vies et réussi à arrêter cette pandémie.**

n'est que 0,22% du PNB, pour un grand total de 53 milliards \$ US par année, pour tout ce qu'englobe le monde en développement. Une portion de 0,7% de leurs PNB cumulés serait cette année de 175 milliards \$ US, et de 200 milliards en 2005.

Les États-Unis versent à l'heure actuelle 10 milliards par an, soit 0,15% de leur PNB. À la conférence sur le Financement du développement, à Monterey (Mexique) en mars 2002, les États-Unis ont affirmé qu'ils augmenteraient leur aide étrangère de 5 milliards par an, jusqu'en 2006. Une fois arrivés au maximum de cette augmentation, en 2006, ce pays n'en sera encore qu'à verser un cinquième de l'objectif de 0,7% du PNB. L'Union européenne a promis à Monterey de verser un autre 7 milliards \$ US par année, mais cette augmentation ne l'amène qu'à la moitié du 0,7% visé. Le Canada a promis d'augmenter son aide officielle au développement, mais il n'a pris cet engagement qu'après avoir rudement amputé le budget de l'Agence canadienne de développement international. Si les pays du G8 avaient tenu promesse, nous aurions possiblement sauvé des millions de

vies et réussi à arrêter cette pandémie.

Le problème n'est pas seulement le manque d'engagement, mais aussi les conditions imposées à l'aide offerte. Par exemple le Nouveau partenariat économique pour le développement africain (NEPAD)<sup>7</sup> fait du développement un projet chimérique. En vertu du NEPAD, l'Afrique est tenue de respecter le même genre de conditions et projets d'ajustements structurels qui ont entraîné la catastrophe avec laquelle elle est aux prises à l'heure actuelle. De plus, le NEPAD parle à peine du sida. Or si l'on ne voit pas au sida en Afrique, il ne pourra y avoir aucun développement. Les trois principaux indicateurs du développement sont l'accès à la nourriture, à l'éducation et à la santé. La pandémie détruit les trois à la fois. De fait, il y aura une croissance négative, à moins que l'on mette un frein à la pandémie.

La volonté politique, à l'échelle mondiale, peut être formidable. Du jour au lendemain, des piles de milliards de dollars ont été mobilisées pour venger l'horrible mort de trois

**Pourquoi la guerre au terrorisme est-elle si sacro-sainte, mais la guerre au sida si timide?**

mille Américains, le 11 septembre. La guerre au terrorisme se poursuit avec de plus en plus de zèle. Pourquoi tant de valeur à ces trois mille vies mais si peu de pensée et de volonté politique devant les millions de personnes qui meurent du sida? Pourquoi la guerre au terrorisme est-elle si sacro-sainte, mais la guerre au sida si timide?

## Il faut changer de paradigme

Pour arriver à intensifier la guerre au sida, il faudra un changement de paradigme. La santé doit être reconnue comme un droit fondamental plutôt que d'être perçue comme un bien soumis à un commerce axé sur le profit. Lorsque les droits de la personne sont violés, la vulnérabilité au sida s'accroît. Une approche fondée sur les droits nécessite que l'on trouve des moyens de faire en sorte que ce qui est accessible aux riches soit aussi accessible aux pauvres et à ceux qui sont dans le besoin.

Il y a eu quelques progrès :

- la victoire du gouvernement de l'Afrique du Sud en cour contre les compagnies pharmaceutiques, il y a deux ans, a ravivé les espoirs que les pays pauvres parviennent à acheter des quantités de médicaments à bon prix;
- après l'issue de ce procès sud-africain, l'ONUSIDA a établi un plan pour la fourniture de médicaments à prix moindre aux pays de l'Afrique;
- le Brésil a décidé d'établir un droit juridique à des médicaments gratuits; il donne à présent des soins et traitements à plus de 100 000 personnes vivant avec le VIH/sida. En conséquence, le nombre de décès dus au sida au Brésil, en 2000, a chuté au tiers de ce qu'il était en 1996. Des modèles semblables d'accès légal aux médicaments sont envisagés un peu partout en Amérique centrale et du Sud.

Ainsi, un nouveau paradigme de l'accès aux soins de santé commence à être appliqué et à remettre en question des iniquités mondiales de longue date. Des disputes devant

Une approche fondée sur les droits nécessite de trouver des moyens pour que ce qui est accessible aux riches soit aussi accessible aux pauvres et à ceux qui sont dans le besoin.

l'Organisation mondiale du commerce (OMC) aux affaires judiciaires en Afrique du Sud, le débat lié aux médicaments essentiels a été résolu dans le sens d'une réduction des obstacles commerciaux à l'accès. Le principe de prix préférentiels des médicaments anti-VIH pour les pays à revenu faible et moyen est largement reconnu dans l'industrie pharmaceutique. Les prix ont commencé à diminuer. Le droit des pays d'avoir recours à des dispositions de licence obligatoire ou volontaire pour la fabrication de médicaments brevetés a été clairement affirmé lors de la rencontre de l'OMC à Doha, à la fin de 2001.<sup>8</sup>

Mais ce n'est pas suffisant. Il nous faut aller plus loin : nous devons nous attaquer aux facteurs à la base du refus de traitement. Jusqu'à ce que la santé soit reconnue comme un droit fondamental, toutes nos interventions ne seront que des diachylons. Il faut que le domaine de la santé soit retiré de l'emprise de l'OMC. La santé ne peut plus être considérée comme une denrée. Les soins de santé doivent être accessibles à tous et à toutes, en particulier aux pauvres. Les gouvernements, non les transnationales pharmaceutiques, doivent être responsables de fournir des soins de santé efficaces et un accès aux traitements. Les programmes en la matière doivent être guidés par

les principes des droits humains, qui protègent la dignité des personnes vivant avec le VIH/sida et affectées autrement par l'épidémie. Tous les gouvernements et toutes les institutions internationales ont l'obligation de respecter et de protéger ces droits et de favoriser leur épanouissement.

Le cadre international des droits humains offre une solide base pour permettre aux individus et aux organismes de revendiquer ces droits. Le droit à la santé est officiellement reconnu dans plusieurs conventions internationales et il a été bien articulé par le Comité onusien des droits économiques, sociaux et culturels.<sup>9</sup> Le lien fondamental entre le VIH/sida et les droits de la personne a été reconnu par l'Assemblée générale des Nations Unies réunie en Session extraordinaire sur le VIH/sida, en 2001.<sup>10</sup> Et deux résolutions de la Commission des droits de l'homme de l'ONU ont reconnu que l'accès aux médicaments dans le contexte d'épidémies comme celle du VIH/sida est crucial au progrès vers le plein exercice du droit à la norme la plus élevée de santé physique et mentale qui puisse être atteinte. Les deux résolutions incitent les États à adopter des politiques qui favorisent l'accès aux médicaments anti-VIH/sida en quantités suffisantes et de manière qui les mettront à la portée de tous.<sup>11</sup>

## Conclusion

Les objectifs de développement pour le millénaire, issus du Sommet de l'ONU pour le Millénaire (septembre 2000), incluent un engagement à endiguer la propagation mondiale du VIH/sida et à commencer à inverser la tendance actuelle d'ici 2015. Ils consistent par ailleurs à : réduire de moitié la pauvreté dans le monde, donner à tous les moyens de complé-

ter des études primaires, éliminer les disparités entre les sexes, veiller à l'habilitation des femmes, et réduire la mortalité infantile tout en améliorant la santé maternelle. Tout ce programme fait partie intégrante de l'éventuelle atténuation de l'impact du sida.<sup>12</sup>

Mais, qu'il s'agisse des buts du millénaire, des buts de la Déclaration de l'UNGASS ou de ceux du Fonds mondial, ils ne pourront devenir réalité que s'il y a un véritable engagement à les transposer dans l'action. Il appartient à chacun de nous de s'engager. Un ami qui m'était cher, Jonathan de Vera, est décédé du sida en 2002. Il m'avait dit, peu après avoir reçu son diagnostic de séropositivité : « J'étais sous le choc. Je me sentais faible ... Je n'ai aucune idée de comment je suis arrivé à rentrer chez moi. [Puis] j'ai finalement vu que la vie était belle et ne devrait

jamais être prise pour acquis. Elle est un don de Dieu. » Oui, c'est un don du ciel. Elle doit être protégée, peu importe le prix, et l'on doit lui accorder la plus grande importance. J'espère que toutes les personnes affectées par le sida pourront vivre pleinement leur vie. Ne laissons pas le sida nous dérober cette occasion.

– Irene Fernandez

Irene Fernandez est directrice de Tenganita, un ONG malais qui milite pour les droits des femmes et des travailleurs migrants. Elle est également présidente de CARAM-ASIA, un ONG qui travaille à protéger les droits et la santé des travailleurs migrants. On peut communiquer avec elle à [tnita@hotmail.com](mailto:tnita@hotmail.com).

<sup>1</sup> Tiré d'une allocution de Jonathan Mann à l'occasion de la 2<sup>e</sup> Conférence internationale sur les soins communautaires et à domicile pour les personnes vivant avec le VIH/sida, tenue à Montréal, 24-27 mai 1995.

<sup>2</sup> Groupe thématique de l'ONU en Chine, *China's Titanic Peril: 2001 Update of the AIDS Situation and Needs Assess-*

*ment Report*, juin 2002 ([www.unaids.org/whatsnew/newadds/AIDSchina2001update.pdf](http://www.unaids.org/whatsnew/newadds/AIDSchina2001update.pdf)).

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 9.

<sup>4</sup> Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Répondre aux besoins*, Aide-mémoire, 2002, ([www.unaids.org/barcelona/presskit/french/factsheets/FSresources\\_fr.htm](http://www.unaids.org/barcelona/presskit/french/factsheets/FSresources_fr.htm)).

<sup>5</sup> Assemblée générale des Nations Unies, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, par. 80 ([www.unaids.org/UNGASS/index.html](http://www.unaids.org/UNGASS/index.html)).

<sup>6</sup> Extrait d'une entrevue du Dr Piot à Reuters (2 juillet 2002), accessible à [www.millennium2.org/whatsnew/newarc07.htm](http://www.millennium2.org/whatsnew/newarc07.htm).

<sup>7</sup> Pour information sur le NEPAD, visitez son site Internet ([www.nepad.org](http://www.nepad.org)).

<sup>8</sup> *Déclaration de Doha*, via le site Internet de l'OMC ([www.wto.org](http://www.wto.org)).

<sup>9</sup> Comité économique, social et culturel de l'ONU, *Observation générale 14 – Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, 4 juillet 2000, UN Doc E/C.12/2000/4, CESCR, ([www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.CESCR+Observation+generale+14.Fr?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.CESCR+Observation+generale+14.Fr?OpenDocument)).

<sup>10</sup> *Supra*, note 5, par. 16.

<sup>11</sup> Commission des droits de l'homme de l'ONU, résolutions 2001/33 (23 avril 2001) et 2002/32 (22 avril 2002), ([via www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch)).

<sup>12</sup> Des renseignements sur les buts du développement pour le Millénaire sont disponibles à [www.un.org/french/millenniumgoals](http://www.un.org/french/millenniumgoals).

## Nécessité des approches de réduction des méfaits en Europe de l'Est et dans l'ex-URSS

Dans une région où le VIH se transmet principalement par l'injection de drogue, les stratégies de réduction des méfaits doivent faire partie intégrante des efforts de prévention. Dans son exposé en plénière à la XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, le 9 juillet 2002, Kasia Malinowska-Sempruch a souligné que si le monde ne porte pas attention à l'épidémie émergente mais explosive, en Europe de l'Est et dans l'ancienne Union soviétique, la région sera en proie au même sort que l'Afrique. L'exposé explique qu'alors que leurs économies continuent d'être en difficulté, les pays de cette région ont vu leurs systèmes publics de santé crouler sous les crises jumelles de l'injection de drogue et de l'infection à VIH. Il illustre comment des lois et pratiques répressives devant l'usage de drogue ne servent qu'à catalyser l'épidémie. Il décrit des mesures de réduction des méfaits (comme l'échange de seringues et les traitements de la toxicomanie) et des exemples des manières par lesquelles des ONG de la région tentent d'en mettre en œuvre, souvent avec peu de soutien gouvernemental, voire aucun. En outre, l'exposé définit d'autres nécessités de la lutte contre l'épidémie dans cette région, notamment la tâche d'assurer que les personnes vivant avec le VIH/sida aient accès à des services de soins, de traitement et de soutien.

Depuis plus d'une décennie, des intervenants du domaine du VIH en Europe de l'Est et dans l'ancienne Union soviétique parlent des facteurs

sociaux, économiques et humains qui rendent les pays de cette région vulnérables à une épidémie de VIH. À présent, en 2002, nous ne parlons

plus de ce qui pourrait se produire : le VIH et le sida sont arrivés et ils causent la dévastation, dans cette région comme partout ailleurs. Chaque

année depuis trois ans, l'ONUSIDA rapporte que le VIH se propage en Europe de l'Est et dans l'ex-URSS plus rapidement que partout ailleurs dans le monde. Aujourd'hui, près de 200 000 infections à VIH sont officiellement enregistrées, en Russie seulement. On estime que les nombres réels sont bien plus élevés – au moins un million de cas. De ces personnes, 90% sont utilisatrices de drogue par injection. La situation est aussi sinistre en Ukraine, pays voisin dont on estime que près d'un p. cent (1%) de la population vit avec le VIH – encore en majorité des utilisateurs de drogue par injection.

Étant née en Pologne, je ne suis pas seulement terrifiée par la croissance rapide de l'épidémie du VIH : je suis aussi frustrée et en colère. Le monde entier a célébré avec nous la chute du mur de Berlin, mais nous a laissés seuls avec les conséquences. Bien des pays de notre région ont opté pour la démocratie, depuis dix ans, mais les retombées économiques positives se font encore attendre. Nous sommes plus riches sur le plan des droits humains et de certaines libertés individuelles fondamentales, mais nous sommes plus pauvres de plusieurs autres manières.

De la République tchèque à l'Ouzbékistan, les économies de la région continuent d'être en difficulté et les systèmes publics de soins de santé s'effritent. Les taux absolus de pauvreté sont à la hausse et l'espérance de vie décline. Le produit intérieur brut (PIB) per capita, en Russie, est de moins de 5 000\$ US par année, ce qui est inférieur à celui de pays considérés depuis longtemps comme moins développés, tels le Brésil et la Thaïlande. Aussi lamentable que soit l'état des systèmes économiques de la Russie, il est encore pire en Ukraine et en Asie centrale,

**Si le monde est incapable ou peu enclin à porter attention à cette région et à l'aider à s'attaquer à ce désastre imminent, les conséquences seront horribles.**

où de plus en plus de gens sont contraints de se débrouiller avec moins de 2 \$ US par jour. En Asie centrale, certaines femmes font le trafic de drogue pour parvenir à acheter des manuels scolaires et des chaussures pour leurs enfants. L'industrie du commerce du sexe connaît une expansion rapide aux quatre coins de la région.

### **Deux crises de santé en émergence**

Maintenant, les pays de cette région sont aux prises avec deux crises de santé qui vont de pair et qui menacent d'éclipser tous les autres problèmes : des montées en flèche de l'injection de drogue et des infections à VIH. Si le reste du monde est incapable ou peu enclin à porter attention à cette région et à donner de l'aide pour s'attaquer à ce désastre imminent, les conséquences seront horribles.

Cette mise en garde peut avoir un air familier. Des activistes ont sonné l'alerte, il y a plus de dix ans, alors qu'en Afrique l'épidémie du sida commençait à dévaster de vastes pans du continent. Pour diverses raisons, les gouvernements, les organisations internationales et les sociétés pharmaceutiques ont préféré ne pas y porter attention, même après l'apparition des premiers signes de catastrophe. Avant longtemps, il est

devenu impossible de fermer les yeux – l'Afrique avait déjà enterré des millions de personnes et des dizaines de millions d'autres avaient contracté le VIH. Ce n'est pas qu'un désastre économique et social; c'est aussi une catastrophe morale. Quelque degré d'attention que les pays donateurs portent désormais à l'Afrique, on ne pourra jamais oublier que le monde a carrément failli à ses obligations morales. En considérant des stratégies pour l'Europe de l'Est et l'ex-URSS, nous avons une occasion d'appliquer les leçons si tragiquement apprises dans d'autres parties du monde.

En Europe de l'Est et dans l'ex-URSS, le VIH se propage principalement par l'injection de drogue. Le désespoir économique, les bouleversements sociaux et la facilité d'accès à l'héroïne et à d'autres opiacés ont tous contribué à une escalade du phénomène de l'injection de drogue. Déjà en marge de la société, les utilisateurs de drogue par injection reçoivent peu de sympathie du grand public, voire aucune. Les gens ont l'illusion que les utilisateurs de drogue sont en quelque sorte séparés et isolés, que la maladie et la mort parmi ces personnes n'ont pas d'impact sur le tissu social général.

Il arrive que des parents, en Asie centrale, regardent leur enfant mourir de surdose, trop apeurés d'être harcelés par la police s'ils l'amenaient à l'hôpital. Cette peur et ce silence – que les autorités ont échoué jusqu'à présent à enrayer – contribuent à la propagation du VIH et mettent en relief le lien intime entre les politiques sur la drogue et les politiques sur le VIH/sida.

### **Des réflexes**

Dans les pays aux prises avec une augmentation rapide des taux

d'injection de drogue, la réaction est souvent conditionnée par le réflexe de se montrer plus sévère à l'égard des utilisateurs de drogue. Enfermer ces personnes en prison n'est pas une solution : cela ne fait qu'aggraver les choses en poussant les utilisateurs dans la clandestinité et en diminuant la possibilité qu'ils aient recours aux quelques rares services qui leur sont offerts.

Les États-Unis d'Amérique, avec leur guerre ratée contre la drogue, sont un exemple frappant de la futilité de se concentrer sur l'incarcération en tant que soi-disant stratégie. L'application agressive de lois de tolérance zéro n'a pas réduit les taux de dépendance à la drogue; elle a plutôt fait des É.-U. le champion mondial de l'incarcération. Plutôt que d'octroyer des ressources à la réduction des méfaits et au traitement de la toxicomanie, les responsables des politiques américaines dépensent des milliards de dollars à construire de nouvelles prisons.

En privilégiant l'emprisonnement au détriment du traitement, les autorités de l'Europe de l'Est et de l'ex-URSS condamnent les utilisateurs de drogue à se retrouver dans des prisons déjà bondées, où des seringues sont partagées et où les taux de VIH croissent encore plus rapidement que dans le reste de la population. En Russie seulement, plus de 33 000 détenus ont déjà reçu un résultat positif au test du VIH. Un grand pourcentage de ces détenus est déjà atteint de tuberculose (TB) ou le deviendra; la TB a elle-même atteint des proportions d'épidémie, dans l'ex-URSS. Elle est d'ailleurs devenue la principale cause de décès des personnes séropositives au VIH, dans cette région. Dans le système carcéral, plus de 30% des personnes atteintes de TB ont une souche multirésistante

**Dans le système carcéral, où les taux de VIH et de TB sont élevés, l'incarcération (souvent pour une infraction mineure) devient souvent une peine de mort.**

aux médicaments. Une peine d'incarcération, souvent pour une infraction mineure, devient dans plusieurs cas une peine de mort.

Pour mettre un frein à la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection, il faut penser autrement. Les gouvernements nationaux et locaux doivent mettre en œuvre des politiques de santé souples et réellement axées sur le but d'aider les utilisateurs de drogue par injection, au lieu de les punir. Fait encore plus important, nous devons nous pencher sur nos préjugés en tant que nations, nos stéréotypes en tant que professionnels et nos jugements personnels, qui privent des personnes de l'aide immédiate dont elles ont besoin.

### **Faire fonctionner la réduction des méfaits**

Nous savons ce qui porte fruit. À l'Open Society Institute, nous croyons fermement que le concept de la réduction des méfaits est l'approche la plus humaine et la plus réaliste pour endiguer la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue. La réduction des méfaits implique d'aller à la rencontre des utilisateurs de drogue, en abordant de front la situation où ils se trouvent pour leur donner accès, sans préjugés, à des moyens qui les aideront à réduire leur risque de contracter [et de trans-

mettre] le VIH et d'autres maladies graves.

L'échange de seringues est un élément primordial de la majorité des programmes de réduction des méfaits. Des centaines d'études, aux quatre coins du monde, ont démontré que l'accès des utilisateurs de drogue par injection à des seringues et aiguilles stériles réduit grandement le partage de tels instruments, ce qui évite de nouveaux cas d'infection à VIH. L'Organisation mondiale de la santé, l'American Medical Association, l'ONUSIDA et plusieurs autres intervenants de premier ordre considèrent que la fourniture de matériel d'injection stérile est une méthode efficace et nécessaire à la prévention de la transmission du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection.

Les programmes de traitement qui offrent de la méthadone et d'autres thérapies de substitution sont une autre composante vitale des initiatives de réduction des méfaits. Malheureusement, des politiques rigides et répressives, dans plusieurs pays, font que ces programmes de traitement sont rares. Cette situation va à l'encontre des principes de l'éthique.

Néanmoins, la réduction des méfaits n'est pas un concept inconnu, en Europe de l'Est et dans l'ex-URSS. Dans presque tous les pays de la région, de petits ONG ont ouvert de modestes locaux où ils font l'échange de seringues, avec ou sans l'aval ou le soutien des gouvernements. Des gens dévoués osent depuis déjà un bon moment aller au delà des idées reçues, pour traiter les utilisateurs de drogue par injection comme des êtres humains à part entière qui méritent des soins, de l'éducation et de l'aide autant que quiconque. En Pologne, peu après le début de l'épidémie, un médecin a parlé ouvertement de la nécessité d'amorcer des

programmes d'entretien à la méthadone, comme approche de première ligne contre l'épidémie liée à l'injec-

**Des médecins et des infirmières se dévêtent de leurs blouses blanches pour se faire intervenants de milieu.**

tion de drogue. La plupart des responsables de la santé publique, dans mon pays, acceptent maintenant ces programmes et en reconnaissent la nécessité.

En Bulgarie, un petit groupe de bénévoles parcourt en vieil autobus des régions isolées, à la rencontre de communautés tsiganes, pour offrir des seringues stériles à leurs utilisateurs de drogue par injection, qui sont l'objet d'une discrimination et d'une stigmatisation que peu d'entre nous sauraient imaginer. Dans des villes de l'Ukraine, des ex-utilisateurs de drogue risquent l'arrestation, en allant directement dans des piqueries pour distribuer de l'information et y offrir du soutien aux jeunes sans-abri qui sont désespérés et affamés. À St-Petersbourg, les aïeules ont la possibilité de faire mesurer leur pression artérielle dans une clinique ambulante, où les utilisateurs de drogue par injection peuvent aussi échanger leurs seringues. Certains maires et responsables de la santé publique, à travers la région, font tout en leur possible pour fournir des espaces gratuits afin d'ouvrir des refuges; des médecins et des infirmières se dévêtent de leurs blouses blanches pour se faire intervenants de milieu.

Ces efforts locaux sont la pierre d'angle sur laquelle devrait miser une approche plus complète de

réduction des méfaits. Mais les initiatives existantes disposent de peu de ressources et elles risquent de ployer sous la demande, si la clientèle continue de s'accroître comme elle le fait.

Du point de vue de l'intervention, l'échange de seringues est facile à réaliser – plus simple, certainement, que plusieurs autres programmes préventifs. Plusieurs années d'expérience dans l'intervention pour modifier le comportement, en matière de santé sexuelle, nous ont montré qu'il existe une longue liste de raisons pour lesquelles des personnes peuvent être réticentes à utiliser le condom – par exemple, « Ce n'est pas nécessaire, avec ma femme », « Mon mari va penser que je baise à gauche et à droite », « Le condom diminue la sensation », « Ma religion me l'interdit », ou « S'arrêter pour mettre un condom brise l'atmosphère ». Des utilisateurs de drogue pourraient énumérer des raisons bien différentes qui les empêchent d'utiliser des seringues stériles, mais ces raisons auraient bien peu à faire avec le choix individuel; ce pourrait être, par exemple : « Il n'y a pas de seringues neuves disponibles », « J'ai peur de me faire arrêter par l'agent de police qui se tient près de la porte de la pharmacie » ou « Si je vais dans un échange de seringues, il est possible qu'on m'enlève mes enfants ».

Lorsque je visite des programmes que nous soutenons, dans la région, je suis toujours étonnée de voir que des gens sont prêts et motivés à traverser la ville, quelques fois par semaine, par une température de 20 degrés sous zéro, pour se procurer des seringues stériles, boire une tasse de thé chaud et consulter au besoin un infirmier qui pourra examiner un abcès sans leur faire de sermon. Si un programme de réduction des méfaits est bien conçu et s'il est convi-

vial pour sa clientèle, bien situé, dévoué, il peut joindre un grand nombre d'individus. Bien des personnes n'ont aucune réticence à utiliser des seringues stériles – et si chaque utilisateur de drogue par injection recevait des aiguilles et seringues neuves, la très grande majorité d'entre eux les utiliserait.

