

VIH/SIDA ET DROIT

VOLUME 8, NUMÉRO 1, AVRIL 2003

La Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/sida : après une année

Cet article fait partie d'une série commandée à l'occasion du 10^e anniversaire du Réseau juridique canadien VIH/sida. On y présente une évaluation critique des retombées de la Déclaration d'engagement issue de l'UNGASS, dans la première année suivant son adoption, sur les stratégies et programmes nationaux de lutte contre le VIH/sida en relation avec les droits de la personne. Les auteures de cet article examinent la démarche qui a conduit à l'adoption de la Déclaration et elles décrivent les limites liées à sa reconnaissance explicite et implicite des droits de la personne. Elles résument l'information transmise par les États au Secrétaire général et à l'ONUSIDA à propos de leurs progrès vers l'atteinte des buts et objectifs de la Déclaration, dans la première année après son adoption, en particulier en ce qui a trait aux droits de la personne. Elles présentent des commentaires sur les leçons que l'on peut en tirer, pour ce qui concerne la reconnaissance par les États de la nécessité cruciale de promouvoir et de protéger les droits de la personne. En outre, elles suggèrent des manières d'effectuer une surveillance plus efficace et plus complète de la mise en œuvre d'une approche fondée sur les droits de la personne, pour lutter contre l'épidémie du VIH/sida.

voir page 7

La Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/sida : examen législatif de six pays du Sud de l'Afrique

Cet article passe en revue la législation de six pays du Sud de l'Afrique afin de déterminer quels progrès ont été faits à la suite de la Déclaration d'engagement adoptée à l'UNGASS sur le VIH/sida – en particulier en ce qui a trait au paragraphe 58 sur les droits de la personne et au paragraphe 69 sur les droits en milieu de travail. L'auteure souligne les complexités introduites par la coexistence de lois du droit coutumier et du droit codifié. Elle décrit les dispositions de lois codifiées et de lois coutumières. Elle conclut que, possiblement à l'exception de l'Afrique du Sud, les pays examinés dans son étude n'ont pas relevé les défis que l'épidémie du VIH/sida impose à leur système légal. Ils ont eu recours en première instance au droit criminel et ils ont toléré la continuation de pratiques et de lois coutumières qui sont discriminatoires et qui catalysent l'épidémie.

voir page 15



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

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



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

REVUE CANADIENNE VIH/SIDA ET DROIT

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

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

Correspondants réguliers, Nouvelles canadiennes :
Registre géographique
Tarel Quandt, Colombie-Britannique, tarelq@bcpwa.org
Glen Hillson, Colombie-Britannique, glenh@bcpwa.org
Rebecca Scheer, Alberta, rscheer@aidscalgary.org
Roger Procyk, Manitoba et Saskatchewan, rprocyk@ninecircles.ca
Glenn Betteridge, Ontario, gbetteridge@aidslaw.ca
Matthew Perry, Ontario, perrym@lao.on.ca
Caroline Ploem, Provinces maritimes, cploem@nbnet.nb.ca
Bill Downer, Terre-Neuve et Labrador, bdownder@acnl.net
Registre thématique
Thomas Kerr, dossier usage de drogues illégales, tkerr@shaw.ca
Derek Thaczuk, dossier marijuana médicinale,
derekt@pwatoronto.org

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 2003. 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 : 2 000
ISSN 1195-5252

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

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

Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida est un organisme de charité engagé dans l'éducation, l'analyse juridique et éthique et le développement des politiques. Il fait la promotion de réactions au VIH/sida qui :

- appliquent les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne;
- respectent les droits des personnes vivant avec le VIH et affectées;
- favorisent les efforts de prévention;
- favorisent les soins, le traitement et le soutien des personnes touchées par le VIH/sida;
- réduisent les conséquences négatives de l'épidémie de VIH/sida sur les individus et les communautés; et
- luttent contre les facteurs économiques et sociaux qui accroissent la vulnérabilité au VIH/sida et aux violations des droits de la personne.

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

www.aidslaw.ca

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

SOMMAIRE

ÉDITORIAL

- Transparence, participation et imputabilité 5

DOSSIERS

- La Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/sida : après une année 1
La Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/sida : examen législatif
de six pays du Sud de l'Afrique 1

NOUVELLES CANADIENNES

- Recours au test du VIH obligatoire pour l'exclusion d'immigrants potentiels 22
Mer agitée pour le Programme canadien de marijuana médicale 24
Un comité des Communes tient des audiences sur le VIH/sida 26
Un sondage met au jour des violations de droits humains en Alberta 27
Soins à domicile et médicaments d'ordonnance couverts par les régimes
d'assurance-santé 28
Risque accru d'infection à VIH chez les autochtones qui s'injectent des drogues 29
En bref 30

NOUVELLES INTERNATIONALES

- Royaume-Uni – Réforme du droit 34
Royaume-Uni – Réforme du droit 35
Royaume-Uni – Nouvelles directives aux médecins sur la divulgation de
résultats de tests du VIH et d'antécédents sexuels aux assureurs 36
Royaume-Uni – Dépistage sanguin pour les nouveaux professionnels de
la santé 36
Création de l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa 37
Zambie – Abus sexuel et VIH/sida 37
Inde – Consultation communautaire sur un projet de loi sur le VIH/sida 38
Singapour – Test du VIH : une polémique met au jour un lien entre la recherche
et les droits humains 39
Costa Rica – L'Ombudsman s'attaque à des questions de VIH/sida 40
Taiwan – Un projet de dossiers médicaux électroniques soulève des
préoccupations de confidentialité 40
Australie – Atelier sur les procédures de vérification : instrument de
réglementation, solution désuète ou bastion de la démocratie? 41
États-Unis – L'approche limitée à l'abstinence pré-maritale nuit à la
prévention du VIH 42

ACCÈS MONDIAL AUX TRAITEMENTS

- OMC – Échec des engagements de Doha pour l'accès à des médicaments
génériques 43
Afrique du Sud – La Treatment Action Campaign intensifie ses pressions 45
La Cour suprême du Canada maintient le brevet sur l'AZT mais en limite
l'application 47
Canada/États-Unis – Pas d'enquête du Bureau de la concurrence sur les efforts
de GSK contre les ventes transfrontalières par des pharmacies Internet 48
Des résultats d'essai vaccinal génèrent un débat et incitent à poursuivre la
recherche 50
Honduras – Le gouvernement intimide les personnes vivant avec le VIH/sida
qui affirment leur droit aux médicaments 51
Jamaïque – Dépôt d'une pétition pour l'accès à des antirétroviraux 52
Des étudiants canadiens se joignent à la lutte pour l'accès aux traitements 52

.../4

LE VIH/SIDA EN PRISON	54
Canada – La CBC « lance » le rapport du SCC sur la prévention et le contrôle de maladies infectieuses	55
Canada – Nouveau rapport sur le VIH et le VHC parmi les détenues	56
Canada – Les « partenaires » communautaires se retirent des processus consultatifs du SCC	57
Un tribunal de l'Alberta ordonne provisoirement un traitement d'entretien à la méthadone pour un détenu	58
Russie – Le nouveau Code de la procédure pénale augure plus de souplesse dans la politique d'incarcération	60
Survol évaluatif des programmes d'échange de seringues en prison	61
Afrique du Sud – Dédommagement monétaire pour avoir contracté le VIH en prison	61
En bref	62
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA	64
Le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales est déclaré inconstitutionnel parce qu'il ne prévoit pas de source légitime de marijuana	64
La possession de marijuana est jugée légale pour le moment	68
Un arrêt des procédures contre des bénévoles du club compassion est ordonné pour des motifs constitutionnels	70
Le jury du coroner recommande un changement fondamental du système d'aide sociale de l'Ontario	71
Une cliente de taxi piquée accidentellement obtient 15 000\$ de dommages-intérêts	73
Le recours collectif des conjoints survivants de même sexe contre le RPC sera instruit à l'échelle nationale	75
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : deux nouvelles affaires	76
LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL	77
Afrique du Sud – La Cour constitutionnelle rejette une contestation constitutionnelle de la loi qui criminalise la prostitution	77
La Cour européenne des droits de l'homme accepte d'instruire une contestation de la « détention préventive » prolongée	79
Royaume-Uni – La demande de révision judiciaire concernant l'expulsion d'une Ougandaise séropositive est rejetée	80
Royaume-Uni – Le refus d'une allocation pour le lait des enfants à une mère séropositive qui demande l'asile est discriminatoire	81
Royaume-Uni – Séropositivité et problèmes psychiatriques n'empêchent pas l'expulsion d'une Ivoirienne qui demandait l'asile	83
Inde – La Cour suprême désavoue ses déclarations antérieures opposées au droit au mariage	84
Venezuela – Un tribunal confirme les droits d'un joueur de soccer séropositif	84
É.-U. – La Cour suprême refuse d'instruire la cause d'un hygiéniste dentaire séropositif congédié	85
Australie – La Cour d'appel réduit la peine de prison d'un homme séropositif	85
Malaisie – Dommages-intérêts pour une infection par transfusion durant la grossesse	86
Droit criminel et transmission du VIH (ou exposition) – Autre affaire suédoise	87

ÉDITORIAL

Transparence, participation et imputabilité

La transparence, la participation et l'imputabilité, comme l'affirme David Patterson dans son introduction aux *Nouvelles internationales*, sont devenues des caractéristiques essentielles des politiques et des programmes qui respectent, protègent et réalisent les droits de la personne. Ces trois caractéristiques forment un trio indissociable, et non sans raison. La transparence est une condition nécessaire à la participation. Difficile de participer lorsqu'on n'est pas informé de ce qui se passe; encore plus difficile de participer de bonne foi si l'on sait que des informations nous sont cachées. La participation favorise l'imputabilité. Les organismes seront plus imputables pour leurs décisions si leur processus décisionnel inclut la participation. Et l'imputabilité va de pair avec la participation. Pourquoi participer lorsque ce que l'on dit ne change rien?

Les gouvernements et d'autres organismes ne satisfont pas infailliblement aux exigences de la transparence, de la participation et de l'imputabilité. Le premier rapport annuel du Secrétaire général des Nations Unies, sur les progrès des pays dans la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, en est un douloureux rappel. Les auteures d'un dossier consacré au rapport du Secrétaire général, dans le présent numéro de la *Revue*, n'ont pas réussi à obtenir copie du questionnaire qui avait été envoyé aux États, ni à voir les réponses des pays, en dépit de nombreuses demandes à l'ONUSIDA. On les a informées qu'il faudrait que chaque pays donne une permission écrite à ce que ses réponses soient dévoilées.

Autre exemple, celui-ci au Canada : le service des nouvelles radiophoniques de la CBC a récemment obtenu copie d'un rapport dont le Service correctionnel du Canada (SCC) avait retardé plusieurs fois la parution. Ce rapport sur les taux de VIH et d'hépatite C dans les pénitenciers fédéraux (voir l'article à la rubrique *Le*

VIH/sida en prison), signale qu'au moins 1,8 % des détenus vivent avec le VIH, et au moins 25%, avec l'hépatite C.¹ Les taux sont encore pires parmi les détenues : le SCC est au courant de la séropositivité de près de 5% d'entre elles pour le VIH, et de plus de 40% pour l'hépatite C. On peut lire dans le rapport qu'en dépit de recommandations internes au SCC même, en faveur de l'échange de seringues en prison, le SCC n'a aucun plan d'aller de l'avant. Pourquoi le rapport sur les maladies infectieuses n'a-t-il pas été rendu public plus tôt? Qui a pris part à cette « décision » de ne pas procéder à l'échange de seringues dans des prisons du SCC? Qui, au sein du SCC, est imputable pour le fait que, comme en font foi les études, le risque d'infection est plus élevé en prison que dans la communauté?

Le Canada a la chance d'avoir des processus publics qui, à tout le moins, offrent une certaine ouverture à la participation et à l'imputabilité. Comme on le signale dans les *Nouvelles canadiennes* de ce numéro, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a récemment tenu des audiences sur le VIH/sida et la Stratégie canadienne sur le VIH/sida; pour sa part, le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes examinera sous peu les lois fédérales en matière de sollicitation. Certes, de telles audiences peuvent conduire à des recommandations qui ne vont pas aussi loin qu'on le souhaiterait, mais elles donnent à tout le moins une occasion de représentation et, ce qui est encore plus important, d'expression de dissension. (Dans un article du numéro précédent de la *Revue*, on signalait avec appréciation un rapport supplémentaire du Comité spécial des Communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments.)

L'implication *significative* des personnes vivant avec le VIH/sida est une des avenues les plus efficaces vers la

transparence et l'imputabilité, dans les décisions sur l'épidémie de VIH/sida. C'est un élément qui dénote un respect à l'égard des droits de la personne, des expériences et de la dignité inhérente des personnes vivant avec le VIH/sida. Cela a été reconnu, il y a presque une décennie, par les chefs de gouvernements lors du Sommet de Paris sur le sida.

Accroître et rendre plus significative la participation des personnes vivant avec le VIH/sida aux décisions qui affectent leur vie et celle de leurs communautés, voilà un des buts du Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+). Gouvernemental ou non, tout organisme impliqué dans la réponse au VIH/sida doit continuer d'apprendre ce que cela signifie – dans la pratique.

Est-ce que les détenus, en particulier ceux qui vivent avec le VIH ou le VHC, ont été impliqués dans le choix de ne pas offrir d'échange de seringues en prison? Il faut un processus transparent et imputable pour que les détenus participent de manière significative aux décisions touchant l'échange de seringues, le traitement de la toxicomanie ainsi que d'autres mesures controversées. C'est une nécessité, pour que les autorités canadiennes responsables des prisons respectent, promeuvent et réalisent vraiment le droit inaliénable des détenus à la santé – un droit humain fondamental qui n'est pas suspendu durant l'incarcération.

¹ Canadian Broadcasting Corporation, « HIV rates 10 times higher in prison », 22 avril 2003.

La Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/sida : après une année

de la page 1

Introduction

À la fin de juin 2001, des dignitaires de gouvernements et des chefs d'États se sont réunis à New York pour la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) consacrée au VIH/sida, afin de déclarer publiquement leur engagement à vaincre cette maladie transmissible et la crise des droits humains qui l'accompagne. Cette UNGASS était le point culminant d'un processus de deux ans, faisant suite à des conférences de l'ONU, pendant les années 1990, à propos des droits de la personne, de la population et du développement, de l'égalité des femmes ainsi que du développement social.¹ Ces conférences ont conduit à la publication d'importants « documents de résultats » – des programmes et des « plates-formes » d'action qui ont mis en relief le consensus des gouvernements du monde à travailler à des buts communs. Sans être exécutoires comme le sont les traités internationaux, ces documents ont néanmoins contribué à établir des normes et standards internationaux et à donner forme à un but commun pour les gouvernements, agences internationales et la société civile, à travers le monde. Ils font foi de l'engagement politique international, ils présentent un mandat clair aux agences onusiennes qui sont directement concernées par leurs résultats et ils servent de levier pour accroître la visibilité et les ressources accordées à ces problématiques.²

La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida adoptée à l'UNGASS, à l'instar d'autres documents de conférences de l'ONU, était le travail de gouvernements, d'agences intergouvernementales comme l'ONUSIDA ainsi que d'organismes de la société civile.³ Toutefois, cette UNGASS a été sans précédent à plusieurs égards. Bien que le VIH/sida eût été le sujet de considérations d'un certain nombre d'instances onusiennes,⁴ c'était la première fois que l'Assemblée générale abordait le VIH/sida de manière spécifique à titre de préoccupation mondiale et urgente.⁵ Elle a établi des buts rattachés à des dates, ce qui permet d'en mesurer le respect par les gouvernements. Par ailleurs, cette première conférence de l'ONU consacrée au VIH/sida était du même coup la première UNGASS à impliquer expressément, dans tout le processus, une gamme d'organismes de la société civile.

Le processus, par conséquent, a suscité diverses attentes – de l'accès universel aux antirétroviraux, à la création d'un Fonds mondial qui mobiliserait des sommes d'argent nouvelles et suffisantes pour lutter contre le VIH/sida. Certaines attentes ont été satisfaites dans le document résultant, d'autres ont été anéanties. Du préambule jusqu'au contenu de chacun des chapitres – sur le leadership, la prévention, les soins, les traitements, le soutien et autres –, les gouvernements (et, en coulisses, la

société civile) ont négocié le langage de la déclaration pour arriver à une entente acceptable à toutes les parties. Les processus politiques, par leur nature, produisent des compromis – et, notamment pour ceux et celles qui avaient élaboré une approche fondée sur les droits humains pour la lutte contre le VIH/sida, pendant la décennie précédant cette UNGASS, la Déclaration d'engagement s'est avéré être un compromis des plus décevant.

VIH/sida et droits humains – une occasion ratée

Récemment, aux paliers mondial, national et communautaire, on a observé une conscience croissante que tous les droits humains – civils, politiques, économiques, sociaux et culturels – doivent être respectés, protégés et réalisés non seulement parce qu'il s'agit d'obligations exécutoires des gouvernements, mais aussi parce que ces droits sont cruciaux à l'efficacité de la réponse à l'épidémie du VIH/sida. De fait, un tel insight a conduit à l'adoption du *Cadre de l'ONUSIDA pour un leadership mondial sur le VIH/sida*, qui a servi de fondement principal à l'UNGASS.⁶ La Déclaration d'engagement confère une reconnaissance à la valeur rhétorique des droits de la personne dans le contexte du VIH/sida et elle inclut même une section intitulée « Le VIH/sida et les droits de l'homme », dans laquelle les gouvernements se sont entendus sur ces buts :

- D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes vivant avec le VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux.⁷
- D'ici à 2005, élaborer et accélérer la mise en œuvre de stratégies nationales en vue d'encourager l'habilitation des femmes et de permettre à celles-ci de jouir pleinement de tous les droits fondamentaux – notamment d'exercer un contrôle sur les questions liées à leur sexualité et de prendre à ce sujet des décisions libres et responsables.⁸
- D'ici à 2005, appliquer des mesures afin d'aider les femmes et les adolescentes à mieux se protéger contre le risque d'infection à VIH.⁹
- D'ici à 2005, élaborer et accélérer la mise en œuvre de stratégies nationales visant à renforcer le pouvoir d'action des femmes, à promouvoir et protéger la pleine jouissance de tous leurs droits fondamentaux et à réduire leur vulnérabilité face au VIH/sida, par l'élimination de toutes les formes de discrimination et de violence contre elles.¹⁰

Le fait que cette discrimination à l'endroit des femmes et des filles ait fait l'objet d'une mention spéciale, ainsi que la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida et de celles qui sont vulnérables à l'infection, était bienvenu mais cela est insuffisant. Pris dans leur ensemble, tous ces buts liés aux droits de la personne sont nécessaires, mais insuffisants. Cette section constitue une

expression fortement diminuée des liens entre la promotion et la protection des droits de la personne et la

Les gouvernements ont rejeté la possibilité que la Déclaration d'engagement soit chapeautée par les droits de la personne.

réduction du risque, des vulnérabilités et de l'impact du VIH.¹¹ À plusieurs égards, le fait de reléguer les droits de la personne à une section isolée, en plus d'y limiter la perspective à quelques aspects particuliers, constitue un recul sur la compréhension dégagée de nombreuses années d'activisme et de travail programmatique pour l'intégration des droits de la personne à la totalité du travail de réponse au VIH/sida.

Les gouvernements – à cause de la forte persuasion de certains États membres – ont résolu de rejeter la possibilité que la Déclaration d'engagement soit placée sous l'ombrelle des droits de la personne. On a plutôt réduit les droits de la personne à une perspective sur les structures légales, à l'exclusion d'autres instruments et mécanismes. Le document est quasi muet sur la valeur et l'existence d'approches fondées sur les droits, pour le travail sur les politiques et programmes relatifs au VIH/sida. Le fait que l'identification de « groupes d'individus vulnérables » – hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes, travailleurs du sexe, utilisateurs de drogue par injection¹² – ait été écartée par certaines délégations

gouvernementales et n'ait pas trouvé place dans le document final issu de la session met lui aussi en relief la nature rétrograde du compromis politique que recèle la Déclaration d'engagement.

Néanmoins, certains des engagements établis ont des implications positives sur le plan des droits de la personne, comme l'accès aux médicaments. À la fin, les 189 délégations de pays participant à la session extraordinaire ont convenu d'environ 27 buts et objectifs liés aux dimensions complexes de l'épidémie, notamment :

- D'ici à 2003, assurer le développement et la mise en œuvre de stratégies nationales multisectorielles et de plans de financement pour la lutte contre le VIH/sida.¹³
- D'ici à 2005, assurer qu'une vaste gamme de programmes de prévention, de biens et de services existe, en particulier dans les pays les plus affectés.¹⁴
- D'ici à 2003, assurer que des stratégies nationales soient développées pour renforcer les systèmes de soins de santé et s'attaquer aux facteurs qui affectent la provision de médicaments liés au traitement du VIH, notamment les antirétroviraux.¹⁵
- D'ici à 2003, développer ou renforcer les stratégies, politiques et programmes nationaux pour promouvoir et protéger la santé des groupes particulièrement vulnérables.¹⁶

Tous ces buts et objectifs sont de plus liés à un but de l'ONU en matière de développement, pour le Millénaire : arrêter le VIH/sida d'ici à 2015 – un développement qui pourrait contribuer au progrès vers l'atteinte de la disposition substantive de la Déclaration d'engagement.¹⁷

Comptes-rendus au Secrétaire général et à l'ONUSIDA

L'un des mécanismes établis pour superviser la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement consiste en un processus de comptes-rendus. Les gouvernements, qui se sont ralliés au consensus en adoptant la Déclaration d'engagement, ont accepté de fournir des renseignements, sur une base annuelle, pour la préparation d'un rapport du Secrétaire général des Nations Unies résumant les progrès accomplis ainsi que des obstacles rencontrés au palier national dans la mise en œuvre de la Déclaration.¹⁸ Le Secrétaire général a déposé le 12 août 2002 son premier *Rapport sur les progrès faits dans l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*. Le *Rapport du Secrétaire général* « repose principalement sur les réponses au questionnaire envoyé aux États Membres » en mars 2002,¹⁹ son but était d'établir une base pour mesurer le progrès de la mise en œuvre de la Déclaration. De son propre aveu, le processus de compte-rendu ne s'est pas déroulé sans encombre. Le rapport initial du Secrétaire général a d'abord été retardé quelque peu par la réception tardive de réponses au questionnaire d'enquête distribué par l'ONUSIDA (le secrétariat pour l'UNGASS, qui appuie le Secrétaire général dans son suivi). Au moment où le rapport a finalement été publié, seulement 97 pays avaient déposé des rapports.²⁰

Information publique limitée

L'intention de départ de cet article était d'examiner les réponses de tous les États au questionnaire de l'ONUSIDA. Dans le suivi de d'autres conférences des Nations Unies, comme

l'examen cinq ans après la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, le questionnaire de l'agence onusienne ainsi que les comptes-rendus des pays sont généralement rendus accessibles sur Internet.²¹ Cela n'est pas encore le cas pour l'UNGASS sur le VIH/sida : jusqu'ici, ni le questionnaire ni les réponses des pays ne sont accessibles au public.

Des demandes officielles ont été faites à l'ONUSIDA pour obtenir copie des réponses des pays au questionnaire, tel qu'il le propose sur son site Web. Aucun des documents n'a cependant été divulgué; on évoque un « problème juridique » à rendre publics ces documents.²² L'ONUSIDA a rendu disponible un document de nature interne où sont énumérés les pays qui ont transmis au Secrétaire général leurs réponses au questionnaire, pour le rapport. Nous avons été informées que la permission écrite de chaque pays serait nécessaire, pour que l'on puisse divulguer sa réponse.²³

On ne sait pas clairement pourquoi des rapports produits par des gouvernements quant à leur respect d'un document public et auquel on s'est engagé à l'échelle internationale, semblent être de nature privée. En somme, malheureusement, le présent article ne peut utiliser comme seules sources que les deux rapports publiés, celui du Secrétaire général et celui de l'ONUSIDA.²⁴

Le Rapport du Secrétaire général

En dépit du bien lié à la visibilité accrue que l'UNGASS a donnée à la pandémie du VIH/sida, il semble qu'en presque deux ans après l'adoption unanime de la Déclaration d'engagement, les rapports des gouvernements aient offert peu d'exemples de progrès dans les échéanciers et l'atteinte des buts et objectifs. Dans

Jusqu'ici, ni le questionnaire ni les réponses des pays ne sont accessibles au public.

son sommaire, le Secrétaire général note :

[L]eur mise en œuvre est lente, en grande partie par manque de ressources et de moyens techniques. ... Si de nombreux pays font état de progrès dans la mise en place de mesures visant à combattre la réprobation et la discrimination et à réduire la vulnérabilité, en particulier pour ce qui est des femmes, la réprobation relative au sida et l'exclusion soutenue des personnes vulnérables ne permettent pas des efforts efficaces.²⁵

Dans la description de l'impact que la Déclaration d'engagement a eu sur le travail au palier national, en relation avec les droits humains, le Secrétaire général affirme :

Des pays de toutes les régions signalent que la réprobation relative au VIH et l'exclusion des personnes vulnérables entravent les efforts de lutte contre l'épidémie. Un nombre croissant de pays reconnaît qu'il est important de respecter les droits de l'homme, mais la plupart n'ont pas adopté de mesures ayant force de loi pour protéger de la discrimination les personnes contaminées [sic] ou touchées par le VIH.²⁶

D'après la perspective présentée dans le *Rapport du Secrétaire général*, peu de progrès semblent observables quant à l'objectif de réaliser les droits de la personne dans le contexte du VIH/sida. Par exemple, il mentionne qu'en réponse au but de la Déclaration d'adopter d'ici à 2003 « des cadres juridiques et directifs nationaux afin de protéger les droits et

la dignité en milieu de travail des personnes contaminées [sic] et touchées par le VIH/sida ... un peu plus de la moitié des pays ont élaboré des cadres juridiques ou directifs afin de

Il semble que l'on ait fait peu de progrès vers la réalisation des droits de la personne dans le contexte du VIH/sida.

protéger en milieu de travail les personnes vivant avec le VIH/sida, surtout en Amérique latine et dans les Caraïbes. En Afrique subsaharienne, moins de la moitié font état de ce genre de protection juridique ». ²⁷ Malheureusement, aucune donnée concrète n'est présentée.

Le Rapport complémentaire de l'ONUSIDA

Le *UNAIDS Companion Report* [le *Rapport complémentaire de l'ONUSIDA*] apporte des éclairages additionnels sur les développements nationaux, bien qu'il ne procure lui aussi qu'une information agglomérée par région. ²⁸ Le rapport a été publié précisément pour enrichir l'information contenue dans celui du Secrétaire général :

Ce rapport complète celui du Secrétaire général en apportant des détails supplémentaires sur les progrès accomplis dans diverses régions et des exemples de soutien des Nations Unies pour la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. [trad.] ²⁹

Ce rapport complémentaire, à l'instar de celui du Secrétaire général, découle principalement de réponses

fournies par les pays au questionnaire de mars 2002 transmis aux États membres. Le tableau 1 présente une liste des pays qui, d'après notre compréhension, ont rempli et retourné le questionnaire.

Afrique

Des 45 pays considérés faire partie de la région Africaine, 30 ont retourné le formulaire à l'ONUSIDA. La moitié des pays de l'Afrique subsaharienne ont déclaré que des lois, règlements ou autres mesures étaient en place pour éliminer la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida. Quarante p. cent (40%) de ces pays ont mentionné avoir des lois ou des politiques qui protégeaient les personnes vivant avec le VIH/sida contre la discrimination en milieu de travail. Environ 60% ont dit avoir des politiques nationales pour progresser vers la réalisation des droits des femmes affectées par le VIH/sida ou vulnérables à l'infection. Presque tous les 30 pays qui ont retourné le questionnaire ont affirmé avoir des programmes nationaux sur le VIH/sida où l'on tient compte de la sexospécificité. ³⁰

Asie/Pacifique

Parmi les pays considérés faire partie de la région Asie/Pacifique, 18 ont répondu au questionnaire. Douze des répondants ont indiqué que des mesures légales étaient en place pour éliminer la discrimination liée au VIH/sida et que des stratégies nationales étaient en place pour promouvoir et réaliser les droits humains des femmes. Cependant, « plusieurs pays de la région ... citent l'absence d'un environnement habilitant pour la promotion et l'application des droits de la personne, comme un obstacle à l'intégration efficace des droits de la

personne dans les efforts nationaux de lutte contre le VIH/sida ». [trad.] ³¹

Europe de l'Est/Asie centrale

Quatorze des 30 pays qui forment cette région ont transmis un compte-rendu à l'ONUSIDA. Onze d'entre eux ont fait état de lois anti-discrimination. La Roumanie, notamment, a été citée en exemple progressif, mais sans détails à l'appui. Six autres pays ont indiqué que des stratégies nationales étaient en place pour assurer la réalisation des droits des femmes affectées par le VIH/sida ou vulnérables à l'infection. ³²

Amérique latine et Caraïbe

Des 30 pays inclus dans cette région, 23 ont répondu au questionnaire de l'ONUSIDA. Soixante-quinze p. cent (75%) des répondants ont indiqué que des protections juridiques étaient en place pour prévenir la discrimination liée au VIH/sida. Quinze des pays ont indiqué avoir des programmes spécifiques pour assurer aux femmes affectées par le VIH/sida un plein exercice de leurs droits de la personne. « Près de la moitié ... indique que la mise en œuvre et l'application des mesures de protection des droits de la personne est lente. » ³³

Pays à revenu élevé

Des pays de la catégorie à « revenu élevé », 10 ont soumis un compte-rendu et « affirmé qu'ils avaient des lois interdisant la discrimination liée au VIH ». Six des 10 ont des politiques pour « assurer le plein exercice des droits légaux des femmes affectées par le VIH/sida ». ³⁴

Que nous montrent ces rapports?

Bien que les réponses des pays n'atteignent pas les 100%, et que l'histoire soit loin d'être complète, il

Tableau 1: Pays faisant un compte-rendu à l'ONUSIDA quant à la Déclaration d'engagement
(Source : document inédit de l'ONUSIDA 'SG report 2002 responding countries.doc' que les auteures ont en filière.)

	Monde	Afrique	Asie/Pacifique	Amérique latine et Caraïbe	Europe de l'Est/ Asie centrale	Revenu élevé
Nombre total de pays déclarés dans le Rapport complémentaire de l'ONUSIDA comme ayant transmis un compte-rendu	97	30	20	23	14	10
Pays déclarés comme ayant retourné un formulaire rempli à l'ONUSIDA pour inclusion dans le rapport du Secrétaire général et le Rapport complémentaire de l'ONUSIDA	[97]	Bénin Burkina Faso Cameroun Congo (Kin.) Congo Côte d'Ivoire Égypte Guinée Guinée équatoriale Érythrée Éthiopie Gambie Ghana Guinée Kenya Liberia Madagascar Mali Mauritanie Île Maurice Maroc Mozambique Namibie Nigeria Rwanda Sierra Leone Swaziland Togo Ouganda Zambie [29]	Cambodge Chine Fiji Indonésie Jordanie Laos Liban Malaysia Mongolie Myanmar Népal Oman Pakistan Philippines Arabie saoudite Thaïlande Turquie Viet Nam [18]	Antigua Argentine Aruba Barbade Brésil Chili Colombie Cuba République dominicaine Équateur Guatemala Guyane Haïti Honduras Jamaïque Mexique Nicaragua Paraguay Pérou Suriname Trinidad & Tobago Uruguay Venezuela [23]	Arménie Azerbaïdjan Biélorussie Croatie République tchèque Hongrie Kazakhstan Lettonie Macédoine Moldavie Pologne Roumanie Fédération de Russie Slovénie Tadjikistan Ukraine Yougoslavie [17]	Australie Canada Finlande Allemagne Pays-Bas Japon Espagne Suède Suisse États-Unis [10]

y a suffisamment d'information pour avancer quelques observations.

Puisqu'il s'agissait du tout premier rapport annuel que les États devaient produire, ils n'y font état de pratiquement aucune information sur l'application des lois et des politi-

ques. Or des cas récents et célèbres de discrimination en Inde³⁵ et au Nigeria,³⁶ par exemple, mettent en relief la nécessité d'aller au delà des lois et des politiques, dans la préparation des prochains rapports.

Comme le met en évidence l'infor-

mation sommaire relativement aux régions de l'Asie/Pacifique ainsi que de l'Amérique latine et de la Caraïbe, l'existence de bonnes lois et politiques ne signifie pas pour autant qu'on ait mis fin à la discrimination à l'endroit des personnes vivant avec

le VIH/sida, des personnes affectées et des femmes. On reconnaît d'ailleurs, dans le *Rapport du Secrétaire général*, que des pays de presque toutes les régions signalent que « la réprobation relative au VIH et l'exclusion des personnes vulnérables entravent les efforts de lutte contre l'épidémie. ... [L]a plupart [des pays] n'ont pas adopté de mesures ayant force de loi pour protéger de la discrimination les personnes contaminées [sic] ou touchées par le VIH. »³⁷

Comme susmentionné, les considérations de droits de la personne font partie de la réaction à l'épidémie de VIH/sida depuis la création de la première stratégie mondiale de lutte contre le sida, en 1987.³⁸ Le rangement des droits de la personne dans une section distincte, dans la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, pourrait donner l'impression que les droits humains dans le contexte du VIH ne concernent que les éléments abordés dans cette section : lois, politiques, stratégies anti-discrimination et amélioration du statut de la femme. Il s'agit d'une définition des droits de la personne qui est déplorable et étroite. Il est toutefois clair, d'après l'information rapportée au Secrétaire général, que des pays sont conscients des droits de la personne dans une perspective large. Ils comprennent que la promotion et la protection des droits de la personne font partie de la Déclaration en entier, bien que leurs actions semblent être insuffisantes, en particulier en ce qui a trait aux éléments spécifiques de la section sur les droits de la personne.

Le *Rapport du Secrétaire général* fait remarquer, par exemple, que les efforts de prévention doivent venir à bout de la stigmatisation, de la discrimination et des difficultés de logistique, et l'emporter sur les lois du

Des indicateurs sensibles aux droits de la personne devraient être établis pour chacune des sections de la Déclaration.

domaine criminel visant les comportements qui accroissent le risque d'infection à VIH. Ce faisant, il reconnaît que les individus et les populations les plus vulnérables sont mal servies.³⁹ Néanmoins, d'après l'information fournie au Secrétaire général, la plupart des pays ne semblent avoir approché cette question qu'à l'occasion, au plus. On peut, et l'on doit, faire bien davantage.

En ce qui concerne l'accès aux soins et aux traitements, l'histoire est en grande partie la même. On lit dans le *Rapport complémentaire de l'ONUSIDA* que « plusieurs pays subsahariens signalent que le stigmate lié au VIH nuit aux efforts pour étendre les services de soins de santé ». [trad.]⁴⁰ Le *Rapport du Secrétaire général* note : « La moitié, environ, des pays d'Afrique subsaharienne, d'Asie et d'Europe de l'Est indiquent que la réprobation associée au VIH diminue l'efficacité des stratégies de soin nationales en décourageant les gens de chercher à obtenir des conseils et un dépistage volontaires et, lorsque c'est nécessaire, les soins et les traitements associés au VIH. »⁴¹ Cependant l'information du rapport est limitée quant aux mesures entreprises en réponse à la pléiade de problèmes que met en relief la reconnaissance de cette réalité.

Une voie pour progresser?

En guise de conclusion, il pourrait être utile de songer aux manières par

lesquelles une attention expresse à la promotion et à la protection des droits de la personne pourrait servir de baromètre fidèle pour refléter la mise en œuvre de la Déclaration d'engagement. À tout le moins, des indicateurs sensibles aux droits de la personne devraient être établis pour chacune des sections de la Déclaration, à l'aide desquels les gouvernements pourraient faire état du progrès vers leur mise en œuvre des divers éléments. Dans un tel cadre, les droits à la non-discrimination, à l'égalité et à la participation recevraient une attention particulière en relation avec la surveillance et l'évaluation de tous les efforts liés au VIH/sida.

Pour veiller à la **non-discrimination**, par exemple, les États membres continueraient de rendre compte de leurs lois et politiques nationales ainsi que de leurs pratiques – que cela réfère à la discrimination dans les écrits ou dans la réalité –, et rehausseraient la sensibilisation dans tous les secteurs. La non-discrimination servait alors de cadre à la réalisation d'autres droits – droits d'association, de libre circulation, de résidence; droits à l'éducation, à l'emploi, à des services sociaux ainsi qu'à des soins de santé pour les personnes vivant avec le VIH/sida, etc. –, pour les personnes affectées par l'épidémie et les personnes et groupes vulnérables à l'infection, notamment ceux qui ont été implicitement inclus mais expressément tus, dans la Déclaration d'engagement.

En ce qui concerne la tâche d'assurer l'**égalité**, les États membres se concentreraient sur la désagrégation des données, afin d'exposer non seulement l'importance du genre sexuel mais aussi l'importance d'autres caractéristiques, comme les disparités géographiques et socioéconomiques,

Lectures complémentaires

Gruskin S., « The UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS : were some lessons of the last 20 years ignored? », *American Journal of Public Health*, 2002, 92(3) : 337-338.

Gruskin S., Tarantola D., « Health and human rights », dans R. Detels, R. Beaglehole (éds), *Oxford Textbook on Public Health*, 4^e éd., Oxford, Oxford University Press, 2001, p. 311-336. Un survol détaillé des droits de la personne et de la santé, incluant des approches à la santé basées sur les droits humains, accessible à www.oup.co.uk/pdf/0-19-263041-5_04-1.pdf.

Burris S. et coll., « Symposium : Health, Law, and Human rights : Exploring the Connections », *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 2002, 30(4) : 492-763. Un numéro spécial qui contient des articles présentés à une rencontre internationale en l'honneur du travail et de la vision de Jonathan Mann. Les documents explorent les liens entre la santé, les droits de la personne, le droit et les causes sociales ou structurales de la maladie.

J.M. Mann et coll., *Health and Human Rights : A Reader*, Routledge, New York et Londres, 1999. Cette anthologie d'articles déjà parus – dans plusieurs cas dans la revue *Health and Human Rights* – présente un aperçu des développements dans la réflexion sur la santé et les droits de la personne pendant les années 1990.

Conseil international des ONG de lutte contre le sida, *Guide d'action sociale sur les Directives internationales sur le VIH-sida et les droits de la personne*, octobre 2001 (www.icaso.org/icaso/ungass/advocacyfra.pdf).

Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales*, Deuxième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, Genève, 23-25 septembre 1996, New York et Genève, Nations Unies, 1998, (www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC520-HumanRights-E.pdf).

Les Directives fournissent un cadre propice à une approche plus complète fondée sur les droits de la personne devant le VIH/sida. La sixième de ces Directives a été révisée et mise à jour : Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales – Directive 6 révisée*, Troisième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, Genève, 23-25 juillet 2002, New York et Genève, Nations Unies, 2002. (www.unaids.org/publications/documents/human/JC882-Guideline6_fr.pdf).

Gouvernement du Canada, *Rapport 2002 du gouvernement du Canada au secrétaire général des Nations Unies sur la Déclaration d'engagement issue de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale sur le VIH/sida* (www.hc-sc.gc.ca/datapcb/iad/pdf/ungass2-f.pdf).

qui sont pertinentes à chaque population concernée. Les États indiqueraient comment leurs lois, politiques et pratiques au palier national nuisent ou aident à l'égalité de la population en ce qui a trait aux biens et services nécessaires. Cela inclurait l'égalité d'accès à l'éducation, à l'information sur les soins de santé, aux soins de santé proprement dits, aux traitements et services connexes (y compris ceux qui ont trait à la sexualité, à la santé sexuelle et à la santé génésique) ainsi qu'à la participation à la recherche et à une juste allocation des ressources nécessaires à rehausser la réponse au VIH/sida.

En outre, faire état de la **participation** des personnes vivant avec le VIH/sida ou affectées par le VIH/sida, dans la conception, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation de toutes les lois, politiques et pratiques nationales pertinentes – une démarche dans laquelle des personnes vivant avec le VIH/sida sont elles-mêmes impliquées – aiderait à assurer leur participation et leur relation pleines et réelles, plutôt qu'accessoire, aux programmes, politiques et recherches en matière de prévention, de soins et de traitements pour le VIH/sida. En veillant à l'implication des femmes, des jeunes, des intervenants et organismes non gouvernementaux ainsi que des institutions des droits de la personne, les pays aideraient à tracer un portrait plus complet d'une réaction nationale fondée sur les droits de la personne, devant le VIH/sida.

Conclusion

Faire le point sur les progrès accomplis pendant l'année suivant l'adoption d'une entente internationale majeure ne peut pas être qu'un geste provisoire, notamment en raison du caractère lent des gouvernements nationaux et des agences internationales.

Cependant, une année dans un monde marqué par le VIH/sida est l'équivalent de 3,1 millions de décès et de quelque 5 millions de personnes séropositives de plus.⁴² Une année face au VIH/sida n'est pas qu'une année ordinaire. D'après ce que les gouvernements semblent avoir signalé à l'ONUSIDA et au Secrétaire général, il est urgent de veiller à ce que la *Déclaration d'engagement* ne soit pas rebaptisée *Déclaration de comme si rien n'était*. Le constat que la Déclaration d'engagement a changé si peu de choses dans nos vies, à toutes et tous, en particulier en ce qui a trait à la promotion et la protection des droits de la personne, devrait sonner l'alarme et nous réveiller. Cela devrait intensifier le point de mire sur le rôle des buts et objectifs de la Déclaration d'engagement pour assurer la pleine intégration des normes et standards des droits de la personne dans la suite et l'expansion de la réponse à la pandémie du VIH. Cela devrait nous pousser à nous demander – et en effet à révéler – comment la Déclaration peut favoriser la promotion et la protection des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida ou affectées par l'épidémie, de même que de leurs familles et communautés – et comment, de fait, elle les promeut et les protège.

– Mindy Jane Roseman et Sofia Gruskin

Mindy Jane Roseman, JD, PhD, est la responsable principale de la recherche, au Programme sur la santé internationale et les droits de la personne, Centre Francois-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de la personne, Harvard School of Public Health. Communiquez avec elle à mroseman@hsph.harvard.edu. Sofia Gruskin, JD, MIA, est directrice du Programme sur la santé internationale et les droits de la personne, Centre Francois-Xavier Bagnoud pour la santé et les droits de la personne, Harvard School of Public Health. On peut

lui écrire à sgruskin@hsph.harvard.edu. Les auteures sont reconnaissantes à Kristin Sandvik, LL.M., pour son aide à la recherche pour cet article.

¹ Conférence mondiale sur les droits de l'homme, Vienne, 14-25 juin 1993; Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 5-13 septembre 1994; Programme d'action, Quatrième Conférence sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995; Programme d'action, Conférence mondiale pour le développement social, Copenhague, 6-12 mars 1995.

² Pour un aperçu des conférences et des manières par lesquelles les termes exprimant un consensus peuvent être utiles aux gouvernements et aux activistes, voir S. Gruskin, M. Roseman et E. Gibson, *Compendium of International Norms, Standards and Obligations relating to HIV/AIDS and Human Rights* (à paraître).

³ Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida, *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, résolution A/Res/S-26/2, 27 juin 2001 (www.unaids.org/UNGASS/docs/AIDSDDeclaration_fr.pdf). Ci-après : la Déclaration d'engagement.

⁴ Voir, en particulier, ces résolutions de la Commission des droits de l'homme : n° 2001/51 sur la protection des droits humains dans le contexte du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et du syndrome de l'immunodéficience acquise; et n° 2001/33 sur l'accès aux médicaments dans le contexte de pandémies telles que celle du VIH/sida (www.unhcr.ch/french/html/menu2/2/57chr/resolutions_fr.htm).

⁵ Allocution de Jonathan Mann à l'Assemblée générale des Nations Unies, à propos de l'épidémie mondiale du VIH/sida, dès octobre 1987; voir J. Mann, « Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd Session of the United Nations General Assembly », 20 octobre 1987, cité dans R. Parker, P. Aggleton, *HIV and AIDS-Related Stigma and Discrimination: A Conceptual Framework and Implications for Action*, Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, Londres, Thomas Coram Research Unit, 2002, p. 5.

⁶ *Cadre pour un leadership mondial sur le VIH/sida* (UNAIDS/PCB (10)/00.3), décembre 2000 (www.unaids.org/about/governance/files/Pcb_adhoc_meeting_framework_f.doc).

⁷ *Déclaration d'engagement*, par. 58.

⁸ *Ibid.*, par. 59.

⁹ *Ibid.*, par. 60.

¹⁰ *Ibid.*, par. 61.

¹¹ Voir S. Gruskin, « The UN General Assembly Special Session on HIV/AIDS: were some lessons of the last 20 years ignored? », *American Journal of Public Health*, 2002, 92(3) : 337-338.

¹² Voir *Déclaration d'engagement*, par. 62 : « D'ici à 2001, afin de compléter les programmes de prévention portant sur les activités qui entraînent des risques d'infection à VIH comme les comportements sexuels à risque et dangereux et la toxicomanie par voie intraveineuse, établir dans chaque pays des stratégies, des politiques et des programmes visant à recenser et commencer à examiner les facteurs qui rendent les individus particulièrement vulnérables à l'infection à VIH. »

¹³ *Ibid.*, par. 37.

¹⁴ *Ibid.*, par. 52.

¹⁵ *Ibid.*, par. 55.

¹⁶ *Ibid.*, par. 64.

¹⁷ Voir ONUSIDA, *Guide d'action pour les équipes de pays des Nations Unies : Mise en œuvre de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida – Atteindre une cible de développement pour le Millénaire : Halte au VIH/sida d'ici à 2015*, UNAIDS/02.56E, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2002 (www.unaids.org/UNGASS/docs/ActionGuide_Fr.pdf).

¹⁸ *Déclaration d'engagement*, par. 100.

¹⁹ *Rapport du Secrétaire général sur les progrès faits dans l'application de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida*, 12 août 2002, A/57/227, p. 1. Ci-après le *Rapport du Secrétaire général* (accessible via www.unaids.org/UNGASS/index.html).

²⁰ Ces pays y sont généralement anonymes, identifiés presque seulement par groupes régionaux, et à l'occasion par leur nom dans le *Rapport du Secrétaire général* et dans le *Rapport complémentaire de l'ONUSIDA*, infra note 24. Voir le tableau 1 pour plus de détails.

²¹ Voir, p.ex., www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm.

²² Échanges de courriels avec l'ONUSIDA, que les auteures ont en filière. De l'information sur des pays, en certains cas, ont été obtenus (à des degrés variables) par l'entremise de représentants de l'ONUSIDA dans des pays et/ou des sources gouvernementales.

²³ *Ibid.*

²⁴ ONUSIDA, *UNAIDS Companion Report*, via www.unaids.org/UNGASS/index.html. Ci-après le *Rapport de l'ONUSIDA*.

²⁵ *Rapport du Secrétaire général*, p. 1.

²⁶ *Ibid.*, p. 4.

²⁷ *Ibid.*, p. 15.

²⁸ Le *Rapport de l'ONUSIDA* ne contient pas la liste des pays qui ont soumis des comptes-rendus.

²⁹ *Rapport de l'ONUSIDA*, p. 1.

³⁰ *Ibid.*, p. 3.

³¹ *Ibid.*, p. 5.

³² *Ibid.*, p. 7.

³³ *Ibid.*, p. 9.

³⁴ *Ibid.*, p. 9.

³⁵ Voir 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).

³⁶ Voir F. Morka, « Nigeria – Une juge interdit à une femme séropositive l'accès à la salle d'audience », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 87-88 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincaadien/Vol6nos1-22001/f-internationales.htm).

³⁷ *Rapport du Secrétaire général*, p. 4.

³⁸ Résolution 40.26 de l'Assemblée mondiale de la santé, 15 mai 1987.

³⁹ *Rapport du Secrétaire général*, p. 12.

⁴⁰ *Rapport de l'ONUSIDA*, p. 3.

⁴¹ *Rapport du Secrétaire général*, p. 13.

⁴² Office of Communications and Public Relations, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, *Fact Sheet: HIV/AIDS Statistics*, décembre 2002 (www.niaid.nih.gov/factsheets/aidsstat.htm).

La Déclaration d'engagement de l'UNGASS sur le VIH/sida : examen législatif de six pays du Sud de l'Afrique

de la page 1

En juin 2001, les 189 États membres réunis à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS) consacrée au VIH/sida ont adopté sans réserve la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida. Cette déclaration exprime l'engagement des chefs de gouvernements et des États à réagir au VIH/sida par des actions dans plusieurs domaines, notamment le leadership, la prévention, les soins, le soutien et les traitements, de même que les droits de la personne.¹ (Pour un sommaire de l'UNGASS et de la Déclaration, voir l'article à la une, « La Déclaration d'engagement sur le VIH/sida : après une année ».)

Le présent article se concentre sur les paragraphes 58 et 69 de la Déclaration, qui renferment des dispositions visant la mise en œuvre de lois pour éradiquer la discrimination liée au VIH/sida et pour veiller à l'exercice des droits de la personne et des libertés fondamentales des personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres groupes vulnérables. L'auteure porte un regard sur six pays du Sud de l'Afrique – le Botswana, le Lesotho, le Mozambique, l'Afrique du Sud, le Swaziland et le Zimbabwe (ci-après « le groupe observé ») – afin de voir s'ils ont progressé dans la modification ou l'adoption de lois conformément à ces dispositions. L'article est basé sur un rapport préparé par

l'AIDS Law Project au Human Sciences Research Council (HSRC) de l'Afrique du Sud, en décembre 2002.²

Les pays du groupe observé sont aux prises avec certains des taux de prévalence du VIH les plus élevés du monde. Le Botswana, le Zimbabwe, le Swaziland et le Lesotho (dans cet ordre) sont les pays où la prévalence du VIH est la plus élevée au monde; ils ont des taux de prévalence du VIH de plus de 30% parmi les adultes.³ L'Afrique du Sud est au sixième rang mondial et le Mozambique, au onzième, pour la prévalence du VIH.⁴ Il est donc raisonnable de s'attendre à ce que les gouvernements des pays du groupe observé s'activent à réagir à l'épidémie du VIH/sida avec sérieux et détermination, et qu'ils portent une attention particulière à la discrimination et au stigmatisation liés au VIH/sida, dans leurs pays.

La Déclaration de l'UNGASS

Un moyen de réduire le degré de discrimination liée au sida, dans une société, consiste à adopter des lois qui protègent expressément les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et des individus de groupes vulnérables à l'épidémie, et à imposer des peines aux coupables de discrimination.⁵ La relation entre la protection des droits de la personne et la vulnérabilité (et

Les pays du groupe observé sont aux prises avec certains des taux de prévalence du VIH les plus élevés du monde.

par ce biais, le taux de discrimination liée au VIH/sida) a été expressément reconnue dans le chapitre de la Déclaration qui porte sur le VIH/sida et les droits de la personne. Le préambule va comme suit :

La réalisation universelle des droits de la personne et des libertés fondamentales est indispensable si l'on veut réduire la vulnérabilité face au VIH/sida. Le respect des droits des personnes atteintes du VIH/sida entraîne l'adoption de mesures efficaces.⁶

Le paragraphe 58, dans le chapitre sur les droits de la personne, requiert ceci des chefs d'États et des gouvernements :

D'ici à 2003, promulguer, renforcer ou appliquer, selon qu'il conviendra, des lois, règlements et autres mesures afin d'éliminer toute forme de discrimination contre les personnes atteintes du VIH/sida et les membres des groupes vulnérables, et de veiller à ce qu'ils jouissent pleinement de tous leurs droits et libertés fondamentaux,

notamment pour leur assurer l'accès à l'éducation, à l'héritage, à l'emploi, aux soins de santé, aux services sociaux et sanitaires, à la prévention, au soutien et au traitement, à l'information et à la protection juridique, tout en respectant leur intimité et leur confidentialité; et élaborer des stratégies pour lutter contre la stigmatisation et l'exclusion sociale liée à l'épidémie.

La Déclaration va plus loin et identifie le milieu de travail comme un domaine de préoccupation. Le paragraphe 69, au chapitre sur la réduction de l'impact social et économique, engage les chefs d'États et les gouvernements à :

D'ici à 2003, mettre en place à l'échelle nationale un cadre juridique et directif assurant la protection, sur le lieu du travail, des droits et de la dignité des personnes infectées et affectées par le VIH/sida et de celles qui sont le plus exposées au risque d'infection, en consultation avec les représentants des employeurs et des travailleurs, en tenant compte des directives internationales relatives au VIH/sida

Les chefs des gouvernements des pays appartenant au groupe observé se sont donc engagés à prendre les devants pour transformer et renforcer la réaction de leurs systèmes légaux, devant l'épidémie.

Le droit coutumier et le VIH/sida

Il est important de noter que la présence de systèmes légaux doubles, comme décrits ci-dessous, dans des pays de groupe observé :

En conséquence du régime colonial, en Afrique, les États africains reconnaissent divers systèmes légaux. Parmi ces systèmes, les lois coutumières et religieuses d'un côté, et les lois reçues, fondées sur le droit des

anciens pays colonisateurs, de l'autre côté, ont coexisté dans certains domaines, notamment dans le droit familial et le droit successoral.⁷

Le droit coutumier a été défini comme :

un système établi de règles immémoriales qui ont évolué à partir du mode de vie et des désirs naturels du peuple, dont le contexte relevait de la connaissance commune, le tout doublé de précédents s'appliquant à des cas spécifiques, qui étaient gardés en mémoire par le chef et ses conseillers, leurs fils et les fils de leurs fils, jusqu'à ce qu'ils soient oubliés ou intégrés à des règles immémoriales. [trad.]⁸

Le droit national dans les six pays est généralement divisé comme suit : d'une part le droit coutumier traditionnel et les pratiques qui ne sont généralement pas écrites, et, d'autre part, les types plus formels du droit occidental, basé sur le droit commun anglais et le droit roman-néerlandais. Afin de maintenir l'ordre et de faire régner la justice, les pays ont pu essayer de trouver un équilibre, complexe, entre ces formes différentes de droit.

Les deux formes, le droit codifié et les coutumes non écrites ou les lois coutumières, jouent un rôle important dans l'atténuation ou l'aggravation de l'épidémie du VIH/sida. Dans son article sur le droit coutumier et le VIH/sida, Pieterse a établi plusieurs exemples de croyances et de pratiques coutumières africaines qui peuvent contribuer à la propagation du VIH.⁹ Il a illustré comment les coutumes et les institutions culturelles, comme la polygynie, les coutumes entourant la procréation, la circoncision rituelle et les pratiques de perçage de la peau, de même que les croyances et attitudes culturelles s'y rattachant, dans lesquelles le patriarcat joue un rôle dominant, peuvent accroître la vulnérabilité au VIH.

L'ONUSIDA ajoute d'autres exemples du lien entre la vulnérabilité au VIH/sida et les pratiques culturelles :

- la pratique du transfert obligatoire de l'épouse d'un homme décédé au frère de ce dernier, en héritage;
- la « purification » des vierges, à l'aube de la puberté, par des rapports sexuels forcés avec un homme en déguisement;
- le statut minoritaire des femmes, en vertu des lois coutumières, et les chances inégales d'éducation pour les filles.¹⁰

Plusieurs lois et pratiques coutumières rendent les femmes particulièrement vulnérables aux violations des droits de la personne, donc aussi à l'infection à VIH. Dans plusieurs pays du groupe observé, les femmes sont considérées comme des personnes mineures : les femmes mariées sont sous la garde de leur mari, alors que les femmes non mariées sont sous celle de leur père.

Cela signifie, par exemple, que les femmes ne peuvent enregistrer de propriété immobilière à leur nom (p. ex. au Lesotho), signer de contrat sans le consentement du mari (Botswana) ou avoir accès ou droit à la propriété terrienne sans un mari ou un membre de la famille de sexe masculin (Swaziland et Zimbabwe). D'autres exemples sont :

- la non-reconnaissance du viol conjugal;
- le traitement de l'adultère comme un crime uniquement féminin, par les cours tribales; et/ou les peines plus lourdes aux femmes, pour l'adultère;
- la pratique du transfert obligatoire de l'épouse d'un homme décédé au frère de ce dernier, en héritage.

Il est clair que ces lois et pratiques confèrent à la femme un statut social

Plusieurs lois et pratiques coutumières rendent les femmes particulièrement vulnérables aux violations des droits de la personne, donc aussi à l'infection à VIH.

inférieur, ce qui la rend dépendante de l'homme sur les plans économique, physique et social, limitant gravement sa capacité et son pouvoir de négocier par exemple des pratiques sexuelles sécuritaires. Ces traditions et lois discriminatoires accroissent par conséquent la vulnérabilité de la femme devant l'infection à VIH et elles servent de puissants catalyseurs à l'épidémie.

Bien que plusieurs cas de lois et de pratiques coutumières soient inéquitables, discriminatoires ou contraires aux principes des droits de la personne, la valeur et le poids du droit coutumier pour les communautés africaines a été mis en relief.¹¹ Des recherches sur le terrain, effectuées par l'auteure dans les pays du groupe observé, ont clairement montré que les lois et pratiques coutumières exercent une grande influence dans les vies des citoyens et citoyennes du groupe observé, et auraient un impact important sur la propagation de l'épidémie.¹² Il s'ensuit que les leaders politiques et communautaires devraient identifier les aspects du droit coutumier applicable dans leurs pays respectifs et qui sont susceptibles d'intensifier la propagation du VIH/sida – et qu'ils devraient exercer une influence positive et transformer ces aspects pour tenir compte des nouveaux défis qui découlent de l'épidémie du VIH/sida et de la mondialisation.

La législation et le VIH/sida

Le tableau 1 présente un sommaire de la législation des pays du groupe observé qui renferme des dispositions spécifiques au VIH/sida. Peu de lois faisant référence au VIH/sida ont été promulguées depuis l'entrée en vigueur de la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, en juin 2001. Nous décrivons ensuite brièvement les lois notées dans le tableau, ainsi que d'autres lois qui pourraient avoir une incidence sur la propagation de l'épidémie sans pour autant faire mention expresse du VIH. La législation ou le droit coutumier qui marginalise déjà les groupes vulnérables (comme les gais et lesbiennes, les femmes et les travailleuses du sexe) et qui les rend plus susceptibles de contracter le VIH, est également mentionné.