### Les autres mesures

La réduction des méfaits fait une différence énorme et elle sauve d'innombrables vies. Mais nous devons aller plus loin encore. Nous devons faire en sorte que les personnes se sentent en sécurité et respectées, afin qu'elles soient disposées à subir un test du VIH et à savoir si elles sont séropositives. Nous devons arriver à faire comprendre aux gens qu'ils ont avantage à passer le test. Tout le système de test du VIH dans la région, qui est encore basé sur le modèle soviétique, doit être remanié.

Nous devons changer la pensée des gens au sujet des personnes vivant avec le VIH/sida. C'est un défi beaucoup plus grand qu'il ne devrait l'être, vu la stigmatisation répandue et la honte. Par exemple, en URSS à l'époque, les médecins étaient tenus par la loi de signaler à la police les noms des patients utilisateurs de narcotiques. Ce n'est plus nécessairement le cas sur le plan légal, dans les pays de l'ex-URSS, mais puisque nous sommes des êtres qui prennent des habitudes, ce genre de dialogue entre les médecins et la police se poursuit.

Nous devons faire en sorte que les personnes vivant avec le VIH/sida sachent qu'elles font partie de l'effort de prévention du VIH – pour qu'elles deviennent des partenaires actifs à veiller à ce que les autres personnes ne contractent pas le VIH. De plus, nous devons voir à ce que les

personnes vivant avec le VIH/sida aient accès à des services sociaux et médicaux. Il ne serait pas raisonnable de s'attendre à ce que les personnes vivant avec le VIH/sida en ex-URSS aient facilement accès à court terme à des traitements antirétroviraux sophistiqués. Mais on peut faire bien des choses dès maintenant, comme fournir des traitements contre la TB et des prophylaxies contre les maladies opportunistes.

Malheureusement, pour nos utilisateurs de drogue séropositifs, peu d'options de traitements anti-VIH sont accessibles, voire aucune. Lorsqu'ils s'adressent à des médecins pour obtenir de l'aide, la porte leur est souvent fermée au visage. Une enquête effectuée par le Central and Eastern European Harm Reduction Network a révélé que les utilisateurs de drogue sont souvent placés au bas de la liste des personnes en attente d'antirétroviraux (ARV), qu'on exige qu'ils cessent de prendre de la méthadone pour pouvoir avoir accès à des ARV, ou qu'on leur refuse d'emblée tout accès à des ARV.

Des préjugés et des stéréotypes aberrants ont été invoqués pour justifier ce refus de fournir des traitements anti-VIH à d'autres groupes. On nous a raconté que les hommes gais sont des êtres autodestructeurs qui ne se soucient pas de leur santé. On nous a dit que les Africains ne savent pas lire l'heure et qu'ils sont donc incapables de respecter un régime de traitement. À présent on nous raconte que les utilisateurs de drogue, de nature, sont des personnes incapables de fidélité au traitement et que ça ne vaut pas la peine de les soigner.

Les fournisseurs de services en matière de VIH/sida et les responsables des politiques publiques doivent aban-

donner ce mépris à l'égard des utilisateurs de drogue. Ils doivent cesser de les traiter comme des personnes incapables de prendre des décisions éclairées au sujet de leur santé. Invoquer l'argument de la non-fidélité au traitement, comme prétexte pour ne pas fournir de traitement, est injuste et ne mène à rien, car on ferme alors les yeux sur le vrai problème. S'il est quelque chose que les utilisateurs de drogue savent faire, c'est bien prendre des drogues.<sup>(\*)</sup> De plus, si les soignants n'offrent pas les traitements d'une manière qui tient compte des réalités de la vie des utilisateurs de drogue, on peut difficilement s'étonner d'une incapacité à respecter le régime. Notre travail dans la région nous a montré que, si on leur apporte un soutien adéquat, les utilisateurs de drogue sont autant capables d'être fidèles à un traitement que toute autre personne qui vit avec le VIH.

La violence policière, le refus de services publics, l'emprisonnement qui détruit la santé et qui brise le moral, les soi-disant « traitements anti-drogue » qui humilient les clients et leur famille – voilà autant d'exemples de violations de droits de la personne que rencontrent les utilisateurs de drogue. Ces abus, en plus de créer une société répressive, catalysent l'épidémie du VIH.

Le problème n'est pas que l'on manque de ressources et de savoir-faire. Les Russes sont montés en orbite autour de la lune et ils ont fabriqué des milliers d'ogives nucléaires. S'ils ont su accomplir ces deux tâches onéreuses et complexes, il n'y a pas de raison qu'ils ne soient pas capables de produire les médicaments ARV génériques qui sont maintenant nécessaires. Est-ce que 200 000 cas d'infection à VIH en trois ans ne suffisent pas à

stimuler le développement d'un plan national agressif pour fournir des traitements?

**Avec un soutien adéquat, les utilisateurs de drogue sont autant capables d'être fidèles à un traitement que toute autre personne qui vit avec le VIH.**

Mon père a été condamné à la prison à vie, pour activité politique, alors qu'il avait 18 ans. Il a passé 12 années en prison et il est décédé avant que la Pologne redevienne un pays vraiment indépendant, à la fin des années 1980. Des centaines d'hommes comme mon père et de femmes ont sacrifié leur vie à s'opposer au communisme. Ils n'ont pas affronté ces épreuves pour regarder à présent leurs enfants, ou leurs petits-enfants, ou les enfants de leurs voisins, être mis en prison pour usage de drogue, ni pour les voir mourir d'une surdose ou du sida.

Les politiques répressives contre la drogue alimentent l'épidémie du VIH. L'échange de seringues et les thérapies de substitution sauvent des vies. Les utilisateurs de drogue ont à cœur leur santé et nous devons leur offrir des traitements anti-VIH.

– Kasia Malinowska-Sempruch

Mme Malinowska-Sempruch est directrice du Programme international de réduction des méfaits, à l'Open Society Institute. Elle travaille à New York et l'on peut communiquer avec elle à [kmalinowska@sorosny.org](mailto:kmalinowska@sorosny.org).

(\*) NdT : l'auteure utilise ici en anglais le mot « drugs », qui englobe la notion de médicament et celle de drogue au sens utilisé dans le reste de son texte.

# Recourir au droit pour améliorer l'accès aux traitements

La XIII<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, en 2000 (à Durban, Afrique du Sud), a attiré une attention planétaire sur le problème d'accès aux traitements dans les pays en développement. Entre-temps, grâce au travail d'activistes – manifestations, interventions judiciaires, actes publics de courage de la part de personnes vivant avec le VIH/sida, lobbying incessant de politiciens et de négociateurs en commerce international –, des changements très importants sont survenus. Mais dans les faits, la vaste majorité des personnes vivant avec le VIH/sida n'a toujours pas accès à des médicaments de qualité à prix abordable. Le présent article, sommaire d'un document présenté lors de la rencontre *Les derniers seront les premiers* tenue à Barcelone,<sup>1</sup> examine trois approches pour améliorer cet accès. Dans la première partie de l'article, Richard Elliott présente un aperçu de la situation du droit à la santé, qui est énoncé en droit international sur les droits de la personne; il commente l'expérience observée jusqu'ici dans les demandes en justice fondées sur le droit à la santé; et il identifie des stratégies possibles que les activistes pourraient adopter pour en faire progresser la reconnaissance. Dans la deuxième partie, Sharam Parmar et Vivek Divan décrivent les mécanismes de contrôle des prix et de financement des médicaments auxquels ont recours des pays industrialisés afin de rendre les médicaments plus abordables; et ils discutent de possibilités d'adapter ces mécanismes à l'usage que pourraient en faire des pays en développement. Puis Jonathan Berger décrit le recours aux tribunaux par la Treatment Action Campaign de l'Afrique du Sud.

## Partie I : Le droit humain à la santé

Les normes des droits de la personne, affirmées en droit international et domestique, ont une valeur symbolique importante – en tant que préceptes que les gouvernements ont reconnus, qui leur donnent un certain poids dans les efforts pour influencer les politiques publiques, et en tant que revendications morales susceptibles d'inspirer les individus et les communautés. Ils ont aussi une valeur légale plus tangible – s'ils sont appuyés par une volonté politique adéquate, par l'opinion publique et par la détermination du système judiciaire, ils peuvent être légalement appliqués et engendrer de réels bénéfices pour la population.

### Le droit à la santé en droit international

La communauté internationale, depuis l'adoption de la *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, en 1945,<sup>2</sup> reconnaît que « le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». Le droit à la santé est enchâssé d'une manière ou d'une autre dans

plusieurs déclarations et traités internationaux. Par exemple :

- la *Charte des Nations Unies*<sup>3</sup> oblige par traité tous les États membres de l'ONU à « agir, tant conjointement que séparément » en vue notamment de parvenir à un « relèvement des niveaux de vie ... et des conditions de progrès et de développement dans l'ordre économique et social », à

la « solution des problèmes internationaux dans ... la santé » et au « respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous »;<sup>4</sup>

- la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (DUDH) affirme que « [t]oute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires »<sup>5</sup> et le « droit de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent »;<sup>6</sup>
- le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIDÉSC) reconnaît

« le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre »;<sup>7</sup> et

- le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (PIRDPC) reconnaît le droit à la vie et le droit à la sécurité de la personne.<sup>8</sup>

D'autres conventions du système de l'ONU décrivent avec plus de détail le droit à la santé, pour des populations particulières. Divers instruments régionaux des droits humains reconnaissent aussi le droit à la santé.

Cependant, afin de pouvoir appliquer ce droit, il faut d'abord en déterminer le contenu. La description la plus détaillée de la teneur du droit à la santé, en droit international, se trouve dans l'*Observation générale 14* du Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU. Le Comité a affirmé que le droit à la santé doit être considéré comme le droit de bénéficier des équipements, biens, services et conditions qui sont nécessaires à l'atteinte de la plus haute norme atteignable en matière de santé. Le Comité identifie quatre éléments interconnectés et essentiels au droit à la santé : disponibilité, accessibilité (ce qui inclut des prix abordables), acceptabilité et qualité.<sup>9</sup>

Le Comité fait remarquer qu'à l'instar de tous les droits humains, le droit à la santé impose aux États des obligations de *respect*, de *protection* et de *réalisation*. L'obligation de *respect* nécessite que les États s'abstiennent de faire entrave directement ou indirectement à l'exercice du droit à la santé. L'obligation de *protection* nécessite que les États adoptent des mesures pour empêcher des tierces parties d'entraver le droit à la santé; et qu'ils adoptent des lois ou prennent d'autres mesures pour assurer l'accès égal aux services de santé. Le

**Le droit à la santé impose aux États des obligations de respect, de protection et de réalisation.**

droit de *réalisation* nécessite que les États adoptent des mesures législatives, administratives, budgétaires, judiciaires, promotionnelles, et autres mesures adéquates pour parvenir au plein exercice du droit à la santé. Ceci inclut l'adoption de politiques nationales en matière de santé accompagnées d'un plan détaillé pour la réalisation du droit à la santé; des mesures positives pour habiliter les individus et les communautés au plein exercice de ce droit; ainsi que des actions pour créer, maintenir et rétablir la santé de la population.<sup>10</sup>

Récemment, de nouveaux développements se sont produits en ce qui a trait à l'accès aux médicaments en tant que facette du droit à la santé. En 1998, les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne ont été adoptées par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA).<sup>11</sup> La directive 6 affirme : « Les États devraient promulguer des lois régissant la fourniture des biens et services et des informations liés au VIH de façon à assurer un large accès à des mesures et services préventifs de qualité, à des informations adéquates sur la prévention et le traitement et à des médicaments sûrs et efficaces d'un prix raisonnable ». En 2002, cette directive a été mise à jour pour tenir compte des récents développements du droit international et des politiques internationales, en matière d'accès aux traitements.<sup>12</sup>

La Commission des droits de l'homme des Nations Unies a adopté, lors de sessions consécutives, deux résolutions où il est affirmé que « l'accès aux médicaments, dans le contexte de pandémies telles que celle de VIH/sida, est un des éléments essentiels pour la réalisation progressive du droit de chacun de jouir pleinement du droit au meilleur état de santé physique et mentale qu'il est capable d'atteindre ».<sup>13</sup> Les résolutions invitent les États à « mettre en œuvre des mesures ... qui contribueraient ... [à] offrir à tous ... la possibilité d'avoir accès sans discrimination à ces produits pharmaceutiques et techniques médicales, à un prix abordable pour tous » et à « faire en sorte que ... l'application des accords internationaux favorise des politiques de santé publique de nature à contribuer à assurer un large

**L'accès aux médicaments, dans le contexte de pandémies telles que celle du VIH/sida, est un élément essentiel de la réalisation progressive du droit à la santé.**

accès à des produits pharmaceutiques et techniques médicales utilisés ... qui soient sûrs, efficaces et d'un prix abordable ».

En novembre 2001, la 4<sup>e</sup> Conférence ministérielle de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) a adopté la « Déclaration de Doha ».<sup>14</sup> Il est affirmé dans cette Déclaration que l'entente de l'OMC en matière de brevets, l'*Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (l'Accord

sur les ADPIC) « n'empêche pas et ne devrait pas empêcher les Membres [de l'OMC] de prendre des mesures pour protéger la santé publique »; et « 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 ».

### **Aller en justice pour le droit à la santé**

La tâche de faire progresser le droit à la santé à titre de norme ayant hypothétiquement force d'application en droit international est une voie importante, mais cela « bien sûr, ne peut aider qu'à franchir une certaine distance vers l'atteinte des objectifs de justice sociale. [...] Ce ne sera que par une intégration croissante des normes internationales dans les structures légales nationales, couplée à une intensification des efforts vers l'expansion du caractère justiciable et de l'application des normes socio-économiques au palier local, que les violations de ces droits pourront être combattues avec efficacité. »<sup>15</sup>

Le litige visant l'amélioration de l'accès aux traitements pour les personnes vivant avec le VIH/sida a généralement consisté en deux types de revendications : (1) les contestations de la discrimination dans l'accès aux soins de santé et (b) les revendications d'un droit indépendant à la santé.

La revendication fondée sur la discrimination prend souvent la forme, par exemple, d'une poursuite contre un professionnel de la santé pour son refus de traiter des personnes à cause de leur séropositivité au VIH. Le nombre de tels cas, tant dans des pays développés que dans des pays en développement, témoi-

gne à la fois de la prévalence de ce type de discrimination et du fait que les lois domestiques de la plupart des pays renferment des dispositions applicables contre cette discrimination.

**Pour que l'accès aux traitements devienne réalité pour les millions de personnes vivant avec le VIH/sida, l'activisme est nécessaire sur plusieurs fronts.**

La seconde catégorie regroupe les cas où l'on réclame un droit indépendant à la santé (ou dans d'autres domaines) qui impose une obligation positive au gouvernement de fournir des biens et services en matière de soins de santé (ou, au moins, à favoriser l'accès à de tels biens et services). Les efforts pour faire appliquer des droits liés à la santé par le biais d'actions en justice ont été relativement rares – et fréquemment entravés par la difficulté de faire appliquer des normes du droit international; par l'absence de dispositions de droit domestique susceptibles de traduire un droit reconnu en droit international pour le rendre applicable par des tribunaux domestiques; et par l'hostilité idéologique, ou l'indifférence, de gouvernements et de plusieurs juges à reconnaître un quelconque « droit » à la santé. Néanmoins, il y a eu certains efforts, faisant mentir l'hypothèse que de tels droits ne seraient pas justiciables.

Fait intéressant, les cas de litige les plus fructueux viennent d'activistes de pays en développement et la majeure partie de ces cas est très récente, dans le contexte des efforts de

recours aux tribunaux pour assurer l'accès à des médicaments pour les personnes vivant avec le VIH/sida.<sup>16</sup> Des activistes d'Amérique latine ont été particulièrement bien servis par de telles stratégies (bien que les limites budgétaires en matière de santé ainsi que le manque d'efficacité bureaucratique demeurent un problème répandu qui empêche souvent de respecter adéquatement des ordonnances de tribunaux).<sup>17</sup> On ne s'étonnera pas que ces efforts aient été plus fructueux dans les pays où le droit à la santé trouve écho dans la loi constitutionnelle domestique – l'assise la plus solide qui soit, pour une revendication juridique.

### **Stratégies pour le progrès du droit à la santé**

L'objectif que l'accès aux traitements devienne réalité pour les millions de personnes vivant avec le VIH/sida qui ne l'ont pas encore nécessairement un activisme sur plusieurs fronts. La liste suivante propose des stratégies de défense et de promotion des droits en vue d'améliorer l'accès aux traitements en faisant progresser la reconnaissance du droit à la santé en droit international et domestique. Les éléments sont énumérés afin de susciter des discussions.

#### **Intervention générale auprès du système de l'ONU**

- Contribution aux travaux du Rapporteur spécial sur le droit à la santé, nouvellement nommé, ainsi qu'auprès d'autres rapporteurs dont les mandats s'y rattachent.
- Rapports « parallèles » d'ONG aux comités d'experts chargés de l'examen des rapports nationaux soumis en vertu de divers traités sur la discrimination et les droits de la personne.
- Mémoires au Comité des droits

économiques, sociaux et culturels; contributions à son travail en cours pour la préparation d'une observation générale sur la propriété intellectuelle.

- Intervention auprès de délégations gouvernementales à la Commission des droits de l'homme de l'ONU et d'organes similaires, à l'appui de résolutions qui consolideraient la notion de droit d'accès aux médicaments, au regard du droit international.

#### **Litige au moyen de mécanismes internationaux**

- Lorsque possible et pertinent, communications aux diverses instances onusiennes pour signaler les violations du droit à la santé par des États.
- Présentation de pétitions à l'Inter-American Human Rights Commission, pour affirmer que le refus de donner accès à des médicaments contrevient aux instruments de ce système régional.

- Communications avec la Commission africaine des droits de l'Homme et des Peuples, pour signaler que l'inaction gouvernementale en rapport avec l'amélioration de l'accès aux médicaments constitue une grave violation du droit à la santé établi dans la *Charte africaine des droits de l'Homme et des Peuples*.

#### **Interventions domestiques : lobbying, plaidoyer et éducation liés aux droits humains**

- Exercer des pressions auprès des gouvernements afin qu'ils donnent suite en action aux déclarations officielles, comme la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU, et les résolutions de la Commission des droits de l'homme.
- Évaluer la législation nationale pertinente à l'accès aux traitements, sous la forme d'un « examen général des droits de la personne ».

- Développer un programme d'action pour l'accès aux traitements et s'en servir pour impliquer les gouvernements, les législateurs, le grand public et les médias.
- Organiser des ateliers, des forums d'éducation publique et des séances de perfectionnement des compétences.
- Préparer de la documentation à l'intention des médias, pour favoriser une couverture informée, en la matière.

#### **Litige au palier domestique**

- Identifier les voies de droit susceptibles de fournir aux ONG des occasions de faire progresser les arguments des droits de la personne, en faveur de l'accès aux traitements. Ces avenues pourraient être propices à d'autres activités d'intervention complémentaire et occasions de couverture médiatique.

## **Partie II : Le contrôle du prix des médicaments**

**Contrôler le prix des médicaments est un autre moyen d'accroître l'accessibilité des traitements. L'intervention gouvernementale est une facette nécessaire et fréquente du marché des médicaments dans la majorité des pays industrialisés, où plus des trois quarts des dépenses pour des médicaments sont financés par les deniers publics d'une manière ou d'une autre.<sup>18</sup> Or une majorité écrasante de pays en développement ne sont pas dotés de stratégie pour assurer des prix équitables. Il est crucial que la société civile fasse valoir la nécessité que les pays en développement adoptent des dispositions législatives pour régler les prix des médicaments.**

### **Mécanismes utilisés dans les pays industrialisés**

Pour contrôler les prix, les pays industrialisés ont recours à des mécanismes sur les plans de la demande et de l'offre. Les mécanismes axés sur la demande s'adressent aux consomma-

teurs de produits, habituellement par des programmes publics d'assurance santé qui remboursent ou subventionnent les coûts. Les mécanismes touchant l'offre portent sur les aspects de

la fourniture, tels les prix, les profits et les coûts.

Voici quelques mécanismes applicables à la demande :

- *Les formulaires*. Ce sont des listes des dépenses remboursables. Les critères de remboursement peuvent être établis en fonction de médicaments en particulier, de bénéficiaires spécifiques, ou des deux à la fois. Certains gouvernements négocient des baisses de prix avec les fabricants qui veulent que leurs médicaments soient inclus dans le formulaire.
- *Les tickets modérateurs* (ou « *co-paiements* »). Des programmes de

remboursements trop généreux peuvent conduire à une surconsommation ou à des abus. Pour éviter cette situation, les consommateurs peuvent avoir à payer des frais fixes, appelés « tickets modérateurs ». Cependant, cette mesure constitue de la discrimination à l'endroit des personnes moins fortunées sur le plan financier, notamment si le montant des frais imposés augmente avec le temps. En conséquence, des mesures de protection, comme des exemptions pour les personnes pauvres ou atteintes de maladies chroniques, sont souvent adoptées.

- *Le défraiement des médicaments en milieu hospitalier.* Le paiement des médicaments dans les hôpitaux est habituellement soumis à des règles différentes puisque le coût des médicaments est inclus dans les budgets hospitaliers. Vu leur taille, les hôpitaux sont généralement capables de négocier des rabais de volume avec les fabricants.

Voici des mécanismes applicables à l'offre :

- *La détermination des prix.* Ce processus inclut généralement l'évaluation de facteurs comme la valeur thérapeutique, la comparaison avec des produits existants et l'examen des prix dans d'autres pays, pour convenir de prix « raisonnables ». Cette démarche implique des méthodes relativement sophistiquées.
- *L'ajustement référentiel des prix.* Cette méthode implique de fonder le prix d'un médicament sur sa réelle contribution chimique et sur les modifications à sa qualité (ou efficacité). Cela nécessite aussi des méthodes d'évaluation complexes.

## Implications et options pour les pays en développement

Les options de réglementation utilisées par les pays industrialisés sont le résultat d'équilibres complexes entre les priorités domestiques en matière de soins de santé et les intérêts de l'industrie. Cependant, afin d'assurer l'équité en telle situation, « les décideurs publics, privés et sans but lucratif » doivent « s'entendre sur les manières de segmenter le marché mondial de manière à ce que des produits technologiques d'importance

Les options de réglementation utilisées par les pays industrialisés résultent d'équilibres complexes entre les priorités domestiques des soins de santé et les intérêts de l'industrie.

puissent être vendus à bas prix dans les pays en développement sans pour autant détruire les marchés – et les incitatifs de l'industrie – dans les pays industrialisés ».<sup>19</sup>

Par conséquent, les initiatives en cours pour la mise en œuvre de politiques équitables de détermination des prix dans les pays en développement ne devraient pas inclure l'adoption intégrale de modèles législatifs de pays industrialisés. Néanmoins, les cadres législatifs adoptés par les pays en développement, pour la détermination des prix, seront *aussi* le résultat d'un exercice d'équilibre pour concilier des intérêts rivaux. Des pressions existantes, internes et externes, influenceront le point précis

où sera établi cet équilibre. Ces pressions incluent :

- l'attente que les pays contribueront selon leur capacité de payer, afin d'encourager l'innovation en matière de médicaments;
- des mises en garde émanant de l'industrie, d'après lesquelles on risquerait de ne pas voir d'initiatives pour découvrir des médicaments novateurs contre des maladies distinctes du « Sud », si les politiques de détermination des prix dans les pays en développement n'assurent pas de bons profits aux fabricants; et
- des pressions domestiques (dans certains pays) pour favoriser une industrie pharmaceutique de marque qui soit compétitive au palier international.

Dans plusieurs pays en développement, les mécanismes applicables à la demande ne sont pas susceptibles d'être efficaces, vu les minces ressources financières. Par conséquent, des mécanismes applicables à l'offre (i.e. certaines formes de contrôle des prix) sont aussi nécessaires.<sup>20</sup> Le recours à un ensemble de stratégies parmi les suivantes devrait être envisagé :

- *Détermination différentielle des prix.* Cette méthode implique que les fabricants conviennent de prix différents, dans divers pays, en fonction des conditions de marché local (une pratique commune dans les pays industrialisés). Récemment, plusieurs pays pauvres ont eu l'expérience d'une forme de détermination différentielle de prix, avec les réductions volontaires de prix accordées par des fabricants de médicaments. Certaines de ces réductions, généralement issues de négociations de prix, sont fructueuses, alors que

d'autres sont plus onéreuses parce qu'elles s'accompagnent de sévères conditions à long terme qui renforcent la protection des brevets.

- *Menace de licences obligatoires.* Le Brésil a eu du succès dans ses négociations de baisses de prix en menaçant d'accorder des licences obligatoires pour des produits pharmaceutiques, une mesure permise en vertu des lois brésiliennes dans les cas de « prix abusifs », d'urgence nationale ou d'échec à exploiter un brevet (i.e. produire le produit désigné) au Brésil dans les trois années suivant la délivrance du brevet.
- *Achat en gros.* Un système mondial d'approvisionnement pour les pays en développement pourrait

bénéficier d'économies de volume.

- *Concurrence de l'industrie générique.* La fabrication générique peut engendrer à long terme d'importantes diminutions des prix des médicaments. Par exemple, les gouvernements du Brésil et de la Thaïlande, dotées de la capacité industrielle nécessaire, ont amorcé la production locale de certains antirétroviraux contre le VIH. Dans les pays où la production locale est impossible, des efforts régionaux peuvent favoriser l'importation parallèle de médicaments moins dispendieux.
- *Contrôle domestique des prix.* Le contrôle des prix est un aspect nécessaire de toute politique sur l'accessibilité des traitements.