Botswana

Le Règlement (d'amendement) sur le Conseil médical (déontologie) prévoit, en vertu de la notion de « confidentialité partagée », que le médecin peut divulguer la séropositivité d'un patient aux soignants ou aux membres de la famille du patient sans le consentement de ce dernier et sans s'assurer que ces tierces parties ne divulgueront pas l'information à autrui.¹³

La loi amendant le Code criminel prévoit pour les agresseurs sexuels séropositifs des peines différentes de celles imposées aux agresseurs sexuels qui obtiennent un test séronégatif au VIH. Une personne déclarée coupable de viol ne sera soumise au test du VIH qu'après le verdict de culpabilité. À la réception du résultat du test du VIH, la peine pourra aller comme suit :

- *en présence d'un test négatif au VIH : peine minimum de 10 ans; peut être plus lourde si le viol a été accompagné de violence*

grave;

- en présence d'un test positif au VIH mais sans connaissance et diagnostic préalable de la séropositivité : si l'agresseur ne savait pas qu'il était séropositif au moment du viol, la peine minimum est de 15 ans;
- *en présence d'un test positif VIH avec connaissance et diagnostic antérieur* : si l'agresseur savait qu'il était séropositif au moment du viol, la peine minimum est de 20 ans.¹⁴

Le Code criminel du Botswana renferme une disposition qui criminalise toute personne qui commet un acte considéré « contre l'ordre naturel ».¹⁵ Un juge a interprété que cette expression signifie tout acte lié aux rapports sexuels anaux ou oraux.¹⁶ Cette disposition marginalise de toute évidence les gais et les lesbiennes; de plus, elle limite gravement l'accès à l'information sur le sécurisexe et sur les risques de transmission du VIH par les rapports sexuels oraux et anaux. Le Code criminel interdit également le travail sexuel.¹⁷ Il y a clairement absence de législation sur la violence au foyer,¹⁸ et le droit ne renferme pas de dispositions sur le viol conjugal.

Lesotho

Le Lesotho n'a pas de loi faisant mention expresse du VIH/sida. Une loi sur les délits sexuels sera probablement promulguée sous peu, avec ces dispositions :

- définition étendue du viol, pour y inclure une interprétation du viol conjugal;
- peines qui tiendront compte de l'état sérologique au VIH chez l'agresseur (une personne qui commet un viol en se sachant séropositive, ou en ayant un soupçon raisonnable de sa séroposi-

Tableau I : Législation mentionnant expressément le VIH/sida

Pays	Loi	Promulgation
Botswana	Règlement (d'amendement) sur le Conseil médical (déontologie)	1999
	Code criminel (Loi amendant le)	1998
Lesotho	nil	
Mozambique	Loi sur le travail (Loi no 5 de 2002)	2002
Afrique du Sud	Loi sur la promotion de l'égalité et prohibition de la discrimination injuste	2000
	Loi sur l'égalité dans l'emploi	1998
	Loi sur les plans médicaux	1998
	Loi amendant le Code criminel	1997
	Deuxième loi amendant la procédure pénale	1997
	Loi sur la politique nationale d'éducation	1996
	Loi sur la politique nationale de santé	1990
Swaziland	Nil	
Zimbabwe	Loi sur les délits sexuels	2001
	Règlement sur les relations de travail (VIH et sida)	1998

vit, pourrait être condamnée à mort);

- soins médicaux gratuits aux personnes agressées sexuellement.

Un autre projet de loi, intitulé « Projet de loi sur l'égalité des personnes mariées », tentera de rectifier l'inégalité entre l'époux et l'épouse. À l'heure actuelle, le droit coutumier considère la femme comme une personne mineure. La femme mariée est sous la garde de son mari et la femme célibataire est sous la garde de son père.¹⁹

Mozambique

Une loi sans titre, la « Loi n° 5 de 2002 » renferme un certain nombre de dispositions qui abordent le VIH/sida en milieu de travail. La loi interdit le test du VIH avant l'embauche et elle

garantit le droit à la confidentialité relativement à la séropositivité, en milieu de travail. En cas d'exposition professionnelle au VIH, « une aide médicale garantie ainsi que des médicaments adéquats » [trad.] sont assurés et doivent être payés par l'employeur. La loi oblige les employeurs à fournir de l'éducation et de l'information sur le VIH/sida ainsi que des services conseils, à leurs employés. Le congédiement pour le motif du VIH/sida est « considéré comme un congédiement sans raison valable » [trad.].

Aucune loi du Mozambique n'aborde les besoins spécialisés des personnes qui sont victimes de violence domestique. En vertu de l'article 1674 du Code civil, le mari est

considéré comme le chef du foyer, ce qui lui subordonne effectivement son épouse. La propriété de l'épouse est donnée au mari et elle ne peut faire de transaction commerciale qu'avec l'autorisation de ce dernier.

Afrique du Sud

La Loi sur l'égalité dans l'emploi interdit les tests du VIH non autorisés dans le domaine de l'emploi.²⁰ La loi stipule qu'aucune personne ne peut exercer de discrimination injuste à l'encontre d'un employé ou d'un candidat à un emploi, dans aucune politique sur l'emploi et aucune pratique, sur la base des 20 motifs énumérés, à moins qu'il s'agisse d'une exigence inhérente à l'emploi concerné. La « séropositivité au VIH » est l'un des

motifs énumérés pour lesquels il est interdit d'exercer de la discrimination contre un employé.²¹

La Loi amendant le Code criminel²² prévoit une peine minimale plus lourde en l'absence de circonstances importantes et convaincantes, dans le cas d'un premier viol perpétré par un agresseur qui sait qu'il est séropositif au VIH, en comparaison avec l'auteur d'un premier viol qui est séronégatif. La Deuxième loi amendant la procédure pénale²³ renferme des dispositions plus strictes en matière de liberté sous caution. La liberté sous caution sera refusée à un accusé de viol qui savait qu'il était séropositif, à moins de circonstances exceptionnelles.

La Loi sur les régimes médicaux²⁴ interdit d'exclure un individu s'il est capable de payer ses contributions au régime (ce qui inclut les personnes vivant avec le VIH/sida). Les maladies associées à l'infection à VIH sont maintenant une catégorie incluse dans les « Prestations minimum prescrites » qui stipule la couverture obligatoire de la gestion médicale et chirurgicale des infections opportunistes et des malignités localisées.

La Loi sur la promotion de l'égalité et la prohibition de la discrimination injuste²⁵ vise à mettre en œuvre et à donner une plus grande force d'application à la clause d'égalité de la Constitution de l'Afrique du Sud. L'article 6 de cette loi interdit la discrimination injuste au motif du handicap (ce qui peut inclure une interprétation du VIH et du sida, mais n'est pas expressément définie de la sorte dans le texte de loi). L'article 34(1) de la loi renferme des principes directeurs en matière de VIH/sida, et l'article 32 prévoit la création d'un Comité d'examen de l'égalité mandaté de se réunir dans l'année suivant la promulgation de la

loi afin de faire des recommandations au ministre de la Justice, quant à la question d'inclure la « séropositivité au VIH » et le « sida » parmi les motifs de discrimination injuste énumérés dans la loi.²⁶

La Loi sur la politique nationale de santé²⁷ et la Loi sur la politique nationale d'éducation²⁸ renferment des dispositions pour l'élaboration de politiques sur le VIH/sida. Dans la lignée de ces directives, la « Politique nationale sur le test du VIH » a été publiée en août 2000, et le ministre de l'Éducation a lancé la « Politique nationale sur le VIH/sida pour les étudiants et les éducateurs » en 1999.

Swaziland

Aucune loi ne mentionne encore expressément le VIH/sida, mais certains changements sont proposés aux lois actuelles du Swaziland. Une procédure d'élaboration d'une Loi sur l'emploi est en cours. Il est probable que cette loi intégrera la plupart des aspects des diverses conventions de l'Organisation internationale du travail (OIT) dont le Swaziland est signataire, ainsi que des instruments régionaux tels le « SADC code on HIV/AIDS and Employment ». On envisage par ailleurs une Loi sur la santé publique qui intégrera des questions liées au VIH/sida, alors que les lois criminelles et sur les services correctionnels sont supposées être amendées pour relever les nouveaux défis que pose le VIH/sida. Des fonds ont été alloués pour assister le ministère des Services correctionnels dans une revue législative afin de rendre le milieu correctionnel mieux adapté aux besoins des détenus vivant avec le VIH/sida.

Le droit commun et le droit coutumier, au Swaziland, déterminent que le statut de la femme est celui de per-

sonnes considérées comme mineures au regard de la loi. Les femmes doivent avoir la permission de leur mari ou gardien pour toute question légale ou transaction importante. Les lois du pays en matière de succession interdisent à la femme d'hériter personnellement de quoi que ce soit de l'avoir de son mari décédé. Les femmes en région rurale ne peuvent avoir accès à la propriété terrienne que par le biais de leur mari, si elles sont mariées, ou par un homme de leur famille, si elles sont célibataires.

Zimbabwe

La Loi sur les délits sexuels prévoit des peines plus lourdes pour le viol si l'agresseur est séropositif au VIH.²⁹ L'article 15 de la même loi criminalise le fait de transmettre sciemment le VIH à autrui. Les articles 9 et 11 de la Loi sur les délits sexuels criminalisent le travail sexuel.

Le Règlement sur les relations de travail (VIH et sida) de 1998 prévoit la disponibilité d'éducation et d'information sur le VIH/sida en milieu de travail, tout en interdisant le test pré-embauche et le congédiement injuste au motif du VIH/sida.

En vertu du droit coutumier, les femmes n'ont pas d'accès indépendant ou de droits à la propriété : elles ne peuvent avoir accès à la propriété terrienne que par leur mari ou des hommes de leur famille.

Conclusion

À l'exception possible de l'Afrique du Sud, les pays du groupe observé n'ont pas répondu adéquatement aux défis que l'épidémie du VIH/sida impose à leur système légal. La réaction première de plusieurs de ces pays, devant l'épidémie du sida, est l'adoption de lois pénales. Cette approche n'a pas pour seule conséquence d'entraver les appro-

ches efficaces et souples qui sont nécessaires pour le contrôle de l'épidémie,³⁰ elle nuit souvent aussi à l'adoption de lois qui pourraient s'attaquer à la discrimination fondée sur le VIH/sida, qui pourraient accorder une protection spéciale aux personnes touchées par le VIH/sida et renforcer le statut des groupes vulnérables, comme les femmes, les gays,

Il est crucial que les gouvernements de ces pays amorcent un processus de réforme du droit. Les stratégies pour modifier les lois et pratiques coutumières discriminatoires revêtent une importance particulière.

les lesbiennes et les travailleuses et travailleurs du sexe. Il est manifeste que les lois et pratiques coutumières discriminatoires exercent une grande influence, dans les pays observés, et qu'elles catalysent l'épidémie.

Il est louable que trois des six pays – le Mozambique, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe – aient adopté des lois progressives en matière d'emploi, qui respectent le contenu du paragraphe 69 de la Déclaration d'engagement. Toutefois, il n'y a pas de motifs incitant à croire que le Botswana, le Lesotho, le Mozambique, le Swaziland ou le Zimbabwe parviendront à respecter les directives énoncées dans le paragraphe 58 avant la fin de 2003. En ce qui a trait aux objectifs d'éliminer la discrimination liée au VIH/sida, d'assurer le plein exercice des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et

des personnes associées à d'autres groupes vulnérables à l'épidémie, et de réduire la stigmatisation et l'exclusion sociale liées au VIH/sida, les progrès sont minces, voire nuls.

Il est donc impératif que les gouvernements de ces pays amorcent un processus de réforme du droit pour remédier à ces problèmes; entre autres, les stratégies pour modifier les lois et pratiques coutumières discriminatoires revêtent une importance particulière. On ne pourra considérer que les chefs de gouvernements ont fait des progrès vers le respect de leurs engagements, en matière de VIH/sida et de droits de la personne, qu'après l'application de ces stratégies.

– *Marlise Richter*

Marlise Richter est chercheuse à l'AIDS Law Project, Centre for Applied Legal Studies, University of Witwatersrand, Afrique du Sud. Son courriel est richterm@law.wits.ac.za.

¹ Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies consacrée au VIH/sida, Déclaration d'engagement sur le VIH/sida, résolution A/Res/S-26/2, 27 juin 2001 (www.unaids.org/UNGASS/docs/AIDSDeclaration_fr.pdf).

² Le rapport de l'étude, « Review of HIV/AIDS Legislation in Six Southern African Countries », est accessible via www.alp.org.za. Le HSRC a commandé d'autres études à propos des politiques sur le VIH/sida, le financement et la mise en œuvre de programmes en matière de VIH/sida, dans les pays du groupe observé. Ces conclusions ainsi que la recherche sur les lois en matière de VIH/sida seront publiées dans un rapport final en 2003.

³ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Organisation mondiale de la santé, *Le point sur l'épidémie de sida – Décembre 2002*, Genève, ONUSIDA et OMS, 2002, p. 16 (www.unaids.org/worldaidsday/2002/press/update/epiupdate_fr.pdf).

⁴ Voir Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales – Division de la population, *Years of life lost to AIDS: twenty countries with the highest HIV prevalence, 2000 – 2005* (www.un.org/esa/population/publications/aidswallchart/chart2.jpg).

⁵ P. Aggleton, R. Parker, *Cadre conceptuel et base d'action : stigmatisation et discrimination associées au VIH/sida*, Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2002 (www.unaids.org/publications/documents/human/JC891-WAC%20framework_fr.pdf).

⁶ *Supra*, note 3, par. 58.

⁷ A. Armstrong et coll., *Uncovering Reality: Excavating Women's Rights in African Family Law*, Women and Law in Southern Africa Research Trust, Working Paper No. 7, 1993, p. 9-10.

⁸ J.C. Bekker (éd.), *Seymour's Customary Law in Southern Africa*, 5^e édition, Cape Town, Juta, 1989, p. 11.

⁹ M. Pieterse, « Beyond the reach of law? HIV, African culture and customary law », *Tydskrif van die Suid-Afrikaanse Reg*, 2000, 3 : 428-441.

¹⁰ M. Heywood, *A Human Rights Approach to AIDS Prevention at Work: The Southern African Development Community's Code on HIV/AIDS and Employment*, Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 2000, p. 11 (www.unaids.org/publications/documents/human/law/Brochure_SADC.pdf).

¹¹ Par exemple, les participants à un atelier (intitulé « Les droits humains et le VIH/sida : l'accès aux traitements modifie-t-il le contexte? ») ont souligné l'importance des lois coutumières et ils se sont opposés aux propos qui omettaient ou sous-estimaient leur rôle. L'atelier a été tenu à Windhoek les 25-26 octobre 2002 et il a regroupé des délégués des pays du groupe observé ainsi que de la Zambie, de l'Angola, de la Namibie et du Malawi.

¹² L'auteure a voyagé au Lesotho, au Botswana, au Zimbabwe et au Mozambique pour réaliser des entrevues avec des organismes de lutte contre le sida, des organismes non gouvernementaux et des regroupements communautaires impliqués dans les problématiques de la sexospécificité, des droits de la personne, du droit, de la santé publique, en rapport avec le VIH/sida; ainsi qu'avec des instances nationales de conseil sur le sida et des gouvernements. Elle a par ailleurs eu une correspondance avec des contacts au Swaziland.

¹³ Voir l'art. 2 (b) des *Botswana Medical Council (Professional Conduct) (Amendment) Regulations of 1999*. Le terme "communicable disease" [maladie transmissible] est utilisé dans les dispositions et il a été interprété comme incluant spécifiquement le VIH/sida.

¹⁴ Voir l'art. 3 du *Penal Code (Amendment) Act* (Act No. 5 of 1998).

¹⁵ Art. 164 du *Penal Code* (chapitre 08:01).

¹⁶ Affaire n° CRAF 94 of 95.

¹⁷ Art. 156 du *Penal Code*.

¹⁸ Le travail est amorcé sur un projet de loi relatif à la violence domestique, intitulé *The Protection from Domestic Violence Bill*.

¹⁹ P. Lettuka et coll., *Maintenance in Lesotho*, 2nd ed. Women and Law in Southern Africa Research Trust, 1997, p. 4-5.

²⁰ Art. 7(2) de *Act No. 55 of 1998*. Nul employeur ne peut demander à un candidat à l'emploi ou à un employé de subir un test du VIH, en aucun temps, sauf si l'employeur a déposé une demande à la Cour du travail pour en obtenir la permission et que cette dernière lui a été accordée.

²¹ Art. 6(1).

²² *Act 105 of 1997*.

²³ *Act 85 of 1997*.

²⁴ *Act 131 of 1998*.

²⁵ *Act 4 of 2000*.

²⁶ Au moment de mettre sous presse, le Equality Review Committee n'avait pas encore publié son rapport.

²⁷ Act 116 of 1990.

²⁸ Act 27 of 1996.

²⁹ Art. 16 du *Sexual Offence Act (Act 8 of 2001)*.

³⁰ Richard Elliott soutient que le recours au droit criminel, devant le VIH/sida, peut soulever les problèmes suivants. Les personnes vivant avec le VIH/sida sont considérées comme des « criminels potentiels ». L'approche du droit criminel risque d'inciter les gens à ne pas chercher à savoir s'ils sont séropositifs. La loi peut compromettre la relation confidentielle qui devrait exister dans le counselling pré-test et post-test, entre le conseiller et son client. L'approche risque en outre de créer un faux sentiment de sécurité, parmi les personnes qui croient qu'elles sont séronégatives. Voir R. Elliott, *Droit pénal, santé publique et transmission du VIH – Étude des politiques possibles*, Collection Meilleures pratiques de l'ONUSIDA, Genève, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, juin 2002 (www.unaids.org/publications/documents/human/JC734-CriminalLaw-F.pdf).

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 avec leur article. La correspondance pertinente aux Nouvelles canadiennes doit être adressée à David Garmaise, rédacteur en chef de cette rubrique, à dgarmaise@rogers.com.

Notez qu'un article sur les résultats de l'essai vaccinal d'AIDSVAX B/B, auquel participaient notamment des personnes du Canada, a été placé à la rubrique *Accès mondial aux traitements*.

Recours au test du VIH obligatoire pour l'exclusion d'immigrants potentiels

L'année dernière, le Canada a refusé l'entrée à 75 personnes vivant avec le VIH/sida, en invoquant le motif qu'elles placeraient un fardeau excessif sur les services gouvernementaux; 207 autres personnes vivant avec le VIH/sida ont pu s'établir au pays, principalement grâce à une exemption des dispositions relatives au fardeau excessif. Des organismes de lutte contre le VIH/sida ont exprimé leur opposition à la politique de test du VIH obligatoire pour les candidats à l'immigration, de même que des préoccupations quant à la méthode d'estimation du fardeau excessif.

En 2002, Citoyenneté et Immigration Canada a refusé l'entrée au pays à 75 personnes vivant avec le VIH/sida, en raison du fardeau excessif qu'elles

placeraient sur les régimes publics de services sociaux et de santé du Canada. Toutefois, 207 autres personnes vivant avec le VIH/sida ont été

admissibles au pays.¹ La politique de test du VIH obligatoire pour les candidats à la résidence permanente est entrée en vigueur le 15 janvier 2002. (La plupart des visiteurs de courte durée ne sont pas tenus de s'y soumettre.)

En vertu de la nouvelle *Loi sur l'immigration et la protection des*

réfugiés,² promulguée le 28 juin 2002, et de l'ancienne *Loi sur l'immigration*, les citoyens étrangers peuvent se voir refuser l'accès au Canada si leur

Les requérants au statut de résident permanent qui sont séropositifs et qui prennent des antirétroviraux seront déclarés inadmissibles sur le plan médical.

état de santé est susceptible de placer un fardeau excessif sur les services gouvernementaux du pays. La nouvelle *Loi* accorde une exemption des dispositions relatives au fardeau excessif à certaines catégories de requérants, y compris les réfugiés (peu importe s'ils formulent leur demande à partir du Canada ou de l'extérieur) et certains candidats à la résidence permanente qui sont parrainés dans la catégorie de la famille – plus précisément les époux, conjoints de fait et enfants à charge.³

L'ancienne loi ne prévoyait pas d'exemption des dispositions relatives au fardeau excessif. Cependant, de nombreux réfugiés et candidats parrainés dans la catégorie de la famille étaient admis au Canada pour des raisons humanitaires.

Interprétation du fardeau excessif

Une demande est considérée « excessive » si le fardeau financier attendu d'une personne, sur les services sociaux et de santé, est supérieur à celui du Canadien moyen.⁴ Le fardeau financier est estimé sur une période de cinq ou dix ans, à partir de la date du plus récent examen médical du requé-

rant. Le coût moyen par Canadien est calculé à partir de données de l'Institut canadien d'informations sur la santé. En 2002, il s'élevait à 3 572\$ CAN – mais cela varie à chaque année.

Citoyenneté et Immigration Canada souligne que les requérants au statut de résident permanent qui sont séropositifs et qui prennent des antirétroviraux (peu importe leur état de santé) seront déclarés inadmissibles sur le plan médical, étant donné que le coût des antirétroviraux est supérieur aux dépenses moyennes par Canadien et qu'il est financé par le secteur public (généralement par les gouvernements provinciaux/territoriaux).⁵

Par contre, les autorités signalent que les requérants au statut de résident permanent qui sont séropositifs, en bonne santé et qui ne prennent pas d'antirétroviraux ne devraient normalement pas être considérés susceptibles d'exercer une demande excessive sur les services sociaux et de santé du Canada; leur séropositivité ne devrait donc pas faire obstacle à leur entrée au pays. Les candidats à la résidence permanente qui sont séropositifs et en mauvaise santé, mais qui ne prennent pas d'antirétroviraux, seront probablement déclarés inadmissibles sur le plan médical. Le médecin en charge de leur dossier conclura probablement qu'ils pourraient commencer à prendre des antirétroviraux quelques années après leur entrée au pays.⁶

Plusieurs organismes communautaires canadiens de lutte contre le VIH/sida se sont prononcés contre le test du VIH obligatoire pour les candidats à l'immigration. Ils estiment que les méfaits potentiels de cette pratique en dépassent largement les bienfaits. Ces organismes s'opposent aussi à l'exclusion de requérants séropositifs sur la base d'une estimation du far-

deau excessif qui tient compte des coûts éventuels de leur traitement, mais pas de leur contribution potentielle à la société canadienne.⁷ Citoyenneté et Immigration Canada s'est montré ouvert à une révision de la méthode d'estimation du fardeau excessif.⁸

Grâce à l'exemption des provisions relatives au fardeau excessif, plusieurs personnes vivant avec le VIH/sida se voient accorder la résidence permanente au Canada. Des préoccupations ont été soulevées à savoir si ces personnes sont référées à des services en matière de VIH/sida, après leur arrivée au pays, et si ces services répondent à leurs besoins.

Shaun Mellors – cet homme séropositif qui avait été déclaré inadmissible sur le plan médical, mais qui a pu obtenir un permis de résident tempo-

Citoyenneté et Immigration Canada s'est montré ouvert à une révision de la méthode d'estimation du fardeau excessif.

raire lui permettant d'occuper un emploi de deux ans au sein d'un organisme de Toronto⁹ – a vu accepter sa requête d'accès au régime ontarien d'assurance-santé. Par contre, d'autres personnes en situation semblable ont dit avoir essuyé des refus; la politique de l'Ontario n'est donc pas claire. La décision d'accorder ou non l'assurance-santé aux individus qui détiennent un permis de résident temporaire relève des gouvernements provinciaux et territoriaux.

Pour plus d'information sur les lois et règlements canadiens en matière

d'immigration, dans le contexte du VIH/sida, voir le feuillet de questions et réponses *Les politiques canadiennes sur l'immigration et leur impact sur les personnes vivant avec le VIH/sida*, sur le site Internet du Réseau juridique (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/ImmigrationF/immigrationFAQ2003_1.htm).

– David Garmaise

¹ L. Priest, « HIV test used to bar potential immigrants », *The Globe and Mail*, 24 février 2003, p. 5.

² *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, Lois du Canada (2001), art. 38(1). Le texte complet de la Loi est accessible sur le site Internet de Citoyenneté et Immigration Canada, via www.cic.gc.ca.

³ *Ibid.*, art. 38(2).

⁴ *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés*, SOR/2002-227, art. 1(1)(a). Le texte complet du Règlement est accessible sur le site Internet de Citoyenneté et Immigration Canada, via www.cic.gc.ca.

⁵ Communication personnelle avec le Dr Brian Gushulak, directeur général, Direction des services médicaux, Citoyenneté et Immigration Canada.

⁶ *Ibid.*

⁷ Pour une analyse de cette question et d'autres enjeux liés à l'immigration, voir A. Klein, *Immigration et VIH/sida : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001; et B. Hoffmaster et T. Schrecker, *Analyse éthique de l'exclusion automatique des immigrants trouvés séropositifs au VIH*, Halifax, Projet des NOMS du Canada, 2000. Ces deux rapports sont accessibles sur le site Internet du Réseau juridique, via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/immigrationF.htm.

⁸ Rencontre entre des représentants du Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO) et des responsables de divers ministères, y compris de Citoyenneté et Immigration Canada, le 4 novembre 2002.

⁹ Voir D. Garmaise, « Le Canada refuse un visa à un travailleur séropositif qui prend des antirétroviraux », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002; 7(2/3) : 26-27.

Mer agitée pour le Programme canadien de marijuana médicale

Santé Canada a finalement une bonne récolte, mais son programme de marijuana médicale traverse une période houleuse : il est aux prises avec des dissensions internes sur un aspect crucial de son mandat, en plus de défis fondamentaux venant de tribunaux. Par ailleurs, le ministre de la Justice a affirmé que le gouvernement introduira une loi pour décriminaliser la possession de petites quantités de marijuana.

La marijuana commandée par Santé Canada, qui pousse dans un établissement à Flin Flon, au Manitoba, est arrivée à une norme de « respecte les pratiques de bonne fabrication ».¹ La récolte précédente n'avait pas été utilisée, vu des problèmes d'uniformité et de contrôle de qualité.²

À présent, la récolte de qualité satisfaisante ramène la question de l'utilisation précise qui en sera faite. Une partie ou la totalité de la marijuana cultivée par Prairie Plant Systems inc. est supposée servir à des essais cliniques d'efficacité et d'innocuité dans la gestion de conditions médicales comme le VIH/sida, le glaucome et la douleur chronique. Cependant, la question de savoir si le gouvernement fédéral entend aussi

en distribuer à des personnes qui ont reçu une autorisation ministérielle de faire usage de marijuana à des fins médicales (et qui ne sont pas inscrites à des essais cliniques) est un élément contrariant pour Santé Canada, depuis l'amorce même de son programme en la matière.³ Une ébauche de document de politique du Bureau de l'accès médical au cannabis (BAMC) rendue public récemment, révèle la dissension au sein du Bureau sur ce point précis.⁴

Dans cette ébauche de politique, intitulée « Medical Marijuana – Supply and Distribution », datée du 31 mai 2002, il est affirmé que Santé Canada « donnera accès à de la marijuana (de catégorie « recherche ») à des fins médicales, aux patients inca-

pables de participer à des essais cliniques » [trad.].⁵ Toutefois, Mme Cindy Cripps-Prawak, directrice du BAMC, s'oppose à cette distribution; elle a affirmé que « la recommandation devrait être de ne pas s'écarter de la politique actuelle de n'orienter le produit qu'à des fins de recherche ».⁶

Mme Cripps-Prawak dit s'opposer pour deux raisons à la distribution de marijuana à des patients qui ne participent pas à des essais cliniques. Elle considère que (a) cette distribution nuirait au processus d'approbation à titre de médicament, qui repose sur des données cliniques démontrant la sûreté et l'efficacité; et que (b) le gouvernement serait en conflit d'intérêt si, à la fois, il était celui qui

réglemente et qui distribue une substance. Elle a nié que cette position fait volte-face à ce qui, d'après des observateurs, était un engagement à distribuer la récolte de Flin Flon aux patients : « De mon point de vue, nous n'avons jamais fait volte-face ... Peut-être y a-t-il eu un problème de langage » [trad.].⁷

Décisions de tribunaux

Comme on le signale à la rubrique sur *Le VIH/sida devant les tribunaux du Canada*, de récentes décisions de tribunaux ont d'importantes répercussions pour les lois canadiennes sur la marijuana,⁸ et en particulier pour l'accès à la marijuana à des fins médicales. Une cour provinciale du Québec a suspendu des accusations de trafic qui étaient portées contre deux hommes en rapport avec un Club compassion de marijuana.⁹ Le juge a établi qu'il serait injuste de permettre que la poursuite aille de l'avant, étant donné que le droit criminel interdisant le trafic violait sans justification les droits des accusés, en vertu de la Charte, en leur interdisant de distribuer de la marijuana à des fins médicales en l'absence de toute source légale.

Entre-temps, le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales* (RAMFM)¹⁰ a été invalidé dans l'affaire *Hitzig*.¹¹ Le RAMFM constituait la réponse de Santé Canada au verdict de la Cour d'appel de l'Ontario ayant déclaré que les lois interdisant la possession de marijuana étaient invalides parce qu'elles empêchaient l'usage médical de marijuana.¹² Le RAMFM a été critiqué et

qualifié de trop restrictif et d'inapplicable.¹³ Dans l'affaire *Hitzig*, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a établi que le RAMFM échoue à procurer une source légale et un approvisionnement sûr de marijuana. Cet échec a été qualifié de violation injustifiable des droits du requérant à la liberté et à la sécurité de la personne, en vertu de la Charte. La Cour a déclaré le RAMFM invalide mais elle a suspendu son jugement pour une période de 6 mois afin de permettre au gouvernement de déterminer comment il allait procurer un approvisionnement légal en marijuana médicale. La décision a été portée en appel.

Décriminalisation

Le gouvernement fédéral semble avancer constamment vers une décriminalisation générale de la possession de marijuana. Le 9 décembre 2002, le ministre de la Justice, Martin Cauchon, a annoncé que le gouvernement fédéral déposerait une loi pour abolir les sanctions criminelles pour possession de petites quantités de marijuana à des fins d'usage personnel, et que cela pourrait se produire dès le printemps 2003.¹⁴ Quelques jours après la déclaration du ministre, un rapport de comité spécial de la Chambre des communes recommandait de décriminaliser la possession et la culture de marijuana à des fins personnelles.¹⁵ Par une décriminalisation, on abrogerait les dispositions du Code criminel touchant la possession de marijuana, pour en faire un acte punissable par une amende plutôt que par une sentence criminelle.

– Derek Thaczuk

¹ F. Landry, « Government pot ready », *Winnipeg Sun*, 11 janvier 2003 (accessible sur le site Internet de medical-marihuana.ca, à www.medicalmarihuana.ca/scandal.html).

² Voir D. Thaczuk, « La ministre réitère son engagement à la provision de marijuana médicale, mais l'attente se prolonge », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 30-31.

³ *Ibid.*

⁴ D. Beeby, « Ottawa's marijuana maven puts brakes on distribution proposal: documents », *Canadian Press*, 15 janvier 2003 (accessible sur le site Internet de medical-marihuana.ca, à www.medicalmarihuana.ca/scandal.html).

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*

⁸ Voir G. Betteridge, « La possession de marijuana est jugée légale pour le moment », *infra*.

⁹ *R. c. St-Maurice*, [2002] JQ No 5670 (CQ) (QL). Voir G. Betteridge, « Un arrêt des procédures contre des bénévoles du club compassion est ordonné pour des motifs constitutionnels », *infra*.

¹⁰ Le *Règlement* est accessible sur le site Internet du Bureau de l'accès médical au cannabis (Santé Canada) via www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/bamc/index.htm (en cliquant sur « Législation »).

¹¹ *Hitzig v Canada*, [2003] OJ No 12 (OSCJ) (QL). Voir G. Betteridge, « Le *Règlement* sur l'accès à la marijuana à des fins médicales est déclaré inconstitutionnel parce qu'il ne prévoit pas de source légitime de marijuana », *infra*.

¹² *R. v Parker* (2000), 49 OR (3d) 481 (OCA). Pour une analyse plus détaillée de l'affaire *Parker* et des développements antérieurs touchant la marijuana, voir R. Elliott, « Jugements récents concernant la marijuana utilisée à des fins médicales et non médicales », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 10-16.

¹³ Voir D. Garmaise, « Des médecins mécontents du nouveau *Règlement* sur l'accès à la marijuana médicale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 37; et L. Scanlon, « Le gouvernement report la fourniture de marijuana médicale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 39-40.

¹⁴ K. Lunman, « Ottawa set to ease pot laws », *Globe & Mail*, 10 décembre 2002.

¹⁵ Voir R. Jurgens, « Un comité des Communes publie son rapport sur la Stratégie canadienne antidrogue », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 9-13.

Un comité des Communes tient des audiences sur le VIH/sida

Des organismes communautaires, des scientifiques et des regroupements de personnes vivant avec le VIH/sida ont récemment témoigné devant le Comité permanent de la santé, à l'occasion de trois journées d'audiences publiques sur le VIH/sida. Ils ont réclamé à l'unanimité une augmentation du budget annuel de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, de 42,5 millions \$ à 85 millions \$.

En mars 2003, le Comité permanent de la santé de la Chambre des communes a organisé trois journées d'audiences sur le VIH/sida. De nombreux témoignages ont mis en relief le financement inadéquat de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, ou proposé qu'il soit doublé. Le budget annuel de la Stratégie stagne à 42,2 millions \$ depuis 1992. Pourtant, durant cette décennie, le nombre de personnes vivant avec le VIH/sida au Canada est passé d'environ 30 000 à plus de 54 000. Près de 4 000 nouveaux cas d'infection surviennent à chaque année.

Devant le Comité, des témoins ont affirmé que l'épidémie de VIH est loin d'être sous contrôle. Les tendances démographiques sont en profond changement et l'infection à VIH gagne rapidement du terrain parmi des populations vulnérables comme les utilisateurs de drogue par injection, les autochtones, les minorités visibles, les sans-abri, les travailleurs du sexe, les détenus, les femmes qui vivent dans la pauvreté et les jeunes de la rue. La plus rapide hausse des

taux d'infection s'observe chez les autochtones et les noirs. Parmi les autochtones du quartier du Downtown Eastside de Vancouver, le taux de VIH atteint 40-50% – un taux comparable à ceux du Botswana et de l'Afrique du Sud. De plus, on observe une recrudescence des cas d'infection chez les hommes gais.

Plusieurs témoins ont parlé du fardeau économique du sida. Si chaque cas de sida coûte au moins 150 000\$ en traitement, l'on peut s'attendre à des dépenses supplémentaires de 150 millions \$ pour chaque 1 000 nouveaux cas à venir. Investir maintenant dans la prévention, c'est préparer d'importantes économies dans l'avenir, ont souligné certains.

Les membres du comité ont été réceptifs à la demande de doubler le budget de la Stratégie. À la fin de la dernière journée d'audiences, Mme Bonnie Brown, présidente du comité et députée libérale, a déclaré : « Je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'opposition au comité à ce que nous produisons un rapport qui recommande ce que vous préconisez. »¹

Des représentants des organismes suivants ont pris la parole devant le Comité permanent de la santé : Réseau canadien autochtone du sida, Société canadienne du sida, Association canadienne de recherche sur le VIH, Réseau juridique canadien VIH/sida, Réseau canadien pour les essais VIH, Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, Centre sida McGill, Voices of Positive Women et YouthCo AIDS Society. L'exposé présenté par le Réseau juridique canadien VIH/sida est accessible à www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/strategie/f-Jurgens-speakingnotes.pdf.

– David Garmaise

¹ 37^e Législature, 2^e Session, Comité permanent de la santé, témoignages, lundi 24 mars 2003. Accessible sur le site Internet du Parlement du Canada (www.parl.gc.ca) – suivre les liens vers « Travaux des comités », « Chambre des communes », « Liste des comités », « Santé », « Témoignages et index ». Les témoignages présentés lors des deux autres journées d'audiences (17 et 19 mars 2003) sont également disponibles via ce site.

Un sondage met au jour des violations de droits humains en Alberta

Les résultats d'un sondage auprès de personnes vivant avec le VIH/sida en Alberta laissent croire à d'importantes lacunes dans la provision de counselling pré-test et post-test aux personnes qui passent un test du VIH.¹ Les répondants ont aussi fait état de violations de droits de la personne dans les domaines de l'emploi, du logement et ailleurs.

Près des trois quarts des personnes vivant avec le VIH/sida (PVVIH/sida) ayant pris part à un récent sondage sur les droits humains en Alberta ont déclaré n'avoir reçu aucun counselling avant leur test du VIH. Plus du tiers ont affirmé qu'elles n'avaient pas non plus bénéficié de counselling à l'annonce de leur séropositivité. Ces données suggèrent que certains professionnels médicaux de l'Alberta échouent à fournir un counselling pré-test et post-test adéquat – en dépit des directives éthiques qui l'exigent.²

Le questionnaire du sondage a été rempli par 34 personnes séropositives de l'Alberta qui ont participé au Symposium « Expanding Your Horizons » (une conférence pour les PVVIH/sida), en octobre 2002. Il s'agit d'une étape préliminaire de la mise en œuvre d'un nouveau projet d'AIDS Calgary sur les droits humains, qui vise à élaborer des outils d'éducation, d'habilitation et de défense des droits à l'intention des PVVIH/sida et des fournisseurs de services de la région de Calgary.

Près du tiers des répondants ont déclaré avoir subi un traitement injuste de la part d'employeurs ou de collègues en raison de leur séropositivité. Certains ont dit avoir été congédiés ou incités à quitter leur emploi, ou avoir subi une importante réduction de leurs heures de travail. Quinze pourcent des répondants ont déclaré avoir eu des problèmes à se trouver un logement en raison de leur séropositivité; deux personnes ont été expulsées ou harcelées par leur propriétaire. Un tel traitement va clairement à l'encontre des lois albertaines sur les droits humains, qui interdisent la discrimination fondée sur le handicap.

Environ 25% des répondants ont dit avoir de la difficulté à accéder à des soins de santé, notamment parce qu'ils habitent en région rurale, ou qu'ils n'arrivent pas à trouver un médecin généraliste qui leur prescrira un traitement. Près de la moitié ont affirmé avoir vécu un bris de confidentialité lié à leur séropositivité, en milieu hospitalier ou au travail.

Plus du tiers des participants au sondage avaient déjà été incarcérés.

Parmi ceux-ci, 42% ont dit avoir eu de la difficulté à se procurer des mesures de prévention et de réduction des méfaits (y compris des condoms, de l'eau de Javel et des seringues stériles) en prison, et 25% ont parlé d'un accès inadéquat aux médicaments anti-VIH en prison.

– Jessica Leech

Jessica Leech est conseillère en droits humains à AIDS Calgary. Pour plus d'information à propos du sondage et du projet d'AIDS Calgary sur les droits humains, contacter Mme Leech à jleech@aidscalgary.org. Les résultats du sondage sont accessibles sur le site Internet d'AIDS Calgary, via www.aidscalgary.org. Le Projet sur les droits humains d'AIDS Calgary est financé par l'Alberta Lotteries Fund, par le biais du Human Rights, Citizenship, and Multiculturalism Education Fund.

¹ Questionnaire d'AIDS Calgary sur les droits humains, octobre 2002, accessible sur le site Internet d'AIDS Calgary, via www.aidscalgary.org. Cliquer sur « Human Rights Project ».

² Voir Association médicale canadienne, *Politique de l'AMC – Le syndrome d'immunodéficience acquise (Mise à jour 2000)*, accessible sur le site Internet de l'AMC, via www.cma.ca (cliquer sur « L'AMC en action » puis sur « Nos positions »). Voir aussi « Counselling », *Test du VIH – feuillet d'information #8*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/f-testfact8.htm).

Soins à domicile et médicaments d'ordonnance couverts par les régimes d'assurance-santé

Les premiers ministres canadiens ont signé un accord qui pourrait mener à d'importants changements dans le système canadien des soins de santé. L'accord est cependant peu détaillé et les nouvelles initiatives pourraient s'avérer insuffisantes pour les Canadien-ne-s.

En vertu de l'accord sur le renouvellement des soins de santé conclu en février 2003, une partie des coûts des soins à domicile et des médicaments sur ordonnance sera bientôt financée par le secteur public, au Canada. Dans le cadre de cet accord, le gouvernement fédéral injectera 34,8 milliards \$ supplémentaires dans les systèmes provinciaux de santé du Canada, au cours des cinq prochaines années – près de la moitié de cette somme sera versée durant les trois années à venir.

L'accord prévoit la création d'un Fonds pour la réforme de la santé de 16 milliards \$, qui servira principalement aux soins à domicile, à la couverture des médicaments d'ordonnance dont le coût est exorbitant, ainsi qu'à la réforme des soins de santé primaires. Par contre, il offre peu de précisions sur la façon dont ces fonds seront alloués; il n'explique pas le fonctionnement possible du plan de couverture des médicaments d'ordonnance; et il n'identifie pas non plus les services qui seront couverts en matière de soins à domicile (sauf en ce qui concerne les soins actifs de courte durée à domicile, les soins communautaires en santé mentale et les soins palliatifs). Les ministres de la Santé du pays ont été mandatés de dresser (d'ici septembre 2003) une liste minimale des services à domicile qui seront couverts.

En matière de soins à domicile, les provinces et territoires utiliseront pro-

bablement leurs fonds supplémentaires pour permettre aux patients ayant subi une chirurgie d'obtenir plus rapidement leur congé de l'hôpital. Cette mesure ne sera pas vraiment avanta-

À plusieurs égards, l'accord échoue à respecter les recommandations de la Commission Romanow.¹

geuse pour les personnes vivant avec le VIH/sida ou avec d'autres maladies chroniques, ni pour les personnes âgées, qui pourraient avoir besoin de soins de longue durée à domicile pour prévenir ou retarder leur transition vers un centre de soins.

Quant à la réforme des soins de santé primaires, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se sont entendus sur l'objectif que d'ici huit ans, au moins la moitié des Canadien-ne-s aient un adéquat accès à un professionnel de la santé, 24 heures par jour, 7 jours par semaine. L'accord n'explique pas comment cet objectif sera atteint. On pourrait y parvenir en ajoutant simplement des praticiens en soins infirmiers au personnel de certaines cliniques médicales et en s'assurant qu'une clinique

médicale soit ouverte 24 heures sur 24 dans chaque région géographique; toutefois, cela n'équivaudrait pas à ce que des cabinets de médecin soient ouverts en tout temps.²

L'accord octroie des fonds au développement de systèmes de télé-dossiers des patients. Des préoccupations ont été soulevées par la communauté de lutte contre le VIH/sida, devant le risque possible de ce type de système électronique quant à la confidentialité des renseignements médicaux personnels.

En vertu de l'accord, le gouvernement fédéral promet d'offrir une prestation humanitaire dans le cadre du Programme d'assurance-emploi, qui permettra à des individus de quitter temporairement leur emploi pour s'occuper d'un parent gravement malade. L'accord prévoit également des fonds supplémentaires pour les séjours hospitaliers et les soins fournis par les médecins (services de base de l'assurance-santé), ainsi que 1,5 milliards \$ pour de nouveaux équipements médicaux et diagnostiques.

L'accord exige des gouvernements provinciaux et territoriaux qu'il rendent compte annuellement (dans leurs territoires respectifs, mais au moyen d'indicateurs communs) des progrès réalisés dans la mise en œuvre des nouvelles initiatives du Fonds pour la réforme de la santé et, plus généralement, de leur allocation des ressources en santé. Par ailleurs, un Conseil

de la santé sera mis sur pied pour voir à la surveillance et aux comptes-rendus de l'application de l'accord. Ce conseil présentera un rapport annuel aux ministres de la Santé (et le mettra également à la disposition du grand public). Le Conseil de la santé

sera composé d'experts et de représentants des deux paliers gouvernementaux, ainsi que du public.

– David Garmaise

¹ Pour plus d'information sur les recommandations de la Commission Romanow, voir 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.healthcarecommission.ca/Suite247/Common/GetMedia_VVO.asp?MedialD=1190&Filename=CSS_Rapport_final.pdf). Pour plus d'information sur la Commission, voir www.commissionsoinsdesante.ca.

² A. Picard, « Can the deal meet expectations? », *The Globe and Mail*, 6 février 2003.

Risque accru d'infection à VIH chez les autochtones qui s'injectent des drogues

Dans une étude de 5 ans auprès d'utilisateurs de drogue par injection à Vancouver (complétée en mai 2001), un participant autochtone sur cinq a contracté le VIH – soit le double du taux d'infection parmi les participants non autochtones.

Les utilisateurs de drogue par injection (UDI) autochtones contractent le VIH à un taux deux fois plus élevé que les non-autochtones, d'après une étude du B.C. Centre for Excellence in HIV/AIDS.¹ Ces résultats ont été observés parmi 941 participants à la Vancouver Injection Drug User Study (VIDUS), une étude longitudinale auprès d'UDI recrutés dans le quartier du Downtown Eastside de Vancouver, entre mai 1996 et décembre 2000.

Au début de l'étude, tous les participants étaient séronégatifs. En mai 2001, 21,1% des participants autochtones étaient devenus séropositifs, comparativement à 10,7% des non-autochtones. Cette vulnérabilité accrue touchait de façon égale les hommes et les femmes autochtones prenant part au projet.

L'étude démontre que l'usage fréquent de *speedball* (une combinaison d'héroïne et de cocaïne) est un prédictif de l'infection à VIH parmi les

hommes et les femmes autochtones qui s'injectent des drogues. La consommation de *speedball* est également associée à un risque accru de décès par surdose. Les autres prédictifs de l'infection à VIH parmi les UDI autochtones sont notamment les rages d'injection de drogue (chez les hommes) et l'usage fréquent de cocaïne (chez les femmes).

Les chercheurs concluent qu'« il est urgent de développer une stratégie de santé publique appropriée et efficace – planifiée et mise en œuvre de pair avec des organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida et la communauté autochtone – pour réduire les méfaits de l'injection de drogue parmi cette population. »² Ils estiment aussi que les interventions comme les programmes d'échange de seringues pourraient s'avérer insuffisantes, en particulier si leurs politiques de distribution sont restrictives; et qu'une réaction plus complète est requise (y

compris des programmes pour l'injection sécuritaire et le traitement d'entretien à la méthadone).³

Les chercheurs soulignent qu'au moment de leur recrutement, aucun

Il est urgent de développer une stratégie de santé publique pour réduire les méfaits de l'injection de drogue parmi cette population.

homme et seulement quelques femmes autochtones recevaient un traitement d'entretien à la méthadone. Ils réclament des efforts plus soutenus pour identifier les obstacles dans l'accès au traitement d'entretien à la méthadone, au sein de la communauté autochtone, et pour explorer des théra-

pies alternatives pour la dépendance aux opiacés.⁴

En Colombie-Britannique et ailleurs au Canada, les organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida sont depuis longtemps préoccupés par les lacunes dans l'accès au traitement d'entretien à la méthadone

et par l'absence de lieux d'injection supervisés pour les UDI autochtones.

– Kim Thomas

Au moment d'aller sous presse, Kim Thomas était consultante aux projets et programmes nationaux pour le Réseau canadien autochtone du sida, et correspondante de notre *Revue* en matière d'affaires autochtones.

¹ K.J.P. Craib et coll., « Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 168 : 19-24.

² *Ibid.*, à la p. 19.

³ *Ibid.*, à la p. 23.

⁴ *Ibid.*, à la p. 24.

En bref

Une étude met en doute l'efficacité de la guerre à la drogue

Une importante saisie d'héroïne effectuée à Vancouver en septembre 2000 n'a eu aucun bienfait mesurable pour la santé publique, d'après une étude du British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS.¹ Cette recherche se fonde sur des données tirées d'entrevues avec des participants à la Vancouver Injection Drug User Study (une étude de cohorte amorcée en 1996). Les entrevues ont été réalisées avant et après la saisie de 100 kg d'héroïne par la police.

L'étude a révélé qu'il était tout aussi facile de se procurer de l'héroïne de bonne qualité (et bon marché) dans la rue, après la saisie; et que celle-ci n'avait aucunement influencé les schémas d'usage de drogue, y compris la fréquence d'injection d'héroïne et de cocaïne. Le nombre de surdoses mortelles n'a pas diminué non plus.

D'après la vérificatrice générale du Canada, parmi les 454 millions \$ consacrés à la problématique des drogues illégales au Canada, en 1999-2000, environ 426 millions \$ (93,8%) ont été investis dans la réduction de

l'offre.² Les auteurs de l'étude soulignent : « Nos constats soulèvent d'importantes questions quant à la capacité des politiques canadiennes sur la drogue de contrôler adéquatement l'épidémie d'usage de drogue au moyen d'interventions de réduction de l'offre... et ils corroborent un solide consensus à l'effet que le ralentissement des épidémies de VIH et de surdoses nécessitera une transition vers des stratégies alternatives, axées sur la prévention, le traitement et la réduction des méfaits. »³

– David Garmaise

La guerre à la drogue bat son plein à Surrey, C.-B.

Tandis que Vancouver s'apprête à ouvrir ses premiers lieux d'injection supervisés, l'une de ses banlieues, la ville du Surrey, choisit une toute autre voie : la guerre à la réduction des méfaits.

En octobre 2002, dans le but de mettre un terme aux activités de pharmacies qui distribuent de la méthadone, le conseil municipal de Surrey a haussé de 195\$ à 10 000\$ les frais de licence annuelle pour les dispensaires

de méthadone (c'est-à-dire toute pharmacie dont plus de 50% des revenus sont générés par la vente de méthadone).⁴

En février 2003, le conseil municipal a proposé un règlement exigeant que toute dose de méthadone distribuée par les pharmaciens soit consommée devant eux. D'après le conseil, cette initiative contribuerait à réduire le trafic de méthadone dans la communauté. D'autres intervenants ont dit craindre que ce règlement nuise à l'accès à la méthadone et ont questionné l'autorité de la municipalité dans ce dossier.⁵

En janvier 2003, la municipalité a érigé un barrage de rue à 200 mètres d'un comptoir d'échange de seringues – plusieurs y ont vu une tentative flagrante de décourager la fréquentation de ce service. Le maire Doug McCullum a déclaré une guerre à la drogue au centre-ville de Surrey et il a promis de « nettoyer » la ville, une rue à la fois. Il a affirmé que le comptoir d'échange de seringues attirait des indésirables.⁶ À plusieurs reprises, il a insisté sur la nécessité de déménager ce service,⁷ voire d'en faire cesser les opérations.⁸

– David Garmaise

C.-B. – Le VIH devient maladie à déclaration obligatoire

En février 2002, la Colombie-Britannique est devenue la dernière province canadienne à ajouter le VIH à sa liste de maladies transmissibles à déclaration obligatoire. Les autorités provinciales estiment que cette mesure permettra un suivi plus actuel du VIH, ainsi qu'une meilleure protection du public.

Des organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida ont dit craindre les conséquences négatives de la déclaration obligatoire du VIH – notamment des bris de confidentialité qui pourraient révéler l'identité de personnes séropositives.⁹

– David Garmaise

L'Ontario promulgue sa Loi sur les échantillons de sang, mais reporte celle sur la confidentialité

Le Gouvernement de l'Ontario a annoncé que le Projet de loi 105 (*Loi amendant la Loi sur la protection et la promotion de la santé, 2001*, aussi appelée « loi sur les échantillons de sang ») serait promulgué le 1^{er} mai 2003. La *Loi* autorisera les travailleurs de services d'urgence, les victimes de crimes et les « bons samaritains » à demander que des tests de détection de maladies transmissibles soient administrés à une personne source, en cas d'exposition à un liquide corporel.¹⁰

Le gouvernement ontarien a récemment sollicité l'avis de dépositaires d'enjeux sélectionnés, quant à l'ébauche de règlements qui identifieraient les catégories de travailleurs d'urgence autorisés à demander des tests de détection, ainsi qu'à la liste de

maladies transmissibles touchées par la loi. Les autorités gouvernementales ont indiqué que tout règlement applicable sera publié avant l'entrée en vigueur de la *Loi*.

Par ailleurs, l'Ontario n'a pas tenu promesse en ce qui a trait à l'introduction d'une loi sur la protection des renseignements personnels avant la fin de 2002. À l'automne 2001, une ébauche de *Loi sur la protection des renseignements personnels* (LPRP) a été préparée pour fins de consultation.¹¹ La LPRP contrôlerait et limiterait l'accès aux renseignements personnels (comme les dossiers médicaux) dans le secteur privé. Le Gouvernement de l'Ontario est tenu d'adopter d'ici le 1^{er} janvier 2004 une loi « essentiellement identique » à la *Loi [fédérale] sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*, sans quoi la loi fédérale régira les activités commerciales en Ontario. La commissaire ontarienne à l'information et à la protection de la vie privée, Ann Cavoukian, a écrit au premier ministre Ernie Eves, en décembre 2002, pour lui faire part de ses préoccupations face à ce délai. Le gouvernement espère introduire une loi en la matière durant sa session du printemps 2003. Toutefois, des élections provinciales largement attendues au printemps pourraient perturber ces démarches.

– Matthew Perry

Ouverture d'une deuxième clinique de méthadone au Nouveau-Brunswick¹²

Une clinique de méthadone vient d'ouvrir ses portes à Fredericton (N.B.), en janvier 2003. Après une semaine d'activité, plus de 20 personnes étaient déjà inscrites à une liste

d'attente.

Au Nouveau-Brunswick, il n'existe qu'un seul autre programme d'entretien à la méthadone à long terme, à Moncton; il affiche aussi complet. Il n'y a pas de telle clinique à Saint John. Julie Dingwell, directrice générale d'AIDS Saint John, réclame la création d'un programme provincial d'entretien à la méthadone; elle soutient que cette initiative générerait des économies à long terme en réduisant la criminalité et les dépenses en soins de santé.

– David Garmaise

Un comité des Communes examinera les lois sur le commerce du sexe

Le Comité permanent de la justice et des droits de la personne de la Chambre des communes examinera les lois fédérales sur la sollicitation, afin de recommander des changements qui réduiraient les dangers auxquels sont confrontés les travailleurs du sexe et qui rehausseraient la sécurité et la santé des communautés.¹³

Ce mandat lui a été confié à la lumière d'une motion déposée par Mme Libby Davies, députée du Nouveau Parti Démocratique dans Vancouver Est – qui a reçu l'appui solide de tous les partis politiques. Mme Davies réclame des mesures pour réduire la vulnérabilité des travailleurs du sexe depuis son élection en 1997.

Entre-temps, en décembre 2002, Réal Ménard, député du Bloc Québécois, a déposé un projet de loi (Projet de loi C-339) qui (a) décriminaliserait certains aspects de la prostitution; (b) permettrait la création de lieux autorisés pour la prostitution; et (c) accorderait des avantages sociaux et d'autres formes d'aide aux travailleurs du sexe.¹⁴ Le projet de loi ne fera

l'objet d'un débat que s'il est choisi au hasard parmi un ensemble de projets de loi de députés, lors d'un tirage.

– David Garmaise

HIV Edmonton rencontre de la discrimination en cherchant un local

À la recherche d'un nouveau local pendant quelques mois, en 2002, la HIV Network of Edmonton Society (HIV Edmonton) s'est heurtée aux refus de nombreux propriétaires. Plusieurs ont expliqué qu'ils appuyaient le mandat de l'organisme, mais que les autres locataires s'opposeraient à sa présence et à celle de ses clients dans l'édifice.

HIV Edmonton s'est finalement établi à proximité du quartier défavorisé; le propriétaire des lieux, d'abord réticent, a éventuellement accepté de lui louer un espace. L'organisme devra absorber une hausse de loyer de près de 33%, malgré de moindres commodités.

« Ça nous a vraiment ouvert les yeux, relate Kate Gunn, directrice générale intérimaire de HIV Edmonton. Il est frappant de constater que dans le quotidien, la peur et la discrimination à l'égard des personnes séropositives et des gens qui travaillent avec elles est encore bien présente. Ces phénomènes sont peut-être déguisés par du langage d'affaires, ou moins flagrants, mais cela les rend encore plus inquiétants car il est plus difficile de les identifier et de les renverser ». Mme Gunn souligne que même après 20 ans d'efforts acharnés des organismes de lutte contre le VIH/sida, le besoin d'éducation et de sensibilisation demeure flagrant.

– Rebecca Scheer

Élaboration d'un plan stratégique pour la Stratégie canadienne sur le VIH/sida

En décembre 2002, près de 30 experts canadiens du domaine du VIH/sida se sont réunis à Sainte-Adèle, Québec, pour contribuer à l'ébauche d'un plan stratégique quinquennal pour la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. La rencontre était organisée par Santé Canada.

Les experts ont identifié des buts, des objectifs et des mesures dans 12 domaines : communication et sensibilisation; prévention, soins et soutien dynamiques; politiques sur la drogue et réduction des méfaits; recherche; organismes communautaires; interventions positives; stratégies à l'intention de populations particulières; justice sociale; réaction mondiale; approche stratégique de financement; et gouvernance.

À la lumière des commentaires recueillis, un petit groupe d'individus a été mandaté de préparer une ébauche de plan. Les consultations nationales sur cette ébauche sont prévues au printemps 2003. Le plan stratégique devrait être finalisé d'ici le 1^{er} décembre 2003.

– David Garmaise

Le Québec adopte une loi anti-pauvreté

En décembre 2002, le Projet de loi 112, élaboré par des organismes communautaires afin de réduire de moitié la pauvreté d'ici 10 ans, a été adopté à l'unanimité par l'Assemblée nationale du Québec. Ce projet de loi oblige le gouvernement provincial à élaborer un plan d'action anti-pauvreté dans les deux mois suivant

l'adoption officielle de la loi¹⁵ ainsi qu'à produire tous les trois ans un rapport sur les progrès de sa lutte anti-pauvreté. Il établit aussi un seuil minimal pour les prestations d'aide sociale; il crée une instance de surveillance; et il accorde des fonds à des initiatives spéciales de lutte contre la pauvreté.

Cette loi est le fruit des efforts d'une coalition de 22 organismes de la société civile (notamment des domaines du logement, de l'alphabétisation et des droits humains), syndicats et regroupements de prestataires d'aide sociale, qui militaient pour l'adoption du projet de loi depuis 1999.

–Richard Elliott

¹ E. Wood et coll., « Impact of supply-side politics 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.

² « Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral », dans 2001 – Rapport de la vérificatrice générale du Canada, 2001, accessible sur le site Internet du Bureau du vérificateur général du Canada (www.oag-bvg.gc.ca/dominio/rappports.nsf/html/01menu_f.html).

³ *Supra*, note 1, à la p. 168.