## Conclusion

La plupart des pays industrialisés ont recours à des stratégies complètes de détermination des prix et de financement des médicaments, par nécessité pour l'intérêt public. Les iniquités dans l'accessibilité des médicaments entre les pays industrialisés et les pays en développement sont un problème mondial auquel on peut s'attaquer en faisant valoir la nécessité, pour les pays en développement, de systèmes de prix équitables et adaptés aux conditions sociales et économiques locales. Vu la complexité de ces problématiques, une coopération régionale est nécessaire pour assurer le partage d'expertise et d'expériences techniques ainsi que pour donner un certain élan à des initiatives d'accès aux traitements, par delà les frontières.

## Partie III : Le rôle du recours aux tribunaux

**La Treatment Action Campaign (TAC) de l'Afrique du Sud travaille à assurer que des traitements complets – y compris des médicaments antirétroviraux – soient fournis aux personnes vivant avec le VIH/sida, qu'elles aient une assurance médicale privée ou qu'elles fassent partie de la majorité des Sud-africains qui doivent compter sur le secteur public pour recevoir des soins de santé.**

L'un des instruments qu'utilise la TAC pour atteindre ce but est l'action en justice. L'Afrique du Sud a une longue tradition de jurisprudence en matière d'intérêt public, qui existait déjà à l'ère de l'apartheid. Bien qu'à l'époque de l'apartheid la caractéristique de tels recours aux tribunaux était la tentative de contrôler l'exercice des pouvoirs publics pour contrer les violations des droits humains, le recours au droit par la TAC pour obtenir l'accès aux traitements consiste à stimuler – plutôt qu'à empêcher – l'action de l'État. Tout en reconnaissant que la contestation judiciaire dans l'intérêt

public peut constituer un important moteur de changement, la TAC considère aussi que le recours aux tribunaux devrait être limité et stratégique, que l'avocat joue un rôle important (mais limité) au sein d'un mouvement social plus vaste, et qu'une compréhension approfondie du contexte politique et économique est nécessaire pour éclairer la manière dont il convient d'avoir recours au droit pour l'avancement des buts du mouvement.

Par conséquent, l'approche de la TAC en la matière a plusieurs facettes. Bien que la TAC vise la victoire légale dans tous les cas où elle entreprend

Le litige met les problèmes à l'ordre du jour, non seulement devant un juge mais aussi devant le tribunal de l'opinion publique.

une cause en justice, l'organisme est très conscient du rôle que joue le processus judiciaire au delà des ordonnances et des jugements des cours. Le litige met les problèmes à l'ordre du jour, non seulement devant un juge mais aussi devant le tribunal qu'est l'opinion publique. Dans l'affaire aujourd'hui bien connue impliquant la Pharmaceutical Manufacturers Association,<sup>21</sup> l'un des buts premiers de la TAC était de « transformer un aride débat légal en une question de vies humaines ». <sup>22</sup> De plus, en campant des demandes politiques et morales dans des termes de droits juridiques et

d'obligations constitutionnelles, la TAC tente de mettre le droit à profit sans devoir tenter des litiges.

### Priorités d'intervention

La TAC s'est récemment concentrée sur trois domaines de litige : la conclusion de l'affaire relative à la prévention de la transmission périnatale du VIH (*PTP*); une plainte à la Commission de la concurrence, concernant le prix excessif de médicaments antirétroviraux de marque, de même que les refus d'octroyer des licences obligatoires; et une contestation constitutionnelle à l'encontre de la couverture limitée offerte aux personnes vivant avec le VIH/sida par la plus grande compagnie d'assurance santé au pays. Ensemble, ces affaires ciblent trois antagonistes à l'accès aux traitements : le gouvernement sud-africain, l'industrie pharmaceutique de marque et l'industrie de l'assurance santé.

L'affaire de la *PTP*. En décembre 2001, la TAC a eu gain de cause dans sa demande d'ordonnance de la cour pour obliger le gouvernement sud-africain à (a) fournir le médicament antirétroviral névirapine aux femmes enceintes séropositives, là où les établissements publics de santé ont la capacité de le faire et (b) planifier et réaliser une expansion par étape d'un programme national complet pour la prévention de la transmission périnatale du VIH. Le verdict a été porté en appel par le gouvernement mais a été maintenu par la plus haute cour du pays. Ces décisions, et les pressions publiques mobilisées par la TAC et d'autres intervenants, ont catalysé un mouvement au sein des divers gouvernements des provinces et même du gouvernement national. La principale question en cause était de voir dans quelle mesure un tribunal peut se prononcer à l'encontre de déci-

sions étatiques en matière de politiques. Le dénouement aura un effet de vague considérable sur les efforts domestiques et internationaux visant l'application légale du droit à la santé et d'autres droits économiques et sociaux par le biais d'actions en justice.

L'affaire impliquant la *Commission de la concurrence*. La TAC prépare une intervention, dans un grief qui est déjà devant la Commission sud-africaine de la concurrence et dans lequel une compagnie de médicaments génériques soutient que certaines sociétés pharmaceutiques de marque ont abusé de leur domination du marché en établissant des prix excessifs pour leurs produits et en contractant des ententes ou licences d'exclusion. L'objectif de la TAC est d'assurer que la loi sud-africaine en matière de concurrence soit utilisée pour l'attribution de licences obligatoires afin de favoriser l'arrivée d'antirétroviraux sur le marché et de faire baisser les prix des médicaments. Comme dans les autres cas, la TAC coordonnera une campagne publique afin de compléter la démarche judiciaire.

*Assurance*. La TAC envisage d'intenter une action en justice pour contester l'imposition de limites aux prestations offertes aux personnes vivant avec le VIH/sida, par l'un des plus grands assureurs privés de soins de santé en Afrique du Sud. Elle mettra probablement l'accent sur des cas où le traitement a été interrompu pendant l'hospitalisation parce que les limites imposées par l'assureur contraignent la personne à choisir entre devoir payer elle-même le coût élevé de l'hospitalisation ou accepter d'être transférée dans un hôpital public.

— Richard Elliott, Sharan Parmar,  
Vivek Divan et Jonathan Berger

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut communiquer avec lui à [relliott@aidslaw.ca](mailto:relliott@aidslaw.ca). Sharan Parmar est diplômée de l'Université Dalhousie, au Canada, et a été stagiaire à l'Unité VIH/sida du Lawyers Collective, en Inde. On peut la joindre à [sparmar\\_ca@yahoo.ca](mailto:sparmar_ca@yahoo.ca). Vivek Divan est coordonnateur de projet à l'Unité VIH/sida du Lawyers Collective, en Inde, et il peut être joint à [aidslaw@vsnl.com](mailto:aidslaw@vsnl.com). Jonathan Berger est chercheur en matière de droit et d'accès aux traitements à l'AIDS Law Project de l'Afrique du Sud. On peut le joindre à [bergerj@law.wits.ac.za](mailto:bergerj@law.wits.ac.za). Les documents résumés dans cet article sont disponibles en version originale anglaise sur le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida à [www.aidslaw.ca/barcelona2002/treatmentcomponent.htm](http://www.aidslaw.ca/barcelona2002/treatmentcomponent.htm).

<sup>1</sup> Voir *Global Treatment Access : Legal Developments and Strategies*, Réseau juridique canadien VIH/sida, juin 2002 (accessible à [www.aidslaw.ca/barcelona2002/treatmentcomponent.htm](http://www.aidslaw.ca/barcelona2002/treatmentcomponent.htm)).

<sup>2</sup> 14 UNTS 185. La Constitution de l'OMS a été adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19-22 juin 1945; ouverte pour signature le 22 juillet 1946, par les représentants de 61 États; entrée en vigueur le 7 avril 1948.

<sup>3</sup> *Charte des Nations Unies*, 26 juin 1945 (entrée en vigueur le 24 octobre 1945), TS 67 (1946).

<sup>4</sup> *Ibid.*, articles 55 et 56.

<sup>5</sup> DUDH, article 25(1)

<sup>6</sup> *Ibid.*, article 27(1).

<sup>7</sup> PIDÉSC, art. 12.

<sup>8</sup> PIRDCA, art. 6 et 9.

<sup>9</sup> Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies, *Observation générale 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint*, (art. 12), 4 juillet 2000. UN Doc E/C.12/2000/4, CDESC, paragr. 12 (accessible sur le site Internet du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, [www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch)).

<sup>10</sup> *Ibid.*, paragr. 33, 35, 36 et 37.

<sup>11</sup> Accessible sur le site Internet du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ([www.unaids.org](http://www.unaids.org)).

<sup>12</sup> *Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales – Directive 6 révisée : Accès à la prévention, au traitement, aux soins et à l'appui* (accessible via [www.unaids.org](http://www.unaids.org)).

<sup>13</sup> Commission des droits de l'homme de l'ONU, résolutions 2001/33 (23 avril 2001) et 2002/32 (22 avril 2002) (accessibles sur le site Internet du Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, [www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch)).

<sup>14</sup> Accessible sur le site Internet de l'Organisation mondiale du commerce ([www.wto.org](http://www.wto.org)). Pour un aperçu de l'Accord sur les ADPIC et de son lien avec la problématique

que de l'accès aux médicaments, voir R. Elliott, M.H. Bonin, *Les brevets, le droit commercial international et l'accès aux médicaments essentiels*, un feuillet d'information du Réseau juridique canadien VIH/sida et de Médecins Sans Frontières Canada, mai 2002 ([www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements/Les-brevets-le-droit-commercial-et-l'accès.pdf](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements/Les-brevets-le-droit-commercial-et-l'accès.pdf)).

<sup>15</sup> S. Leckie, « Violations of Economic, Social and Cultural Rights », *SIM Special No 20* : 83.

<sup>16</sup> Voir le document intégral (*supra*, note 1) pour des exemples particuliers de litige soumis à des cours nationales et internationales ainsi qu'à des instances régionales des droits de la personne.

<sup>17</sup> E. Carrasco, *Derechos Humanos y el Acceso a Antirretrovirales en América Latina y el Caribe*, Acción Ciudadana Contra el SIDA (ACCSI), Venezuela, janvier 2001, en dossier.

<sup>18</sup> S. Jacobzone, *Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals. Labour Market and Social Policy – Occasional Paper No. 40*, Organisation de coopération et de développement économiques, 17 avril 2000.

<sup>19</sup> PNUD, *Rapport mondial sur le développement humain 2001 – Mettre les nouvelles technologies au service du développement humain*, Programme des Nations Unies pour le développement (via [www.undp.org](http://www.undp.org)).

<sup>20</sup> La *Drug Price Control Order* de l'Inde [ordonnance sur le contrôle des prix des médicaments] est un exemple important de mécanisme axé sur l'approvisionnement adopté par un pays en développement qui échappe à la portée de l'Accord sur les ADPIC. Ce mécanisme est décrit en détail dans le document intégral (*supra*, note 1).

<sup>21</sup> *The Pharmaceutical Manufacturers' Association v. The President of the Republic of South Africa*, affaire no 4183/98, High Court of South Africa (Transvaal Provincial Division) (mars 2001), affaire non répertoriée disponible sur le site Internet de la Treatment Action Campaign ([www.tac.org.za/Documents/MedicineActCourtCase/affiavd.doc](http://www.tac.org.za/Documents/MedicineActCourtCase/affiavd.doc)).

<sup>22</sup> M. Heywood, « Debunking 'Conglomo-talk': A Case Study of the Amicus Curiae as an Instrument for Advocacy, Investigation and Mobilisation 12 », document présenté à la conférence *Health, Law and Human Rights: Exploring the Connections – An International Cross-Disciplinary Conference Honoring Jonathan M. Mann*, Philadelphie, 29 sept. - 1 oct. 2001, (accessible via [www.alp.org.za](http://www.alp.org.za)).

## L'introduction d'ARV en milieu pauvre en ressources : défis et conséquences

**Dans la plupart des pays industrialisés, la mortalité due au sida a chuté brusquement, peu après l'avènement de traitements antirétroviraux. Or la majorité des personnes vivant avec le VIH/sida n'ont pas accès à des soins modernes, pour le VIH, et certains experts ont avancé que l'introduction de telles thérapies ne fait pas partie des principales priorités. Dans le présent article tiré de son exposé en plénière lors de la XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, Paul Farmer présente l'expérience d'un projet intégré de prévention et de soins pour le VIH dans une région rurale d'Haïti. Il examine les défis que doivent relever les programmes nationaux en matière de sida ainsi que d'autres instances, dans les pays « les moins développés », devant l'apparition d'un nombre croissant de ressources pour la prévention du VIH et les soins aux personnes touchées.**

### Introduction

Les débats entourant le sida sont aussi vieux que l'épidémie proprement dite. La XI<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, à Vancouver (en 1996), avait pour thème « Un monde, un espoir », mais des délégués de nations africaines y avaient prédit que les nouvelles multithérapies antirétrovirales ne seraient pas mises à la disposition des personnes pauvres, en Afrique et à d'autres endroits aux prises avec de lourds fardeaux de VIH et de pauvreté. Ces sceptiques à l'égard de notre engagement à l'équité dans la santé mondiale avaient bien raison, tel qu'on le constate aujourd'hui. À chaque année, depuis 1996, nous aurions dû voir publier des dizaines de rapports sur les meilleures manières de fournir des antirétroviraux (ARV) produits dans le cadre d'efforts de prévention et de soins pour le VIH appuyés par des pays donateurs dans des pays où l'on trouve les communautés les plus pauvres qui sont aux prises avec le VIH et le sida.

Au lieu de cela nous avons été témoins, pendant ces années, d'un

débat où le traitement du VIH et la prévention du VIH sont présentés comme des interventions distinctes, voire rivales. On nous a présenté des études sur l'impact variable d'efforts de prévention bien isolés des soins pour le VIH. On nous a présenté bon nombre de documents posant cette question (et y répondant avec confiance) : « Traiter le sida dans des pays pauvres est-il rentable? ». Et ces exercices de calcul de ratios coût-efficacité (qui se concluent habituellement par l'affirmation que non, il ne serait pas rentable de traiter la maladie à VIH en situation d'extrême pauvreté) se fondent sur des données éparses qui nous viennent du continent le plus durement touché; il y a trois raisons à cela. Premièrement, les coûts de traitements et d'autres « apports » sont des cibles en mouvance rapide. Deuxièmement, l'impact qu'une thérapie efficace peut entraîner en termes de non-transmission – ou pour les efforts de prévention –, en contexte de pauvreté, est mal compris. Troisièmement, on n'a pas fait de

recherche pertinente sur le fonctionnement, puisque les projets que l'on devrait étudier n'existent pas; pour étudier le fonctionnement de quelque chose, cette chose doit d'abord être réalité. « L'Afrique ne peut pas se permettre d'attendre deux décennies, avant de s'attaquer au sida », note Ariel Pablos-Mendes. « Pourtant, la recherche nécessaire a été maigre et s'est limitée à des observations sur la faisabilité de fournir la HAART [« Highly Active Antiretroviral Therapy », Thérapie antirétrovirale fortement active] et à entretenir un excès de confiance clinique accompagné d'une paralysie sur le plan éthique. »<sup>1</sup>

Cette « paralysie éthique » n'a toutefois pas empêché la réalisation de projets de recherche transnationaux utilisant des tests diagnostiques du monde industrialisé (la charge virale, par exemple) et des thérapies du tiers monde. Bien sûr, on a ensuite assisté à un débat hargneux sur la nature éthique de ces projets.<sup>2</sup> Quant aux efforts de traitement, quelques comptes-rendus de première main nous viennent de l'Afrique – mais ce ne sont pas réellement des projets de traitement appuyés par des donateurs; ils sont plutôt *appuyés par des patients*. Dans les villes importantes de Kampala jusqu'à Cape Town, des ARV sont facilement accessibles sur le marché, comme ils le sont dans chaque ville latino-américaine examinée par la Pan American Health Organization.<sup>3</sup> La plupart de ces comptes-rendus donnent des frissons : ils décrivent (lorsqu'ils sont fidèles à la réalité) l'histoire (a) de patients qui doivent prouver leur capacité de payer leurs ARV, avant d'adhérer à une thérapie; et (b) de familles affectées par le VIH, dans lesquelles une seule personne est choisie pour recevoir un traitement,

tandis que ses proches sont laissées pour compte.

Quelle excuse avons-nous pour justifier l'absence de programmes de traitement dans les pays les plus pauvres et les plus affectés par le VIH, après une décennie d'expérience avec des ARV? Nous pouvons blâmer les prix élevés des médicaments, ou pointer du doigt les infrastructures de santé qui sont manifestement désuètes dans ce contexte. Mais en toute honnêteté, nous devons reconnaître que notre propre ambivalence à l'égard des traitements anti-VIH pour les plus pauvres fait obstacle à des efforts exhaustifs, autant que tout

Après une décennie d'expérience avec des ARV, comment justifier l'absence de programmes de traitement dans les pays les plus pauvres et les plus affectés par le VIH?

autre facteur. L'on peut présumer que les bailleurs de fonds conservateurs, qui cherchent un consensus et des « valeurs sûres », sont moins susceptibles de financer de tels projets si ces derniers sont contestés au sein même de la communauté chargée de promouvoir la santé des pauvres dans le monde.

### Obstacles à la fourniture de traitement

Pourquoi cette ambivalence, parmi la communauté de santé publique et les organismes humanitaires? L'impact de la HAART aux États-Unis, en Europe, en Australie et au Brésil est frappant – elle a réduit les taux de

mortalité, et même les dépenses – parfois de façon notable.<sup>4</sup> Devant de solides preuves démontrant l'efficacité des ARV, et peu de données cohérentes témoignant de leur impact néfaste sur la prévention dans un contexte de pauvreté, pourquoi sommes-nous si réticents à promouvoir l'accès à ces médicaments pour les patients du sida les moins fortunés?

Premièrement, l'opinion de la communauté internationale de santé publique est profondément divisée quant au traitement des personnes déjà atteintes du sida. Richard Feachem, récemment nommé directeur du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, décrit ainsi ce désaccord :

D'un côté, on croit que « la HAART est trop compliquée, trop dispendieuse et trop susceptible d'extirper des ressources à d'autres priorités en santé; [qu']elle suscite une résistance aux médicaments et nuit aux progrès dans la modification des comportements. Nous ne devrions pas l'introduire à grande échelle. » De l'autre côté, on estime que « la HAART est un droit humain. Une thérapie accessible aux hommes gais à San Francisco et à Sydney devrait l'être aussi aux autres personnes malades à travers le monde. Nous n'avons pas le choix et il n'y a pas d'alternatives. Nous devons agir à grande échelle, immédiatement. » [trad.]<sup>5</sup>

Nos grands périodiques médicaux sont dépourvus de comptes-rendus d'initiatives de traitement en Afrique, mais ils présentent des comparaisons entre la prévention et les traitements : « Des données sur le ratio coût-efficacité de la prévention du VIH en Afrique subsaharienne et sur la thérapie antirétrovirale fortement active indiquent que la prévention est

au moins 28 fois plus rentable que la HAART » [trad.], affirme un abrégé d'article récent.<sup>6</sup> Un autre soi-disant « examen systématique des preuves » conclut que « les interventions qui offrent le meilleur ratio coût-efficacité sont la prévention du VIH/sida et le traitement de la tuberculose, tandis que la HAART pour les adultes et les soins à domicile organisés par des établissements de santé sont les moins efficaces. » [trad.]<sup>7</sup> Or ces conclusions ne se fondent pas sur des expériences concrètes, mais plutôt sur une projection distincte du ratio coût-efficacité en Afrique du Sud et sur un rapport des coûts escomptés des médicaments dans le cadre d'un projet en région urbaine de la Côte d'Ivoire.<sup>8</sup>

Deuxièmement, personne ne semble avoir mené de tels projets dans les communautés les plus pauvres du monde, bien que le VIH y soit maintenant presque partout la principale cause de décès parmi les jeunes adultes. Il y a donc un manque de savoir-faire, relativement à qui devrait recevoir une HAART, quels seraient les critères d'adhésion, comment gérer l'approvisionnement en médicaments et comment mieux surveiller la thérapie dans un milieu pauvre en ressources. Beaucoup de spéculations, mais peu d'expériences, font le lien entre la prévention et les soins dans les communautés les plus pauvres. L'analyse du ratio coût-efficacité est privilégiée par les responsables de politiques même lorsqu'elle ne s'appuie sur aucune expérience ou recherche empirique. Pourtant, comme le souligne Pablos-Mendes, les soins pour le sida « s'apprennent par la pratique ».<sup>9</sup>

## Notre expérience en Haïti

Haïti est le pays le plus pauvre et le plus durement frappé par le VIH en Occident. Il y a plus de 15 ans, l'orga-

**Beaucoup de spéculations, mais peu d'expériences, font le lien entre la prévention et les soins dans les communautés les plus pauvres.**

nisme Partners In Health et son homologue haïtien, Zanmi Lasante, ont amorcé une modeste initiative de prévention du VIH/sida à laquelle a succédé, beaucoup plus récemment, un programme de traitement appuyé par des donateurs. Nos efforts initiaux, de la fin des années 80 jusqu'en 1995, misaient essentiellement sur la prévention du VIH. Notre organisme fut le premier à introduire le counselling et le test volontaires en Haïti central, et à développer des instruments de prévention adaptés à la culture.<sup>10</sup> Nous faisons la promotion du condom et en offrons gratuitement. Des séances d'éducation sexuelle étaient données dans des écoles et des églises, et lors de réunions communautaires. L'impact de ces interventions – qui témoignaient d'un consensus à l'effet que l'éducation à la prévention était la meilleure arme – était limité par la pauvreté croissante et le tumulte politique qui régnaient en Haïti à cette époque.<sup>11</sup> Et bien que nos propres efforts en région rurale aient connu un certain succès – la prévalence du VIH dans nos cliniques prénatales est demeurée stable au cours des dernières années – un nombre croissant de jeunes sont revenus des villes avec le VIH, qu'ils ont contracté loin de leur village natal. Au début des années 90, plus de 25% des admissions à notre petit hôpital étaient liées au VIH. En 1995, cette proportion avait grimpé à 40%.

Au milieu des années 90, nous avons appris des leçons importantes que nous avons utilisées pour concevoir nos interventions subséquentes. Premièrement, les efforts de prévention n'avaient eu aucun impact à Port-au-Prince ou dans d'autres villes côtières, où avait lieu une part importante de la transmission du VIH. Deuxièmement, les personnes malades continuaient de retourner dans leur village natal, souvent pour y mourir. Troisièmement, la moitié de ces jeunes étaient aux prises avec une tuberculose active associée au VIH – une proportion qui n'était atteinte que dans certains taudis de la plus grande ville d'Haïti.<sup>12</sup> Quatrièmement, ces nombreux patients ne mourraient pas dans un court délai, si on leur offrait un traitement efficace contre la tuberculose. Par conséquent, en plus de poursuivre nos activités de prévention, nous avons redoublé d'efforts pour déceler et traiter chaque cas de tuberculose active chez des patients ayant l'infection à VIH. Nos activités en matière de VIH et de tuberculose ont donc été intégrées dès le départ.

En 1995-96, nous avons ajouté l'AZT au formulaire de notre clinique prénatale. En conséquence, la proportion des femmes enceintes demandant un test du VIH a considérablement augmenté (de 15-20% auparavant, jusqu'à plus de 90%). La plupart des femmes reçoivent évidemment un résultat négatif – nous procurant ainsi une excellente opportunité de prévention. Parmi les femmes qui reçoivent un résultat positif, la transmission périnatale du VIH s'est raréfiée. Plus récemment, la névirapine a rehaussé l'impact positif de cet effort (puisque'elle peut être administrée même aux femmes enceintes dont l'infection à VIH est détectée tardivement, durant leur phase de travail).

En 1998, nous avons lancé le programme « Équité face au VIH », en complément à nos efforts de prévention. Nous avons fourni une thérapie

**La transformation du sida, d'une infection inévitablement mortelle en une maladie chronique et pouvant être gérée, a entraîné une forte diminution de la stigmatisation, en Haïti.**

antirétrovirale à des personnes pour qui la prévention avait échoué et qui allaient bientôt mourir, selon nous, sans médicaments. Cette composante de soins incluait la fourniture ininterrompue d'agents antirétroviraux, mais des infrastructures de laboratoire plutôt modestes : le compte de cellules CD4 et la mesure de la charge virale n'étaient pas disponibles en Haïti. L'utilisation des antirétroviraux est supervisée par des intervenants en santé communautaire que l'on appelle « accompagnateurs », qui visitent les patients à chaque jour et surveillent la prise des médicaments. Au printemps 2002, de 10% à 12% des quelque 2 000 patients séropositifs suivis à notre clinique recevaient cette thérapie. Contrairement au scénario susmentionné, où des patients africains devaient prouver leur capacité de payer avant de recevoir des ARV, nos patients en région rurale d'Haïti ont été sélectionnés exclusivement sur la base de leur état clinique. Un algorithme clinique, décrit ailleurs, est utilisé pour aider à l'identification des individus dans le plus grand besoin.<sup>13</sup>

Selon des critères cliniques et virologiques, Équité face au VIH est

efficace. De plus, nous avons constaté qu'en améliorant les services cliniques offerts aux personnes vivant avec le VIH/sida, nous pouvons améliorer la qualité des efforts de prévention, rehausser le moral du personnel médical et réduire le stigmate lié au sida. La transformation du sida, d'une infection inévitablement mortelle en une maladie chronique et pouvant être gérée, a entraîné une forte diminution de la stigmatisation, en Haïti. Un patient explique : « J'étais devenu squelettique, avant de commencer ma thérapie. J'avais peur de sortir de ma maison et personne ne venait dans mon commerce. Mais maintenant ça va... Mon épouse est revenue et mes enfants n'ont plus honte d'être vus avec moi. Je peux travailler à nouveau. »

Les gens qui veulent évaluer une intervention particulière en tireront souvent ce qu'ils souhaitent. On devine facilement que les opposants à la fourniture d'antirétroviraux aux plus pauvres évoqueront bientôt les problèmes suivants : acquisition d'une résistance aux médicaments, vol et vente sur le marché noir, effets indésirables, ressources détournées de projets plus prioritaires, etc. Toutefois, un aspect positif particulier de l'intégration des traitements ne devrait pas être ignoré : depuis plus d'une décennie, les (dizaines de millions de) personnes qui portent à la fois le fardeau de la pauvreté et du VIH demandent l'accès à une thérapie efficace. Le simple fait d'introduire des initiatives de traitement pour le VIH, appuyées par des donateurs, est un geste positif qui montre que nous écoutons enfin leurs voix.