⁴ T. Colley, « Methadone fee challenged », *NOW Newspaper*, 16 janvier 2003.

⁵ K. Diakiw, « Doctors decry Surrey's latest meth plan », *Surrey Leader*, 16 février 2003.

⁶ K. Spencer, « Whalley war on drugs hits roadblock », *Vancouver Province*, 30 janvier 2003.

⁷ *Ibid.*

⁸ « Needle exchange needed for now: MLAs », *Surrey Leader*, 3 février 2003.

⁹ Voir T. Quandt, « C.-B. – Un rapport recommande la déclaration obligatoire du VIH », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 41.

¹⁰ La loi a été adoptée par la législature de l'Ontario en décembre 2001. Son texte complet est accessible sur Internet (www.ontla.on.ca/documents/Bills/37_Parliament/Session2/b105ra_f.htm). Voir aussi R. Carey, « L'Ontario adopte une loi sur les "échantillons de sang" », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 44-45.

¹¹ L'ébauche de loi est accessible sur le site Internet du ministère des Services aux consommateurs et aux entreprises de l'Ontario (www.cbs.gov.on.ca/mcbs/francais/pdf/572JK.pdf). Voir aussi M. Perry, « L'Ontario s'appête à présenter un nouveau projet de loi sur la protection des renseignements personnels », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 45-46.

¹² L'information contenue dans cet article est tirée de

M. Urquhart, « Methadone program a good investment: AIDS Saint John », *Saint-John Telegraph-Journal*, 18 janvier 2003.

¹³ Communiqué de presse émis par le bureau de la députée Libby Davies (www.libbydavies.ca/mpupdate/missingwomen1.html).

¹⁴ Le texte du Projet de loi est accessible sur le site Internet du Parlement du Canada (www.parl.gc.ca/37/2/paribus/chambus/house/bills/private/C-339/C-339_1/C-339_cover-F.html).

¹⁵ La loi a été adoptée le 6 mars 2003. Cependant, environ une semaine plus tard, l'Assemblée nationale a été prorogée et des élections générales ont été décrétées en vue du 14 avril 2003.

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 Michaela Clayton, Joanne Csete, Martin Kirk, Lisa Power, Carlos Valero, Delphine Valette, Helen Watchirs et la Persons with HIV/AIDS Rights Advocacy Association of Taiwan. 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.

Ce numéro renferme des articles sur de récents développements au Royaume-Uni. L'historique des développements juridiques et des politiques au Royaume-Uni (R.-U.) présente un intérêt particulier puisque les diverses parties – gouvernement, société civile, secteur privé, personnes vivant avec le VIH/sida ou affectées autrement par l'épidémie – sont toutes impliquées activement dans la réaction aux nombreux défis que soulèvent le VIH et les problématiques connexes, en matière de droit et de politiques. De plus, cela se déroule dans le contexte d'une intensification d'obligations pan-européennes, qu'il s'agisse des directives des Communautés européennes dans des secteurs comme l'égalité des chances dans l'emploi, ou de l'intégration domestique de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Le R.-U. n'a pas les meilleures politiques en matière de VIH/sida dans certains domaines, pour le moment (la discrimination fondée sur l'infection à VIH asymptomatique est encore légale), mais on y observe un engagement vigoureux de groupes comme l'All-Party Parliamentary Group on AIDS (APPGA)¹ ainsi que d'organismes de la société civile et du secteur privé, comme le National AIDS Trust, le Terrence Higgins Trust, la British Medical Association et l'Association of British Insurers. On constate dès lors la présence d'éléments cruciaux à une approche fondée sur les droits, en matière de développement des politiques et lois pertinentes au VIH/sida : la participation, la reddition de compte et la transparence. Dans la même veine, le gouvernement du R.-U. envisage aussi d'étendre l'approche fondée sur les droits à son programme d'aide inter-

nationale au développement.² Par conséquent, l'examen des écueils et des réussites de l'expérience britannique peut être utile au développement du droit et des politiques, tant dans le contexte des pays riches que dans celui du monde en développement.

¹ Voir « Initiatives parlementaires pour la lutte contre le VIH/sida », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 49-51 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol6no32002/nouvellesinternationales.htm#ni2).

² Le « Civil Society Challenge Fund » du UK Department for International Development a pour but de « soutenir la capacité des personnes pauvres, qui vivent dans des pays admissibles, de comprendre et revendiquer leurs droits – civils, politiques, économiques et sociaux – et d'améliorer leur bien-être économique et social ... [et de] contribuer à habiliter les personnes pauvres, à rehausser leur capacité ou leurs possibilités de s'exprimer pour défendre leurs intérêts, d'agir pour elles-mêmes et de présenter leurs revendications aux intervenants au pouvoir » [trad.]. Voir *Civil Society Challenge Fund Guidelines for Applicants*, Information and Civil Society Department, Department for International Development, 6 mai 2002 (www.dfid.gov.uk/Pubs/files/cscf_guide.htm). Voir aussi D. Patterson, « Reviewing Programming on HIV/AIDS, Human Rights and Development », XIV^e Conférence internationale sur le sida, Barcelone, 7-12 juillet 2002, abrégé TuOrG1168 (www.aidslaw.ca/barcelona2002/humanrightsandHIV.pdf).

Royaume-Uni – Réforme du droit

Le présent article fait état de développements intervenus en 2003 : la mise en œuvre de la Directive des Communautés européennes créant un cadre pour l'égalité en matière d'emploi et de travail; un projet de loi d'égalité déposé par un député; et la parution du rapport du National AIDS Trust sur la loi anti-discrimination du Royaume-Uni.

En 2003, le gouvernement britannique procédera à mettre en œuvre la Directive [de 2000] des Communautés européennes créant un cadre pour l'égalité en matière d'emploi et de travail.¹ Cette directive aura un impact important sur le droit anti-discrimination au Royaume-Uni (R.-U.) puisqu'elle interdit entre autres la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, qui n'est pas prohibée au R.-U.² La portée de la Directive se limite aux domaines de l'emploi et de la formation professionnelle; sa mise en œuvre, par règlements (et non par voie législative) entraîne que le gouvernement n'élargira pas la portée de la loi, ni ne donnera au Parlement l'occasion de le faire.

La mise en œuvre de la Directive par voie de règlements limite également l'occasion de procéder à d'autres réformes nécessaires, comme la modification de la définition de handicap dans la *Disability Discrimination Act 1995*. Cette loi interdit la discrimination liée au VIH uniquement en phase symptomatique de l'affection, bien que le gouvernement ait promis d'étendre la définition de handicap de manière à englober la séropositivité dès le diagnostic. Les règlements sur l'orientation sexuelle et sur le handicap devraient entrer en vigueur respectivement en décembre 2003 et en octobre 2004.

En 2000, le Cambridge Centre for Public Law a publié un examen indé-

pendant des mesures anti-discriminatoires du R.-U.³ Les recommandations de ce rapport ont conduit à une ébauche de projet de loi, mise en circulation en 2002 pour consultations publiques par l'Odysseus Trust (www.odysseustrust.org); le texte a été amendé en fonction des réponses reçues pendant la consultation. *L'Equality Bill 2003* a été déposé à titre de projet de loi d'un député, à la Chambre des Lords, en janvier 2003 par lord Lester of Herne Hill.⁴

Le projet de loi établit un cadre détaillé pour éliminer la discrimination et promouvoir l'égalité et il prévoit la création d'une commission unique sur l'égalité. En relation avec le VIH/sida, il interdit la discrimination au motif de la séropositivité réelle ou perçue ainsi qu'au motif de l'association à une personne vivant avec le VIH/sida. Le projet de loi aborde également le problème de la multi-discrimination, qui est crucial dans le cas de la discrimination liée au VIH/sida (p. ex. à l'intersection de la séropositivité et de l'homosexualité masculine).

Droit anti-discrimination et campagne du National AIDS Trust

En mai 2003, le National AIDS Trust (NAT) publiera son rapport sur la discrimination liée au VIH/sida et sur le droit anti-discrimination au R.-U. Le NAT sera par ailleurs l'hôte d'une conférence sur l'adoption d'une

législation complète en matière d'égalité, en collaboration avec Justice (la division britannique de la Commission internationale des juristes) et le Trade Union Congress [Congrès des syndicats]. Pour information, communiquez avec le National AIDS Trust (info@nat.org.uk).

Entre-temps, en mars 2003, le NAT (www.nat.org.uk) a mis en branle une Campagne nationale de sensibilisation du public – « Are You HIV Prejudiced? » – pour faire mieux connaître et mettre en question les attitudes discriminatoires et la stigmatisation du VIH, au sein du grand public. La campagne publicitaire (presse écrite et radios) est complétée par la distribution de documentation, notamment une trousse d'information sur les objectifs de la campagne, contenant des feuillets d'information sur le stigmatisme et la discrimination liés au VIH; on l'a envoyée aux médias, à des groupes communautaires et aux intervenants importants. Pour en savoir plus, communiquez avec Keith Winstein, NAT Campaigns Development Manager à Keith.Winstein@nat.org.uk.

¹ Directive 2000/78/EC du Conseil portant création d'un cadre général en faveur de l'égalité en matière d'emploi et de travail (http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-dial/labour/78ec/ad_fr.pdf).

² *Ibid.*, par. 12.

³ B. Hepple et coll., *Equality: A New Framework: The Report of the Independent Review of the Enforcement of UK Anti-Discrimination Legislation*, Oxford, Hart Publishing, 2000.

⁴ Le Projet de loi est accessible sur Internet (www.publications.parliament.uk/pa/ld200203/ldbills/019/2003019.htm).

Royaume-Uni – Nouvelles directives aux médecins sur la divulgation de résultats de tests du VIH et d'antécédents sexuels aux assureurs

La British Medical Association (BMA) et l'Association of British Insurers (ABI) ont émis de nouvelles directives à l'intention des médecins, des patients et des compagnies d'assurance, quant aux renseignements sur le VIH et la santé sexuelle qui peuvent être divulgués par un médecin généraliste à un assureur.¹ Cette politique retire le droit aux compagnies d'assurance de poser des questions spéculatives sur le mode de vie d'un individu (et aux médecins, le droit d'y répondre); et elle limite les possibilités d'interrogation dans les cas isolés ou bénins d'infections transmises sexuellement.

Les directives ne permettent à l'assureur que de demander si le requérant a déjà obtenu un résultat positif au test du VIH ou s'il reçoit un traitement contre le VIH/sida. Pour les

polices d'assurance de grande valeur, ou lorsque le degré de risque doit être précisé, les compagnies d'assurance peuvent demander au requérant de remplir un questionnaire supplémentaire et/ou de se soumettre à un test du VIH. L'assureur qui impose un test du VIH à un requérant est tenu d'obtenir son consentement écrit et de veiller à ce qu'il reçoive du counselling pré-test.

En matière d'assurance-vie, la politique stipule que :

Les polices actuelles d'assurance-vie ne seront pas affectées par le fait que leurs détenteurs subissent un test du VIH, même en cas de résultat positif. Dans la mesure où le détenteur de la police n'aura omis aucun fait important à l'achat de sa police d'assurance-vie, l'assureur honorera toute réclamation valide, sans égard à la

cause du décès (y compris les maladies liées au sida). Les faits importants que le requérant pourrait devoir révéler incluent des renseignements sur les activités à risque élevé de transmission du VIH.[trad.]²

La politique souligne également que le requérant a le droit d'accéder à de l'information et de retirer son consentement à tout moment.

Cette politique a été développée en consultation avec la Medical Foundation for AIDS and Sexual Health (MedFASH) de la BMA et le Terrence Higgins Trust. Par ailleurs, au début de 2003, le Terrence Higgins Trust a amorcé des négociations avec l'ABI, sur la façon dont les compagnies d'assurance considèrent le VIH en général, leur perception du risque et les actions qui en découlent.³ Pour plus d'information, contacter Martin Kirk à martin.kirk@tth.org.uk.

¹ Joint guidelines from the British Medical Association and the Association of British Insurers, décembre 2002 (www.bma.org.uk/ap.nsf/content/medicalinfoinsurance).

² Ibid.

³ Voir ABI Statement of Practice – Underwriting Life Insurance for HIV/AIDS, 25 juillet 1994, réimpression de 1997 (via www.abi.org.uk/Public/Consumer/Codes).

Royaume-Uni – Dépistage sanguin pour les nouveaux professionnels de la santé

Une ébauche de nouvelles directives du Gouvernement du Royaume-Uni¹ stipule que les médecins, infirmières et autres professionnels de la santé nouvellement recrutés par les services nationaux de santé soient tenus

d'obtenir un résultat négatif aux tests du VIH et des hépatites B et C, avant d'être assignés à des postes qui impliquent des « procédures propices aux expositions ».

Ces procédures ont été définies

comme « toute intervention efficace comportant un risque qu'une blessure d'un professionnel entraîne un contact entre son sang et les tissus exposés d'un patient. »² Elles n'incluent pas les pratiques comme le prélèvement

sanguin, l'injection, les examens vaginaux ou rectaux de routine et les sutures mineures.

En vertu des directives proposées, les étudiants en soins infirmiers ne seraient pas tenus de se soumettre au dépistage, tandis que le sort des étudiants en médecine relèverait de leurs établissements d'enseignement respectifs. L'ébauche des directives souligne que les compétences pratiques requises pour être admis au Conseil médical général (General Medical Council) n'incluent pas de procédure propice aux expositions.

Les directives finales seront rendues publiques plus tard cette année. Pour plus d'information sur le test du VIH, y compris sur l'exposition professionnelle et l'administration forcée de tests du VIH, voir www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm.

¹ *Health clearance for serious communicable diseases: new health care workers* (www.doh.gov.uk/healthclear).

² *Ibid.*, p. 5.

Création de l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa

Le bureau régional de l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa (ARASA) a ouvert ses portes à l'Unité sida et droit du Centre d'aide juridique de Windhoek (Namibie), le 1^{er} mars 2003. L'ARASA, créée par des organismes locaux de lutte contre le VIH/sida et pour les droits humains, se veut un réseau régional d'alerte et de réaction aux violations de droits humains dans le Sud de l'Afrique. Elle organisera et favorisera les opportunités de formation parmi ses membres, disséminera de l'information sur les développements régionaux et coordonnera des rencontres régionales annuelles dans le domaine du VIH/sida et des droits humains.

Le travail de l'ARASA sera orienté par un comité consultatif composé de représentants de l'AIDS Law Project (Afrique du Sud), de l'AIDS Law Unit (Namibie), de Women and Law in Southern Africa (Swaziland), de SAfAIDS (Zimbabwe), de ZARAN (Zambie), de Lironga Eparu (Namibie) et du Programa de Direitos

Humanos (Angola).

L'ARASA est née en octobre 2002 d'une réunion régionale d'organismes de lutte contre le VIH/sida et pour les droits humains, tenue dans la « Communauté pour le développement de l'Afrique australe » (CDAA) et co-parrainée par l'AIDS Law Unit du Legal Assistance Centre of Namibia et l'AIDS Law Project de l'Afrique du Sud. Au total, 60 participants venant de 10 pays de la CDAA (Afrique du Sud, Botswana, Zambie, Swaziland, Tanzanie, Zimbabwe, Malawi, Angola, Mozambique et Namibie) ont participé à la rencontre. Emma Tuaehepa, directrice générale de Lironga Eparu (l'association namibienne des personnes vivant avec le VIH/sida), a prononcé un mot de bienvenue, suivi d'un discours programme du juge Edwin Cameron de l'Afrique du Sud. Pour plus d'information ou pour s'inscrire à la liste d'envoi de l'ARASA, contacter Collette Campher à arasa@lac.org.na.

Zambie – Abus sexuel et VIH/sida

En Zambie, comme dans d'autres pays de l'Est et du Sud de l'Afrique, la prévalence du VIH est nettement plus élevée chez les filles de moins de 19 ans que chez les garçons du même âge. En 2002, Human Rights Watch a documenté diverses situations d'abus

sexuel et de coercition qui exposent les filles zambiennes à un risque accru de contracter le VIH.¹ Plusieurs jeunes filles interviewées étaient des orphelines du sida; certaines ont confié avoir été agressées sexuellement par leur tuteur ou un membre de leur

famille d'accueil.

De nombreux facteurs font en sorte que les filles sont particulièrement vulnérables au VIH, dans plusieurs pays africains. Elles sont généralement les premières à devoir quitter l'école, lorsqu'un proche est atteint du

sida. Elles sont appelées à devenir pourvoyeuses de revenus et n'ont souvent d'autre choix que de se tourner vers le commerce du sexe pour survivre, en particulier dans les pays où la pauvreté et le chômage sont profondément enracinés, comme en Zambie. Celles qui arrivent à continuer leurs études peuvent subir des abus de la part d'enseignants ou d'autres adultes en position d'autorité. Des lois interdisent les abus et la violence d'ordre sexuel à l'endroit des jeunes filles,

mais elles ne font pas l'objet d'une application stricte.

Human Rights Watch a exhorté le gouvernement de la Zambie à rehausser la protection élémentaire des filles et des femmes contre les abus sexuels, notamment par le renforcement des capacités de soutien aux victimes, chez les unités policières, et par la provision d'aide juridique à celles qui souhaitent poursuivre leur agresseur en justice. La Zambie a reçu plus de 100 millions \$US de donateurs, pour

l'élaboration de programmes sur le VIH/sida. Human Rights Watch a incité les donateurs à s'assurer que ces efforts soient axés sur la protection des filles contre les abus et la violence d'ordre sexuel.

¹ J. Fleischman, J. Csete, *Suffering in Silence: The Links between Human Rights Abuses and HIV Transmission in Zambia*, New York, Human Rights Watch, 2002 (www.hrw.org/reports/2003/zambia).

Inde – Consultation communautaire sur un projet de loi sur le VIH/sida

À la lumière des recommandations de l'International Policy Makers Conference tenue en mai 2002, la National AIDS Control Organisation de l'Inde a mandaté la Lawyers' Collective HIV/AIDS Unit (www.lawyerscollective.org) de préparer une ébauche de loi sur le VIH/sida, qui sera déposée au parlement en 2003.

L'organisme a d'abord examiné en profondeur les développements juridiques en matière de VIH/sida

dans d'autres pays, afin de situer l'expérience indienne dans le contexte de la pandémie mondiale et de tirer des leçons pour l'élaboration d'une loi nationale. Après cette recherche, des documents de fond seront préparés sur les questions juridiques, éthiques et de droits de la personne soulevées par le VIH/sida au fil du temps. La prochaine étape consistera en la préparation d'une ébauche de loi, à partir de modèles fondés sur les droits et appliqués dans divers pays (en parti-

culier là où le régime de *common law* est semblable à celui de l'Inde). L'objectif principal est d'élaborer une loi complète qui garantira les droits des personnes vivant avec le VIH/sida et qui protégera d'autres groupes marginalisés contre la discrimination.

La Lawyers' Collective HIV/AIDS Unit entend mener une consultation nationale sur son ébauche de loi entre les mois de février et d'avril 2003. Les commentaires recueillis seront intégrés à l'ébauche; et un rapport sur la consultation y sera annexé. Pour plus d'information, contacter la Lawyers Collective HIV/AIDS Unit (aidslaw@vsnl.com).

Singapour – Test du VIH : une polémique met au jour un lien entre la recherche et les droits humains

Dans un article paru en 2002 dans *The Lancet*, Chris Beyrer et Nancy Kass, chercheurs à la Johns Hopkins University, soutiennent que l'examen éthique de projets de recherche devrait tenir compte du contexte politique et de droits humains dans lequel l'étude sera réalisée.¹ Ils donnent l'exemple de Singapour, où la violation de lois qui interdisent les rapports sexuels privés et consensuels entre hommes peut entraîner l'emprisonnement, et où le gouvernement fait apparemment appel à des informateurs clandestins pour parvenir à des condamnations. Bien que le taux de VIH chez les hommes soit 9 fois supérieur à celui des femmes, la plupart des hommes interviewés dans le cadre d'une étude ont dit s'adonner uniquement à des activités hétérosexuelles. Les auteurs émettent une mise en garde : « Puisqu'un ratio de prévalence de 9:1 est typique des communautés où l'infection à VIH se propage par contacts sexuels entre hommes ou par l'injection de drogue, l'interprétation des résultats de l'étude soulève des doutes. Des programmes de prévention seront donc basés sur des résultats ambigus, qui pourraient conduire à des interventions non fondées ainsi qu'à des critères dangereux et inadéquats pour les donneurs de sang. »[trad.]²

Le ministère de la Santé de Singapour a répondu que les tendances actuelles de l'infection à VIH sont liées au commerce du sexe, au pays, et que « bien que la déclaration des maladies infectieuses soit obligatoire,

comme dans plusieurs autres pays, des dispositions juridiques protègent la confidentialité des personnes qui ont le VIH » [trad.].³ En réponse à cette déclaration, Beyrer et Kass citent l'exemple de l'article 377a du Code pénal de Singapour, qui impose jusqu'à deux années de prison pour tout acte de « grossière indécence » entre hommes; ils ajoutent que même un dépistage « rigoureux » des anticorps dans les produits sanguins ne permet pas l'exclusion de dons contenant le VIH, venant de personnes en « période fenêtre ». ⁴ Ils citent le Comité des droits de l'homme des Nations Unies, qui a déclaré dans l'affaire *Nicholas Toonan c. Australie*, en 1991, que « qualifier les pratiques homosexuelles d'infraction pénale ne peut être considéré comme un moyen raisonnable ou une mesure proportionnée pour empêcher la prolifération du virus du sida... En obligeant à la clandestinité un grand nombre de personnes à risque [elle] va à l'encontre de la mise en œuvre de programmes efficaces d'information sur la prévention du sida. »⁵

Beyrer et Kass ont soulevé des préoccupations légitimes quant à l'influence d'un contexte juridique et de droits humains négatif, sur la recherche en matière de VIH, et quant aux conséquences pour les initiatives de prévention et autres interventions fondées sur cette recherche. Pour plus d'information sur le test du VIH et la confidentialité, voir www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm; pour plus

d'information sur les questions juridiques et éthiques concernant les gays et lesbiennes dans le contexte du VIH/sida, voir www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/gaiesbienne.htm.

¹ « Human rights, politics, and reviews of research ethics », *The Lancet*, 2002, 360 : 246-251.

² *Ibid.*, à la p. 248.

³ P. Chui et S.K. Chew, « Appropriateness of Singapore's HIV/AIDS control programme », *The Lancet*, 2002, 360 : 1982.

⁴ Réplique des auteurs, *The Lancet*, 2002, 360 : 1982-1983.

⁵ Comité des droits de l'homme, communication n° 488/1991, *Nicholas Toonan c. Australie* (consultations adoptées le 31 mars 1994, cinquantième session). *Documents officiels de l'Assemblée générale, quarante-neuvième session, supplément n°40 (A/49/40)*, vol. II, annexe IX EE, par. 8.5, cité dans *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales* (Genève, ONUSIDA et Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme), p. 55-56.

Costa Rica – L'Ombudsman s'attaque à des questions de VIH/sida

Une analyse de sept cas signalés entre 1993 et 2002 a démontré que le Bureau de l'Ombudsman du Costa Rica a joué un rôle déterminant dans l'amélioration du respect des droits fondamentaux des personnes vivant avec le VIH/sida, au pays.¹ L'Ombudsman a résolu des plaintes de discrimination en vertu de la

General Law on HIV/AIDS et d'autres lois qui protègent les droits des personnes vivant avec le VIH/sida dans des domaines comme l'assurance-vie, l'accès aux antirétroviraux, la qualité des soins hospitaliers, l'accès à l'emploi et à des opportunités d'éducation, et les prisons. Pour plus d'information, contacter Carlos Valerio, au

Bureau de l'Ombudsman du Costa Rica à cajovamo@racsa.co.cr.

¹ Pour plus d'information sur le renforcement du rôle et de la capacité d'autres instances nationales de réagir à des questions liées au VIH/sida, voir l'article « Asie-Pacifique – Atelier sur le VIH/sida et les droits de la personne », dans la rubrique « Nouvelles internationales – Autres développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 52.

Taiwan – Un projet de dossiers médicaux électroniques soulève des préoccupations de confidentialité

Des personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres regroupements à Taiwan craignent que l'introduction d'une carte à puce intelligente (où seront enregistrés les renseignements de santé d'un patient sous forme électronique) par le système de santé accroisse la discrimination dans l'accès aux soins, plutôt que d'améliorer les services aux patients.

D'après le Bureau of National Health Insurance, la nouvelle carte éliminera la nécessité d'apporter divers documents imprimés, lors d'une visite à l'hôpital ou dans une clinique. Le mécanisme permettra également aux autorités de la santé d'exercer un contrôle plus strict sur les dépenses en matière de traitement – domaine où les excès viennent apparemment de patients ou d'étab-

lisements de santé.

La carte à puce contiendra quatre types d'information : renseignements personnels de base (p. ex., nom et date de naissance); renseignements liés à l'assurance-santé nationale (p. ex., statut de l'usager, maladies catastrophiques); historique des services médicaux (p. ex., allergies et ordonnances à long terme); et section pour l'administration de la santé publique (p. ex., intention de don d'organes). Bien que l'état sérologique ne soit pas expressément indiqué dans la base de données, la présence d'antirétroviraux dans la liste des médicaments prescrits à un patient dévoilerait sa séropositivité.

Des activistes communautaires soutiennent que plusieurs professionnels de la santé refusent encore de

traiter des personnes vivant avec le VIH/sida, à Taiwan.¹ Ils craignent que la carte à puce réduise l'accès aux services et qu'elle marginalise davantage les personnes vivant avec le VIH/sida. Malgré des promesses gouvernementales à l'effet que de nombreuses rencontres seront tenues avec des représentants de la société civile, les personnes vivant avec le VIH/sida ne semblent pas avoir été consultées. Pour plus d'information sur cette carte à puce, voir le site Internet du Bureau of National Health Insurance (www.nhi.gov.tw/00english/e_index.htm). Pour plus de détails, contacter la Persons with HIV/AIDS Rights Advocacy Association of Taiwan à praatw@yahoo.com.tw.

¹ Note du rédacteur en chef : Dans le cadre d'une conférence sur l'intégration des services communautaires liés au VIH/sida, organisée par le Tapei City STD Control Center, les 30 et 31 octobre 2002 à Taipei, on a rapporté plusieurs cas de discrimination exercée par des fournisseurs de services et des établissements de santé, à l'égard de personnes vivant avec le VIH/sida.

Australie – Atelier sur les procédures de vérification : instrument de réglementation, solution désuète ou bastion de la démocratie?

En février 2003, le Regulatory Institutions Network (RegNet) de l'Australian National University a tenu un atelier multidisciplinaire sur les procédures de vérification – y compris sur l'utilisation d'instruments pour évaluer la conformité à des normes (comme les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne). L'atelier visait à examiner le concept de « vérification » dans divers contextes (droits de la personne, société, démocratie, entreprise, environnement, médecine et secteur public). Il a porté sur des thèmes abordés par le conférencier invité, le professeur Michael Power de la London School of Economics, dans son ouvrage *The Audit Society* (Cambridge, Oxford University Press, 1996); et il a donné lieu à une discussion sur les critères de qualité des principes, de la conception et des pratiques de la vérification (y compris l'autonomie, la répliquabilité, la fiabilité et l'inclusion d'une analyse narrative détaillée ainsi que de mesures qualitatives).

Un consensus général a émergé à l'effet qu'il y avait une « explosion » des mesures de vérification et que leur utilité variait en fonction du contexte de leur application. Dans le domaine traditionnel de la vérification financière, ces mesures ont abouti à un « cul-de-sac » de complaisance devant le risque, par la production de certificats qui ne donnent

qu'une illusion de conformité, comme en témoigne le déclin de grandes entreprises telles Enron. Les procédures de vérification auraient toutefois le potentiel de défendre des concepts normatifs comme les droits de la personne et la démocratie, si elles impliquaient les dépositaires d'enjeux à part entière dans l'établissement des normes. Elles pourraient déstabiliser le statu quo par la sensibilisation aux droits, la compréhension et les débats publics.

Dans le contexte du VIH/sida, un processus de vérification pourrait servir à examiner la conformité aux *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne,¹ puis à évaluer systématiquement si leur application progressive (plutôt qu'un recul) a eu lieu sur le plan juridique. Cet instrument diagnostique, qui mettrait en évidence des lacunes et des meilleures pratiques, devrait impliquer trois groupes d'intervenants – les experts, la société civile et le gouvernement. À titre d'instrument de défense des droits aux paliers national et international, cette démarche pourrait aider à stimuler, à préciser et à égaliser la participation des organismes non gouvernementaux à l'ordre du jour de la réforme du droit. Les résultats de ces procédures de vérification pourraient être intégrés à des rapports adressés aux comités des Nations Unies pour la surveillance de l'application des traités.

Une procédure de vérification a été mise à l'essai en Australie; une autre sera bientôt menée dans un pays en développement, probablement le Cambodge. Les documents issus de l'atelier sur les procédures de vérification seront déposés sur le site Internet du RegNet (<http://regnet.anu.edu.au>). Pour plus d'information, contacter Helen Watchirs à Helen.Watchirs@anu.edu.au.

En 2003-2004, le Réseau juridique canadien VIH/sida aura recours à des méthodes de vérification pour évaluer la conformité du Canada aux *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne. Pour plus d'information, consulter la page Internet du projet du Réseau juridique sur la promotion d'une approche du VIH/sida fondée sur les droits (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/discrimination/approche_droits.htm) ou contacter Theo de Bruyn à tdebruyn@aidslaw.ca.