### Conclusion

À l'exception d'un don de démarrage de 100 000\$ venant d'une fondation en Haïti, Équité face au VIH n'a

jamais reçu de soutien financier d'une fondation importante ou d'une instance internationale chargée de la lutte contre le sida. Cela changera durant la prochaine année, si notre pays se voit octroyer des ressources du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Pendant que notre organisme et d'autres – établis dans des régions où la pauvreté et le VIH sont les principales menaces à la santé – contemplons l'apparition de nouvelles ressources, nous devons nous poser des questions difficiles à propos de nous-mêmes et de ceux qui évalueront l'utilisation de ces fonds. Dans une quête pour promouvoir l'imputabilité, développera-t-on encore un ensemble de lourdes exigences de reddition de comptes qui nous forceront à embaucher des consultants dispendieux et étrangers aux communautés affectées? Ou cherchera-t-on des façons novatrices et réalistes d'évaluer l'impact d'investissements longuement attendus?

Dans chaque communauté assaillie par la pauvreté et le VIH, nombre d'individus souhaiteraient recevoir une formation pour devenir intervenants en santé communautaire. En collaboration avec ces accompagnateurs, nous pouvons développer des moyens d'évaluation plus abordables, afin que des ressources servent à fournir de la nourriture, de l'eau et un meilleur logement aux familles affectées par le VIH. De telles ressources seraient mieux investies en salaires pour des intervenants communautaires qu'en allocations et frais de consultation d'« experts ». Elles pourraient aussi servir à améliorer le diagnostic et le traitement de la tuberculose et à intégrer aux soins prénataux des services en matière de VIH. Voilà une occasion de nous repentir de notre inattention collective

à une panoplie d'afflictions évitables et remédiables.

Si nous réussissons, nous pourrions aussi développer des stratégies réellement novatrices, pour mesurer non pas l'impact de nos largesses, mais bien celui de nos efforts tardifs visant à remédier aux affreuses disparités du risque et de l'accès qui caractérisent la pandémie mondiale du sida.

– Paul Farmer

Paul Farmer est co-directeur du Program in Infectious Disease and Social Change à la Harvard Medical School. Il est co-fondateur de l'organisme international de santé Partners In Health; co-directeur médical de la Clinique Bon Sauveur, en région rurale d'Haïti; et médecin traitant en maladies infectieuses à l'hôpital Brigham et au Women's Hospital, Boston. On peut joindre le Dr Farmer à paul\_farmer@hms.harvard.edu.

<sup>1</sup> A. Pablos-Mendez, « AIDS Care is Learnt by Doing It », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2001, 79(12) : 1153-1154, à la p. 1154.

<sup>2</sup> Voir M. Angell, « Investigators' Responsibilities for Human Subjects in Developing Countries », *New England*

*Journal of Medicine*, 2000, 342(13) : 967-969; W. Cates et T.J. Coates, « The Ethics of Research in Developing Countries », *New England Journal of Medicine*, 2000, 343(5) : 362; R.H. Gray, T.C. Quinn, D. Serwadda et coll., « The Ethics of Research in Developing Countries », *New England Journal of Medicine*, 2000, 343(5) : 361-362; D.B. Greco, « The Ethics of Research in Developing Countries », *New England Journal of Medicine*, 2000, 343(5) : 362; A. Mullings, « The Ethics of Research in Developing Countries », *New England Journal of Medicine*, 2000, 343(5) : 362; T. Quinn, M.J. Wawer, N. Sewankambo et coll., « Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 », *New England Journal of Medicine*, 2000, 342(13) : 921-929.

<sup>3</sup> PAHO, *Price comparison of antiretroviral therapy*, Washington, D.C., Program on AIDS and STIs, Pan American Health Organization, 2001. Présentation PowerPoint accessible (en anglais) sur le site Internet de PAHO (via [http://www.paho.org/English/HCP/HCA/antiretrovirals\\_HP.htm](http://www.paho.org/English/HCP/HCA/antiretrovirals_HP.htm)).

<sup>4</sup>A.D. McNaghten, D.L. Hanson, J.L. Jones et coll., « Effects of antiretroviral therapy and opportunistic illness primary chemoprophylaxis on survival after AIDS diagnosis », *AIDS*, 1999, 13 : 1687-95; A. Mocroft, C. Katlama, A.M. Johnson et coll., 2000, « AIDS Across Europe, 1994-8 : The EuroSIDA Study », *Lancet*, 2000, 356 : 291-296; G.J. Dore, Y. Li, A. McDonald et coll., « Impact of Highly Active Antiretroviral Therapy on Individual AIDS-defining illness incidence and survival in Australia », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2000, 29(4) : 388-395; « Dados epidemiológicos do Brasil », 2002, *Boletim Epidemiológico – AIDS Ano XV*, no. 1, 27<sup>a</sup> à 40<sup>a</sup> Semanas Epidemiológicas – Julho a Setembro. Accessible sur le site Internet de l'agence brésilienne de coordination sur les MTS et le sida ([www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)); « HIV/AIDS: Brazil Claims Success in Lowering Number of New AIDS Cases », *UN Wire*, 23 mai 2002. Accessible sur le site Internet de la United Nations Foundation ([www.unfoundation.org](http://www.unfoundation.org)).

<sup>5</sup> R. Feachem, « HAART – the Need for Strategically Focused Investments », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2001, 79(12) : 1152-1153.

<sup>6</sup> E. Marseille, P.B. Hofmann, J.G. Kahn, « HIV Prevention before HAART in Sub-Saharan Africa », *Lancet*, 2002, 359 : 1851-1856, à la p. 1851.

<sup>7</sup> A. Creese, K. Floyd, A. Alban et coll., « Cost-Effectiveness of HIV/AIDS Interventions in Africa: A Systematic Review of the Evidence », *Lancet*, 2002, 359 : 1635-1642, à la p. 1638.

<sup>8</sup> E. Wood, P. Braitstein, J.S.G. Montaner et coll., « Extent to Which Low-Level Use of Antiretroviral Treatment Could Curb the AIDS Epidemic in Sub-Saharan Africa », *Lancet*, 2000, 355 : 2095-2100.

<sup>9</sup> A. Pablos-Mendez, « AIDS Care is Learnt by Doing It », *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 2001, 79(12) : 1153-1154, à la p. 1154.

<sup>10</sup> P.E. Farmer, « Ethnography, Social Analysis, and the Prevention of Sexually Transmitted HIV Infection », dans M. Inhorn et P. Brown (éds.), *The Anthropology of Infectious Disease*, Amsterdam, Gordon and Breach, 1997, p. 413-438.

<sup>11</sup> P.E. Farmer, D. Walton, « Condoms, Coups and the Ideology of Prevention: Facing Failure in Rural Haiti », dans J. Keenan (éd.), *Catholic Ethicists on HIV/AIDS Prevention*, New York, Continuum Publishing Group, 2000, p. 108-119.

<sup>12</sup> J. Desormeaux, M.P. Johnson, J.S. Coberly et coll., « Widespread HIV Counseling and Testing Linked to a Community-Based Tuberculosis Control Program in a High-Risk Population », *Bulletin of the Pan American Health Organization*, 1996, 30(1) : 1-8.

<sup>13</sup> P. Farmer, F. Léandre, J.S. Mukherjee et coll., « Community-Based Approaches to HIV Treatment in Resource-Poor Settings », *Lancet*, 2001, 358 : 404-409.

## Je n'ai pas de montre, mais je n'ai oublié aucune dose

**Quiconque a eu la chance d'entendre Fred Minandi, à Barcelone, a dû être touché par ses propos. M. Minandi, qui vit avec le VIH/sida à Chiradzulu, au Malawi, a pris la parole lors de la rencontre satellite *Time to Treat: Transforming AIDS Treatment from Right to Reality [Le temps de donner des traitements : transposer dans la réalité le droit aux traitements anti-sida]*, organisée à Barcelone le 7 juillet 2002, lors de la XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, par Médecins Sans Frontières et le Health Global Access Project. L'exposé de Minandi est un récit personnel et passionné : les traitements antirétroviraux transforment des vies, donnent espoir à des gens et aident à réduire le stigmate du sida dans sa communauté, en plus de contribuer à prévenir le VIH.**

Je suis l'un des patients qui bénéficie d'un traitement antirétroviral (TARV) dans un projet de MSF. Mon nom est Fred Minandi. J'ai 42 ans et

je suis agriculteur au Malawi. Mon épouse est aussi agricultrice et nous avons deux enfants (l'aîné est marié, le cadet est encore à l'école). Mon

village est situé dans un district rural et nous vivons dans une maison avec un toit de chaume et une chambre à coucher. L'argent que je gagne vient de notre jardin, où je cultive des légumes et des céréales.

Le Malawi est probablement l'un des pays africains les plus pauvres et où l'on trouve la plus forte incidence de VIH. Quinze p. cent (15%) de sa population adulte vit avec le VIH. Où j'habite, 24% des femmes enceintes qui ont subi un test du VIH sont séropositives; 10% des jeunes de l'école secondaire le sont aussi. Ces chiffres m'ont été rapportés, mais ce

que je vois de mes yeux, dans mon village, c'est que des jeunes sont trop malades pour pouvoir cultiver leur jardin et nourrir leur famille. Les familles dépensent beaucoup d'argent à essayer de trouver des médicaments pour aider leurs malades, mais sans succès. Je vois aussi des parents mourir, laisser des orphelins aux soins de grands-parents qui n'ont pas les moyens ni aucun espoir de pouvoir leur offrir un avenir.

J'ai commencé à être malade en 1997. Depuis quatre ans, de temps en temps, j'ai été malade au point qu'il m'était difficile de travailler ou même de faire quoi que ce soit. J'ai passé le test en 2001; j'ai la chance de vivre dans un endroit où Médecins Sans Frontières (MSF) venait tout juste de commencer à donner des traitements ARV. Je suis l'un des premiers patients du Malawi à recevoir un TARV gratuit. Si je suis capable d'être ici et de parler avec vous, aujourd'hui, c'est à cause de ce traitement. Il y a des personnes qui disent que les Africains ne seraient pas capables de prendre ces médicaments parce qu'il ne savent pas lire l'heure. Mais je peux vous assurer que, même si je ne possède pas de montre, je n'ai pas oublié une seule dose de mes médicaments depuis que j'ai commencé cette trithérapie, en août 2001.

Pourquoi? Parce que Margot, l'infirmière de MSF, a pris le temps de m'expliquer comment ces médicaments fonctionnent. Elle m'a dit que si je suis pas assez sérieux pour les prendre très régulièrement, ils pourraient cesser de fonctionner. Elle m'a expliqué ce que seraient les effets secondaires, mais après deux mois ma nausée a cessé. Maintenant, ces médicaments sont bien plus faciles à prendre. Aujourd'hui, ma vie est liée à eux et je ne crois pas que je

**Aujourd'hui, ma vie est liée à ces médicaments et je ne crois pas que je pourrais oublier de les prendre.**

pourrais oublier de les prendre.

Tous mes amis qui font partie du groupe de soutien des personnes vivant avec le VIH/sida ont le même sentiment. Nous sommes 60, dans ce groupe, et nous nous rencontrons régulièrement, chaque mois, pour discuter ensemble. Nous expliquons à ceux qui commencent à prendre ces médicaments, quoi faire s'ils ont des effets secondaires. Nous leur expliquons aussi que les effets secondaires vont s'arrêter. Nous nous aidons entre nous, par exemple si quelqu'un du groupe est trop malade pour aller chercher ses médicaments. Pour certains, qui n'ont personne à qui parler de leur VIH et de leur traitement, nous devenons des gardiens. Cela veut dire que nous allons avec eux à la séance sur la fidélité au traitement et nous les aidons à prendre les médicaments, une fois revenus chez eux. Nous essayons de soutenir la famille, si l'un d'entre nous meurt, mais surtout nous discutons de la vie que ces traitements nous ont redonnée et nous parlons des améliorations que nous remarquons presque à chaque jour. Nous essayons de faire des activités qui nous permettent d'avoir un petit revenu pour soutenir ceux d'entre nous qui sont pauvres. Nous expliquons à notre communauté les services médicaux disponibles pour tous les gens de notre district (la clinique pour le VIH, le programme pour les femmes enceintes séropositives, le centre de counselling volontaire, les lieux où l'on peut se

procurer des condoms et de l'information).

Mon compte de cellules CD4 était de 107, au moment où j'ai commencé le traitement. Aujourd'hui, il a augmenté à 356 et j'en suis très fier. Quand j'étais malade, je savais que j'avais le VIH mais je ne l'aurais jamais admis et je n'en parlais jamais. Parler de cela n'aurait rien changé, sauf de me déprimer. Mes voisins me voyaient devenir de plus en plus faible, jour après jour. Bien sûr, ils savaient tous ce que j'avais, mais personne ne m'en a glissé mot. Ils ont simplement arrêté, graduellement, de me fréquenter. Au Malawi, la plupart des gens sont ainsi; ils ne parlent pas parce qu'ils ne veulent pas savoir. C'est pourquoi mon pays meurt en silence.

Aujourd'hui, je suis de retour au champ, de retour à l'église. J'arrive à nourrir ma famille. Ces récentes années, je n'avais récolté qu'environ deux poches de maïs, car j'étais si faible. Cette année, je m'appête à en récolter dix. Je sens que j'ai un avenir. Mes voisins recommencent à venir chez nous comme avant. Je trouve que j'ai changé. Je peux parler, maintenant, à mes enfants, et leur dire que j'ai le sida. Je le dis à mes voisins, aussi. Lorsqu'il y a une rencontre, dans le district, j'y vais et je parle de ma maladie parce que je n'ai plus honte. Je sais que je ne serai pas rejeté, car je suis maintenant comme tout le monde. Mais quand une personne a le sida et est très malade, tout le monde a peur – chacun voit sa propre mort dans ses yeux. Par contre, quand on prend le traitement, on se sent mieux et on a l'air mieux, puis les gens ne nous rejettent plus. Je voudrais dire une chose à toutes les personnes présentes à cette conférence : le traitement est la meilleure arme contre le stigmat. Je pensais

qu'il n'y avait aucun espoir pour les personnes qui vivent avec le VIH, mais le traitement m'a prouvé le contraire.

**Mes voisins ont recommandé à me rendre visite. Le traitement est la meilleure arme contre le stigmaté.**

Il y a des gens qui disent que les traitements sont trop chers et que, pour cette raison, la prévention est la seule chose à faire dans un pays comme le Malawi. Premièrement, cela voudrait-il dire que je devrais mourir, avec tous mes amis du groupe des PVVIH/sida et le million de gens au Malawi qui ont déjà le VIH? Pour nous, il est trop tard pour parler seulement de prévention, mais je crois que nous avons quand même le droit de recevoir des traitements. J'aimerais vous dire que je trouve ma vie importante. Pas seulement pour moi-même, mais aussi pour ma famille et pour mon pays. Je trouve que, même si c'est peu, ce que j'apporte à ma famille, à mes amis, à mes proches, à mes voisins et à mon pays ajoute aux efforts de tous les autres pour faire vivre le Malawi.

Deuxièmement, je crois que le fait d'avoir accès à des traitements abor-

dables incitera d'autres personnes à passer un test du VIH, davantage que si rien n'est offert à celles qui sont séropositives. Cela nous aidera à briser le silence. Mes amis et moi, du groupe des PVVIH/sida, nous avons été formés pour donner du counseling. Nous convainquons bien des gens d'aller passer un test puisqu'ils savent que, s'ils ont le VIH, ils recevront des traitements. Ils savent que ça peut leur donner quelque chose. Ils voient ce que le traitement fait pour nous.

Troisièmement, nous utilisons des médicaments génériques fabriqués en Inde, pour le programme en place au Malawi, ce qui réduit les prix au plus bas possible. Moins coûteux sont les médicaments, moins coûteux sera le programme, et plus nombreuses seront les personnes que l'on pourra traiter. J'aimerais dire que la prévention et le traitement vont main dans la main. Je suis sûr qu'aujourd'hui je peux convaincre encore plus de gens à changer leur comportement, à porter un condom et à aller passer le test du VIH. Pourquoi? Parce que je suis moi-même en traitement, je peux leur dire que le traitement est encore difficile et qu'ils doivent faire tout ce qu'ils peuvent pour ne pas contracter le VIH. Il y a une autre chose que j'aimerais demander aux gens qui affirment que nous devrions faire seulement de la prévention : si cette épidémie emportait autant de vie

dans votre propre communauté, accepteriez-vous vraiment de nous laisser tous mourir du VIH? J'espère que j'aurai la chance de rencontrer de nombreuses autres personnes séropositives qui pourraient m'aider à m'impliquer encore davantage. C'est nous qui avons besoin de ces médicaments et c'est nous qui devons lutter pour les obtenir. J'espère que les personnes à qui l'on demande de l'argent pour des médicaments pourront être convaincues, par notre voix, d'en donner pour l'achat de médicaments et pas seulement pour la prévention.

En terminant, j'aimerais lancer un appel à toutes les sociétés pharmaceutiques qui fabriquent des ARV : s.v.p. réduisez les prix de ces médicaments pour tous les pays à faible revenu. À nos gouvernements nationaux : s.v.p. soutenez les traitements et demandez de l'aide. Et aux gouvernements des nations riches : s.v.p. donnez-nous l'argent qui nous permettra de réaliser nos objectifs. La guerre au VIH/sida ne sera gagnée que si nous travaillons tous ensemble. Merci de votre attention. C'est la première fois que je sors de mon pays et c'est une expérience incroyable.

– Fred Minandi

On peut communiquer avec Fred Minandi par l'entremise de la Campagne pour l'accès aux médicaments essentiels, Médecins sans Frontières, à [access@geneva.msf.org](mailto:access@geneva.msf.org).

# Faire progresser la recherche et l'accès aux vaccins anti-VIH : un cadre pour l'action

**Devant la propagation continue de l'infection à VIH et l'impact dévastateur de la maladie sur les vies humaines, sur les communautés et sur les économies, en particulier dans le monde en développement, l'investissement dans les nouveaux traitements, les vaccins et les microbicides est nettement insuffisant. On doit intensifier les efforts pour développer des vaccins anti-VIH efficaces et pour assurer qu'ils soient accessibles à travers le monde. Le présent article offre un résumé du document de Sam Avrett<sup>1</sup> présenté lors de la conférence d'un jour « Les derniers seront les premiers : les vaccins, l'accès aux traitements et le droit » (Barcelone, 5 juillet 2002), organisée par le Réseau juridique canadien VIH/sida, l'AIDS Law Project (Afrique du Sud) et le Lawyers Collective HIV/AIDS Unit (Inde). Dans cet article, Avrett exhorte à une action immédiate pour accroître l'engagement et le financement dans le domaine des vaccins anti-VIH; rehausser l'appui et l'implication du public; accélérer le développement de vaccins; et planifier leur éventuelle fourniture. Il décrit brièvement des mesures qui devront être prises par les gouvernements pour atteindre chacun de ces objectifs. Il suggère aussi des possibilités d'actions qui peuvent être envisagées par les militants dans leurs efforts de lobbying auprès des gouvernements.**

## Introduction

La crise mondiale du sida ne fait encore que commencer. À présent, le VIH est l'infection mortelle qui se propage le plus rapidement dans le monde; et il constitue en soi une catastrophe sanitaire d'envergure planétaire.<sup>2</sup> Dans les pays aux ressources limitées, le VIH/sida s'ajoute malheureusement à d'autres besoins importants de santé publique associés à des maladies infectieuses (comme la tuberculose et le paludisme), à des défis élémentaires de santé environnementale (air et eau propres), à des défis de nutrition, de logement et d'éducation de base, à des conflits politiques non résolus et à d'énormes inégalités sociales et économiques. Les coûts futurs de l'épidémie dépasseront largement ses coûts humains et économiques actuels, en particulier si l'action à l'échelle mondiale

demeure lacunaire. À tout point de vue, les efforts actuels pour lutter contre le VIH/sida – y compris la recherche de nouveaux traitements, de vaccins et de microbicides – sont encore insuffisants.

Les efforts actuels de lutte contre le VIH/sida – y compris la recherche de nouveaux traitements, de vaccins et de microbicides sont encore insuffisants.

L'impact marquant et historique d'autres vaccins, dans l'éradication de maladies, justifie que l'on s'intéresse au développement de vaccins

anti-VIH. De plus, compte tenu du coût relatif et du bénéfice potentiel de ce travail, il devrait être perçu comme un effort positif pour l'éthique et la justice. Par leur potentiel de réponse au fardeau disproportionné du VIH/sida à travers le monde, les vaccins anti-VIH offrent la possibilité d'une distribution plus juste et plus équitable de la réaction à l'épidémie. Comme pour le cas de traitements anti-VIH abordables, de tests diagnostiques et de microbicides vaginaux potentiellement efficaces, le fait de ne pas investir dans le développement de vaccins anti-VIH et dans des efforts pour les rendre accessibles serait contraire à l'éthique.

Les arguments scientifiques pour aller de l'avant sont clairs. La faisabilité de développer des vaccins anti-VIH efficaces est appuyée par des données scientifiques : certains vaccins expérimentaux protègent des primates contre l'infection à VIH et génèrent une réaction immunitaire chez l'humain. Les preuves de cette faisabilité sont équivalentes à, ou plus nombreuses que, les données immunologiques et empiriques dont on disposait quant à la faisabilité de vaccins contre la maladie de Lyme, le rotavirus et la coqueluche, avant que ceux-ci soient soumis à des essais cliniques à grande échelle. Par ailleurs, le potentiel de découverte scientifique d'un vaccin anti-VIH pourrait connaître une augmentation plus rapide que le financement octroyé à ce travail au palier mondial – ce qui élargirait le fossé du sous-financement relatif. En bref, on doit accroître les ressources consacrées aux efforts de développement de vaccins anti-VIH, non seulement parce que l'on a besoin de tels produits,

mais aussi parce que leur découverte devient de plus en plus possible.

Afin que des vaccins anti-VIH efficaces deviennent disponibles et accessibles, des mesures sont nécessaires dès maintenant pour :

- accroître l'engagement et le financement;
- rehausser l'implication et l'appui du public;
- accélérer le développement de vaccins; et
- en promouvoir l'accessibilité.

### Accroître l'engagement et le financement

La réussite du développement et de l'accès à des vaccins nécessitera un effort mondial coordonné et concerté. Des engagements doivent être pris à tous les paliers – local, national et international – et dans tous les secteurs, y compris le gouvernement, le secteur privé et la société civile. L'engagement des gouvernements nationaux est crucial, pour l'effort mondial de développement de vaccins anti-VIH – le meilleur signe d'engagement d'un pays est l'adoption d'un plan national pour un vaccin anti-VIH. Ce type de plan est particulièrement nécessaire dans les pays qui prennent déjà part à ce travail. Il devrait se fonder sur des étapes clés et comprendre des stratégies et des échéanciers pour la recherche pré-clinique et clinique, le développement et la production, l'examen réglementaire et l'approbation (des études cliniques et des nouveaux vaccins), la recherche sur l'innocuité et l'efficacité, et la distribution d'éventuels vaccins.

Le financement est également essentiel au développement de vaccins anti-VIH. En 2000, des analyses de l'investissement total dans le développement de vaccins anti-VIH,

préparées par d'importants organismes de politiques en la matière, ont évalué l'effort mondial dans ce domaine à environ 470 millions \$US

**Des objectifs spécifiques de financement accru doivent être établis par tous les gouvernements, en particulier ceux de pays à revenus élevés.**

par année.<sup>3,4</sup> Ce montant pourrait doubler d'ici 2003. Pourtant, en dépit de cette croissance récente, il ne s'agit que d'un mince investissement en comparaison avec les dépenses mondiales totales en santé, en éducation et en recherche. À la fin des années 90, le produit national brut (PNB) combiné de tous les pays du monde se chiffrait à près de 30 billions \$US. De ce montant, environ 1 750 milliards \$US étaient consacrés annuellement à la santé; 1 750 milliards \$US à l'éducation; et 71 milliards \$US à la recherche et au développement dans le domaine de la santé.<sup>5,6</sup> Des objectifs spécifiques de financement accru doivent être établis par tous les gouvernements, en particulier ceux de pays à revenus élevés.