¹ Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales*, deuxième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, Genève, 23-25 septembre 1996, New York et Genève, Nations Unies, 1998, par. 84-131 (www.unaids.org/publications/documents/human/law/JC520-Droitsdel%27homme-F.pdf). La directive 6 a été révisée : Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales – Directive 6 révisée*, troisième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme, Genève, 25-26 juillet 2002, New York et Genève, Nations Unies, 2002 (www.unaids.org/publications/documents/care/general/JC882-Guideline6_fr.pdf).

États-Unis – L’approche limitée à l’abstinence pré-maritale nuit à la prévention du VIH

Depuis une ou deux décennies, l’influence politique croissante des fondamentalistes chrétiens a contribué à l’érosion de l’appui gouvernemental aux programmes d’éducation sur le sécurisexe dans les écoles publiques, aux États-Unis. L’administration Bush a intégré les programmes limités à l’abstinence pré-maritale, dans sa stratégie domestique de prévention du VIH/sida. Dans son budget proposé au Congrès au début de 2003, elle a d’ailleurs exhorté à une importante hausse des fonds consacrés à ce type de programme dans les écoles publiques ainsi qu’à d’autres initiatives comme les campagnes de messages d’intérêt public.

Des opposants craignent que le gouvernement américain en vienne à inciter les programmes de prévention du VIH financés par les États-Unis, dans des pays en développement, à favoriser l’approche de l’abstinence pré-maritale dans leurs campagnes d’information. Une politique américaine actuelle interdit la provision de ressources aux organismes non gouvernementaux étrangers qui offrent des services d’avortement (sauf en cas de viol et d’inceste, ou lorsque la vie – et non la santé – de la femme est menacée), qui donnent du counselling

ou des références en matière d’avortement, ou qui militent pour la réforme du droit sur l’avortement; on l’appelle « politique de Mexico » puisque le président Reagan en a fait l’annonce dans cette ville en 1984. Elle a été suspendue par l’administration Clinton en 1993, mais rétablie par le président Bush dès son entrée en fonction en 2001. L’application de la politique de Mexico aux programmes internationaux de lutte contre le VIH/sida a été critiquée dans un éditorial du périodique *The Lancet* en janvier 2003.¹

Dans un récent rapport sur l’État du Texas, Human Rights Watch a indiqué que les programmes gouvernementaux limités à l’abstinence pré-maritale empêchent non seulement les étudiants de recevoir de l’information élémentaire sur la prévention du VIH, mais fournissent aussi des « renseignements » d’après lesquels les condoms seraient inefficaces contre le VIH.² De plus, puisque ces programmes valorisent le mariage hétérosexuel en tant que seul contexte légitime pour les rapports sexuels, ils sont discriminatoires à l’égard des étudiants gais et lesbiennes, qui n’ont pas le droit légal au mariage aux États-Unis. Plusieurs programmes

incitent également les jeunes à faire vœu de virginité ou, s’ils sont déjà actifs sexuellement, à faire vœu de « virginité secondaire » – ce qui pourrait notamment les induire en erreur quant au degré de protection que procurent ces vœux contre les infections transmissibles sexuellement. Par ailleurs, en limitant l’information fournie par des experts et d’autres récipiendaires de fonds fédéraux, en matière de prévention du VIH, l’engagement du Texas à l’idéologie de l’abstinence pré-maritale nuit à la variété des sources d’information sur la prévention du VIH/sida offertes aux jeunes.

À la lumière de ces constats, Human Rights Watch a exhorté les gouvernements fédéral et de chaque État américain à abolir ces programmes et à allouer des fonds à une éducation complète sur la sexualité, basée sur des faits scientifiques.

¹ « ‘Pro-life’ policy threatens US HIV/AIDS initiatives », *The Lancet*, 2003, 361(9361) (www.thelancet.com/journal/vol361/iss9361/full/lan.361.9361.editorial_and_review.24938.1).

² R. Schleifer, *Ignorance Only: HIV/AIDS, Human Rights and Federally Funded Abstinence-only Programs in the United States*, New York, Human Rights Watch, 2002 (www.hrw.org/reports/2002/usa0902).

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 y présentons un article qui examine l'impact des résultats de l'essai clinique vaccinal AIDS VAX B/B. Nous rendons également compte d'un échec des engagements pris lors de la 4^e Conférence ministérielle de l'OMC à Doha (Qatar), en novembre 2001, relativement à l'accès à des médicaments génériques. Les autres sujets d'articles sont les efforts déployés par la South African Treatment Action Campaign pour exhorter les gouvernements de l'Afrique du Sud à favoriser l'accès aux traitements; la décision de la Cour suprême du Canada confirmant la validité du brevet canadien pour l'AZT; les efforts de GlaxoSmithKline pour empêcher les pharmacies canadiennes opérant sur Internet d'exporter des médicaments aux États-Unis; des développements récents dans l'accès aux traitements en Jamaïque et au Honduras; et l'implication d'associations étudiantes canadiennes dans la lutte mondiale au VIH/sida.

OMC – Échec des engagements de Doha pour l'accès à des médicaments génériques

En novembre 2001, l'adoption de la « Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique », à Doha, Qatar, fut une importante victoire dans la quête d'accès mondial aux traitements. Toutefois, des pays industrialisés comme le Canada, des membres de l'Union européenne, le Japon, l'Australie et la Suisse se sont depuis joints aux États-Unis pour limiter la portée de toute « solution » à l'un des problèmes laissés sans réponse à Doha : la difficulté possible de « recours efficace » aux licences obligatoires, dans les pays en développement où la capacité domestique de fabrication de médicaments est inadéquate.

Contexte

Lors de leur 4^e Conférence ministérielle à Doha, Qatar, en novembre 2001, les ministres du Commerce des États membres de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) ont adopté à l'unanimité une « Déclaration sur l'Accord sur les ADPIC et la santé publique ». Cette initiative répondait aux pressions de pays en développement (en particulier les pays africains, le Brésil et l'Inde) et

d'organismes non gouvernementaux, à l'effet que les dispositions relatives aux brevets, dans l'*Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce* (« l'Accord sur les ADPIC ») de l'OMC entravaient les efforts de certains pays pour se procurer des médicaments moins coûteux, notamment pour le traitement de maladies comme le VIH/sida.¹

La Déclaration a été une importante victoire pour les activistes et les pays en développement. Elle donne une assise politique solide au fait que les pays devraient pouvoir se prévaloir « pleinement » des dispositions de l'Accord sur les ADPIC qui leur accordent une certaine flexibilité dans les politiques, pour réduire le coût des médicaments par le biais de mesures comme les licences obligatoires, l'importation parallèle et des « exceptions limitées » aux droits de brevets exclusifs – sans faire l'objet de plaintes à l'OMC. La Déclaration est également significative sur le plan juridique, puisqu'elle stipule que l'Accord sur les ADPIC « 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 ».²

Toutefois, les États membres de l'OMC n'ont pas résolu les difficultés que pourraient rencontrer les pays en développement où la capacité domestique de fabrication de médicaments est inadéquate, dans le « recours efficace » à des licences obligatoires. De fait, l'Accord sur les ADPIC limite la portée de telles politiques dans les pays où les capacités de fabrication sont adéquates (et qui pourraient donc être de potentiels fournisseurs de médicaments génériques). Plus précisément, l'article 31(f) stipule que la

fabrication de médicaments génériques sous licence obligatoire (émise pendant la période de validité du brevet du médicament original) doit servir « principalement » au marché domestique. Cette disposition nuit à l'exportation de médicaments génériques moins coûteux vers des pays qui en ont besoin, même si le médicament n'est pas protégé par un brevet ou si une licence obligatoire est en vigueur dans le pays importateur. Les États membres de l'OMC avaient promis de « trouver une solution rapide à ce problème » avant la fin de 2002.

Échec des tentatives d'entente

L'an dernier, des pays industrialisés comme le Canada, des membres de l'Union européenne, le Japon, l'Australie et la Suisse se sont joints aux États-Unis pour limiter la portée de toute « solution » en imposant diverses conditions et restrictions qui vont à l'encontre du contenu et de l'esprit de la Déclaration de Doha – par exemple en limitant à certains pays ou à certaines maladies la possibilité de recours à cette mesure et en y attachant de lourdes responsabilités.

En décembre 2002, une ébauche d'entente a toutefois été approuvée par tous les États membres de l'OMC à l'exception d'un seul. Plusieurs restrictions décrites dans ce texte ont été vivement critiquées par des organismes non gouvernementaux et des activistes de la lutte au VIH/sida, qui ont aussi déploré que les intérêts commerciaux des compagnies pharmaceutiques détentrices de brevets y aient préséance sur l'accès à des médicaments plus abordables pour les gens des pays en développement.

Les États-Unis ont refusé d'approuver cette entente, alléguant que la « solution » devrait se limiter à l'im-

portation de médicaments génériques moins coûteux uniquement pour le VIH/sida, le paludisme, la tuberculose ou « d'autres maladies infectieuses de gravité et d'ampleur semblables » [trad.]; elle ne répondrait pas au besoin de médicaments contre d'autres problèmes de santé. Des pays en développement, des activistes et l'Organisation mondiale de la santé se sont opposés à cette importante restriction supplémentaire aux licences obligatoires. Ils ont notamment souligné que les pays industrialisés qui ont la capacité de fabriquer des médicaments ne sont pas soumis à d'aussi grandes restrictions; et que cette exigence ne trouve aucun fondement dans l'Accord sur les ADPIC ou dans la Déclaration de Doha.³

Les pourparlers ont échoué à cette étape et aucune entente n'a été conclue avant la fin de 2002. Les Américains ont ensuite annoncé leur « moratoire » unilatéral sur les procédures de résolution de conflit, stipulant qu'ils ne déposeraient pas de plainte à l'OMC contre les pays qui satisfont aux critères de leur propre « solution » étroite. Des représentants canadiens ont aussi déclaré que « jusqu'à ce qu'une solution multilatérale soit identifiée, le Canada ne déposera pas de plaintes relatives à des mesures visant à aider un pays pauvre, ayant peu ou pas de capacité de fabrication de médicaments, à accéder à des médicaments pour réagir à une crise de santé publique comme le sida, ou à d'autres épidémies », mais aucun communiqué de presse ou document officiel n'avait encore été rendu public en mars 2003.⁴ Les énoncés américain et canadien promettent de ne pas entamer de procédures judiciaires auprès de l'OMC uniquement dans le cas de certaines maladies (i.e., « épidé-

mies ») ou en certaines circonstances (i.e., « crises »).

Au moment d'aller sous presse, aucune entente n'avait été conclue pour alléger cette restriction de l'Accord sur les ADPIC, malgré des discussions soutenues depuis le début de 2003. Cette question pourrait devenir un enjeu clé de la 5^e Conférence ministérielle de l'OMC à Cancún, Mexique, en septembre 2003 – près de deux ans après les promesses faites à Doha, où le lancement d'une « nouvelle » ronde de négociations sur le commerce allait supposément répondre aux préoccupations des pays en développement devant la mondialisation, conformément aux règles de commerce de l'OMC.

En plus de réfléchir à une solution pratique pour l'OMC, des activistes canadiens ont aussi souligné la nécessité que le Gouvernement du Canada modifie ses lois domestiques sur les

brevets pour reconnaître, en tant qu'« exception limitée » aux droits sur les brevets (permise en vertu de l'Accord sur les ADPIC), la fabrication de versions génériques de médicaments brevetés au Canada lorsque ces médicaments sont destinés à l'exportation vers un pays en développement où le médicament est non breveté, ou qu'une licence obligatoire ou une autre autorisation légale est en vigueur dans ce pays, conformément à ses lois nationales.

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche, au Réseau juridique canadien VIH/sida (en congé jusqu'au 1^{er} septembre 2003). On peut le joindre à relliott@aidslaw.ca.

Pour plus d'information et des documents sur les négociations issues de la Conférence de l'OMC à Doha, voir les sites Internet suivants : Consumer Project on Technology

(www.cptech.org), Médecins Sans Frontières (www.msf.ca/programs/access.htm), Health GAP Coalition (www.healthgap.org). Pour plus d'information sur les efforts de défense et promotion des droits et intérêts déployés par des ONG canadiens, consulter le site Internet du Réseau juridique canadien VIH/sida (www.aidslaw.ca).

¹ L'Accord sur les ADPIC et la Déclaration de Doha (WT/MIN(01)/DEC/2) sont accessibles sur le site Internet de l'OMC, via www.wto.org.

² Pour un résumé et des commentaires sur la Déclaration, voir R. Elliott, « Conférence ministérielle de l'OMC : Déclaration sur les ADPIC et la santé publique », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 57-59. Pour un commentaire sur les développements issus de la Conférence de Doha, voir R. Elliott, M.H. Bonin, *Les brevets, le droit commercial international et l'accès aux médicaments essentiels*, feuillet d'information préparé par le Réseau juridique canadien VIH/sida et Médecins Sans Frontières Canada, révisé en 2003 (accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements.htm#B2).

³ Cette ébauche et d'autres documents connexes sont accessibles sur le site Internet du Consumer Project on Technology, via www.cptech.org/ip/wto/p6/.

⁴ Correspondance de Catherine Dickson, directrice, Direction de la politique commerciale sur la propriété intellectuelle, l'information et la technologie, ministère des Affaires étrangères et du Commerce international du Canada, en date du 25 février 2003 (en filière).

Afrique du Sud – La Treatment Action Campaign intensifie ses pressions

En décembre 2002, dans son effort incessant pour assurer à tous les Sud-Africains un accès à des médicaments anti-VIH/sida abordables, l'organisme militant Treatment Action Campaign (TAC) a engagé deux nouvelles poursuites relativement à l'échec du gouvernement de l'Afrique du Sud à prévenir la transmission périnatale du VIH. En mars 2003, elle a également lancé une campagne nationale de désobéissance civile pour exhorter le gouvernement à mettre en œuvre un plan national de traitement et de prévention du VIH qui comprendrait des mesures pour assurer l'accès à des médicaments abordables.

Allégation d'outrage à la Cour pour échec à prévenir la transmission périnatale du VIH

Le 2 décembre 2002, la TAC a déposé une plainte auprès de la Commission sud-africaine des droits de la personne, alléguant que le gouvernement et la « membre du Comité exécutif » (MCE) responsable de la santé dans la province de Mpumalanga étaient coupables d'outrage à la Cour.¹ Le 17 décembre, la TAC a également déposé une requête devant la High Court of South Africa pour outrage à la Cour,

contre le gouvernement provincial de Mpumalanga.²

Ces poursuites invoquent une ordonnance émise en juillet 2002, à l'issue de démarches judiciaires amorcées par la TAC : la plus haute cour de l'Afrique du Sud a sommé le gouvernement d'améliorer l'accès à un antirétroviral appelé « névirapine » pour prévenir la transmission périnatale du VIH. La Cour constitutionnelle avait ordonné à la ministre nationale de la Santé et à ses homologues provinciaux d'adopter « sans délai » des mesures spécifiques pour prévenir des infections et des décès évitables, notamment : éliminer les restrictions s'appliquant à la provision de névirapine aux femmes enceintes hors des sites pilotes existants; autoriser et promouvoir l'usage de la névirapine lorsque cela est indiqué sur le plan médical pour prévenir la transmission périnatale du VIH; donner aux conseillers une formation sur l'usage du médicament à cette fin, au besoin; et prendre des « mesures raisonnables » pour élargir les services de test et de counselling en matière de VIH, dans les hôpitaux et les cliniques du système de santé publique, de manière à promouvoir et à accélérer l'usage de la névirapine.³

Dans ses deux poursuites, la TAC allègue que le gouvernement provincial de Mpumalanga a fait outrage au tribunal en déformant intentionnellement le sens de l'ordonnance de la Cour constitutionnelle et en échouant à s'y conformer. Elle demande à la Commission sud-africaine des droits de la personne de faire enquête. Dans sa requête à la High Court, elle

réclame un constat d'outrage à la décision de la Cour constitutionnelle contre le gouvernement de Mpumalanga. Elle demande aussi (1) que la MCE responsable de la santé dans la province de Mpumalanga ait l'obligation de divulguer les mesures qu'elle a adoptées ou qu'elle prévoit adopter, et à quel moment, pour mettre en œuvre la décision de la Cour constitutionnelle; et (2) que le gouvernement national et la ministre de la Santé soient tenus de veiller à ce que la province de Mpumalanga se conforme à cette ordonnance.

Campagne de désobéissance civile de la TAC

La TAC a lancé sa campagne de désobéissance civile le 20 mars 2003 – la veille de la Journée des droits de la personne, qui commémore un événement où, en 1960, des milliers de personnes noires de l'Afrique du Sud s'étaient défaites de leur billet de passage requis par la loi de l'*apartheid* et avaient marché pacifiquement vers des stations de police pour y être arrêtées de plein gré. La campagne fait suite à des mois de négociations avec le gouvernement, par le biais du National Economic Development and Labour Council (NEDLAC), qui ont échoué à mobiliser un engagement solide à un plan national de traitement et de prévention du VIH; le gouvernement a même nié avoir accepté de s'engager à un tel plan. Dans le cadre de la campagne, 600 bénévoles se sont rendus à des stations de police pour y déposer des accusations d'homicide volontaire contre la

ministre de la Santé et le ministre du Commerce et de l'Industrie; ils ont présenté un « registre du peuple » qui explique le fondement de ces accusations et qui exhorte les autorités policières à faire enquête sur les milliers de décès liés au VIH/sida qui auraient pu être évités, si ces ministres avaient appliqué les lois adoptées par le Parlement pour rehausser l'accès à des médicaments abordables, et s'ils avaient respecté leur responsabilité légale d'adopter des mesures comme les licences obligatoires. La TAC fait état d'une accumulation de preuves, venant notamment du gouvernement lui-même, qui démontrent l'ampleur de l'épidémie du VIH/sida; l'efficacité des antirétroviraux pour réduire la morbidité et la mortalité; et la faisabilité économique d'un plan national de traitement qui serait guidé par l'Organisation mondiale de la Santé, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme.⁴

– Richard Elliott

¹ Treatment Action Campaign, *Contempt of Constitutional Court Order: Complaint Against the MEC for Health in Mpumalanga: Request for an Urgent Investigation*, déposée le 2 décembre 2002 auprès de la Commission sud-africaine des droits de la personne (accessible via www.tac.org.za).

² Avis de requête, *Treatment Action Campaign v MEC for Health, Mpumalanga and Minister of Health*, High Court of South Africa (Transvaal Provincial Division), 14 décembre 2002 (accessible via www.tac.org.za).

³ *Minister of Health and Others v Treatment Action Campaign and Others*, (1) 2002 (10) BCLR 1033 (CC) (accessible via www.tac.org.za). Pour un résumé, voir L. Gertholtz, « Afrique du Sud – Le plus haut tribunal du pays ordonne au gouvernement de fournir un antirétroviral contre la transmission périnatale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2003, 7(2/3) : 55-57.

⁴ Le document de la TAC qui explique le fondement de ces accusations est accessible via www.tac.org.za.

La Cour suprême du Canada maintient le brevet sur l'AZT mais en limite l'application

Le 5 décembre 2002, la Cour suprême du Canada a clos un différend de longue date en maintenant à l'unanimité la validité du brevet canadien pour l'antirétroviral « zidovudine » (AZT) détenu par Glaxo Wellcome (devenu GlaxoSmithKline).¹

L'AZT était un composé déjà connu, synthétisé en 1964 et testé comme traitement potentiel contre le cancer. Or, en vertu du droit canadien, un brevet peut être accordé pour un nouvel usage d'un composé chimique existant. Glaxo a donc demandé à faire breveter la découverte de l'AZT comme traitement du VIH. Lors du dépôt de sa requête, le 16 mars 1985, l'AZT n'avait été mis à l'essai que sur des souris et les [US] National Institutes of Health (NIH) procédaient encore à l'évaluation de ses propriétés de lutte contre le VIH dans les cellules humaines.

Deux fabricants canadiens de médicaments génériques, Apotex Inc. et Novopharm Ltée, ont allégué que le brevet de Glaxo était invalide puisqu'il se fondait uniquement sur des spéculations à l'effet que l'AZT pourrait être efficace contre le VIH/sida chez les êtres humains. La Cour suprême a rejeté la requête des fabricants génériques. Elle a statué que, bien que Glaxo ait été peu reconnaissante aux scientifiques des NIH qui ont mené les recherches supplémentaires qu'elle n'aurait pu elle-même effectuer, ces scientifiques n'étaient pas des « co-inventeurs »; et que le brevet de Glaxo était valide puisque l'entreprise détenait suffisamment d'information au moment de sa requête pour formuler une « prédiction valable » à l'effet que l'AZT serait utile au traitement et à la

prophylaxie du VIH/sida chez les humains. Glaxo avait aussi formulé des demandes très générales quant à la portée de son brevet, par exemple en tentant d'y inclure des rétrovirus humains autres que le VIH. Certaines de ces demandes ont été rejetées par des tribunaux inférieurs. La Cour suprême a maintenu ces décisions, reconnaissant que dans certains domaines, les demandes de Glaxo dépassaient les limites d'une prédiction valable.

La Cour suprême a déclaré que, pour que le brevet soit valide, la règle de la prédiction valable exige que l'on détienne trois éléments au moment du dépôt de la demande : (1) des preuves factuelles de la prédiction d'utilité de l'AZT dans le traitement du VIH/sida; (2) un raisonnement « fondé », à partir des faits disponibles, dans l'extrapolation de l'usage à breveter; et (3) une déclaration adéquate de l'invention. Elle a souligné qu'il était important d'appliquer minutieusement ces exigences pour protéger l'intérêt du public. L'exigence d'une « prédiction valable » ne devrait pas être assouplie pour accorder des brevets (et les droits de monopole qui l'accompagnent) sur la base d'une supposition ou de « pures spéculations ».

Autres développements

Quelques mois plus tard, le 5 mars 2003, un juge d'une cour de district de la Californie, aux États-Unis, a

rejeté une poursuite déposée en juillet 2002 par l'AIDS Healthcare Foundation (AHF), alléguant l'invalidité du brevet de Glaxo pour l'AZT. L'entreprise a réclamé le rejet de la poursuite, qui n'avait pas de valeur et qui n'apportait aucune information nouvelle.² Entre-temps, l'AHF a engagé une autre poursuite contre Glaxo, alléguant que la compagnie avait fait une fausse déclaration en affirmant qu'elle fournissait des antirétroviraux « à prix coûtant » dans des pays en développement et qu'elle n'en tirait « aucun profit ». L'AHF soutient que des fabricants génériques se sont montrés capables d'offrir de plus bas prix; elle demande un injonction pour interdire à Glaxo de faire de telles déclarations, ainsi qu'une ordonnance de la cour pour qu'elle cède les profits « fallacieusement tirés » dans cette affaire.³

– Richard Elliott

¹ *Apotex Inc c. Wellcome Foundation Ltd*, 2002 C.S.C. 77. Le jugement de la Cour d'appel fédérale est répertorié sous *Apotex Inc c. Wellcome Foundation Ltd*, [2001] 1 C.F. 495, (2000), 195 D.L.R. (4th) 641; le jugement de première instance, sous *Apotex Inc c. Wellcome Foundation Ltd* (1998), 145 F.T.R. 161. Pour un compte-rendu détaillé des procédures, voir R. Elliott, « Un tribunal canadien maintient le brevet de Glaxo pour l'AZT », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 60-65; et R. Elliott, « La Cour fédérale rend son jugement sur le différend concernant le brevet de l'AZT – L'appel est toujours pendant », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 12-13.

² « Judge dismisses AZT patent challenge to GlaxoSmithKline », *Gfn.com News*, 13 mars 2003; « Judge dismisses AIDS Healthcare Foundation anti-trust lawsuit against GlaxoSmithKline », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 13 mars 2003; GlaxoSmithKline, communiqué de presse, « California court dismisses AIDS Healthcare Foundation lawsuit », 10 mars 2003 (via www.gsk.com). Voir aussi AHF, communiqué de presse, « AIDS Healthcare Foundation sues Glaxo for antitrust », 1 juillet 2002 (via www.aidshealth.org).

³ AHF, communiqué de presse, « Glaxo hit with false advertising lawsuit over AIDS drug pricing », 12 février 2003 (via www.aidshealth.org); L. Zehr, « Glaxo hit over on-line stand, AIDS », *The Globe & Mail*, 13 février 2003, p. B11; « AIDS Healthcare Foundation sues GlaxoSmithKline for false advertising regarding AIDS drug pricing », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 14 février 2003.

Canada/États-Unis – Pas d'enquête du Bureau de la concurrence sur les efforts de GSK contre les ventes transfrontalières par des pharmacies Internet

Le 21 mars 2003, le Bureau de la concurrence a annoncé qu'il n'intenterait pas de procédure contre GlaxoSmithKline (GSK) pour avoir empêché les pharmacies Internet canadiennes d'exporter ses produits aux États-Unis.¹

Plusieurs pharmacies Internet sont situées au Manitoba. La Manitoba International Pharmacists Association (MIPA), qui représente plus de 100 pharmacies Internet et de commandes postales, estime qu'environ un million de résidents des États-Unis obtiennent leurs médicaments de telles pharmacies, à cause des prix inférieurs de détail au Canada, dus au contrôle des prix et au taux de change des devises US/Canada. La MIPA estime les ventes annuelles des pharmacies Internet canadiennes à environ 600 millions \$US. Des résidents des É.-U., en particulier des personnes âgées qui vivent près de la frontière canadienne, ont aussi organisé des voyages d'achat transfrontalier de médicaments.

Les É.-U. sont le seul pays du G7 sans contrôle sur le prix des médicaments. Au Canada, le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB) est une instance quasi judiciaire qui a le pouvoir d'empêcher les compagnies pharmaceutiques de demander des prix « excessifs » pour des médicaments brevetés.²

Le 3 janvier 2003, Glaxo a signalé aux pharmacies canadiennes Internet et de commande postales qu'elle cesserait de leur fournir ses produits à compter du 21 janvier 2003 si elles ne mettaient pas un terme à leurs ventes

transfrontalières à des consommateurs des É.-U.³ GSK soutient que le fait que ces pharmacies canadiennes vendent des médicaments brevetés à des consommateurs aux É.-U. enfreint ses droits en vertu des brevets, et qu'elle met en application les termes d'entente de vente aux pharmacies, qui précisent que les produits vendus à des grossistes canadiens sont destinés uniquement à des ventes au Canada. Le 21 janvier 2003, Glaxo a effectivement cessé de vendre ses médicaments à 29 grossistes et pharmacies qui font l'envoi de produits à des clients hors du Canada,⁴ ce qui en prive leurs clients canadiens et américains à moins que cessent leurs ventes à des clients américains. Certaines des pharmacies ont cédé aux représailles.⁵

En coupant l'approvisionnement, Glaxo s'est dite préoccupée que les ventes transfrontalières vers les É.-U. « nuisent à l'approvisionnement en médicaments au Canada » [trad].⁶ La société a par ailleurs déclaré que les médicaments achetés par le biais de ces pharmacies Internet étaient des « médicaments canadiens non réglementés »⁷ et que les médicaments pourraient subir des dommages pendant la livraison, exposant à des risques la santé des patients. La MIPA et la Canadian International Pharmacy Association (CIPA) ont rejeté ces allé-

Il est à prévoir qu'en réaction à l'achat de médicaments moins chers au Canada par des Américains, les sociétés pharmaceutiques intensifieront leurs efforts pour éliminer les contrôles canadiens sur le prix des médicaments brevetés.

gations, faisant remarquer que Glaxo expédie ses produits à des distances plus longues sans qu'il y ait menace à leur intégrité, et que la moitié de leurs membres sont des pharmacies licenciées qui respectent les normes réglementaires canadiennes appropriées.⁸ Elles ont signalé par ailleurs que les pharmacies membres de la CIPA ne répondent qu'aux ordonnances fournies par le médecin du patient et exigent des renseignements détaillés sur la santé du patient, qu'un médecin canadien examine en détail afin d'assurer que l'ordonnance est appropriée.⁹

Au début de février 2003, 21 membres du Congrès des États-Unis ont écrit à Glaxo pour lui demander de revoir sa décision.¹⁰ Le 12 février, une coalition d'organismes de soins de santé ainsi que du monde des affaires ont lancé une campagne publicitaire

dénonçant les actes de Glaxo.¹¹ Le même jour, Glaxo a annoncé que ses ventes avaient augmenté de 7%, pendant l'année 2002, pour atteindre les 31,8 milliards \$ US, et que ses profits avaient connu une augmentation de 11%, pour atteindre les 6,9 milliards \$ US.¹²

Au début de mars 2003, le Bureau de la concurrence du Canada a confirmé avoir reçu une plainte alléguant que Glaxo s'adonnait à des pratiques anti-concurrentielles.¹³ En vertu de la *Loi sur la concurrence*, un fournisseur peut établir des termes et conditions de vente aux entreprises, à la condition d'avoir une « justification d'affaire raisonnable ». Le Bureau a conclu que Glaxo avait une telle justification, après avoir été informé par une lettre (du 12 février 2003) de la US Food and Drug Administration, que la position de la FDA en matière d'envoi « inter-États » de médicaments d'ordonnance (ce qui inclut l'importation aux É.-U.) sans son approbation contrevenait aux lois américaines.¹⁴ Le Bureau a également affirmé qu'il n'avait trouvé aucune preuve laissant croire à une possible violation des dispositions criminelles de la *Loi sur la concurrence* par Glaxo.