Dans leur lobbying pour un engagement et un financement accrus, les militants pour les vaccins devraient envisager les possibilités suivantes d'action :

1. Définir et comparer des modèles de plans nationaux pour un vaccin anti-VIH. Cela impliquerait de la recherche et une analyse sur :
  - les expériences liées à l'amorce d'une planification nationale;
  - les mécanismes et ressources pour l'élaboration et la finalisa-

tion d'un plan national;

- les modèles de participation et de transparence dans l'élaboration d'un plan national;
- les composantes spécifiques et le langage du plan national;
- le degré de faisabilité des tâches, des échéanciers et des responsabilités, et l'imputabilité à leur endroit; et
- les preuves anecdotiques et quantitatives illustrant l'impact positif d'un plan national.

2. Définir et comparer des modèles pour le financement national du développement de vaccins anti-VIH. Cela impliquerait de la recherche et une analyse sur :
  - les niveaux actuels et idéaux de financement du développement de vaccins anti-VIH dans les grands établissements nationaux de recherche;
  - les niveaux actuels et idéaux de financement de gouvernements nationaux à des programmes d'organismes multilatéraux en matière de vaccins anti-VIH;
  - les niveaux actuels et idéaux de financement de gouvernements nationaux à des partenariats entre les secteurs public et privé (comme l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida); et
  - les niveaux actuels et idéaux de financement bilatéral direct de gouvernements nationaux de pays à revenus élevés à des gouvernements de pays à moyens et faibles revenus, afin de soutenir les infrastructures d'essais cliniques de vaccins anti-VIH; les transferts de technologies pour la recherche, le développement et la production de vaccins anti-VIH; la capacité d'examen réglementaire et éthique; et les infrastructures de santé publique pour la distribution des vaccins.

3. Travailler au palier national à proposer et à élargir des plans nationaux et des engagements de financement. Cela impliquerait de rencontrer des responsables de politiques et des décideurs afin de proposer des modèles, des options et des objectifs; et de former des coalitions nationales pour soutenir les plans et les engagements rehaussés.

### Rehausser l'implication du public

L'effort pour un vaccin anti-VIH implique à présent plus de 25 gouvernements nationaux et des dizaines de communautés, d'entreprises privées, d'établissements de recherche et d'organismes locaux, nationaux et internationaux. Une fois développés, d'éventuels vaccins anti-VIH seront probablement homologués et utilisés à travers le monde. Les efforts et l'expertise de plusieurs secteurs sont requis pour assurer un développement et un accès à ces vaccins qui soient soutenus, coordonnés et pertinents au palier local. Une grande variété d'idées et de perspectives est également essentielle à ce que le développement et l'usage de ces vaccins soient conformes aux objectifs globaux de santé publique et de droits de la personne.

La définition de la rétroaction et de l'implication du « public » doit inclure des individus ayant des affiliations diverses, y compris des chercheurs des secteurs public et privé, des dirigeants de compagnies pharmaceutiques et biotechnologiques, des dirigeants de gouvernements nationaux, des participants à des essais cliniques, des personnes vivant avec le VIH/sida, des dirigeants politiques locaux, des leaders religieux, des dirigeants d'entreprises et de syndicats, des journalistes, des intervenants du domaine

juridique, des défenseurs des intérêts des jeunes, des militants pour les droits civils, des éducateurs communautaires, des fondations et des philanthropes locaux.

Les efforts et l'expertise de plusieurs secteurs sont requis pour assurer un développement et un accès à ces vaccins qui soient soutenus, coordonnés et pertinents au palier local.

L'implication du public dans le développement de vaccins anti-VIH<sup>7</sup> devrait avoir pour buts :

- une meilleure **compréhension publique** des concepts élémentaires en matière de VIH, de santé publique, de prévention du VIH, de vaccins, de recherche biomédicale et de droits de la personne;
- un **appui public** accru à la recherche, au développement et à l'accès à des vaccins anti-VIH, en particulier par le biais de coalitions et de partenariats permettant la participation, l'échange d'information ainsi qu'une communication, une formation et un soutien continu; et
- une **participation publique** accrue, telle que mesurée par l'inclusion, la diversité et le dynamisme de l'implication multisectorielle dans les collaborations et partenariats pour le développement d'un vaccin anti-VIH.

L'appui du public au développement d'un vaccin anti-VIH dépendra de la mise sur pied de coalitions, de partenariats, de réseaux et d'alliances favorisant la participation des intervenants,

l'échange d'information ainsi qu'une communication, une formation et un soutien continu.

Dans leurs démarches pour rehausser l'implication du public, les militants pour les vaccins devraient envisager les possibilités suivantes d'action :

1. Définir et comparer des modèles pour la compréhension, l'appui et la participation du public. Cela impliquerait de la recherche et une analyse sur :
  - les meilleures pratiques en matière de programmes, de stratégies et d'instruments pour rehausser la compréhension publique à propos du développement de vaccins anti-VIH – qui pourraient comprendre des modèles de méthodes, de matériel et de réseaux pour l'éducation, afin de favoriser le dialogue et l'apprentissage des concepts élémentaires liés au VIH, à la santé publique, à la prévention du VIH, aux vaccins, à la recherche biomédicale et aux droits de la personne;
  - les meilleures pratiques dans les stratégies pour mobiliser l'appui du public à la recherche, au développement et à l'accès à des vaccins anti-VIH – qui pourraient comprendre des modèles de réseaux transparents et accessibles, de même que de coalitions sur la base d'affiliations géographiques, professionnelles et institutionnelles, ou entre paliers de pouvoir économique et social; et
  - les modèles actuels qui assurent la participation du public à la recherche et au développement de vaccins anti-VIH – comme des règlements et directives gouvernant l'adhésion et la participation à des comités de planification d'essais cliniques, des partenariats

pour le développement de vaccins et des comités d'examen éthique et réglementaire.

2. Développer la compréhension du public en travaillant aux paliers local, national et international à :
  - élaborer et disséminer du matériel adapté aux utilisateurs, à propos des concepts élémentaires sur le VIH, la santé publique, la prévention du VIH, les vaccins, la recherche biomédicale et les droits de la personne;
  - donner une formation et du financement et établir des partenariats avec des leaders d'opinion (dirigeants politiques, journalistes, intervenants communautaires, participants à des essais cliniques, chercheurs, dirigeants gouvernementaux, représentants d'entreprises, etc.) afin d'améliorer leur compréhension des questions actuelles liées aux vaccins anti-VIH et d'appuyer leurs efforts de dissémination d'information exacte et de mobilisation de l'intérêt public;
  - soutenir la capacité de leaders d'opinion (potentiels et nouveaux) de disséminer de l'information et de l'éducation sur le développement de vaccins anti-VIH et sur des enjeux plus vastes de santé publique; et
  - intégrer des renseignements élémentaires sur les vaccins anti-VIH aux messages généraux de lutte contre le sida et de santé publique.
3. Solliciter l'appui du public en intervenant auprès des gouvernements, entreprises, organismes communautaires et autres institutions pour établir et agrandir des réseaux locaux, nationaux et internationaux capables de :
  - fournir de l'information sur l'his-

toire, le financement et les fruits du développement de vaccins anti-VIH, ainsi que sur les efforts de recherche, de développement et d'accès à ces vaccins;

- fournir de l'information sur des aspects de la conception des essais cliniques, y compris le recrutement et la rétention des participants, les protocoles pour le consentement éclairé, les protocoles de réduction des risques et les stratégies de prévention des méfaits sociaux;
  - soutenir l'intégration de la planification, du recrutement et de l'éducation en matière d'essais cliniques, au contexte actuel des soins communautaires ainsi qu'aux efforts d'éducation à la santé publique et de prévention du VIH;
  - soutenir l'information et le dialogue à propos des vaccins expérimentaux, des propositions d'essais et des mécanismes de prise de décisions quant à l'évaluation de l'efficacité, à l'homologation et à la distribution des vaccins;
  - soutenir des stratégies d'organisation communautaire, de lobbying et de promotion des intérêts au palier national, ainsi que les communications.
4. Rehausser l'implication du public en travaillant aux paliers local, national et international pour améliorer les règlements et directives gouvernant l'adhésion et la participation à des comités de planification d'essais cliniques, à des partenariats pour le développement de vaccins et à des comités d'examen éthique et réglementaire; et pour créer des incitatifs et un soutien appropriés en vue d'une participation initiale et soutenue.

## Accélérer le développement de vaccins

Les entreprises privées à but lucratif sont indispensables au développement de vaccins anti-VIH et d'autres technologies pour améliorer la santé dans les pays les plus pauvres, en particulier à cause du mandat, de la structure et des ressources potentielles dont elles disposent pour introduire de nouveaux produits sur le marché aussi rapidement et efficacement que possible. Toutefois, dans le cas des vaccins anti-VIH, l'intérêt du secteur privé est atténué par une combinaison d'éléments économiques et de coûts d'opportunité dissuasifs auxquels on attribue l'appellation funeste de « défaillance de marché ». Peu d'entreprises pharmaceutiques sont prêtes à risquer un investissement de centaines de millions de dollars dans la recherche d'un vaccin anti-VIH. En réalité, vu les minces marges de profit, les exigences de production à grande échelle et les préoccupations de responsabilité liées aux vaccins, seulement quelques grandes entreprises participent au développement et à la production d'un vaccin quelconque. Cette approche de libéralisme à l'endroit de la recherche et du développement dans le secteur privé ne mènera pas dans un délai raisonnable à l'élaboration de vaccins anti-VIH adaptés et accessibles au monde en développement.<sup>8</sup> Par conséquent, les gouvernements doivent :

- financer directement le développement de vaccins anti-VIH dans le secteur privé;
- accorder des crédits d'impôts pour la recherche et le développement de vaccins anti-VIH dans le secteur privé;
- soutenir des partenariats entre les secteurs public et privé, axés sur

- le développement de vaccins anti-VIH; et
- accroître le financement des infrastructures de recherche, de développement et de distribution.

L'approche de libéralisme du secteur privé, dans la recherche et le développement, ne mènera pas dans un délai raisonnable à l'élaboration de vaccins anti-VIH pour le monde en développement.

Dans leurs efforts pour convaincre les gouvernements d'investir davantage dans le développement de vaccins, les militants devraient envisager les possibilités d'actions suivantes :

1. Définir et comparer des modèles et des efforts actuels pour l'accélération de la recherche et du développement de vaccins anti-VIH et d'autres nouvelles technologies de santé publique. Cela nécessiterait de la recherche et une analyse afin d'identifier :
  - les plans, sources de financement, mécanismes de contrat, montants, destinataires et produits actuels du financement gouvernemental direct octroyé (a) au développement de vaccins dans le secteur privé; et (b) à la recherche, au développement et aux infrastructures de distribution dans le secteur public;
  - le langage proposé, la situation actuelle et les perspectives en matière de crédit d'impôt pour la recherche et d'autres incitatifs d'ordre législatif pour le développement de vaccins anti-VIH dans le secteur privé; et

- les modèles actuels de partenariats entre les secteurs public et privé pour le développement de vaccins anti-VIH, ainsi que les réussites et défis rencontrés par ces partenariats.

2. Travailler au palier national à proposer et à élargir des modèles de meilleures pratiques. Cela impliquerait de rencontrer des responsables de politiques et des décideurs afin de proposer de nouveaux projets et objectifs. Il faudrait aussi établir des réseaux pour soutenir la création et l'expansion du financement gouvernemental direct au développement de vaccins anti-VIH dans le secteur privé; de crédits d'impôt pour la recherche en la matière; de partenariats entre les secteurs public et privé; et du financement gouvernemental à la recherche, au développement et aux infrastructures de distribution.

### Promouvoir l'accessibilité d'éventuels vaccins

Des vaccins anti-VIH accessibles à grande échelle auraient probablement des avantages comparatifs plus marqués pour les pays et communautés les plus pauvres en ressources et les plus touchés par l'infection à VIH. L'obligation humaine fondamentale de partager les progrès scientifiques et leurs bénéfices est enchâssée dans plusieurs documents sur les droits internationaux, y compris la *Charte des droits et devoirs économiques des États* (proclamée en 1975) :

Tous les États devraient favoriser l'accès des pays en développement aux accomplissements de la science et des technologies modernes, le transfert technologique et la création de technologie indigène pour le bénéfice des pays en développement, dans des

formes et dans l'esprit de procédures qui conviennent à leur économie et à leurs besoins. [trad]<sup>9</sup>

L'accès aux vaccins est depuis longtemps un défi mondial. Malgré certaines réussites (p. ex. avec la polio), les organismes internationaux de santé ont dû lutter pour atteindre des taux élevés de vaccination contre la plupart des maladies. L'accès à un vaccin anti-VIH représentera aussi un défi. Par conséquent, les gouvernements doivent agir dès maintenant pour :

- s'occuper des problèmes de propriété intellectuelle, de lois sur le commerce international et des systèmes de réglementation, afin de rehausser l'accès aux nouvelles technologies de santé tout en maintenant une protection adéquate de la santé et des droits de la personne, de même que des incitatifs pour l'invention et le développement de produits dans le secteur privé;
- accroître la demande globale de vaccins;
- élargir les crédits d'impôt sur les transactions, les systèmes de compensation liée à la responsabilité, de même que le soutien à la différenciation des prix d'éventuels vaccins contre le VIH; et
- améliorer l'infrastructure de distribution des vaccins.

Les militants qui s'intéressent aux questions d'accès devraient envisager les possibilités d'actions suivantes :

1. Documenter et comparer des modèles et des efforts actuels afin d'assurer que les pays en développement profitent pleinement des progrès scientifiques et des bénéfices d'éventuels vaccins anti-VIH. Cela impliquera de la recherche et une analyse sur :

- la situation internationale des inventions et des droits de propriété liés aux vaccins anti-VIH, y compris les brevets existants dans ce domaine;
- la situation et les arrangements contractuels pour l'homologation, le commerce et les transferts de technologies en matière de vaccins – notamment les arrangements relatifs aux efforts actuels de développement qui assurent la sous-homologation et la production locale et qui favorisent l'accès à d'éventuels produits;
- les normes et modèles relatifs à l'approvisionnement, à la distribution, à la fourniture et à l'accès aux vaccins, aux paliers national et international;
- la documentation actuelle et les estimations de la demande potentielle de vaccins anti-VIH;
- le langage proposé, la situation actuelle et les perspectives en matière de lois relatives au crédit d'impôt sur les transactions, de lois sur la compensation liée à la responsabilité, et d'initiatives législatives pour signifier l'appui à la différenciation mondiale des prix dans le domaine des vaccins; et

- les modèles réussis de distribution de nouveaux vaccins.

2. Travailler au palier national à proposer et à élargir des modèles de meilleures pratiques. Cela impliquera d'établir des réseaux et de rencontrer des responsables de politiques et des décideurs afin de proposer de nouveaux projets et objectifs.

## Conclusion

Il est clair que les gouvernements et d'autres intervenants doivent agir sur plusieurs fronts, pour que se concrétise le projet d'un vaccin anti-VIH efficace et accessible. Les militants pour des vaccins devraient examiner les actions proposées dans ce document, au moment d'élaborer leurs stratégies. Peu importe les moyens choisis, ils devront travailler au palier national à surveiller et à assurer l'imputabilité des gouvernements et des autres intervenants. Cela impliquera une documentation régulière des progrès dans l'atteinte des étapes clés et des objectifs de financement; ainsi que la proposition de solutions et d'actions par le biais de rencontres, de documents et d'autres moyens de défense et promotion des intérêts.

– Sam Avrett

Sam Avrett est affilié à la AIDS Vaccine Advocacy Coalition et à d'autres organismes internationaux. On peut le joindre à [savrett@aol.com](mailto:savrett@aol.com). La version intégrale du document résumé ici est accessible (en anglais) à [www.aidslaw.ca/barcelona2002/hivvaccinecomponent.htm](http://www.aidslaw.ca/barcelona2002/hivvaccinecomponent.htm).

<sup>1</sup> Voir S. Avrett, *HIV Vaccines for Developing Countries: Advancing Research and Access – Summary*, Réseau juridique canadien VIH/sida, mai 2002, (via [www.aidslaw.ca/barcelona2002/hivvaccinecomponent.htm](http://www.aidslaw.ca/barcelona2002/hivvaccinecomponent.htm)). Pour un article connexe, voir aussi S. Avrett, C. Collins, « Vaccins anti-VIH – Les défis actuels et la voie du progrès », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 1, 22-29, ([http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol7no12002/vaccins\\_defis.htm](http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol7no12002/vaccins_defis.htm)).

<sup>2</sup> ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida*, décembre 2001, (via [www.unaids.org](http://www.unaids.org)).

<sup>3</sup> Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, *Accelerating the Development of an AIDS Vaccine for the World*, juillet 2001, (via [www.iavi.org](http://www.iavi.org)).

<sup>4</sup> S. Avrett, D. Cappiello, C. Collins et coll., *Six Years and Counting: Can a Shifting Landscape Accelerate an AIDS Vaccine?*, AIDS Vaccine Advocacy Coalition, Washington, DC, 2001, (via [www.avac.org](http://www.avac.org)).

<sup>5</sup> Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001*, Washington, DC, 2001, tableaux 6-7.

<sup>6</sup> V. Neufeld, S. MacLeod, P. Tugwell, D. Zakus, C. Zarowsky, « The rich-poor gap in global health research: challenges for Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 27 avril 2001, 164 (8) : 1158-1159.

<sup>7</sup> Ces trois buts ont été établis par un groupe de travail, lors de la consultation internationale d'experts organisée par le Réseau juridique canadien VIH/sida à Montréal, en avril 2002.

<sup>8</sup> M. Ainsworth et coll., *Accelerating an AIDS vaccine for developing countries: Recommendations for the World Bank*, World Bank AIDS Vaccine Task Force, 2000, (accessible sur le site Web de l'International Academy of Chiropractic Neurology, à [www.iacn.org](http://www.iacn.org)).

<sup>9</sup> Assemblée générale de l'ONU, *Charte des droits et devoirs économiques des États*, 1975, chapitre II, article 13.

# Composer avec des préoccupations individuelles et collectives dans les politiques sur le VIH/sida

Les efforts de prévention du VIH suscitent parfois des tensions entre droits individuels et collectifs. Le présent article, fondé sur un exposé de Nelson Varas-Díaz (abrégé TuOrG1171), explore ces tensions dans le contexte des lois et politiques de huit pays d'Amérique latine : le Costa Rica,<sup>1</sup> la République dominicaine,<sup>2</sup> l'Équateur,<sup>3</sup> le Guatemala,<sup>4</sup> le Honduras,<sup>5</sup> le Nicaragua,<sup>6</sup> le Panama<sup>7</sup> et Porto Rico.<sup>8</sup> L'auteur décrit cinq aspects de la réaction au VIH/sida où des tensions entre droits individuels et collectifs émergent : la participation de personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) à des commissions nationales; la capacité des PVVIH/sida d'accéder à des antirétroviraux; les pratiques de test de sérodiagnostic du VIH; la confidentialité des renseignements médicaux; et les droits et devoirs des PVVIH/sida. Il conclut que le succès des programmes de prévention du VIH dépend de la capacité des sociétés et des gouvernements d'équilibrer les droits individuels et collectifs.

## Introduction

Lorsqu'un État introduit des politiques pour prévenir la propagation du VIH/sida au sein de sa population, il réglemente la nature de relations sociales. Il établit la façon dont doivent se dérouler les relations sociales pouvant mener à de nouveaux cas d'infection, et comment composer avec les personnes déjà affectées. L'État a intérêt à réglementer ces relations sociales pour prévenir les nouveaux cas d'infection et protéger la santé publique. Pour ce faire, il établit une distinction entre personnes « malades » et « en santé » – qui peut causer plus de tort que de bien. Elle peut par exemple conduire les gens à penser que l'épidémie est une préoccupation qui ne concerne que les personnes déjà touchées. Elle peut aussi mener à des efforts de prévention axés sur les personnes affectées plutôt que sur la société en général. Enfin, elle peut causer des tensions entre perspectives individuelles et collectives.

La transmission du VIH est étroitement liée à des actes considérés privés (p. ex., les rapports sexuels non protégés et l'usage de seringues). Néanmoins, l'État considère que ces actions individuelles ont des répercussions collectives si elles mènent à l'infection par le VIH. Là commence une lutte entre, d'une part, la protection de la santé et du bien-être collectifs et, d'autre part, les droits individuels. Notre étude a révélé cinq aspects où se manifestent des tensions entre perspectives individuelles et collectives. Ils sont décrits ci-dessous.

### 1. La participation des PVVIH/sida à des commissions nationales

La création de commissions pour réagir à la pandémie du VIH/sida est courante, dans le monde. Elles sont habituellement composées de représentants de divers secteurs de la société, notamment d'organismes gouvernementaux, du secteur privé,

de groupes religieux, d'organismes non gouvernementaux et de PVVIH/sida. Les lois ou politiques de tous les pays à l'étude, à l'exception du Panama, stipulent la création de telles structures. Toutefois, la participation des PVVIH/sida y est limitée. Dans certains pays, elles n'y occupent que deux sièges sur 12. Dans plusieurs cas, le rôle des représentants

L'échec à impliquer adéquatement les PVVIH/sida dans les commissions nationales met en évidence les tensions entre perspectives individuelles et collectives.

des PVVIH/sida n'est pas clair. L'échec à impliquer les PVVIH/sida de façon significative dans ces commissions nationales met en évidence les tensions entre perspectives individuelles et collectives.

### 2. L'accès à des services médicaux et à des antirétroviraux

Malgré leurs limites, les antirétroviraux sont une stratégie efficace pour gérer les conséquences du VIH/sida. Dans certaines populations, l'accès à ces médicaments est limité en raison de leur prix et d'autres facteurs. L'accès aux traitements est mentionné dans les lois et politiques de tous les pays à l'étude, sauf le Honduras. Toutefois, la définition de traitement est vague.

Seules les lois et politiques du Costa Rica, du Guatemala et de Porto Rico mentionnent expressément l'accès à des antirétroviraux. Le message est clair : bien que le VIH/sida touche tout le monde, le traitement des personnes déjà affectées n'est pas une priorité.

### 3. La nature volontaire du test de sérodiagnostic du VIH

Les lois et politiques de tous les pays à l'étude, sauf l'Équateur, affirment que le test du VIH est une pratique volontaire. Par contre, elles décrivent aussi des circonstances où le test obligatoire peut s'appliquer, notamment : en procédure de divorce, pour des travailleurs du commerce du sexe, pour des personnes qui pratiquent des sports de contact, pour des personnes qui font l'objet d'une enquête criminelle, pour des personnes qui soupçonnent leur partenaire conjugal d'être séropositif, lorsqu'un médecin en fait la demande, et lorsque le gouvernement juge nécessaire d'intervenir auprès de populations spécifiques. Il est évident que dans ces circonstances, les besoins perçus de santé publique ont préséance sur la nature volontaire du test. Le droit collectif à la santé l'emporte sur le droit individuel au test volontaire.

### 4. La confidentialité dans la déclaration des cas

Les lois et politiques de tous les pays à l'étude affirment que les cas d'infection à VIH sont déclarés aux autorités de santé publique de façon confidentielle. Toutefois, cette procédure soulève des préoccupations. Seules les lois et politiques du Costa Rica, du Nicaragua et de Porto Rico mentionnent l'usage de codes numériques pour assurer la confidentialité. En République dominicaine, en

Équateur, au Honduras, au Guatemala et au Panama, on ne précise pas les modalités de la procédure. Ce

Les lois et politiques imposent aux PVVIH/sida des devoirs qui sont rarement imposés aux autres.

manque de clarté peut entraîner une discrimination ouverte à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida, en plus de véhiculer l'impression que le test est une activité potentiellement dangereuse.

### 5. Les droits et devoirs des PVVIH/sida

Les lois et politiques de tous les pays à l'étude comportent des dispositions particulières qui énoncent à la fois les droits et les devoirs des PVVIH/sida. Celles-ci ont notamment le droit à la protection contre la discrimination, à l'accès aux établissements d'éducation, à l'auto-divulgence de leur séropositivité à leur employeur, à la vie publique et à l'emploi. (Le droit à la protection contre la discrimination est mentionné partout, à l'exception du Honduras.). Les devoirs des PVVIH/sida comprennent la divulgation de leur séropositivité à leurs partenaires sexuels, la pratique d'une sexualité responsable et la divulgation de leur séropositivité aux professionnels de la santé.

Le fait que les PVVIH/sida doivent être protégées contre la discrimination exercée par les autres, dans la société, met en évidence la tension entre des perspectives individuelles et collectives. Cette tension est encore plus évidente lorsque l'on tient compte du fait que les lois et politi-

ques imposent aux PVVIH/sida des devoirs qui sont rarement imposés aux autres. Dans certains cas, on enfreint les droits des PVVIH/sida au nom de la sécurité publique. Par conséquent, le droit collectif à la santé a priorité sur les droits des PVVIH/sida – on le constate notamment dans des lois qui criminalisent la transmission intentionnelle du VIH et qui prévoient le pouvoir de contraindre les individus qui ont des comportements dangereux.

### Conclusion

La prévention efficace du VIH dépend de la façon dont la société réagit aux tensions entre les préoccupations et droits individuels et collectifs. L'État a la responsabilité d'aborder ces enjeux, dans l'élaboration de politiques sur le VIH/sida. Ce dernier pourrait être confronté à une vaste pandémie, s'il ne réduit pas efficacement la propagation du VIH. En revanche, il pourrait être aux prises avec une pandémie clandestine ou cachée, s'il insiste pour établir des politiques qui ne tiennent pas compte des droits humains des PVVIH/sida. L'État et les communautés affectées par l'épidémie doivent trouver un juste équilibre entre ces préoccupations.

– Nelson Varas-Díaz

L'étude citée dans cet article a été réalisée par Nelson Varas-Díaz et José Toro-Alfonso. Pour une description détaillée, contacter les auteurs à : University Center for Psychological Services and Research, University of Puerto Rico, P.O. Box 23174, San Juan, P.R. 00931-3174 (courriel : nvaras@rrpac.upr.clu.edu).

<sup>1</sup> Law 7771 (1998), « Ley general sobre el VIH/SIDA », Leyes y Reglamentos sobre SIDA Vigentes en Centroamérica, Guatemala, Proyecto Acción SIDA de Centroamérica.

<sup>2</sup> Law 55-93 (1993), Ley 55-93 sobre el SIDA, Santo Domingo, République dominicaine, Impresora Gonza-Lhito.

<sup>3</sup> Registro Oficial (2000), Ley para la Prevención y la Asistencia Integral del VIH/SIDA, Organismo del Gobierno de Ecuador, Quito, Équateur.

<sup>4</sup> Decreto 27-2000-06-26 (2000), Ley general para el combate del Virus de Inmunodeficiencia Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida y de la promoción y defensa de los derechos humanos ante el VIH/SIDA, *supra*, note 1.

<sup>5</sup> La Gaceta (1999, 13 de noviembre), Poder Legislativo: Decreto No.147-99, 1-7.

<sup>6</sup> Law 238 (2001), *Ley de promoción, protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA*, Managua, Nicaragua, Programa Nacional de Prevención y Control de las ETS/VIH/ SIDA.

<sup>7</sup> Ley 3 (2000), Ley general sobre las infecciones de transmisión sexual, el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida y el SIDA, *supra*, note 1.

<sup>8</sup> Varas-Díaz, N. et Toro-Alfonso, J. (sous presse), « A review of HIV/AIDS related policies in Puerto Rico: Implications for psychology », *Caribbean Studies*, University of Puerto Rico.

## Vers une implication plus significative des personnes vivant avec le VIH/sida

**Trop souvent, l'implication des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) dans les organismes non gouvernementaux (ONG) de lutte contre le sida est symbolique plutôt que significative. Le présent article, fondé sur un exposé de Christophe Cornu (abrégé n°WeOrG1292), démontre qu'en circonstances appropriées l'implication des PVVIH/sida peut être bénéfique, à la fois pour celles-ci et pour les ONG. À partir des résultats d'une étude menée au Burkina Faso, en Équateur, en Inde et en Zambie, l'auteur décrit les impacts positifs d'une telle participation. Il traite aussi d'effets possiblement néfastes pour les individus et les ONG, tels qu'identifiés par des participants à cette étude. Il propose enfin des recommandations à l'intention des ONG, pour maximiser les avantages de l'implication des PVVIH/sida.**

L'implication des PVVIH/sida dans le travail des organismes communautaires de lutte contre le sida, dans les pays en développement, peut mener à une amélioration générale de leur état de santé, tant au plan psychologique que physique. Toutefois, ce n'est pas une cure miraculeuse pour les personnes séropositives; la portée et l'intensité des effets bénéfiques sont liées aux circonstances de l'implication. Les programmes des ONG peuvent aussi devenir plus sensibles aux besoins de la clientèle séropositive, s'ils impliquent des PVVIH/sida de manière formelle et continue.

Ces conclusions sont tirées de la Diagnostic Study on the Involvement of People Living with HIV/AIDS in the Delivery of Community-Based Prevention, Care and Support Services [Étude diagnostique sur l'implica-

tion des personnes vivant avec le VIH/sida dans la provision de services communautaires de prévention, de soins et de soutien], réalisée par le Horizons Program au Burkina Faso, en Équateur, en Inde et en Zambie, de 1998 à 2001.<sup>1</sup> Des données ont été recueillies auprès de 745 ONG de services, clients, membres de la famille, professionnels de la santé, responsables de politiques et leaders communautaires, séronégatifs et séropositifs.

L'implication des PVVIH/sida auprès d'ONG prend quatre formes principales :

- **Accès.** Des PVVIH/sida ont recours aux services d'ONG (comme les soins médicaux, le counselling ou la formation). Il s'agit de la forme d'implication la plus courante.
- **Inclusion.** Des PVVIH/sida

appuient les activités d'organismes, soit à titre d'employées de soutien ou de bénévoles occasionnelles. Par exemple, elles peuvent être invitées à présenter un témoignage de temps à autre, ou être embauchées par des ONG à titre d'aidantes. Dans ce cas, elles jouent uniquement un rôle de soutien.

- **Participation.** Des PVVIH/sida fournissent officiellement des services sur une base régulière, à titre d'employées ou de bénévoles officielles. Elles peuvent être intervenantes en éducation ou conseillères, par exemple.
- **Implication accrue.** Des PVVIH/sida élaborent des services et gèrent directement des organismes. Elles y sont gestionnaires de programmes, directrices ou administratrices.

### Impact de l'implication des PVVIH/sida sur leur qualité de vie

L'implication des PVVIH/sida dans des activités d'ONG peut avoir à la fois des effets bénéfiques et néfastes sur leur qualité de vie. Les effets positifs sont notamment :

- **Prévention de l'isolement.** Grâce au soutien de pairs (p. ex. sous forme de counselling ou de groupes d'entraide) et à d'autres

moyens, les PVVIH/sida rencontrent habituellement d'autres personnes séropositives, lorsqu'elles prennent part aux activités d'un ONG ou ont recours à ses services. Elles réalisent alors qu'elles ne sont pas seules à vivre avec le VIH/sida et qu'elles peuvent discuter de problèmes et échanger des solutions avec des pairs.

- **Connaissance accrue du VIH/sida (y compris des traitements) et meilleur accès aux soins.** Par leur implication auprès d'ONG, les PVVIH/sida ont accès à une plus grande quantité d'information exacte sur diverses questions liées au VIH/sida – y compris l'accès aux soins (de bonne qualité, en particulier).
- **Meilleure acceptation de la séropositivité et estime de soi rehaussée.** Le fait de partager des expériences et d'avoir un meilleur accès à de l'information modifie la façon dont les personnes séropositives perçoivent l'infection à VIH. Elles envisagent souvent leur avenir avec plus d'espoir. Les PVVIH/sida qui s'impliquent dans la provision ou la gestion de services ont le sentiment de contribuer à leur communauté. Pour ces raisons, leur estime de soi est rehaussée et elles ont tendance à mieux composer avec l'infection à VIH.
- **Emploi ou bénéfices matériels.** Dans les pays pauvres où le chômage est élevé et les emplois formels sont rares, les PVVIH/sida embauchées par des ONG (ou qui reçoivent une forme de rémunération financière ou matérielle) bénéficient d'un revenu plus ou moins stable, mais essentiel à leur bien-être et à celui de leur famille – qui leur permet d'acheter de la nourriture et des médicaments. Dans certains cas, des ONG

offrent même des soins et traitements gratuits ou abordables à leurs intervenants séropositifs.

- **Modification du comportement.** La diminution du nombre de partenaires sexuels est un autre effet positif mentionné spontanément par les participants à l'étude en Zambie et en Équateur.
- **Acceptation familiale accrue.** Dans certains cas, les membres de la famille peuvent également modifier leur perception, en ayant accès à de l'information et en comprenant que le VIH n'est pas contagieux. Ils constatent aussi que leur proche séropositif peut demeurer productif.

Dans les quatre pays à l'étude, les répondants ont évoqué des inconvénients à l'implication des PVVIH/sida auprès d'ONG – qui dépendent des activités réalisées et du degré de visibilité des PVVIH/sida (c'est-à-dire si ces personnes sont ouvertes ou non, au sujet de leur séropositivité) au sein de l'organisme. Les inconvénients sont notamment :

- **Stigmatisation et discrimination.** Des PVVIH/sida ont rapporté des expériences personnelles de stigmatisation et de discrimination liées à leur implication visible dans la provision de services. Les personnes séropositives qui ont choisi de ne pas s'afficher ont indiqué que le principal facteur ayant influencé cette décision était la crainte de discrimination.
- **Dépression.** Lorsque des PVVIH/sida asymptomatiques s'occupent d'autres personnes qui sont déjà malades, elles peuvent s'identifier à ces individus et commencer à éprouver des symptômes de dépression.
- **Épuisement (burn-out).** Le risque d'épuisement est élevé, dans les organismes où quelques personnes

séropositives s'impliquent activement. Celles-ci doivent souvent répondre à de nombreuses demandes; et il peut être difficile de composer avec la pression.

## Impact de l'implication des PVVIH/sida sur les ONG

L'implication des PVVIH/sida peut s'accompagner à la fois d'effets bénéfiques et néfastes, pour les ONG. Les effets positifs sont notamment :

- **Modification de l'attitude des employés à l'égard des personnes séropositives.** Le personnel et l'administration des ONG qui n'ont connu des PVVIH/sida que comme clientes doivent remettre en question leurs perceptions et leurs craintes, lorsque ces personnes deviennent des collègues. Cela crée habituellement un environnement plus positif pour les PVVIH/sida impliquées auprès d'ONG.
- **Meilleure compréhension des questions touchant les PVVIH/sida.** En travaillant avec des collègues séropositifs et en partageant certains de leurs problèmes, les autres fournisseurs de services sont mieux sensibilisés aux besoins des PVVIH/sida en général.
- **Intégration de la défense des droits des PVVIH/sida au travail de l'organisme.** Dans certains cas, l'intégration de la perspective des PVVIH/sida dans le travail de l'organisme permet d'élargir les activités pour y inclure la défense des droits de ces personnes.
- **Services de soins et de soutien plus pertinents et personnalisés.** Plusieurs répondants ont fait état d'un lien solide de confiance entre les soignants séropositifs et leurs clients vivant avec le VIH/sida.

Cela rend les services de l'ONG plus sensibles aux besoins des PVVIH/sida, en particulier lorsque plusieurs soignants professionnels ont des préjugés et exercent de la discrimination à l'égard de celles-ci. Par ailleurs, l'information fournie par des soignants séropositifs est perçue comme étant plus crédible, puisque ceux-ci ont vécu des problèmes semblables à ceux de leurs clients.

- **Activités de prévention plus efficaces.** L'implication des PVVIH/sida rehausse l'efficacité des activités d'intervention et de prévention. Premièrement, elle donne un visage plus réel au sida, dans les communautés où le déni persiste. Deuxièmement, elle rehausse la crédibilité de l'information fournie. Troisièmement, les gens sont parfois plus enclins à subir un test du VIH en voyant que les personnes séropositives peuvent mener une vie normale.
- **Crédibilité accrue de l'ONG.** Les ONG qui impliquent des PVVIH/sida dans leurs services ont généralement une plus grande crédibilité auprès de leur clientèle, de la communauté et des bailleurs de fonds.

Les effets négatifs de l'implication des PVVIH/sida, pour les ONG, peuvent être notamment :

- **Perturbation des services.** Malheureusement, les taux de morbidité et de mortalité demeurent très élevés parmi les PVVIH/sida, dans les pays où l'accès aux soins et traitements est limité. Cela peut avoir un impact négatif sur la continuité des activités menées par des personnes séropositives, au sein d'ONG – voire

affecter la viabilité d'un organisme en entier, s'il est dirigé par des PVVIH/sida.

- **Coût élevé de formation.** Une autre conséquence des taux élevés de mortalité est le coût lié à la formation de nouveaux intervenants séropositifs, lorsque l'ONG doit remplacer ceux qui sont décédés prématurément.
- **Coût élevé des avantages sociaux.** Si l'ONG fournit des soins à ses employés en cas de maladie, il s'expose à des dépenses supplémentaires puisque les PVVIH/sida sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins sur une base régulière, comparativement aux personnes n'ayant pas d'infection chronique.
- **Stigmatisation.** Les ONG qui impliquent des PVVIH/sida dans leurs services pourraient être perçus comme des regroupements de personnes séropositives. Par conséquent, tous leurs membres – séropositifs ou non – pourraient faire l'objet de stigmatisation.
- **Provision d'information inexacte.** Dans l'approche inclusive de l'implication, il arrive que les PVVIH/sida qui agissent à titre de bénévoles occasionnelles reçoivent une formation médiocre. Leur participation implique donc un risque que de mauvaises informations soient alors véhiculées.

## Recommandations

Les ONG peuvent adopter des mesures pour rehausser l'implication des PVVIH/sida en leur sein, créer un environnement de soutien et maximiser les effets bénéfiques de cette expérience. Ces mesures sont notamment :

- **Développer des attitudes et des politiques non discriminatoires.**

Tous les employés d'ONG ne sont pas spontanément tolérants à l'égard des PVVIH/sida, mais on peut modifier leur attitude grâce à la sensibilisation. Les ONG devraient insister sur la nécessité que tous leurs employés et bénévoles respectent le principe de la confidentialité.

- **Offrir du soutien psychologique aux intervenants séropositifs.** Les ONG qui offrent du soutien à leurs clients séropositifs devraient aussi apprendre à soutenir leurs intervenants qui vivent avec le VIH/sida. Pour les PVVIH/sida, le soutien des pairs et le soutien psychologique professionnel devraient être complémentaires.
- **Rehausser les compétences des employés et bénévoles séropositifs.** Les ONG devraient collaborer avec leurs employés et bénévoles séropositifs pour identifier les besoins de formation et développer des programmes d'orientation et de formation.
- **Fournir des traitements aux employés et bénévoles séropositifs.** Le fait d'offrir des traitements gratuits ou abordables rendra l'implication des PVVIH/sida plus soutenue; cela aura des effets bénéfiques à la fois pour les ONG et pour leurs employés et bénévoles séropositifs.
- **Fournir des références et des opportunités de réseautage.** Toutes les formes d'implication ne sont pas toujours possibles ou souhaitables dans un ONG. Les organismes devraient veiller à ce que les PVVIH/sida en leur sein soient informées des services offerts par d'autres organismes et qu'elles aient l'occasion de s'impliquer auprès de ceux-ci. Cela favoriserait l'implication plus

significative des PVVIH/sida dans un plus grand nombre d'organismes.

– présenté par *Christophe Cornu*

Christophe Cornu est consultant associé à l'International HIV/AIDS Alliance et il est le chercheur principal de l'étude susmentionnée. On peut le joindre à christophecornu@

wanadoo.fr. Cet exposé a été préparé avec l'aide de Christopher Castle, adjoint de programme au Horizons Program – un programme mondial de recherche mis en œuvre par le Population Council en collaboration avec l'International Center for Research on Women, le Program for Appropriate Technology in Health, l'International HIV/AIDS Alliance, la Tulane University, Family Health International et

la Johns Hopkins University. L'International HIV/AIDS Alliance est le principal organisme ayant dirigé l'étude. On peut joindre M. Castle à ccastle@pcdc.org.

<sup>1</sup> Un sommaire de cette étude est disponible en anglais sur le site Internet de l'International HIV/AIDS Alliance (via [www.aidsalliance.org](http://www.aidsalliance.org)).

## Le test du VIH pour les forces de maintien de la paix : questions juridiques et relatives aux droits de la personne

En 2001, le Conseil de Sécurité des Nations Unies a mis sur pied un Comité d'experts chargé d'étudier l'opportunité d'instaurer des tests du VIH pour le personnel des forces de maintien de la paix. Le présent article, fondé sur un exposé présenté le 9 juillet 2002 à la XIV<sup>e</sup> Conférence Internationale sur le sida (abrégé TuOrGI 173), décrit les conclusions d'un document préparé pour le comité d'experts par le Réseau juridique canadien VIH/sida. Le document étudie le droit des Nations Unies de mettre en œuvre un programme de tests de VIH obligatoires pour son personnel de maintien de la paix. Il se penche également sur l'opportunité d'exclure du service les membres séropositifs du personnel de maintien de la paix de l'ONU à cause de leur état ou de la progression d'une maladie apparentée au VIH. L'article mentionne quelques arrêts où ces questions ont été considérées; traite de l'importance d'analyser ces questions dans le contexte d'une approche de la pandémie fondée sur les droits de la personne; et formule des principes fondamentaux pour guider le processus décisionnel de l'ONU. L'article conclut qu'une politique de test obligatoire du VIH pour tout le personnel de maintien de la paix de l'ONU ne pourrait être justifié par la nécessité d'évaluer leur capacité physique et mentale relativement au service; que les membres séropositifs du personnel de maintien de la paix ne peuvent pas être exclus du service uniquement à cause de leur séropositivité, mais seulement selon leur capacité d'exécuter leurs fonctions; et que l'ONU ne peut pas imposer le test du VIH à tout le personnel de maintien de la paix pour protéger la santé et la sécurité du personnel séronégatif, à moins qu'elle puisse démontrer qu'aucune autre option ne pourrait réduire suffisamment les risques. En conséquence, le Comité d'experts a rejeté à l'unanimité le test obligatoire et favorisé le test de VIH et le counselling volontaire, pour les opérations de maintien de la paix.

### Introduction

Dans la Résolution 138, adoptée le 17 juillet 2000, le Conseil de Sécurité s'est dit préoccupé par l'effet néfaste potentiel du VIH/sida sur la santé du personnel de maintien de la paix, y compris le personnel de soutien.<sup>1</sup> Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) a convoqué une réunion de stratégie en Suède, en décembre 2000, pour aborder de la vaste gamme de questions relatives au VIH/sida et au maintien de la paix. Par la suite, l'ONUSIDA, en collaboration avec le Département des opérations de maintien de la paix de l'ONU, a mis sur pied un Comité d'experts sur le test du VIH dans les opérations de maintien de la paix de l'ONU chargé d'analyser la question du test obligatoire et de formuler une position détaillée sur le sujet. Le Comité d'experts s'est réuni à Bangkok à la fin de l'année 2001.<sup>2</sup>

Le Comité d'experts d'ONUSIDA a commandé un document pour alimenter sa réflexion.<sup>3</sup> Les principales questions abordées dans le document étaient :

- L'ONU peut-elle instaurer une politique de test obligatoire du VIH pour les membres de son personnel de maintien de la paix?

L'ONU a le droit de demander des renseignements sur la séropositivité de son personnel de maintien de la paix uniquement si elle peut légitimement utiliser ces renseignements pour prendre des décisions relatives à l'emploi.

- Les membres séropositifs du personnel de maintien de la paix de l'ONU peuvent-ils être exclus du service à cause de leur séropositivité ou de la progression de la maladie?

Ces deux questions sont étroitement reliées parce que l'ONU, en tant qu'employeur, a le droit de demander des renseignements sur la séropositivité de son personnel de maintien de la paix ou des candidats au service (par test obligatoire ou autrement) uniquement si elle peut légitimement utiliser ces renseignements pour prendre des décisions relatives à l'emploi.

## La jurisprudence

Quelques arrêts ont abordé ces questions dans un contexte militaire. Voici une brève description des plus importants :

- *N c. Minister of Defence*<sup>4</sup> (Namibie) : Le litige portait sur le droit des Forces armées namibiennes de refuser d'engager un candidat uniquement parce qu'il était séro-

positif. Le candidat a eu gain de cause devant la Labour Court of Namibia.

- *Hoffmann c. South African Airways*<sup>5</sup> (Afrique du Sud) : Le litige portait sur le droit de la South African Airways (SAA) de refuser d'engager un candidat séropositif comme agent de bord uniquement parce qu'il était séropositif. Le candidat a échoué en première instance, mais la Constitutional Court of South Africa<sup>6</sup> lui a donné gain de cause.
- *A. c. Union of India*<sup>7</sup> (Inde) : Le litige portait sur le droit de la Marine Indienne de refuser de réembaucher un membre d'équipage du service sous-marin uniquement parce qu'il était séropositif. La High Court of Judicature de Bombay a rejeté la demande du candidat.
- *X c. The Commonwealth of Australia*<sup>8</sup> (Australie) : Le litige portait sur le droit des forces de défense australiennes de mettre fin à l'engagement d'un soldat uniquement parce qu'il était séropositif. Le soldat a eu gain de cause auprès d'un tribunal des droits de la personne. La cause a été renvoyée au tribunal pour une nouvelle audience et a finalement donné lieu à un règlement dont les conditions n'ont pas été dévoilées.
- *Thwaites c. Canada (Canadian Armed Forces)*<sup>9</sup> (Canada) : Le litige portait sur le droit des Forces armées canadiennes de mettre fin à l'engagement d'un soldat uniquement à cause de sa séropositivité et de la progression d'une maladie apparentée. Le soldat a eu gain de cause auprès d'un tribunal des droits de la personne et le jugement a été confirmé par la Cour fédérale.

## L'importance d'une approche au VIH/sida fondée sur les droits de la personne

Les spécialistes de la santé publique mondiale et d'autres experts insistent depuis longtemps sur la nécessité de protéger, plutôt que de limiter, les droits et les libertés fondamentales des personnes qui vivent avec le VIH/sida (et des personnes exposées au risque d'infection), et de les intégrer le plus possible à la société, parce que ce sont les moyens les plus efficaces de prévenir la propagation du VIH et d'atténuer les effets sociaux et économiques de la pandémie.

C'est ce qu'on appelle généralement « l'approche fondée sur les droits de la personne » – une approche qui protège, respecte et réalise les droits de la personne (plutôt que de les restreindre).<sup>10</sup> Les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne prévoient un cadre pour l'approche fondée sur les droits de la personne en exposant en termes concrets et pratiques comment les normes des droits de la personne s'appliquent dans le contexte du VIH/sida.<sup>11</sup> L'approche fondée sur les droits de la personne est importante, parce qu'elle est le moyen le plus efficace de prévenir la propagation du VIH et d'atténuer les effets sociaux et économiques du sida; et parce que c'est moralement juste. Le Haut Commissaire aux droits de l'homme des Nations Unies, ONUSIDA, l'Organisation mondiale de la santé et l'Organisation internationale du travail ont tous reconnu l'importance d'adopter une approche fondée sur les droits de la personne.

À cause de l'importance fondamentale des droits de la personne et de la forte prépondérance des opinions d'experts à l'effet que la

L'approche fondée sur les droits de la personne est le moyen le plus efficace de prévenir la propagation du VIH et d'atténuer les effets sociaux et économiques du sida.

protection, plutôt que la limitation, des droits de la personne est le moyen le plus efficace de protéger la santé publique contre la transmission du VIH, les Nations Unies devraient faire valoir des motifs particulièrement graves pour que l'adoption de mesures qui portent atteinte aux droits des membres séropositifs du personnel de maintien de la paix puisse être considérée acceptable.

Les dispositions pertinentes de la Charte des Nations Unies, de la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres documents des Nations Unies démontrent la détermination des Nations Unies de se conformer au droit international des droits de la personne. En particulier, dans sa Déclaration d'engagement sur le VIH/sida<sup>12</sup>, l'Assemblée Générale des Nations Unies s'est engagée à indiquer la voie à suivre dans le domaine de la protection des droits de la personne, y compris dans le contexte de l'embauche de personnes qui vivent avec le VIH/sida.

### Les principes dérivés du droit à l'égalité de traitement dans l'emploi

L'analyse des éléments des droits de la personne qui concernent la protection du droit à l'égalité de traitement dans l'emploi des personnes vivant avec le VIH/sida permet de formuler les principes fondamentaux suivants, qui devraient guider le processus déci-

sionnel de l'ONU en ce qui a trait au service du personnel de maintien de la paix :

- Les membres séropositifs du personnel de maintien de la paix ont droit à l'égalité de traitement dans l'emploi. Ce droit comprend la protection contre la discrimination et l'aide concrète de la part des employeurs.
- La décision d'exclure du service un membre du personnel de maintien de la paix de l'ONU ou de restreindre ses fonctions n'est pas discriminatoire si la personne est incapable de répondre aux exigences inhérentes à l'emploi.
- Les motifs sur lesquels l'ONU s'appuie pour déterminer si la séropositivité (ou un stade de progression de la maladie) relève d'une exigence inhérente à l'emploi dans le service de maintien de la paix de l'ONU ne doivent pas être fondés sur des préjugés ou des stéréotypes, mais sur de solides pratiques liées à l'emploi et à la santé publique.
- La capacité physique et mentale des membres du personnel de maintien de la paix d'exécuter leurs fonctions, la santé et la sécurité des membres séropositifs du personnel de maintien de la paix, et la santé et la sécurité des autres (c'est-à-dire des membres séronégatifs du personnel de maintien de la paix) sont toutes pertinentes à l'efficacité opérationnelle des missions de maintien de la paix et, de ce point de vue, sont des sujets de préoccupation légitimes pour les Nations Unies.
- Pour que la séropositivité (ou un stade donné de la progression de la maladie apparentée au VIH) présente une pertinence relative aux exigences de l'emploi dans le service de maintien de la paix de l'ONU, l'ONU devrait demander qu'il est *raisonnablement nécessaire* de tenir compte de la question. Pour que ce soit raisonnablement nécessaire :
- L'ONU doit démontrer que l'évaluation du risque repose sur *l'information médicale, scientifique et statistique la plus fiable et la plus à jour qui soit*, et non sur des impressions, des suppositions, des spéculations ou des généralisations sans fondement.
- L'évaluation du risque doit être faite *cas par cas*.
- Le risque déterminé doit être *important*. L'importance du risque doit être mesurée de manière comparative, dans le contexte d'un emploi particulier, et par rapport à d'autres risques présentés par le service de maintien de la paix de l'ONU. Si des risques d'une ampleur comparable sont acceptables dans le milieu de travail, les risques que poserait une personne séropositive ne peuvent pas être considérés importants. Ce critère du « risque relatif » reconnaît que les entreprises humaines ne sont pas totalement dénuées de risque et que certains risques sont par conséquent supportables.
- L'ONU doit établir que l'exigence n'est *pas disproportionnée* – c'est-à-dire qu'il n'existe pas, pour régler le problème en question, d'autres moyens moins préjudiciables au droit des membres séropositifs du personnel de maintien de la paix à l'égalité de traitement. Cela oblige l'ONU à chercher d'autres options raisonnables avant d'avoir recours à l'adoption d'une politique d'exclusion générale.