Glaxo a accueilli favorablement la décision. Les porte-parole de la CIPA se sont dit surpris et déçus, en soulignant que :

Les multinationales pharmaceutiques sont les premières à vouloir profiter des avantages du libre-échange et de la mondialisation. Pourtant, au premier signe que des consommateurs cherchent eux aussi à bénéficier du libre-échange, ces mêmes multinationales ont recours aux diverses lois qui limitent le libre-échange de leurs produits. [trad.]¹⁵

La MIPA a indiqué envisager des poursuites contre Glaxo.

En 2001, la National Association of Pharmacy Regulatory Authorities (NAPRA), au Canada, a approuvé des modèles de normes pour les pharmacies Internet canadiennes. Elles sont semblables au Verified Internet Pharmacy Practices Site (VIPPS), un programme de certification volontaire établi par la contrepartie américaine de la NAPRA, la National Association of Boards of Pharmacy (NABP).¹⁶ En 2001 également, les deux organismes ont contenu de développer conjointement un programme VIPPS au Canada, qui serait administré exclusivement par la NAPRA.¹⁷ L'approbation en vertu du VIPPS établit qu'une pharmacie Internet satisfait les exigences applicables aux licences et inspections ainsi que les normes relatives à la confidentialité du patient et à la vérification de l'authenticité des commandes.¹⁸ À la fin de 2002, on rapportait que les pharmacies Internet canadiennes qui expédiaient des médicaments à des clients aux États-Unis se verraient refuser le sceau de certification VIPPS.¹⁹

En réaction à l'achat de médicaments du Canada à moindre prix par des clients des États-Unis, il est à prévoir que les sociétés pharmaceutiques intensifieront leurs efforts de longue date pour éliminer les mesures canadiennes de contrôle des prix des médicaments brevetés ainsi que les mesures des provinces canadiennes qui visent à exercer un contrôle sur les prix par le truchement de régimes d'assurance santé.

— Richard Elliott

¹ Bureau de la concurrence du Canada, communiqué : « Le Bureau de la concurrence donne suite aux plaintes concernant l'approvisionnement des pharmacies Internet canadiennes », 21 mars 2003 (<http://strategies.ic.gc.ca/SSGF/ct02528f.html>).

² Renseignements sur le CEPMB : www.pmprb-cepmb.gc.ca.

³ À la fin de 2002, une autre société pharmaceutique, Merck & Co Inc., envoyait des lettres à quelques pharmacies Internet canadiennes, alléguant l'illégalité des ventes transfrontalières par de telles pharmacies, mais elle n'a pas menacé de cesser leur approvisionnement. Voir L. Zehr, « Manitoba net pharmacies may sue if Glaxo halts sales », *The Globe & Mail*, 14 janvier 2003, B2.

⁴ L. Zehr, « Glaxo to stop US-bound drugs », *The Globe & Mail*, 22 janvier 2003, B3; T. Cohen, « GlaxoSmithKline cuts supplies to Internet pharmacies selling to US », *Associated Press*, 30 janvier 2003; B. Whitwham, « Dispute over online pharmacies heating up », *e-CMAJ (Journal de l'Association médicale canadienne)*, 31 janvier 2003 (via : www.cma.ca/cmaj); GlaxoSmithKline, communiqué : « GlaxoSmithKline responds to critics of its cross-border Internet sales policy », 13 février 2003.

⁵ AIDS Healthcare Foundation, communiqué, « US' largest AIDS organization urges widespread support for boycott of Glaxo for blacklisting Canadian pharmacies », 7 février 2003 (via : www.aidshealth.org).

⁶ GlaxoSmithKline, communiqué, « GlaxoSmithKline welcomes Competition Bureau decision », 21 mars 2003. Les communiqués diffusés par GSK sont accessibles via www.gsk.com.

⁷ *Ibid.*

⁸ Manitoba International Pharmacists Association, communiqué, « Manitoba on-line pharmacies slam Glaxo drug ban », 12 janvier 2003 (via www.mipa.ca); Canadian International Pharmacy Association, communiqué, « Canadian pharmacy association asks GlaxoSmithKline to stop ban against affordable drugs », 17 janvier 2003 (via www.ciparx.ca).

⁹ CIPA, *ibid.*

¹⁰ G. Gately, « Cross-border battle over internet drug sales heats up », *HealthScoutNews*, 10 février 2003.

¹¹ L. Zehr, « Glaxo hit over on-line stand, AIDS », *The Globe & Mail*, 13 février 2003, B1 I. Voir aussi les sites Internet de la MIPA et de la CIPA : www.mipa.ca et www.ciparx.ca.

¹² *Ibid.*

¹³ « Competition watchdog to investigate Glaxo actions », *The Globe & Mail*, 6 mars 2003, A4.

¹⁴ Bureau de la concurrence, *supra*, note 1; B. Whitwham, « US voters' love of Canada's Internet drug-stores making politicians cautious », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2003, 168 : 1033.

¹⁵ CIPA, communiqué, « Canadian International Pharmacy Association expresses disappointment with the decision of the Competition Commissioner », 24 mars 2003 (via : www.ciparx.ca).

¹⁶ Information accessible sur le site Internet de la NAPRA (à www.napra.org/practice/information/internet_standards.html).

¹⁷ « NABP/NAPRA sign memorandum of understanding », *NABP Newsletter*, janvier 2002; NAPRA, « VIPPS Certified - NAPRA licensed to certify Internet pharmacies in Canada », *Outlook*, hiver 2002. Information sur la NAPRA et le dossier des pharmacies Internet : www.napra.org.

¹⁸ M. Meadows, « Imported drugs raise safety concerns », *FDA Consumer Magazine*, sept.-oct. 2002 (www.fda.gov/fda/features/2002/502_import.html).

¹⁹ C. Ukens, « Canada adopts VIPPS for on-line pharmacies », *Drug Topics*, 16 décembre 2002.

Des résultats d'essai vaccinal génèrent un débat et incitent à poursuivre la recherche

Les résultats du premier essai clinique à grande échelle d'un vaccin anti-VIH chez des êtres humains se sont avérés généralement décevants, mais ont révélé que le vaccin pourrait être efficace parmi des populations minoritaires ayant participé à l'étude. Quoi que signifient ces résultats (le débat se poursuit), il y a consensus à l'effet que (a) l'on a beaucoup appris sur la façon de mener des essais cliniques de vaccins anti-VIH à grande échelle; (b) la recherche doit continuer; (c) les gouvernements doivent investir davantage dans la recherche et le développement de vaccins; et (d) les efforts actuels de prévention doivent être maintenus ou rehaussés.

Bien que l'essai clinique ait révélé l'inefficacité du vaccin candidat AIDS-VAX B/B pour prévenir l'infection à VIH parmi l'ensemble de la population à l'étude, d'importants débats se poursuivent sur la signification du constat selon lequel il aurait protégé des personnes afro-américaines et d'autres minorités non hispaniques participant à l'essai. Les résultats de cet essai clinique mené par VaxGen, une entreprise de biotechnologie américaine, ont été rendus publics le 23 février 2003 et se fondent sur une analyse préliminaire des données. VaxGen a indiqué que des analyses supplémentaires seront effectuées.

L'AIDS-VAX B/B est le premier candidat de vaccin anti-VIH à faire l'objet d'un essai clinique à grande échelle chez des êtres humains. Il a été conçu contre le sous-type B du VIH – le plus répandu en Amérique du Nord, en Europe occidentale, en Australie et en Nouvelle-Zélande. Près de 5 400 personnes ont participé à l'essai aux États-Unis, au Canada et aux Pays-Bas. Tous les participants ont reçu du counselling sur le sexe et sur d'autres mesures de prévention du VIH. Les deux tiers

d'entre eux ont reçu le vaccin et le tiers ont reçu un placebo. À la fin de l'essai, 5,8% des individus du groupe placebo avaient contracté le VIH, comparativement à 5,7% de ceux ayant reçu le vaccin. Cette différence n'est pas significative sur le plan statistique.

Environ 500 participants étaient d'origine afro-américaine ou d'autres minorités non hispaniques. Parmi cette population, 8,1% des individus du groupe placebo ont contracté le VIH, comparativement à 2,0% de ceux ayant reçu le vaccin – ce qui correspond à une réduction de 66,8% des cas d'infection. VaxGen a conclu que la différence entre ces deux groupes est significative sur le plan statistique.

Réactions

Depuis la publication des résultats, des chercheurs et d'autres intervenants discutent de la signification de ce constat d'efficacité chez les participants afro-américains et d'autres minorités non hispaniques. Certains considèrent que les données ne sont pas assez nombreuses pour générer des résultats fiables. D'autres mettent en doute les méthodes utilisées pour

« La poursuite des recherches sur un vaccin VIH reste une urgence mondiale. »

– OMS et ONUSIDA

analyser les données brutes de l'essai. Presque tous s'entendent toutefois sur le fait que ces résultats sont intrigants et que des recherches supplémentaires sont nécessaires.

Tout en reconnaissant que l'essai clinique de VaxGen a généré de précieuses informations, des organismes canadiens et internationaux ont souligné que le développement d'un vaccin efficace demeure une priorité urgente et que les efforts doivent s'intensifier. L'Organisation mondiale de la santé et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida ont affirmé que de nombreux autres essais seront nécessaires, notamment pour développer des vaccins qui seront efficaces en Afrique subsaharienne.¹ La Société canadienne du sida (SCS) et le Réseau juridique canadien VIH/sida ont déclaré qu'en tant que pays riche, le Canada a une obligation morale de contribuer généreusement aux efforts internationaux de développement et

d'éventuelle distribution d'un vaccin anti-VIH et doit jouer un rôle de meneur dans la coordination mondiale de ces efforts.² Tous s'accordent sur le fait que les efforts de prévention doivent continuer et s'intensifier, peu importe la situation.

Un récent article de la *Revue* signalait que pour des motifs de santé publique ainsi que des raisons éthiques et juridiques, les gouvernements ont des obligations de développer des vaccins anti-VIH et d'assurer l'accès à l'éventuel fruit de ces recherches.³ En réponse à des pressions de la SCS et du Réseau juridique, Santé Canada a accepté de

coordonner et de financer un Plan canadien pour un vaccin contre le VIH,⁴ sans toutefois préciser d'échéancier.

VaxGen mène présentement un essai clinique d'un vaccin similaire, l'AIDSVAX B/E, en Thaïlande. Les résultats de cet essai sont attendus à la fin de 2003. D'autres vaccins candidats exploitant diverses approches sont aussi en développement; certains en sont même rendus à l'étape des essais cliniques chez des êtres humains.

— David Garmaise

David Garmaise est consultant dans le domaine du VIH/sida et il est le rédacteur

en chef de la rubrique *Nouvelles canadiennes* de la *Revue*. On peut lui écrire à dgarmaise@rogers.com.

¹ Communiqué de presse conjoint, émis le 24 février 2003 (www.unaids.org/whatsnew/press/frm/VaxGen240203_fr.html). Voir aussi l'énoncé de l'Initiative internationale pour un vaccin contre le sida, publié le 24 février 2003 (www.iavi.org/press/2003/n20030224.htm).

² Communiqué de presse conjoint, émis le 25 février 2003 (www.aidslaw.ca/francais/medias/communiques/f-comm-25fev03.htm).

³ S. Avrett et C. Collins, « Vaccins anti-VIH – Les défis actuels et la voie du progrès », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 1, 22-28.

⁴ Voir D. Garmaise, « Le Canada aura son Plan national pour un vaccin anti-VIH », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2/3) : 31-32. La nécessité d'un Plan canadien pour un vaccin contre le VIH est l'une des problématiques examinées dans un document de fond et une série de feuillets d'information sur *Les vaccins anti-VIH au Canada : questions juridiques et éthiques*, accessibles sur le site Internet du Réseau juridique (via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/vaccins.htm).

Honduras – Le gouvernement intimide les personnes vivant avec le VIH/sida qui affirment leur droit aux médicaments

En août 2002, le ministère de la Santé du Honduras a violé les droits humains de quatre personnes vivant avec le VIH/sida en révélant leurs noms à un quotidien national.

Le quotidien a publié leurs noms. Les quatre individus venaient d'obtenir des « ordonnances de protection temporaire » (*medidas cautelares*) de l'Inter-American Commission on Human Rights, obligeant le gouvernement à leur fournir des antirétroviraux. Dans son ordonnance initiale, la Commission avait précisé que les noms des demandeurs devaient être tenus strictement confidentiels.

Selon des activistes, un représentant du ministère de la Santé aurait affirmé à plusieurs reprises, lors de réunions publiques, que la quête d'un

tel redressement était « antipatriotique »; et des dirigeants du ministère auraient laissé entendre que l'on interromprait le financement de tout organisme appuyant ces efforts. L'Agua Buena Human Rights Association considère que les conséquences de la publication des noms des quatre demandeurs sont « graves ». Depuis la parution de cet article, aucune autre requête n'a été déposée devant la Commission, au pays. Le 26 novembre 2002, le Secrétaire de direction de la Commission a écrit au gouvernement du Honduras pour lui exprimer

ses préoccupations quant au fait que les noms des demandeurs aient été divulgués malgré son ordonnance initiale. Agua Buena a qualifié la réponse de la Commission de « bien intentionnée, mais peu solide », compte tenu de la crainte qu'ont suscitée les actions du gouvernement chez les Honduriens qui souhaiteraient revendiquer leurs droits dans l'avenir. Environ 4 000 personnes ont besoin d'antirétroviraux au Honduras, mais seulement quelque 230 personnes en reçoivent.¹

¹ Agua Buena Human Rights Association, « Honduran government stops "medidas cautelares" with threats and intimidation », 26 décembre 2002 (accessible via www.aguabuena.org).

Jamaïque – Dépôt d'une pétition pour l'accès à des antirétroviraux

En février 2003, cinq Jamaïcaines vivant avec le VIH/sida ont présenté une pétition à l'Inter-American Commission on Human Rights, réclamant que l'on ordonne au gouvernement de leur fournir des médicaments antirétroviraux conformément à ses obligations en vertu de l'*American Convention on Human Rights*, qui garantit le droit à la santé et le droit de jouir des bienfaits des progrès scientifiques.

Les femmes ont été aidées par l'Agua Buena Human Rights Association, établie au Costa Rica, qui a collaboré avec des activistes et organismes non gouvernementaux à la préparation et au succès de pétitions similaires dans sept autres pays de l'Amérique latine.

Près de 25 000 Jamaïcains vivent

avec le VIH/sida. Parmi ceux-ci, environ 4 500 ont besoin d'antirétroviraux, mais seulement quelque 150 personnes en reçoivent. Le gouvernement jamaïcain ne fournit des antirétroviraux que pour prévenir la transmission périnatale du VIH, et seulement pendant la grossesse.¹

¹ Agua Buena Human Rights Association, communiqué de presse, « Jamaicans living with HIV/AIDS ask for protection from Human Rights Commission », 23 février 2003; P. Watson, « Breaking the silence on HIV/AIDS – Jamaicans file petition with Human Rights Commission », *Jamaica Gleaner*, 2 mars 2003. Pour plus d'information sur l'accès aux traitements en Jamaïque, voir R. Stern, « Jamaican bays, beaches offer no safe harbor for people with HIV/AIDS », publié le 29 janvier 2003 par l'Agua Buena Human Rights Association, accessible via www.aguabuena.org.

Des étudiants canadiens se joignent à la lutte pour l'accès aux traitements

Des étudiants canadiens se sont joints à la lutte pour l'accès mondial aux traitements. Cet article décrit les initiatives de l'Université McGill et de l'Université de Toronto.

La McGill International Health Initiative

La McGill International Health Initiative (MIHI) est un groupe d'étudiants voués à l'amélioration de la santé des personnes pauvres dans le monde. Fondée en 1984 par quatre étudiants de médecine (sous l'appellation d'Osler Medical Aid Foundation), elle est le plus ancien regroupement consacré à la santé internationale dans

cette université.

L'année dernière, la MIHI a organisé plusieurs conférences pour éduquer la communauté universitaire sur les questions de justice sociale liées à la lutte contre le VIH/sida. La première, intitulée « Justice sociale et santé internationale : le traitement du VIH et de la tuberculose multirésistante en milieu pauvre », a été présentée par le Dr Michael Rich, un médecin de l'organisme Socios en

Salud (établi au Pérou). Le 17 octobre 2002, à l'occasion de la Journée mondiale d'actions contre Coca-Cola, la MIHI s'est jointe à des milliers de militants dans le monde, pour exhorter la multinationale à améliorer les politiques sur le traitement du VIH, pour ses embouteilleurs dans les pays pauvres.

Convaincue que les médicaments anti-VIH qui sauvent des vies devraient être accessibles à tous, la MIHI a

lancé une campagne nationale intitulée « Student Led Access to HIV Medicines Campaign », en collaboration avec le regroupement Students Against Global AIDS (SAGA) de l'Université de Toronto. Cette campagne vise à faire endosser par des associations étudiantes, à travers le Canada, une lettre demandant au gouvernement d'intensifier ses actions pour réduire les écarts mondiaux en matière de traitements. Cette lettre, rédigée par Faiz Ahmad et Stéphane Voyer (étudiants de médecine à l'Université McGill), a jusqu'ici été signée par des associations étudiantes de l'Université de Toronto, de l'Université Concordia, de l'Université de Sherbrooke, de l'Université McGill et de la St Francis-Xavier University.

Dans un acte de « solidarité directe et urgente », la MIHI recueille des fonds pour l'Association Africaine Solidarité, un organisme du Burkina Faso (dirigé principalement par des personnes séropositives) qui veut fournir des médicaments anti-VIH gratuits.

Pour conclure une année fructueuse, la MIHI a invité Alec Irwin, de Partners In Health, à présenter une conférence intitulée « Le sida dans le monde : mythes et faits ». Alec Irwin est co-éditeur et co-auteur de *Dying for Growth: Global Inequality and the Health of the Poor*. Son plus récent ouvrage, *Global AIDS: Myths and Facts*, s'attaque à 10 mythes liés au traitement et à la prévention du VIH/sida, comme « le sida est un problème africain », « la provision de traitements dans les pays en développement est impossible sur le plan

technique » et le « mythe des ressources limitées », tout en exhortant à un mouvement mondial de lutte contre l'épidémie.

Université de Toronto – Students Against Global AIDS

Students Against Global AIDS (SAGA) est un groupe d'étudiants de l'Université de Toronto qui est voué à la sensibilisation à la crise mondiale du VIH/sida. Les initiatives de SAGA incluent l'organisation de conférences d'invités spéciaux, de campagnes de lettres et d'une pétition au Gouvernement du Canada pour l'exhorter à rehausser sa contribution au Fonds mondial de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme. À l'occasion de la Journée mondiale du sida de 2002, SAGA a co-parrainé avec CARE Canada une exposition de photos sur la thématique du sida en Zambie, en plus d'inviter des représentants de CARE Canada à discuter avec les étudiants de leur expérience de lutte contre le sida dans ce pays.

SAGA est né d'un profond désarroi devant le manque de volonté du gouvernement canadien à s'attaquer de front à cette crise, ainsi que d'un sentiment d'alarme devant le manque d'implication des étudiants du Canada dans la lutte contre le VIH/sida. À l'heure actuelle, le Canada fournit seulement un dixième de ce qu'il devrait verser au Fonds mondial (pour que sa contribution soit proportionnelle à sa part du budget aux Nations Unies). SAGA croit fermement que le Gouvernement du Canada doit faire beaucoup plus pour

lutter contre des maladies comme le VIH/sida.

SAGA est pratiquement le seul regroupement étudiant au Canada à être voué principalement à la lutte contre le VIH/sida. Ses activités s'inspirent du succès de regroupements étudiants américains comme la Student Global AIDS Campaign (SGAC) et d'autres organismes qui mobilisent une attention à cette crise. SAGA espère qu'un effort concerté de campus universitaires à travers le Canada convaincra le gouvernement d'accroître sa contribution au Fonds mondial jusqu'au niveau souhaité pour en favoriser le succès.

La première préoccupation de SAGA a été de se trouver des appuis solides parmi les étudiants de l'Université de Toronto. Le regroupement a établi des liens avec d'autres groupes sur le campus, comme le University of Toronto International Health Programme (UTIHP). L'un de ses principaux objectifs est aussi de tisser des liens avec d'autres campus universitaires au Canada. Pour ce faire, SAGA a établi des contacts avec des regroupements d'autres universités, comme à l'Université McGill, à Montréal.

– Faiz Ahmad et Bruce Blain

Faiz Ahmad est coordonnateur de la McGill International Health Initiative (MIHI). Pour information, on peut le joindre à mihi_hiv@yahoo.ca. La lettre des associations étudiantes au Gouvernement du Canada est accessible en français et en anglais via www.aidslaw.ca (dans la section « Accès mondial aux traitements »). Bruce Blain est membre de SAGA. Pour information, on peut le joindre à bruce.blain@utoronto.ca.

LE VIH/SIDA EN PRISON

Les numéros précédents de la *Revue* ont présenté des mises à jour sur des développements dans les prisons du monde. Nous consacrons à présent une rubrique à ce sujet. La rubrique est dédiée au souvenir de Xavier Sanchez Horno, militant pour les droits des détenus, qui a aidé des détenus vivant avec le VIH en Colombie-Britannique. Xavier a été emporté par des maladies associées au sida, durant la fin de semaine pascalle. Il nous manquera vivement. Les articles ont été compilés par Ralf Jürgens, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut écrire à Ralf à ralfj@aidslaw.ca.

Nous commençons par deux rapports sur des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens. Un rapport du Service correctionnel du Canada (SCC) a été « lancé » par le service des nouvelles radiophoniques de la CBC, le 22 avril 2003. Par ailleurs, le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN) a publié en mars 2003 un rapport sur les détenues, le VIH et le VHC. Les deux publications mettent en relief les épidémies de VIH et de VHC dans les prisons canadiennes et elles proposent des efforts intensifiés pour endiguer l'épidémie derrière les barreaux. Particularité toutefois remarquée dans le rapport du SCC : on omet encore une fois d'envisager des programmes pilotes d'échange de seringues en prison, alors qu'il a été montré que de tels programmes sont faisables et bénéfiques en prison, dans le rapport d'évaluation internationale en la matière, dont nous faisons aussi état dans cet article. Les autres développements décrits sont notamment le retrait d'une coalition d'organismes communautaires canadiens qui étaient impliqués dans un processus consultatif auprès du SCC; le cas d'un détenu de l'Afrique du Sud qui a eu gain de cause contre le système carcéral qu'il a poursuivi pour dommages, pour avoir contracté le VIH en prison; des développements en Russie qui portent à espérer que la population carcérale de ce pays s'allège; et un rapport à l'effet que la population carcérale des États-Unis dépasse à présent les 2 millions.

Canada – La CBC « lance » le rapport du SCC sur la prévention et le contrôle de maladies infectieuses

Le 22 avril 2003, après que la radio nationale canadienne anglaise (CBC) eût commencé d'en divulguer des statistiques dans ses bulletins matinaux de nouvelles,¹ le Service correctionnel du Canada (SCC) a déposé sur son site Web le rapport intitulé « Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001 ».² Le rapport avait été annoncé il y a plusieurs mois dans une publication de Santé Canada, le *Communiqué VIH/sida*,³ mais les intéressés qui en avaient demandé des exemplaires avaient reçu du SCC la réponse que le tout avait été reporté jusqu'en mars 2003. Le rapport, maintenant accessible, présente les données de surveillance épidémiologique collectées par le SCC dans ses établissements, en 2000 et 2001, relativement aux maladies infectieuses à déclaration obligatoire.

Résultats

Certains des principaux résultats mentionnés dans le rapport sont :

- Entre 1989 et 2001, les résultats positifs au test du VIH parmi les détenus sous autorité fédérale ont augmenté d'environ 15 cas par année, de 24 (en 1989) à 223 (en 2001). À la fin de 2001, on comptait 223 cas de détenus de pénitenciers fédéraux (1,8%) dont la séropositivité au VIH avait été rapportée par des établissements du SCC, en comparaison avec 214 (1,7%) à la fin de 2000.
- Pendant la même période, le nombre de nouveaux cas de VIH déclarés a diminué de 45 (en 2000) à 16 (en 2001).
- Le taux d'infection à VIH parmi les femmes (4,7% en 2001 et 5% en 2000) était plus élevé que parmi les détenus de sexe masculin (1,7% en 2001 et 1,6% en 2000).
- En 2001, le SCC a libéré 173 détenus séropositifs au VIH.
- Entre 1997 et 2001, le nombre de nouveaux cas positifs au test du virus de l'hépatite C (VHC) a été d'en moyenne 526 cas par année.
- Le nombre de cas connus de détenus vivant avec l'hépatite C a augmenté de 2 542 (à la fin de 2000) à 2 993 (à la fin de 2001), ce qui représente des pourcentages de 20,1% et de 23,6% de la population carcérale, respectivement.
- Les taux de VHC déclarés étaient plus élevés chez les femmes (41,2% en 2001, 42,4% en 2000) que chez les hommes (23,2% en 2001 et 19,7% en 2000).
- En 2001, le SCC a libéré 1 506 détenus vivant avec le VHC.
- Les taux de tests du VIH et du VHC indiquent que jusqu'à 70% des détenus choisissent de ne pas subir les tests en prison. Ainsi, tel qu'on le signale dans le rapport,

« il se peut donc que les taux d'infections déclarées sous-estiment grandement le véritable poids de ces maladies dans les établissements correctionnels fédéraux ».⁴

- En 2001, le traitement volontaire du VIH a été amorcé chez 41 détenus fédéraux. À la fin de 2001, 113 des 223 détenus (50,7%) connus comme étant séropositifs suivaient un traitement contre le VIH.

Orientations futures

Le rapport signale que les taux élevés de maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux soulèvent des préoccupations, notamment (1) une demande croissante en soins, traitements et soutien pour les détenus séropositifs; (2) un risque de transmission pour les employés et les détenus, en cas d'exposition à du sang ou des liquides corporels d'un détenu séropositif; et (3) un risque accru pour la santé publique, à la réinsertion de détenus séropositifs dans la communauté.⁵ Les auteurs continuent en affirmant : « Une combinaison de tests de dépistage, de traitements et d'initiatives d'éducation est essentielle pour prévenir la transmission des maladies infectieuses dans le milieu carcéral ».⁶ Ils concluent :

Pour parvenir à une baisse continue des taux de maladies infectieuses et mettre fin au cycle de transmission des maladies, il faudra déployer de plus vastes efforts pour repérer les

sujets séropositifs et effectuer des interventions efficaces de réduction du risque. Une stratégie de prévention efficace doit maximiser le recours aux initiatives de réduction des méfaits tout en offrant des programmes de sensibilisation adaptés au sexe et à la culture des personnes. Le renforcement des liens entre les pénitenciers et les services de santé publique communautaires peut assurer aux détenus la continuité des soins lorsqu'ils sont libérés.⁷

Dans des pages précédentes du rapport, il est cependant affirmé que « au moment de la publication ... le SCC ne prévoyait pas la mise en

œuvre d'un programme d'échange de seringues dans ses établissements »,⁸ bien que son propre groupe de travail en la matière ait recommandé au SCC de réaliser des programmes pilotes d'échange de seringues dans ses cinq régions administratives, déjà en 1999 – et qu'un examen récent de programmes d'échange de seringues en prison montre que ces programmes sont réalisables et procurent d'importants bienfaits sans aucune conséquence indésirable.⁹

– Ralf Jürgens

¹ Canadian Broadcasting Corporation, « HIV rates 10 times higher in prisons », 22 avril 2003 (www.cbc.ca/)

storyview/CBC/2003/04/22/hiv_prison030422).

² *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans les pénitenciers fédéraux canadiens, 2000 et 2001*, Rapport du Système de surveillance des maladies infectieuses du Service correctionnel du Canada, Ottawa, SCC, 2003. Disponible sur le site Internet du SCC via www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/infectiousdiseases/index_f.shtml.

³ Voir www.hc-sc.gc.ca/hppb/vih_sida/strat_can/communiqués_jan.html#5.

⁴ *Supra*, note 1, p. 3.

⁵ *Ibid.*, p. 27.

⁶ *Ibid.*

⁷ *Ibid.*, p. 29.

⁸ *Ibid.*, p. 21.

⁹ K. Dolan, S. Rutter, A.D. Wodak, « Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development », *Addiction*, 2003, 98 : 153-158. Pour en savoir davantage, voir à ce sujet l'article aux pages suivantes.

Canada – Nouveau rapport sur le VIH et le VHC parmi les détenues

En mars 2003, le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida (PASAN) a publié *Ouvrir notre avenir : une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*. Cette étude qualitative et évaluative s'est penchée sur les perceptions et les expériences de vie des femmes incarcérées dans des pénitenciers fédéraux en ce qui a trait au VIH/sida et à l'hépatite C (VHC).¹

Ouvrir notre avenir est la première étude du genre, au Canada, à aborder expressément les besoins des femmes incarcérées. Menée en 2001-2002, l'étude a consisté en des entrevues auprès de 156 détenues du système fédéral (dans 9 établissements à travers le Canada), soit environ 40% de la population totale des détenues des prisons fédérales. À partir de ces entrevues, l'étude documente les besoins spécifiques des détenues sous autorité fédérale, en matière de prévention, de soins, de traitements et de

soutien pour le VIH et le VHC. L'étude examine ensuite les réactions actuelles des services correctionnels fédéraux et des services communautaires, puis les besoins, l'accessibilité, la qualité, le degré de satisfaction ainsi que la confiance.