## Les principes dérivés du droit à la vie privée

L'analyse des éléments des droits humains qui concernent la protection du droit des personnes qui vivent avec le VIH/sida à la protection des renseignements concernant leur séropositivité permet de formuler les principes fondamentaux suivants, qui devraient guider le processus décisionnel de l'ONU en ce qui a trait aux tests du VIH pour le personnel de maintien de la paix :

- Les membres du personnel de maintien de la paix de l'ONU ont droit à la protection de la confidentialité des renseignements sur leur santé, notamment de leur séropositivité. Ce droit ne peut être violé que dans des circonstances restreintes.
- L'ONU a le fardeau de justifier les violations de ce droit à la vie privée.
- La capacité physique et mentale des membres du personnel de maintien de la paix d'exécuter leurs fonctions, la santé et la sécurité des membres séropositifs du personnel de maintien de la paix, et la santé et la sécurité des autres sont pertinentes à l'efficacité opérationnelle des missions de maintien de la paix de l'ONU. Ce sont des sujets de préoccupation légitimes pour les Nations Unies, et ce sont des sources possibles de restriction du droit à la vie privée.
- L'importance de protéger les droits et les libertés fondamentales des membres séropositifs du personnel de maintien de la paix, du point de vue de la santé publique, exige que les mesures les plus discrètes et les moins restrictives soient utilisées pour aborder les sujets qui préoccupent l'ONU.
- Les examens médicaux obligatoires ayant pour objet d'évaluer

l'aptitude des employés à satisfaire les exigences inhérentes à leurs emplois sont acceptables.

- Dans toute approche rigoureuse de la protection de la vie privée, l'ONU doit démontrer que l'imposition du test du VIH au personnel de maintien de la paix, dans le cadre d'un examen médical, le cas échéant, sont *nécessaires*. Pour être jugé nécessaire, le test doit respecter les conditions suivantes :
  - si l'objectif du test est de faire face à un problème ou à un risque et de le cerner, le risque doit être *réel*, et non hypothétique, et il doit être *important*;
  - le test du VIH doit être le moyen *le plus efficace* d'aborder le problème, c'est-à-dire que toutes les autres options seraient insuffisantes; et
  - les arguments de l'ONU à cet égard doivent reposer sur des preuves concrètes.
- Si le test obligatoire du VIH peut se justifier, il doit être réalisé de la manière la moins intrusive possible. En particulier :
  - On doit demander le consentement éclairé du membre du personnel de maintien de la paix avant de lui administrer le test; et
  - le refus de consentement doit être respecté intégralement et ne peut pas être contourné au moyen de formes indirectes de test de VIH.<sup>13</sup>

## Quelles conclusions peut-on tirer?

### L'aptitude physique et mentale pour le service de maintien de la paix

Une politique de test obligatoire du VIH pour tout le personnel de maintien de la paix de l'ONU ne pourrait

pas être justifié en invoquant la nécessité d'évaluer l'aptitude physique et

**Un membre séropositif du personnel de maintien de la paix ne peut pas être exclu du service du seul fait de sa séropositivité.**

mentale au service, puisque la séropositivité en elle-même n'est pas déterminante à cet égard. Les personnes séropositives, qu'elles soient symptomatiques ou asymptomatiques, peuvent être pleinement compétentes. Le test du VIH ne devrait être obligatoire que dans le cas où il devient nécessaire pour évaluer l'aptitude physique et mentale au service de maintien de la paix (de l'avis d'un médecin reconnu).

Les membres séropositifs du personnel de maintien de la paix ne peuvent pas être exclus du service – et les candidats séropositifs ne peuvent en être écartés – du seul fait de leur séropositivité. L'ONU doit plutôt procéder à des évaluations adéquates et individuelles de l'aptitude physique et mentale des personnes séropositives, afin de prendre des décisions liées à l'emploi à partir de faits réels, et non perçus.

L'ONU doit éviter l'approche par catégories de l'évaluation et de l'exclusion du service – qui consisterait à déclasser toutes les personnes qui ont une infection à VIH symptomatique, sans tenir compte de la nature, de l'étendue et de l'effet de la symptomatologie selon la personne. L'ONU doit prendre des mesures d'adaptation raisonnables pour permettre aux membres séropositifs du personnel de maintien de la paix de continuer à servir le plus longtemps possible.

## La santé et la sécurité des autres

L'aptitude des membres séropositifs du personnel de maintien de la paix de l'ONU (ou des candidats au service) d'exécuter leurs fonctions sans danger pour les autres est un sujet de préoccupation légitime de l'ONU en relation avec l'efficacité de ses opérations.

Au delà de cette proposition générale, cependant, il n'y a pas de norme absolue. En règle générale, il est clair que, avant d'adopter une politique de test obligatoire du VIH pour tout le personnel de maintien de la paix, ou d'exclure les personnes séropositives du service pour protéger la santé et la sécurité des autres :

- l'ONU doit établir que d'autres options raisonnables (notamment, mais non de façon limitative, la possibilité de prendre des mesures d'adaptation tenant compte de la situation des personnes pour réduire les risques) ne réduisent pas le risque au point qu'il soit d'une ampleur comparable à celle d'autres risques que comporte le service de maintien de la paix; et que
- elle doit le faire en s'appuyant sur l'information médicale, scientifique et statistique la plus fiable et la plus à jour qui soit.

## Les conclusions du Comité d'experts de l'ONU

Le Comité d'experts sur le test du VIH dans les opérations de maintien de la paix de l'ONU a rejeté à l'unanimité le test obligatoire et a plutôt appuyé le test et le counselling volontaires (TCV) pour les opérations de maintien de la paix de l'ONU. Le Comité a conclu que le TCV est le moyen le plus efficace de prévenir la transmission du VIH, y compris parmi le personnel de maintien de la paix, les populations hôtes et les conjoints et partenaires du personnel de maintien de la paix. Le Comité a recommandé que le TCV soit offert au personnel de maintien de la paix dans le cadre d'un programme complet de services de traitement et de prévention du VIH.

— présenté par Ralf Jürgens

Ralf Jürgens est directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à ralfj@aidslaw.ca. L'auteur principale du document sur lequel le présent article est fondé est Lori Stoltz, qui était présidente du Réseau au moment de la rédaction du document. Le troisième auteur collaborateur est David Patterson, directeur des programmes internationaux et de l'accroissement de la capacité, au Réseau juridique.

<sup>1</sup> S/RES/1308 (2000) 17 juillet 2000, OP 1 and 5.

<sup>2</sup> Voir, ONUSIDA, « Report of the UNAIDS Expert Panel on HIV Testing in United Nations Peacekeeping Operations », 28-30 novembre 2001, Bangkok, Thaïlande (disponible à [www.unaids.org/publications/documents](http://www.unaids.org/publications/documents) sous « Uniformed Services »).

<sup>3</sup> La version intégrale du document d'information intitulé « Mandatory HIV Testing of UN Peacekeeping Forces: Legal and Human Rights Issues », préparé par le Réseau juridique canadien VIH/sida pour l'ONUSIDA est disponible à [www.unaids.org/publications/documents](http://www.unaids.org/publications/documents) sous « Uniformed Services ».

<sup>4</sup> Labour Court of Namibia, rendu le 10 mai 2002, n° LC 24/98.

<sup>5</sup> CCT 17/00, Constitutional Court of South Africa (28 septembre 2000).

<sup>6</sup> Bien que cette affaire ne se situe pas dans un contexte militaire, nous l'avons incluse parce que les motifs proposés par la SAA à l'appui de sa position étaient similaires aux arguments qui ont été mis de l'avant dans le contexte militaire.

<sup>7</sup> Writ Petition No. 1623 01 2000, High Court of Judicature at Bombay (28 novembre 2000).

<sup>8</sup> [1999] HCA 63.

<sup>9</sup> [1993] C.H.R.D. n° 9 (7 juin 1993); conf. par *Canada (Procureur général) c. Thwaites*, [1994] 3 F.C. 38 (C.F., Div. de 1<sup>re</sup> instance).

<sup>10</sup> Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, « Une approche du VIH/sida fondée sur les droits de la personne », Session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'ONU sur le VIH/sida, 25-27 juin 2001, au par. 4.

<sup>11</sup> Les *Directives internationales* ont été publiées conjointement par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et ONUSIDA en février 1998. Depuis, elles ont été utilisées par des gouvernements, des organismes humanitaires, des agences et organismes des Nations Unies, des organismes non gouvernementaux et des personnes vivant avec le VIH/sida, comme outil pour la formation relative au VIH/sida et aux droits de la personne, la formulation de politiques, l'élaboration de lois et l'assistance judiciaire en lien avec le VIH/sida (disponibles via [www.unaids.org](http://www.unaids.org)).

<sup>12</sup> Adoptée par l'Assemblée Générale en juin 2001 (disponible via [www.unaids.org/UNGASS/index.html](http://www.unaids.org/UNGASS/index.html)).

<sup>13</sup> La forme normale du test du VIH consiste à détecter la présence d'anticorps anti-VIH dans le sang. La numération des lymphocytes CD4 et l'épreuve de dépistage de l'antigène P24 sont des exemples de tests indirects.

# Stigmatisation et discrimination liées au VIH/sida : un cadre conceptuel

Seulement si nous comprenons d'où viennent la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/sida, et comment elles sont liées à des inégalités sociales plus vastes et au déni de droits humains fondamentaux, pourrions-nous développer des stratégies efficaces pour les combattre. Le présent article est une version abrégée d'un discours programme prononcé à l'occasion de « Meeting the Stigma Challenge: New Paradigms for Civil Society », une rencontre satellite tenue à Barcelone, le 8 juillet 2002, et parrainée par le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA). L'exposé décrivait le cadre conceptuel qui sous-tend la Campagne mondiale contre le sida de 2002-2003, dont le thème est « Stigmatisation et discrimination » et le slogan, « Vivez et laissez vivre ». Son auteur, Peter Aggleton, présente un aperçu conceptuel du lien entre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/sida et les violations de droits humains qui en découlent, pour montrer l'interrelation entre ces préoccupations. Il donne aussi des exemples de mesures concrètes qui peuvent servir à lutter contre la stigmatisation, la discrimination et les violations de droits humains.

## Introduction

La stigmatisation et la discrimination liées au VIH/sida sont les plus importants obstacles à la prévention de l'infection, à la provision de soins, de traitements et de soutien adéquats et à la réduction de l'impact de l'épidémie. Pour s'y attaquer, nous devons faire trois choses : empêcher l'émergence de la stigmatisation liée au VIH/sida; contester la discrimination liée au VIH/sida lorsqu'elle survient; puis contester et redresser les violations de droits humains qui en découlent.

## Causes et effets de la stigmatisation

Dans le contexte de l'épidémie mondiale, les causes de la stigmatisation sont nombreuses. Elles comprennent :

- le manque de compréhension du VIH/sida;

- les mythes associés à la transmission du VIH;
- les préjugés issus des premiers cas d'infection déclarés au sein de groupes sociaux marginalisés;
- le manque d'accès à des traitements anti-VIH;
- l'irresponsabilité médiatique;
- le fait que le sida est incurable;
- les peurs sociales liées à la sexualité; et
- les peurs liées à la maladie et à la mort.

La stigmatisation est un processus et non une chose. Elle décrit un processus de dévaluation qui implique l'identification de « différences indésirables », la création d'« identités bafouées » ainsi que des mécanismes de distanciation et de déni personnel et social. Il s'agit aussi d'un processus par lequel les gens se positionnent à l'extérieur de l'épidémie, puis

se considèrent protégés d'une certaine façon et différents des personnes stigmatisées.

La stigmatisation est nuisible parce qu'elle peut provoquer des sentiments de honte et de culpabilité chez les personnes vivant avec le VIH/sida. Elle peut entraîner l'isolement et peut mener des gens à poser (ou à omettre) des gestes qui causent du tort à d'autres individus ou les privent de services ou de droits. Des personnes vivant avec le VIH/sida :

- sont isolées et mal traitées dans des écoles et des hôpitaux;
- se voient refuser un emploi ou offrir des postes inférieurs;
- se voient refuser le droit de se marier et de fonder une famille;
- sont tenues de subir un test du VIH au retour dans leur pays d'origine;
- se voient refuser le droit de retourner dans leur pays d'origine, en raison de leur séropositivité soupçonnée;
- se voient refuser un visa ou une permission d'entrée dans d'autres pays;<sup>1</sup> et
- se font attaquer, blesser ou tuer en raison de leur séropositivité.

Même si la stigmatisation liée au VIH/sida est immédiate, elle est profondément enracinée dans la société. Elle influence, renforce et reproduit les inégalités sociales existantes. Par conséquent, pour s'y attaquer, il faut non seulement lutter contre ses manifestations superficielles, mais aussi contre son origine. Plus de vingt années d'expérience ont démontré qu'il existe un lien direct entre la stigmati-

sation et la discrimination associées au VIH/sida et les relations et divisions sociales de sexe, de genre, de race et de classe. Trop souvent, des femmes, des travailleurs du sexe, des homosexuels et des personnes noires sont blâmés pour l'épidémie. Le sida est généralement perçu comme une maladie qui arrive aux « autres », aux « marginaux ». Des affirmations contradictoires – comme « Le sida est une maladie occidentale »; « Le sida est une maladie africaine »; « Le sida est une maladie de femmes »; et « Le sida est causé par les hommes » – illustrent bien cette perception.

### L'importance des droits humains

La stigmatisation, la discrimination et la violation des droits humains forment un cercle vicieux. La stigmatisation entraîne la discrimination; la discrimination mène à des violations de droits humains; ces violations légitiment la stigmatisation, qui génère encore plus de discrimination.

La protection contre la discrimination est un droit humain fondamental fondé sur des principes universels et constants de la justice naturelle. Des résolutions récentes de la Commission des droits de l'homme de l'ONU affirment clairement que l'expression « ou toute autre situation », énoncée dans divers instruments internationaux de droits humains, devrait être interprétée comme incluant l'état de santé, notamment le VIH/sida; et que la discrimination en raison du sida ou de la séropositivité, réelle ou présumée, est interdite en vertu des normes internationales existantes de droits humains.<sup>2</sup> Par conséquent, la discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH/sida ou présumées séropositives est une violation manifeste de leurs droits humains.

### Réaction à la stigmatisation et à la discrimination

Avant d'élaborer une réaction à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH/sida, nous devons réfléchir à leur nature, à leur origine et à leur effet. Ensuite, nous devons comprendre leurs liens avec les inégalités et injustices sociales plus vastes et le déni de droits humains et de libertés fondamentales. Enfin, nous devons poser des gestes pour prévenir, contester et redresser la stigmatisation, la discrimination et les violations de droits humains.

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida des Nations Unies<sup>3</sup> est un instrument important pour organiser notre travail. Nous devons agir dans chacun des domaines clés qui y sont identifiés :

- éducation
- héritage
- emploi
- services sociaux et de santé
- prévention
- soutien et traitements
- information
- protection juridique.

Voici des exemples de mesures qui devraient être envisagés :

- des campagnes de sensibilisation pour aider les gens à comprendre l'injustice de la stigmatisation et de la discrimination;
- une éducation de bonne qualité dans les écoles et ailleurs, pour enseigner les faits et modifier les attitudes;
- des soins, des traitements, du soutien et une prévention accessibles à tous;
- du leadership et des engagements de la part de politiciens, de dirigeants religieux, de personnalités sportives, de vedettes du cinéma

et d'autres, pour dénoncer la discrimination liée au VIH/sida, diriger des actions publiques et agir contre la discrimination;

- l'implication à part entière des personnes vivant avec le VIH/sida dans la réaction à l'épidémie;
- la surveillance des violations de droits humains et la promotion de la capacité de contester la discrimination et d'obtenir un redressement auprès d'instances administratives, judiciaires et de droits humains;
- la formation de professionnels de la santé et d'autres, dans des domaines où la stigmatisation et la discrimination sont courantes;
- l'activisme et l'organisation communautaire des personnes vivant avec le VIH/sida et affectées autrement.

### Conclusion

Pour lutter efficacement contre la stigmatisation et la discrimination associées au VIH/sida, nous devons comprendre leur nature et leur lien direct avec la violation de droits humains. Seul un effort concerté et à multiples facettes, déployé simultanément à divers paliers, permettra de s'attaquer au problème. À terme, un vaste effort programmatique impliquant tous les secteurs de la société sera nécessaire pour atténuer les réactions négatives devant l'épidémie. Les personnes vivant avec le VIH/sida ont un rôle crucial dans ce travail – en tant qu'activistes, responsables de politiques, planificatrices de programmes, amies et collègues. Mais la responsabilité d'action doit être partagée – et ce sont les actes stigmatisants et discriminatoires qui doivent être contestés. L'application d'un cadre de droits humains offre précisément ce potentiel.

– Peter Aggleton

Peter Aggleton est directeur de la Thomas Coram Research Unit à l'Institute of Education de l'Université de Londres. L'exposé à l'origine du présent article se fonde sur le travail de Peter Aggleton, Richard Parker (Université Columbia, New York) et Miriam Maluwa (ONUSIDA) dans le cadre de la Campagne mondiale contre le sida 2002-2003. Leur travail est décrit dans un document intitulé *Cadre conceptuel et base d'action : Stigmatisation et discrimination associées au VIH/SIDA* ([www.unaids.org/publications/documents/human/JC782-ConceptFramew-F.pdf](http://www.unaids.org/publications/documents/human/JC782-ConceptFramew-F.pdf)).

<sup>1</sup> Le United States Department of State a dressé une liste énumérant près de 60 pays qui exigent le test du VIH, et expliquant les conditions applicables. Accessible à <http://travel.state.gov/HIVtestingreqs.html>. Voir aussi J.Y. Carlier, *La libre circulation des personnes vivant avec le VIH/sida*, Office des publications officielles des Communautés européennes, Bruxelles, Commission européenne (Programme VIH/sida au tiers monde), 1999 (résumé accessible sous le titre « Le VIH ne connaît pas de frontières », à [http://europa.eu.int/comm/development/aid/html/freemov\\_fr.htm](http://europa.eu.int/comm/development/aid/html/freemov_fr.htm)). Voir aussi Deutsche AIDS Hilfe et AIDS Info Docu Schweiz, *Dispositions d'entrée et de séjour, soins médicaux pour les personnes atteintes par le VIH/sida*, 3<sup>e</sup> édition, Berlin, décembre 2001 (accessible en français à [www.aidsnet.ch/immigration/f](http://www.aidsnet.ch/immigration/f)).

<sup>2</sup> Commission des droits de l'homme des Nations Unies, résolutions 1999/49, 2001/51, 2002/47 (accessibles via [www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch)).

<sup>3</sup> Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en juin 2001 (accessible via [www.unaids.org/UNGASS/index.html](http://www.unaids.org/UNGASS/index.html)).

## Barcelone 2002 : Abrégés sur des thèmes de droit, d'éthique et de droits humains

À la XIV<sup>e</sup> Conférence internationale sur le sida, plus de 230 abrégés portaient sur des questions juridiques, éthiques et de droits de la personne – comparativement à 140 à la Conférence de Durban (2000) et à 80 à celle Genève (1998). Les abrégés de Barcelone 2002 ont abordé des sujets comme la promotion de la santé et des droits sexuels chez les jeunes; l'éthique de la recherche sur le VIH; les modèles de défense des droits en matière de VIH; et l'exclusion systématique des immigrants séropositifs. Seuls quelques abrégés ont été sélectionnés pour publication dans ce numéro spécial de la Revue. Ils ont été retenus [et traduits] parce que, de pair avec d'autres articles du présent numéro, ils forment un échantillon représentatif des nombreuses questions de ces domaines abordées à la Conférence. Deux abrégés abordent la surveillance d'interventions de droits humains et un autre touche l'absence de telles interventions. Un abrégé traite des obstacles à la législation anti-discrimination. Deux décrivent des recours au droit pour faire progresser la réaction au VIH/sida. Deux abordent l'usage de drogue : l'un, l'évaluation de politiques sur les drogues; l'autre, l'introduction d'un lieu sécuritaire pour l'injection. Deux abordent des questions liées au genre; un porte sur la recherche vaccinale et un autre sur les prisons. Parmi les 12 abrégés qui suivent, 8 traitent de pays en développement. D'autres abrégés sont accessibles sur le site Internet de la Conférence de Barcelone ([www.AIDS2002.com](http://www.AIDS2002.com)).

### Abrégé EI023 : Des lois indiennes exacerbent la vulnérabilité des femmes au VIH

**Contexte :** L'identification d'obstacles dans les lois et les procédures légales indiennes permet une compréhension approfondie des problèmes sociaux et éthiques qui accroissent la vulnérabilité des femmes devant le VIH, en plus de mettre en relief des domaines où une réforme du droit est nécessaire. En conséquence, une étude examinant près de 70 affaires légales a été menée afin de comprendre les problèmes juridiques qui touchent les femmes vivant avec le VIH/sida.

**Méthode :** On a analysé les affaires légales prises en charge par la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit entre 1998 et 2001. L'analyse a regroupé les

clientèles vivant avec le VIH/sida selon leur âge et leur état civil. Les problèmes juridiques ont été identifiés et classés selon les catégories suivantes : famille, dépendance économique, droits de propriété, pension alimentaire, garde des enfants, discrimination dans les soins de santé, consentement et confidentialité, et droit criminel en lien avec le harcèlement.

**Résultats :** L'analyse a révélé que la plupart des clientes appartiennent au groupe des 18 à 30 ans, et que plus de 50% d'entre elles sont veuves, dépendantes sur le plan économique et sans emploi. La pension alimentaire demandée à leurs époux ou à leur

belle-famille est un problème prédominant. Les réalités et les circonstances sociales liées au VIH ont perpétué, exacerbé et rehaussé les inégalités qui font que les femmes se retrouvent sans abri et dépourvues. Malheureusement, les lois personnelles indiennes perpétuent des inégalités entre les sexes et sont inaptes à résoudre les divers problèmes rencontrés par les femmes dans le contexte social du VIH/sida.

**Conclusions :** Il est urgent de réformer les lois qui touchent les femmes et d'habiliter celles-ci grâce à un solide système d'aide juridique structurelle. De plus, il est impératif qu'une réforme du droit personnel soit amorcée, en portant une attention particulière aux besoins spécifiques des femmes vivant avec le VIH/sida et affectées autrement.

Abrégé présenté par Nidhi Dubey, Lawyers Collective HIV/AIDS Unit, 7/10, Botawalla Building, 2nd Floor, Horniman Circle, Fort, Mumbai 400023, Inde. Courriel : aidslaw@vsnl.com.

### **Abrégé G4232 : Participation communautaire à la recherche de vaccins anti-VIH au Brésil**

**Sujet :** Au Brésil, les membres de la communauté ont une expérience limitée en matière de suivi des recherches cliniques. Toutefois, nous entamons une période historique où le rythme de la recherche de vaccins anti-VIH s'accélérera – une occasion unique de rehausser le leadership et l'implication communautaires à cet égard.

**Description :** À Rio de Janeiro, une unité d'essais vaccinaux anti-VIH prépare un plan d'éducation communautaire pour stimuler un climat de soutien, vis-à-vis du déve-

loppement de la recherche vaccinale, et pour établir un modèle de participation communautaire aux études dans ce domaine. Ce plan prévoit l'accroissement de la capacité de leaders communautaires, la création du premier comité consultatif communautaire du Brésil, l'élaboration d'un plan médiatique, la production de matériel éducatif et la réalisation d'activités d'intervention et de recrutement.

**Leçons :** Les leaders communautaires jouent un rôle crucial en assurant la pertinence de la recherche anti-VIH pour les communautés affectées et en appuyant le recrutement de volontaires. Une communauté bien informée aide à assurer la qualité éthique des projets proposés – ce qui contribue à l'avancement des initiatives de recherche.

**Conclusions :** La recherche de vaccins anti-VIH doit s'accompagner d'un effort intense d'éducation, pour réduire les difficultés inhérentes au recrutement de volontaires, déconstruire les mythes liés à la recherche et établir un partenariat égalitaire avec la communauté affectée. Les initiatives d'éducation communautaire adaptées au contexte brésilien peuvent enrichir grandement la collaboration entre le mouvement communautaire et la communauté scientifique. Un plan d'éducation communautaire peut aider à rehausser l'implication de la communauté dans les questions liées au développement de vaccins anti-VIH.

Abrégé présenté par Mônica Souza, C. Yoshida, G. Santos, M. Schechter et O. Valente, Projeto Praça Onze, Rio de Janeiro HVTU, Rua Gavião Peixoto, 355/1603, Niterói- RJ, Brésil. CEP. 24230093, Brésil.

### **Abrégé G8237 : Le Projet d'action anti-discrimination – faire le pont entre théorie et pratique**

**Sujet :** En dépit des percées dans le domaine des pratiques anti-discriminatoires et de la protection des droits, en Australie, les difficultés systémiques liées à l'application de lois sur les droits humains sont considérables. Dans un climat où l'homophobie et la discrimination liée au VIH/sida sont courantes, peu de plaintes sont déposées. L'ampleur de l'impact du VIH/sida sur les individus, la société et la santé publique agit comme un incitatif supplémentaire à veiller à l'efficacité des systèmes et des lois anti-discrimination. Il faut protéger à la fois les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et de celles qui sont vulnérables à l'infection, vu le rôle du contexte social dans la prévention du VIH.

**Description :** Visant à identifier les obstacles à l'application efficace des lois anti-discrimination et à développer des stratégies pour les surmonter, le Projet d'action anti-discrimination est issu d'un partenariat entre des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux. L'initiative se fonde sur deux principes de base : l'importance de la dimension juridique des droits humains; et le fait qu'une telle protection existe nécessairement dans un contexte non juridique plus vaste, et qu'elle est influencée par celui-ci.

**Leçons :** L'action communautaire doit avoir deux objectifs : rehausser les connaissances et les compétences des intervenants communautaires, afin d'optimiser leur capacité de poser des gestes en réaction à la discrimination; et rehausser la capacité du

secteur communautaire de militer pour des améliorations aux recours contre la discrimination et à la réforme du droit.

**Conclusions :** Avec une approche complète en matière de santé, le Projet d'action anti-discrimination se tourne vers la communauté en tant que lieu d'intervention efficace. Sans sous-estimer l'importance d'un cadre juridique adéquat, il considère que l'action ne devrait pas se limiter à des initiatives juridiques mais plutôt miser sur la création d'une résistance à la discrimination au sein même des communautés.

Abrégé présenté par Michael Reid, AIDS Council of New South Wales, Southern Cross University et Anti-Discrimination Board of New South Wales, P O Box 6063, South Lismore, NSW, 2480, Australie. Courriel : acon@acon.org.au.

### **Abrégé F1167 : Première salle d'injection à Genève : une longue lutte**

**Sujet :** Une salle d'injection rehausse l'impact de la réduction des méfaits en réduisant les risques de transmission du VIH et de l'hépatite C liés à de piètres conditions d'injection. Elle sert aussi de lieu où les utilisateurs de drogue par injection (UDI) peuvent être écoutés, trouver de l'information, obtenir des moyens de prévention et prendre un café. Elle réduit l'impact social de l'usage de drogue dans le quartier. Elle met également en relief un problème de santé (l'usage de drogue) et lui procure une reconnaissance officielle. La mise sur pied d'une salle d'injection prend du temps parce qu'elle impose aux autorités publiques de concilier des mandats divergents : la prévention, le traitement et la réduction des méfaits, mais aussi la répression.

**Description :** À la fin de 2001, le Groupe sida Genève a ouvert la première salle d'injection à Genève, après de longues négociations avec des instances politiques, policières, sanitaires et sociales. Des années de réussite de programmes de réduction des méfaits (p. ex., un autobus d'échange de seringues qui fonctionne depuis 1991) ont montré que pour avoir un impact rehaussé – une diminution significative des nouveaux cas de VIH parmi les UDI – il faut améliorer les conditions d'injection qui les rendent vulnérables. Nous avons rencontré notre gouvernement local pour lui proposer un projet expérimental impliquant la création d'une salle d'injection. D'abord rejeté, le projet fut éventuellement approuvé lorsque tous les acteurs du secteur social et de la santé de Genève y ont accordé leur appui. Un comité d'orientation composé de représentants de ce secteur (y compris les forces policières de la ville de Genève) a été formé.

**Leçons :** Il faut du temps pour franchir des étapes importantes dans la mise en œuvre de projets « délicats » comme l'introduction d'une salle d'injection. Un tel projet ne fonctionnera que si tous les partenaires, y compris les résidents du quartier, sont convaincus de sa nécessité.

**Conclusions :** Il est trop tôt pour formuler des recommandations sur la salle d'injection comme telle. Toutefois, notre expérience démontre clairement qu'une approche pragmatique qui place l'individu (utilisateur de drogue) au centre de la démarche est la seule option possible. Cette approche aide aussi à donner de la dignité aux utilisateurs de drogue, en ne les percevant pas comme des criminels mais plutôt comme des individus qui ont des droits et qui ont besoin de notre soutien.

Abrégé présenté par Florian Hübner, C. Berthet, C. Mani. Groupe sida Genève, Genève, Suisse. Courriel : florian@hivnet.ch.

### **Abrégé G6909 : Absence d'interventions efficaces en matière de VIH/sida et de droits humains en Zambie : une entrave au développement**

**Sujet :** Le VIH/sida est une crise de santé et de développement de proportions épidémiques. Par contre, peu de pays ont réagi (du moins en pratique) aux problèmes juridiques soulevés par la pandémie. Les interventions combinées doivent nécessairement inclure la promotion et la protection des droits des personnes vivant avec le VIH/sida, afin d'améliorer la capacité des programmes de prévention de joindre les populations affectées et vulnérables.

**Description :** Des études indiquent qu'il n'existe aucune loi spécifique sur le VIH/sida en Zambie. Par conséquent, il n'y a pas de système de redressement pour les personnes qui subissent de la discrimination. Les droits humains sont un concept plutôt nouveau, au pays. Le lien entre le VIH/sida et les droits humains est encore plus nouveau. Les interventions de lutte contre le VIH/sida se limitent à la sensibilisation aux voies de transmission et à la prévention de l'infection. On parle peu de stigmatisation et de discrimination. La plupart des gens ne passent pas de test du VIH. Lorsqu'ils le font, ils gardent leur résultat pour eux. Les hôpitaux n'ont pas de médicaments anti-VIH, ni de médicaments contre des malaises courants. Le prix des médicaments dépasse même les moyens de la haute bourgeoisie et la plupart des gens meurent simplement chez eux. La situation se détériore si

rapidement qu'aucun effort de développement ne peut y remédier.

**Léçons :** Pour favoriser le développement des pays du tiers monde, on a besoin d'interventions en matière de VIH/sida et de droits humains qui rejoindront les communautés. Le fait de passer outre aux violations de droits humains contredit l'un des principaux objectifs du développement : éradiquer ou réduire les inégalités. Le développement sert à garantir et à appuyer les droits des individus.

**Recommandations :** Les recommandations adressées à la Zambie sont les suivantes : (a) mener une étude sur les problèmes juridiques liés au VIH/sida au pays, afin d'identifier, de documenter et d'évaluer la priorité de chacun; et (b) promouvoir la défense des droits au palier communautaire, pour sensibiliser non seulement aux modes de transmission du VIH, mais aussi aux droits humains et aux droits des personnes vivant avec le VIH/sida.

Abrégé présenté par Malala Sakufiwa, Zambian AIDS-Law Research and Advocacy Network, P.O. Box 7, Chilanga, Zambie; et David Patterson, Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, Canada.

### **Abrégé GI 124 : Évaluation rapide des politiques sur les drogues et sur la réduction des méfaits en Europe de l'Est et dans l'ex-Union soviétique**

**Sujet :** Les efforts pour réduire la propagation du VIH et d'autres infections transmissibles par voie sanguine parmi les utilisateurs de drogue par injection (UDI) sont entravés par un manque d'accès à de l'information sur les lois et politiques sur les drogues et sur la réduction des méfaits. Les intervenants locaux de

santé publique et de réduction des méfaits doivent composer avec une évolution rapide du commerce de la drogue, de l'épidémie de VIH et des contextes juridique, social et économique.

**Description :** Ce projet a permis l'élaboration d'un instrument d'évaluation rapide des politiques (IERP), pour examiner les lois, les politiques et d'autres aspects de l'épidémie du VIH et de l'usage de drogue. Des intervenants locaux en matière de droit et de réduction des méfaits collaborent à la collecte de données sur des lois et politiques officielles, des pratiques actuelles (y compris les contraintes dans l'allocation de ressources) et des pratiques d'application de la loi, en plus de recueillir les points de vue d'informateurs clés sur les obstacles aux mesures de réduction des méfaits. Les données recueillies au moyen de l'IERP sont publiées sur Internet sous la forme de profils par pays, qui peuvent servir à identifier des opportunités de changements aux politiques.

**Résultats :** Nous disposons des résultats d'une analyse préliminaire dans 25 pays et de la formation dans 5 pays. Les 25 pays présentent divers taux documentés de VIH et d'usage de drogue; les UDI sont les plus touchés par l'épidémie à plusieurs endroits. Les lois n'interdisent pas formellement les activités de réduction des méfaits, mais des politiques, des pratiques et des ressources limitées rendent difficile la mise en œuvre de telles initiatives et vont à l'encontre des meilleures pratiques recommandées pour la prévention du VIH. Bien que la possession de seringues soit légale dans plusieurs pays, la possession de drogue expose les UDI à des arrestations pour délits liés à la drogue. La méthadone est souvent illégale. Les lois qui protè-

gent les droits individuels et celles qui accordent un « droit » à un traitement médical ou pour la toxicomanie ne sont souvent pas appliquées.

**Conclusions :** Les instruments d'évaluation rapide facilitent la collecte de données sur les politiques, dans des domaines où l'information est peu accessible. Ces données devraient être intégrées à la prévention, à la recherche, aux politiques et aux efforts de défense des droits en matière de VIH, à tous les paliers.

Abrégé présenté par Zita Lazzarini,<sup>1</sup> S. Burris,<sup>2</sup> P. Case,<sup>3</sup> D. Abrahamson<sup>4</sup> et J. Welsh.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>University of Connecticut Health Center, Farmington, CT, États-Unis; <sup>2</sup>Temple University Law School, Philadelphie, PA, États-Unis; <sup>3</sup>Harvard Medical School, Boston, MA, États-Unis; <sup>4</sup>Lindesmith Center, San Francisco, CA, États-Unis.

### **Abrégé G5560 : Examen des droits humains dans le contexte du VIH/sida**

**Contexte :** Un examen pilote des droits juridiques a été mené dans l'État de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, afin de mesurer l'application des *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne.

**Description :** L'instrument comporte dix indicateurs quantitatifs qui servent à évaluer si les obligations internationales d'ordre général et issues d'engagements spécifiques ont été respectées au palier national, dans la perspective du droit. Les droits justiciables examinés sont notamment les droits à la santé, à la vie privée, à la non-discrimination, à la liberté, à l'éducation, à l'information et aux progrès scientifiques. L'application hors du domaine juridique et celle de lois officielles ne sont pas évaluées, mais l'examen est une

première étape nécessaire et complémentaire. Le droit peut offrir des voies concrètes de redressement (p. ex., pour l'accès aux traitements).

**Leçons :** La participation tripartite d'experts indépendants, d'organismes communautaires et de gouvernements est essentielle à un mécanisme transparent de reddition de comptes. L'aperçu fourni par l'examen est utile aux intervenants qui mettent en relief des meilleures pratiques (p. ex., des lois anti-discrimination et sur l'échange de seringues), ainsi que pour stimuler la réforme du droit dans des domaines qui soulèvent des préoccupations (p. ex., le test volontaire). En identifiant les progrès possibles, l'examen pourrait enrichir les perspectives d'instances onusiennes de surveillance du respect des traités qui examinent des rapports nationaux.

**Conclusions :** Le projet pilote doit s'étendre au reste de l'Australie avant d'être adapté au contexte d'autres pays. L'instrument sera le plus utile dans les pays en développement, où l'épidémie est répandue et où les besoins en matière de droits humains sont les plus criants. On pourra le raffiner et le simplifier pour en faire un outil d'évaluation pouvant être relié à d'autres domaines vitaux de la recherche (p. ex., l'épidémiologie). De telles études empiriques répétées pourraient apporter des preuves causales démontrant l'effet positif de la promotion et de la protection des droits humains, dans la lutte contre l'épidémie – grâce à la prévention du VIH parmi les personnes vulnérables, à la réduction de l'impact de l'épidémie et à l'habilitation de la société civile à réagir efficacement.

Abrégé présenté par Helen Watchirs, Australian National University, 32 Roebuck Street, Red Hill, ACT 2603, Canberra, Australie. Courriel : watchirsh@law.anu.edu.au.

### **Abrégé GI419 : Le viol, le VIH et les droits humains des femmes lesbiennes en Afrique du sud**

**Sujet :** La violence sexuelle confirme la vulnérabilité de groupes déjà marginalisés et engendre de nouvelles formes de vulnérabilité et de marginalisation. L'on ne peut réagir à la crise du viol en Afrique du Sud, ni à son rôle dans la pandémie du VIH/sida, sans comprendre le fonctionnement des normes sexuelles et sexospécifiques – et des châtiments sociaux imposés à ceux qui les transgressent – dans les communautés locales.

**Description :** L'Afrique du Sud présente le plus haut taux de cas déclarés de viol. De plus, 2,3 millions de femmes et 1,8 million d'hommes y sont séropositifs. Les inégalités socio-économiques, l'organisation patriarcale et les rôles sexuels exposent les femmes à des taux élevés de violence sexuelle, ce qui accroît leur vulnérabilité au VIH. Plusieurs d'entre elles sont ciblées pour un viol en raison de leur orientation sexuelle réelle ou présumée. Vu la stigmatisation associée à la fois au viol et à l'homosexualité, ces cas sont généralement gardés sous silence. Ainsi, les politiques sur le VIH/sida échouent à reconnaître l'impact de l'épidémie de VIH sur les femmes lesbiennes. Cet exposé examine l'éventail des responsabilités de l'État relativement à la violence sexuelle à l'endroit des femmes lesbiennes, dans le contexte du VIH/sida. Il démontre aussi que la constitution de l'Afrique du Sud promet des opportunités de prévention et de redressement qui n'ont pas encore été réalisées.

**Leçons :** Les rôles sexuels, le chômage, les valeurs (et la violence)

domestiques qui font obstacle à l'indépendance des femmes, de même que les crises du logement et du transport, en Afrique du Sud, affectent tous les femmes lesbiennes. Il faut tenir compte de l'impact des approches de réaction à ces problèmes sur la santé et sur le VIH. Entre-temps, des mécanismes doivent mesurer l'impact des politiques en matière de VIH/sida sur les droits liés au genre et à la sexualité.

**Recommandations :** Avec l'application de la clause constitutionnelle d'égalité, l'Afrique du Sud doit sensibiliser les systèmes de justice criminelle et de santé aux questions de sexualité et de genre. Toutefois, une approche fondée sur la discrimination ne procure qu'une protection partielle aux femmes lesbiennes. Des protections constitutionnelles pour garantir les droits économiques et sociaux doivent être mises en place et l'on doit réagir aux crises de l'emploi, du logement et du transport, afin d'assurer le respect de l'espace et de la liberté de mouvement des femmes.

Abrégé présenté par Kagendo Murungi, International Gay and Lesbian Human Rights Commission, c/o Human Rights Watch, 350 Fifth Avenue, 34th Floor, New York, NY 10118, États-Unis; et N.P. Mabele, Positive Women's Network, Pretoria, Afrique du Sud.

### **Abrégé GI173 : Projet d'aide et d'avis juridiques : lutter pour les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et pour des politiques publiques sur le sida**

**Sujet :** Au Brésil, la plupart des personnes affectées par l'épidémie de VIH ont un faible revenu et elles vivent parfois dans une pauvreté

extrême. Ces personnes, qui n'ont en général qu'une éducation élémentaire, ne connaissent pas leurs droits fondamentaux. Elles sont la clientèle cible du Projet d'aide et d'avis juridiques [Legal Advice and Support Project], mené par le Grupo Pela VIDDA-RJ.

**Description :** Le service juridique gratuit fait partie d'une stratégie pour consolider les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et pour promouvoir l'élaboration de politiques publiques efficaces, afin d'arriver à une réaction nationale qui touchera un grand nombre d'individus. Depuis 1989, le projet a aidé gratuitement 6 500 personnes; et il est présentement en charge de 300 poursuites judiciaires. De plus, le projet a établi des partenariats avec divers intervenants, comme des universités et des entreprises, et il a fourni une formation à des professionnels de la santé. Ces partenariats ont permis d'offrir une plus vaste gamme d'avantages à la clientèle ciblée, de clarifier ses besoins et d'encourager les discussions sur les questions de droits humains en santé publique.

**Résultats et leçons :** Dans le système judiciaire brésilien, les nombreuses victoires liées à l'accès aux médicaments, à la garantie de soins par l'assurance privée, à la responsabilité de l'État quant au contrôle de la qualité de l'approvisionnement en sang, etc., ont grandement influencé l'attitude du gouvernement face à ces questions. Nos poursuites liées à l'accès aux traitements ont contribué à l'intégration de nouveaux médicaments aux directives nationales de traitement. Par ailleurs, des victoires judiciaires ont aidé à la création de lois spécifiques. Ainsi, la consolidation des droits des personnes vivant avec le VIH/sida affecte aussi l'élaboration des politiques publiques.

**Conclusions :** Les interventions juridiques pour garantir les droits des personnes séropositives, assorties d'une meilleure articulation du mouvement social avec d'autres secteurs, constituent la solution idéale pour l'élaboration de politiques publiques efficaces en matière de VIH/sida qui poussent l'État à fournir les services dont il a la responsabilité.

Abrégé présenté par Ingrid Carvalho, C. Varela, B. Maia, Grupo Pela VIDDA-RJ, Rio de Janeiro, RJ, Brésil.

### **Abrégé G1168 : Examen de programmes sur le VIH/sida, les droits humains et le développement**

**Sujet :** Des obligations juridiques internationales et des pratiques saines de santé publique nécessitent que les politiques et programmes conçus pour réduire la propagation et l'impact du VIH/sida soient respectueux des droits humains. En pratique, des difficultés surviennent dans la conception et dans la fourniture des programmes de lutte contre le VIH/sida fondés sur les droits. Cela s'explique en partie par le fait que certains donateurs essaient encore de comprendre ce que signifie une approche fondée sur les droits, dans un programme de lutte contre le sida. De la même façon, les programmes de droits humains, de démocratie et de gouvernance comportent rarement un volet sur le VIH/sida. Par ailleurs, l'expérience des programmes de droits dans le contexte du VIH/sida n'est pas documentée adéquatement. Pourtant, l'approche des droits humains procure un cadre de travail potentiellement efficace et intégré pour aborder les déterminants sous-jacents au VIH et aux soins, et pour avoir un impact à long terme.

**Description :** En 2001, une agence gouvernementale de développement international a mandaté un ONG juridique de lutte contre le VIH/sida (ayant une expérience internationale) d'étudier ces questions. La première phase du projet implique l'examen d'approches adoptées par d'autres donateurs bilatéraux et agences multilatérales – un aperçu du travail réalisé jusqu'ici – ainsi que la préparation d'un énoncé sur le fondement juridique d'une approche axée sur les droits humains, pour les programmes de développement dans le contexte du VIH/sida.

**Leçons :** Le projet examine dans quelle mesure une approche fondée sur les droits est intégrée aux programmes de lutte contre le VIH/sida d'agences sélectionnées; leurs expériences en la matière; et la façon dont d'autres programmes axés sur les droits ont intégré une réaction au VIH/sida.

**Recommandations :** Les donateurs, agences de développement international et partenaires nationaux devraient examiner les expériences liées à l'intégration d'une approche de droits dans les programmes de lutte contre le VIH/sida à tous les paliers. Des outils pour l'élaboration de programmes qui tiennent compte de ces expériences pourront ensuite être développés et donner lieu à des initiatives fructueuses.

Abrégé présenté par David Patterson, R. Elliott, R. Jurgens, Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, Canada.

## **Abrégé G8253 : Charte des droits des personnes séropositives à Porto Rico : implications pour le processus de politiques publiques**

*Sujet :* Malgré les efforts de prévention, les taux d'incidence du VIH et du sida ont augmenté. Malheureusement, l'État et la société ont réagi à l'épidémie par de nombreux préjugés. Par conséquent, les patients atteints du VIH/sida sont injustement traités. Dans la plupart des pays, leurs droits humains ne sont pas protégés par l'État. La Charte des droits des personnes séropositives [Bill of Rights of HIV+ Persons] est la plus importante politique publique à avoir été adoptée à Porto Rico. Elle garantit le droit à la vie privée et à la confidentialité, ainsi que l'accès à des services adéquats; elle est donc l'un des plus grands accomplissements juridiques de l'Amérique latine.

*Description :* L'étude avait pour buts d'analyser cette charte en décrivant ses objectifs et son contenu; d'examiner les questions liées à son application; et de formuler des recommandations pour l'élaboration de politiques similaires. Nous avons interviewé des législateurs, des directeurs et des employés d'agences gouvernementales dont le travail touche le VIH/sida. Nous avons également examiné des documents relatifs à la charte.

*Leçons :* Notre examen de la charte a révélé que l'État a joué un rôle actif dans l'élaboration d'une politique garantissant le bien-être social; et qu'il a favorisé la justice sociale en luttant pour le juste traitement d'une population qui subit de la stigmatisation et de la discrimi-

nation. Toutefois, il faut noter que la politique ne protège pas la confidentialité des personnes accusées d'agression sexuelle. À la lumière des entrevues, nous avons constaté que la charte va à l'encontre d'autres lois; qu'aucun budget n'a été consacré à son application; que la charte n'a pas été appliquée en raison d'une piètre communication entre les agences et les législateurs; et que la plupart des personnes interviewées manquaient de connaissances sur son contenu.

*Recommandations :* (a) Les législateurs devraient examiner les politiques qu'ils proposent. (b) Une structure de communication devrait être établie entre les intervenants impliqués dans l'élaboration des politiques publiques. (c) Un budget devrait être octroyé à l'application de la charte. (d) Les connaissances des patients séropositifs et de leurs fournisseurs de services, relativement à la charte, devraient être évaluées. En dépit de ses limites, la charte est une importante étape dans l'élaboration de politiques publiques, qui devrait être imitée dans d'autres pays.

Abrégé présenté par P. Escabí-Montalvo, P. Noboa-Ortega, R. Cruz-Hernández, Universidad de Puerto Rico, Rio Piedras, Porto Rico.

## **Abrégé D4940 : Approches efficaces pour la prévention du VIH/sida et la protection des droits de détenus séropositifs dans la Fédération de Russie**

*Sujet :* En 2001, le nombre de nouveaux cas de VIH enregistrés dans le vaste système pénal de la Russie a augmenté de 10 à 40 fois. La première réaction du ministère de la Justice

fut d'isoler immédiatement tous les détenus séropositifs. Des experts russes renommés dans le domaine du VIH/sida ont appuyé cette décision comme étant la plus logique et la plus bénéfique pour les détenus affectés. Toutefois, ces décisions ont favorisé davantage la discrimination et les violations de droits humains des personnes incarcérées. AIDS In-foshare, en partenariat avec la colonie de l'Établissement de Mojzhaisk, a développé un programme complet à l'intention de l'administration, du personnel médical et de sécurité, et de la population des prisons. Il examine les dimensions sociales, médicales, comportementales et juridiques complexes du VIH/sida et il identifie des solutions adaptées au contexte carcéral de la Russie. La colonie de Mojzhaisk a fait preuve de leadership dans l'intégration des détenus séropositifs au reste de la population de l'établissement.

*Description :* Le projet d'étude, mené auprès de détenus et d'employés de prison, a examiné le degré de connaissance du VIH/sida; les comportements prévalents parmi les détenus (séropositifs et séronégatifs); et les attitudes face au VIH et aux personnes séropositives, au sein de l'établissement. Les résultats ont servi au développement de la méthodologie du programme. La participation de personnes séropositives a été cruciale à l'élaboration et à la mise en œuvre des activités. Les attitudes ont été surveillées parmi tous les groupes, durant le projet. On a examiné les avantages et les inconvénients de l'intégration vs l'isolation des détenus séropositifs.

*Leçons :* Trois stratégies permettent d'optimiser l'efficacité du programme : (a) un contexte carcéral intégré; (b) l'implication de détenus

séropositifs dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des activités; et (c) une approche complexe qui cible les détenus et leur groupe d'influence immédiat, ce qui réduit la discrimination tout en les protégeant contre les violations de droits humains liées à la séropositivité.

**Recommandations :** On devrait faire la promotion de cette méthodologie de programme auprès du ministère de la Justice de la Russie et des nouveaux États indépendants.

Abrégé présenté par Marina Nikitina, AIDS Infoshare, Kolomenskaya Ul., 5, Apt. 135, Moscou, 115142, Fédération de Russie.