Dans plusieurs cas, l'étude révèle que les programmes et services actuels sont caractérisés par une mise en œuvre et une accessibilité disparates, entre les établissements et dans l'ensemble du système des prisons fédérales. Les préoccupations liées à

la confidentialité sont répandues et affectent la participation et l'accès aux programmes, dans toute la gamme d'enjeux examinés.

Les données recueillies ont permis d'identifier des initiatives nouvelles ou novatrices qui sont nécessaires afin de satisfaire les besoins des participantes à l'étude. En plus d'identifier des lacunes, le rapport signale des éléments de meilleures pratiques pour la provision de services en matière de VIH et de VHC. Ces éléments sont tirés d'information offerte par les

participantes, de même que de recommandations et d'expériences nationales et internationales.

Voici quelques-unes des importantes conclusions du rapport :

- Les comportements à risque de transmission du VIH et du VHC sont répandus, parmi les détenues de ressort fédéral. Une détenue sur quatre pratique le tatouage; une sur quatre a des rapports sexuels non protégés; et une sur cinq a indiqué s'injecter de la drogue.
- La fourniture de condoms, digues dentaires, lubrifiant et eau de Javel n'est pas uniforme. Des mesures de réduction des méfaits comme l'échange de seringues, les options de tatouage sécuritaire et l'information sur les pratiques sécuritaires de taillade/balafre ne sont pas accessibles, malgré des preuves de comportements à risque liés à ces pratiques et le désir d'accéder à de telles mesures, parmi les détenues.

- Le recours aux tests du VIH et du VHC est élevé, parmi les détenues. Toutefois, la provision de counselling pré-test et post-test est piètre; 64% des détenues ont dit n'avoir reçu aucun counselling, en procédure de test.
- Les détenues sont généralement insatisfaites de la qualité et de l'accessibilité des services médicaux. Moins d'une détenue sur dix a déclaré avoir eu une expérience positive d'accès à des soins de santé en prison.
- L'accès à des services communautaires en matière de VIH et de VHC est irrégulier.

Au constat des informations recueillies, les auteures d'*Ouvrir notre avenir* adressent un ensemble de recommandations au Service correctionnel du Canada, à Santé Canada, aux départements de santé publique, aux centres de santé communautaire ainsi qu'aux organismes communautaires. Des recommandations sont formulées en ce qui a trait à l'éducation préventive sur le VIH et le VHC;

aux mesures de prévention et de réduction des méfaits; aux tests et à la confidentialité; aux soins et traitements médicaux; au soutien, au counselling et à l'information. Ces recommandations visent à favoriser le développement et la mise en œuvre d'un cadre de « meilleures pratiques » et à assurer que la diversité des besoins des femmes incarcérées qui vivent avec le VIH et/ou le VHC soit satisfaite de manière complète et avec compassion.

Ouvrir notre avenir : une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C, est disponible sur le site Internet de PASAN (www.pasan.org), dans la section « In Print ».

– Rick Lines

Rick Lines a rédigé le rapport *Ouvrir notre avenir*, pour le compte de PASAN. On peut le joindre à ricklines@yahoo.com.

¹ Anne Marie DiCenso, Giselle Dias et Jacqueline Gahagan, *Ouvrir notre avenir, une étude nationale sur les détenues, le VIH et l'hépatite C*, Toronto, PASAN, 2003.

Canada – Les « partenaires » communautaires se retirent des processus consultatifs du SCC

En novembre, un groupe de douze organismes communautaires de lutte contre le VIH/sida et de fournisseurs de services ont fait connaître leur décision de cesser de participer aux processus et comités consultatifs du Service correctionnel du Canada (SCC).

Le groupe d'organismes a pris cette décision en déplorant le « manque d'engagement du SCC à prendre part à un mécanisme sérieux de consultation et de collaboration communautaire qui aurait pu mener à une amélioration substantielle des services associés au VIH et à l'hépatite C, destinés aux détenus. »

Les organismes et individus qui ont annoncé leur retrait sont la British Columbia Persons With AIDS

Society, le Réseau canadien autochtone du sida, la Société canadienne du sida, le Réseau juridique canadien VIH/sida, l'Association canadienne de santé publique, le Conseil canadien de surveillance et d'accès aux traitements, le Dr Peter Ford de l'Université Queen's, la Société de l'hépatite C du Canada, la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario), les HIV/AIDS Regional Services (Kingston), l'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy, PASAN et les 2-Spirited People of the 1st Nations.

Ces intervenants s'étaient impliqués dans de multiples processus nationaux et régionaux organisés par le SCC, depuis plusieurs années. Cependant, ils ont pris la décision de s'en retirer, à cause de leurs frustrations devant l'inaction du SCC relativement à leur feedback quant à la

nécessité de mettre en œuvre de nouveaux services fort nécessaires, en matière de VIH et de VHC, et d'améliorer les programmes et services existants.

Dans une lettre à la commissaire du SCC, Lucie McClung, le groupe a affirmé :

Nous avons décidé de ne plus participer à ces processus de consultation inefficaces jusqu'à ce que le système correctionnel prenne la question du VIH/sida et de l'hépatite C au sérieux. Bien que le maintien de cette illusion puisse bénéficier au SCC, nous n'en retirons aucun avantage, tout comme les milliers de détenus auxquels on continue de refuser l'accès aux mesures de prévention nécessaires contre le VIH et l'hépatite C qui n'ont pas droit [sic] aux soins appropriés, ou les communautés où retournent ces détenus.

Tout en annonçant leur retrait des consultations futiles avec le SCC, les membres du groupe ont décidé d'intensifier considérablement et de coordonner leurs efforts visant l'amélioration de l'accès aux soins, aux traitements et au soutien, pour les détenus vivant avec le VIH et/ou le VHC, et l'amélioration des mesures de prévention du VIH et du VHC en prison. Le groupe a de plus demandé une rencontre avec le Solliciteur général du Canada et la ministre de la Santé, afin d'exprimer leurs inquiétudes et de suggérer des solutions aux problèmes qu'ils déplorent.

– Rick Lines

Rick Lines a rédigé le rapport *Ouvrir notre avenir*, pour PASAN. On peut le joindre à ricklines@yahoo.com.

Un tribunal de l'Alberta ordonne provisoirement un traitement d'entretien à la méthadone pour un détenu

Le 2 mai 2003, le juge VO Ouellette, de la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta a ordonné provisoirement au directeur du Fort Saskatchewan Correctional Centre de fournir un traitement d'entretien à la méthadone (TEM) à Milton Cardinal.¹ Avant son arrestation et son incarcération, M. Cardinal recevait un TEM pour sa dépendance aux opiacés. Trente jours après son arrestation et son incarcération, les autorités correctionnelles lui ont imposé la « politique de sevrage obligatoire » d'application générale.

Par suite de l'interruption forcée du TEM, M. Cardinal a éprouvé de profondes souffrances physiques et psy-

chologiques, incluant des douleurs physiques constantes et prolongées (particulièrement à la tête, aux articu-

lations et aux extrémités), des nausées et des vomissements, une forte fièvre, de l'insomnie, une perte d'appétit, des cauchemars, une anxiété extrême, des tremblements, une perte de mémoire, des évanouissements, une perte de conscience et deux crises épileptiques.

Le juge Ouellette a conclu, entre autres, que le danger que M. Cardinal contracte le VIH par l'utilisation de drogue par injection pourrait lui causer un préjudice irréparable dans l'at-

tente du jugement sur la demande principale.² Il a donc ordonné au Directeur du Fort Saskatchewan Correctional Centre d'accepter de fournir de la méthadone selon les prescriptions du médecin communautaire de M. Cardinal. Il a en outre ordonné au Directeur de prendre des dispositions pour permettre au médecin de faire les examens et les suivis nécessaires, et de respecter l'administration, le dosage et le protocole de tenue du dossier établis par le médecin. L'ordonnance du juge Ouellette sera en vigueur jusqu'à ce que le tribunal instruisse la demande principale de M. Cardinal et rende son jugement.

La demande principale devrait être instruite du 23 au 25 juin 2003.³ L'avocat de M. Cardinal est Nathan Whitling, du cabinet de Parlee McLaws LLP, d'Edmonton. À l'instruction de la demande principale, M. Whitling a l'intention de présenter une preuve d'expert concernant la disponibilité du TEM dans les établissements correctionnels d'autres provinces du Canada en tant que stratégie de prévention du VIH et du VHC. M. Cardinal demandera à la Cour d'interdire aux autorités correctionnelles de l'Alberta de porter atteinte à son droit de recevoir des traitements et des médicaments appropriés selon un programme de TEM prescrit par un médecin. De plus, il demandera à la Cour de déclarer que l'atteinte à son droit de recevoir des traitements et des médicaments appropriés selon un programme de TEM prescrit par un médecin durant son incarcération a constitué une violation de ses droits constitutionnels garantis par les articles 7, 12 et 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*.⁴ Enfin, il demandera à la Cour de réduire sa peine au temps déjà purgé selon

l'article 24(1) de la Charte, d'annuler son mandat d'incarcération et d'ordonner sa libération immédiate ou de réduire sa peine à la durée que la Cour jugera équitable dans les circonstances.

La décision est importante et établit un précédent. C'est la première fois qu'un tribunal canadien ordonne qu'un détenu reçoive un TEM durant sa période d'incarcération. Dans les cas précédents, les autorités correctionnelles avaient fourni l'accès à la méthadone en réponse aux poursuites judiciaires des détenus.⁵ Un tribunal a par ailleurs déjà ordonné à un contrevenant de suivre un TEM dans une prison où il était disponible et en tant que condition de sa probation.⁶

L'arrêt *Cardinal* va directement à l'encontre de la politique et à la pratique qui consistent à priver les détenus de méthadone 30 jours après leur entrée dans le système correctionnel de l'Alberta. Ces politique et pratique ont cours depuis longtemps dans cette province et sont douteuses du point de vue constitutionnel. Compte tenu de l'ordonnance provisoire du juge Ouellette, et à la lumière de la reconnaissance récente par le Service correctionnel du Canada du droit des détenus de recevoir un TEM en tant que service de santé essentiel,⁷ le gouvernement de l'Alberta aura du mal à justifier sa politique et sa pratique actuelles. De plus, le droit à la liberté et à la sécurité de la personne, le droit à l'égalité et le droit à la protection contre les traitements cruels et inusités qui sont garantis par la Charte appuient la position de M. Cardinal.

– Glenn Betteridge

Glenn Betteridge est directeur par intérim des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à gbetteridge@aidslaw.ca.

¹ *Milton Cardinal c. The Director of the Fort Saskatchewan Correctional Centre and The Director of the Edmonton Remand Centre* (N° 021531397P1) (B.R. Alta). L'auteur dispose de copies de l'avis de requête introductive, de l'Avis de requête provisoire et de l'ordonnance provisoire.

² Correspondance personnelle avec Nathan Whitling, avocat de M. Cardinal.

³ *Ibid.*

⁴ Partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, c. 11 (Charte).

⁵ C. McLeod, « Droit au traitement à la méthadone en milieu carcéral? », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(4) : 25-26; R. Jürgens, « VIH/sida en prison: autres développements », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 17-22.

⁶ *R. c. Povilaitis*, Cour supérieure du Québec, Division criminelle, 1996, 450-01-004040-965, non publiée. Pour une discussion de l'affaire, voir B. Turcotte, « Juge ordonne un traitement d'entretien à la méthadone en prison », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 3(1) : 18-20.

⁷ Jürgens, *supra*, note 5.

Russie – Le nouveau Code de la procédure pénale augure plus de souplesse dans la politique d’incarcération

La population des prisons de la Russie est l’une des plus importantes au monde – au 1^{er} avril 2002, on comptait 1 220 368 détenus dans les prisons de ce pays.¹ Des données laissent entendre qu’entre 15 et 20% des personnes vivant avec le VIH/sida en Russie sont en prison et en centre de détention.²

Des politiques répressives en matière de drogue, couplées à des interprétations plutôt libérales des lois sur la détention dans l’attente d’un procès, font en sorte qu’un grand nombre d’utilisateurs de drogue se retrouve dans des prisons déjà surpeuplées, où la tuberculose, le VIH, l’usage de drogue et la violence sont répandus. Un prévenu peut passer des années en centre de détention provisoire avant d’être entendu par un tribunal.

Un nouveau Code de procédure pénale a été promulgué en décembre 2001 et est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2002. Les opinions sur le Code sont mitigées, mais plusieurs avocats et défenseurs des droits humains s’entendent à dire qu’il s’agit d’une grande amélioration pour les droits des prévenus, ainsi que d’un changement clair de cap : d’une procédure d’inquisition vers une procédure contradictoire. La sanction des arrestations a été confiée aux cours et la détention préventive ne devrait être utilisée qu’à titre de « mesure extrême ».³ Toutefois, les cours russes sont déjà surchargées et on ne voit pas comment elles arriveront à s’acquitter de leurs nouvel-

les responsabilités de sanctionner les arrestations et d’émettre les ordonnances de détention dans les délais voulus. Des experts signalent aussi un intérêt croissant à l’égard des voies de rechange à l’emprisonnement.⁴ Par ailleurs, le nouveau Code été critiqué par les forces d’application de la loi. Certains représentants du ministère des Affaires intérieures ont affirmé qu’il était « complètement copié sur les lois occidentales, inapplicable aux normes de la Russie », et que sa mise en œuvre affecterait la qualité des enquêtes criminelles, en particulier dans les affaires touchant le trafic de drogue illégale et d’autres crimes liés à la drogue.⁵

Les militants des droits de la personne ont critiqué d’autres facettes du Code : il permet aux pouvoirs d’enquêtes de détenir toute personne pendant 120 heures sans mandat de la cour. De plus, en vertu de la nouvelle procédure, l’enquêteur est autorisé à empêcher l’accès des avocats à leurs clients jusqu’au premier interrogatoire. Cet interrogatoire préliminaire devrait être tenu dans les 24 heures suivant la mise en détention.

Outre ces critiques, il n’est vraiment pas évident que ce nouveau Code sera mis en œuvre. La Russie a déjà montré qu’elle n’est pas toujours capable de respecter la règle de droit. Si, de fait, il est mis en œuvre, le nouveau Code permet d’espérer qu’il y aura moins d’incarcérations et de détentions illégales, ce qui signifierait que moins de gens seraient en situation de risque accru de VIH, de tuberculose, de violence et d’usage de drogue – des réalités courantes du système des prisons russes.

– Anna Alexandrova

On peut communiquer avec Anna Alexandrova à AnnaAlexandrova@aol.com

¹ Feuillet d’information *AIDS Foundation East-West*, accessible en anglais à www.afew.org.

² *Gazeta*, entrevue avec le médecin hygiéniste en chef de la Fédération de Russie, 11 novembre 2001 (via www.gztru).

³ *Criminal Process Code of the Russian Federation* (18 décembre 2001) Law N 174-FZ, article 108.

⁴ Par exemple, le Centre d’assistance juridique a tenu plusieurs ateliers sur la question, pour présenter d’autres options que l’emprisonnement, conformément aux recommandations des Nations Unies.

⁵ Le Bureau du Procureur, à Saint-Petersbourg, craint que le nouveau *Code de procédure pénale* n’entraîne une piètre qualité d’enquêtes criminelles en relation avec des crimes touchant la drogue, Prokurorsky Nadzor, 18 février 2003 (www.nadzor.vvsu.ru).

Survol évaluatif des programmes d'échange de seringues en prison

Un récent rapport d'évaluation portant sur les programmes d'échange de seringues en prison conclut que ces programmes « sont faisables et procurent les avantages de réduire les comportements à risque et la transmission d'infections par le sang, sans conséquences indésirables » [trad.].¹

L'évaluation a recensé des articles de revues scientifiques et des abrégés présentés à des conférences, à propos de programmes d'échange de seringues en prison (PÉSP), au moyen d'une fouille exhaustive des bases de données électroniques. Des experts impliqués dans l'élaboration et l'évaluation de PÉSP en cours, ou des politiques en la matière, ont été contactés pour obtenir des rapports, publications et documents inédits.

Les principales conclusions sont les suivantes. Toutes les évaluations

de PÉSP sont positives. Les constats d'usage de drogue ont diminué ou sont restés stables, au fil du temps. Les constats de partage de seringues ont chuté radicalement. Aucun nouveau cas de transmission du VIH, du VHB ou du VHC n'a été déclaré. Les évaluations n'ont décelé aucune conséquence sérieuse indésirable (comme l'initiation à l'injection de drogue ou l'utilisation de seringues comme armes). Les attitudes des employés étaient généralement positives.

Les experts interviewés pour l'évaluation ont rapporté qu'en plus des programmes existants en Suisse, en Allemagne, en Espagne, en Moldavie et au Kirghizstan, des programmes d'échange de seringues en prison sont en phase préparatoire en Italie, au Portugal et en Grèce.²

– Ralf Jürgens

¹K. Dolan, S. Rutter, A.D. Wodak, « Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and developments », *Addiction*, 2003, 98 : 153-158, à la p. 153.

² *Ibid.*, à la p. 157.

Afrique du Sud – Dédommagement monétaire pour avoir contracté le VIH en prison

Un ex-détenu qui a intenté une poursuite contre les autorités carcérales de l'Afrique du Sud, pour avoir contracté le VIH, a obtenu un dédommagement historique. C'est la première fois que le gouvernement sud-africain est tenu responsable de la propagation du VIH dans ses prisons surpeuplées, d'après un reportage de Reuters le 12 février 2003.¹

Des activistes de la lutte contre le sida préviennent que, vu la nature confidentielle du règlement hors cour, l'affaire ne fera pas nécessairement jurisprudence de manière à ouvrir la

porte à d'autres poursuites du genre.

L'Afrique du Sud compte la plus nombreuse population de personnes séropositives au monde. Un Sud-africain sur cinq (soit plus de 4,5 millions

de personnes) vivrait avec le VIH; et l'on croit que l'épidémie progresse encore plus rapidement dans les prisons.

Dans sa poursuite de 1,1 million de rands (132 500 \$ US), l'ex-détenu a affirmé avoir contracté le VIH d'un autre détenu, pendant qu'il était en prison, de 1993 à 1994 – alors que les autorités carcérales n'avertissaient pas les détenus des dangers des rapports

sexuels sans protection et ne fournissaient pas de condoms.

« Une importante part des détenus étaient déjà séropositifs au VIH. Il est inévitable que des détenus qui ont eu des rapports sexuels aient contracté le VIH » a soutenu le requérant dans ses déclarations, ajoutant que les responsables étaient au courant des rapports sexuels entre détenus.

Il a affirmé qu'il n'aurait pas eu de rapports sexuels, donc pas contracté le VIH, s'il avait été informé du risque.

Dans les termes de l'entente, le ministère des Services correctionnels a nié toute responsabilité mais a admis que les détenus n'étaient pas autorisés à posséder de condoms jusqu'à une modification de ses politiques en 1996.

Le porte-parole du ministère, Luzuko Jacobs, a confirmé que le gouvernement avait fait une offre monétaire pour le règlement hors cour de l'affaire, mais il a refusé de donner plus de détails.

Dans une version préliminaire de

l'entente, les parties avaient convenu d'une compensation d'au moins 100 000 rands (12 048 \$ US), plus les frais médicaux et légaux, sans aveu de responsabilité.

– Ralf Jürgens

¹ Reportage de Reuters (Cape Town), 12 février 2003. Voir aussi « Former South African prison inmate awarded "landmark" court settlement after being infected with HIV in prison », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 14 février 2003; « Former inmate suing South African prison over HIV infection », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 10 juin 2002; E. Ellis, « Ex-convict infected with HIV sues prison authorities », *Cape Argus* [Cape Town], 7 juin 2000 (<http://allafrica.com/stories/200206070036.html>).

En bref

Projet de loi albertain en vue d'un blitz anti-drogue

La Presse canadienne a rapporté, le 12 mars 2003, que le solliciteur général de l'Alberta, madame Heather Forsyth, avait introduit des amendements à la *Loi correctionnelle* pour permettre les tests de dépistage de drogue effectués au hasard, dans les prisons de la province. « Les tests de routine au hasard aideront à décourager les détenus de prendre des drogues illégales » [trad.], d'après Forsyth. À l'heure actuelle, les détenus subissent un test seulement si on les soupçonne d'avoir consommé de la drogue.¹

Recommandations des CDC relativement au VHC

Les US Centers for Disease Control ont publié, le 24 janvier 2003, de nouvelles recommandations pour la prévention et le contrôle des infections par des virus d'hépatites en milieu

correctionnel : « Prevention and Control of Infections with Hepatitis Viruses in Correctional Settings » (www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5201a1.htm).

É.-U. – Deux millions de détenus et ça continue

Dans un éditorial du 9 avril 2002, le *New York Times* a signalé que la population des prisons des États-Unis a franchi en 2002, pour la première fois, le cap des deux millions. L'éditorial commente :

Les États-Unis ont l'un des taux d'incarcération les plus élevés du monde, qui est réparti inégalement. On estime que 12% des personnes afro-américaines âgées de 20 à 34 ans sont derrière les barreaux, soit plus de sept fois le taux d'incarcération des hommes blancs du même groupe d'âge. Nos prisons débordent et cela a un prix qui se mesure en dollars et en vies gaspillées. [trad.]

Il souligne que la hausse incessante

des taux d'incarcération aux É.-U. ne suit pas le taux de violence criminelle, et que 60% des détenus sous responsabilité fédérale et plus de 20% des détenus sous la responsabilité d'un État y sont pour des accusations liées à la drogue, dans plusieurs cas pour des crimes de faible gravité.

En parallèle, d'après un rapport de la National Commission on Correctional Health Care publié le 28 janvier 2003, « les soins de santé inadéquats dans les établissements correctionnels des États-Unis posent une menace sérieuse à la santé publique de la nation ». [trad.]²

É.-U. – Annonce d'une nouvelle stratégie de prévention

Dans leur nouvelle stratégie pour la prévention du VIH/sida, dévoilée le 17 avril 2003, les US Centers for Disease Control ont annoncé qu'ils allaient financer « de nouveaux projets de démonstration utilisant

OraQuick [un test rapide de détection de l'anti-VIH] pour accroître l'accès au diagnostic précoce et à la référence à des services de traitement et de prévention, en milieu à forte prévalence du VIH, notamment en milieu correctionnel ». ³ On ne s'étonne pas que la stratégie des É.-U. en matière de prévention ne parle pas de projets d'échange de seringues en prison, ni même d'accès à d'autres moyens préventifs qui ont fait leurs preuves dans d'autres pays. La stratégie minimise par ailleurs les préoccupations relatives aux tests rapides de détection de l'anti-VIH en milieu carcéral, où le counselling et le soutien sont limités. ⁴

– Ralf Jürgens

¹ J. Necheff, *Presse canadienne*, 12 mars 2003.

² Pour plus d'information sur l'état de santé des détenus aux États-Unis, voir www.ncchc.org.

³ « Advancing HIV prevention: new strategies for a changing epidemic – United States, 2003 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 18 avril 2003, 52(15) : 329-332.

⁴ Pour une analyse des aspects juridiques et éthiques du test rapide de l'anti-VIH, voir R. Elliott, R. Jürgens, *Dépistage rapide du VIH aux points de services : questions juridiques et éthiques*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2000 (accessible via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests.htm).

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - CANADA

Cette rubrique présente un résumé de diverses décisions de tribunaux du Canada, concernant le VIH/sida ou susceptibles d'avoir une importance pour les personnes vivant avec le VIH/sida. Il y est question d'affaires criminelles et 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 la rubrique *Le VIH/sida devant les tribunaux*, à ralfj@aidslaw.ca.

Le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales est déclaré inconstitutionnel parce qu'il ne prévoit pas de source légitime de marijuana

Dans une décision rendue le 9 janvier 2003, dans l'affaire *Hitzig*,¹ la Cour supérieure de justice de l'Ontario a conclu que le *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*² (RAMFM) omettait de prévoir une source légitime et sûre d'approvisionnement en marijuana. Cette omission portait atteinte, de manière incompatible avec les principes de justice fondamentale, aux droits des requérants à la liberté et à la sécurité de la personne protégés par l'article 7 de la Charte.³ Le RAMFM ne pouvait être sauvegardé par l'application de l'article 1 de la Charte.⁴ La Cour a déclaré le RAMFM invalide, mais a suspendu l'application de son ordonnance pour six mois afin de permettre au gouvernement de décider comment créer une source légitime d'approvisionnement en marijuana.

De l'arrêt *Parker* au RAMFM

Le RAMFM représente la tentative du gouvernement de corriger l'inconstitutionnalité de l'ancien système de réglementation de la marijuana à des fins médicales au Canada. Selon ce système, fondé sur l'article 56 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*⁵ (LDS), le ministre de la Santé pouvait exercer sa discrétion pour soustraire une personne à toute possibilité de poursuite criminelle pour possession et culture de marijuana. Dans l'arrêt *Parker*,⁶ la Cour d'appel de l'Ontario avait jugé que l'interdiction prévue par la loi de

posséder de la marijuana, sans exception, pour les fins médicales violait le droit de M. Parker à la liberté et à la sécurité de sa personne. La Cour d'appel avait donc annulé l'interdiction de posséder de la marijuana prévue à l'article 4(1) de la LDS, mais avait suspendu l'exécution de son jugement pour une année pour donner au Parlement la possibilité d'adopter un système constitutionnel relativement à la consommation de marijuana à des fins médicales.

Selon le RAMFM les personnes qui souffrent d'une maladie terminale, d'un état pathologique spécifié, notamment le VIH/sida, ou de certains symptômes énumérés peut présenter une demande pour être soustraite à l'interdiction prévue par la LDS concernant la possession, la production et le trafic de marijuana. Le ministre peut délivrer une autorisation de possession de marijuana séchée et une licence de production de marijuana. Il y a deux types de licence de production de marijuana : une licence de production à des fins personnelles et une licence de production à titre de personne désignée. Les médecins sont les contrôleurs de l'accès au système. Un requérant doit demander à un ou deux médecins ou spécialistes de remplir chacun un formulaire médical, selon la nature et la gravité de la maladie et des symptômes. Le requérant doit remplir un ou deux formulaires additionnels, selon qu'il demande également ou non l'autorisation de produire de la marijuana, et fournir des photographies. Enfin, si le requérant a désigné une autre personne pour produire de la marijuana en son nom, cette personne doit également remplir un certain nombre de formulaires. Le RAMFM prévoit aussi des règles techniques sur la quantité maximum de marijuana qu'une personne peut légitimement posséder ou culti-

ver en tout temps, et impose des limites strictes sur les moyens de production et leur emplacement.

« J'entretiens de sérieuses réserves à l'égard d'un régime qui est censé accorder un accès légitime à la marijuana tout en réprimant son utilisation illicite, mais qui accorde plutôt un accès légitime et compte sur les trafiquants de drogue pour fournir et distribuer le médicament requis. »

– Le juge Lederman⁷

Le RAMFM ne prévoit pas de source légitime pour acquérir les semences de cannabis, ou de source légitime pour obtenir de la marijuana séchée. La seule façon légitime d'obtenir de la marijuana selon la licence de production du RAMFM consiste à la cultiver soi-même, ou à désigner une personne pour le faire. Acheter ou accepter de la marijuana d'une autre personne, y compris un club compassion, demeure illégal selon la LDS.

La position des requérants

Les onze requérants devant la Cour dans l'affaire *Hitzig* ont soulevé trois arguments pour démontrer que le RAMFM violait leur droit à la liberté et à la sécurité de la personne garanti par l'article 7 de la Charte. Premièrement, l'accès à la marijuana à des fins médicales demeure concrètement

impossible à de nombreuses personnes à cause des obstacles à l'accès établies par le RAMFM. Ces obstacles sont notamment la réticence des médecins à remplir les formulaires prescrits, l'exigence que des médecins spécialistes remplissent des formulaires dans certaines circonstances, et les longues listes d'attente associées à la consultation d'un médecin spécialiste, surtout dans les régions non urbaines.

Deuxièmement, le RAMFM ne fournit pas de source légitime d'approvisionnement de la marijuana, aux personnes qui obtiennent une exemption légale. Les personnes qui souffrent de maladies chroniques n'ont souvent pas le temps, les ressources, l'énergie ou la compétence nécessaires pour réussir à cultiver elles-mêmes de la marijuana ou à trouver une autre personne disposée à le faire pour elles, compte tenu des règles rigoureuses qui entourent la culture imposées, en vertu du RAMFM. Plusieurs sont forcées d'obtenir de la marijuana illégalement au risque d'être condamnées à l'emprisonnement et sont donc privées de leur droit garanti par la Charte de prendre des décisions médicales d'une importance personnelle fondamentale sans s'exposer à l'emprisonnement (le « droit à la liberté ») et de prendre des décisions autonomes sur l'intégrité de leur corps (le « droit à la sécurité de la personne »).

Enfin, les requérants soutiennent que les atteintes à leurs droits garantis par l'article 7 sont incompatibles avec les principes de justice naturelle, parce que les restrictions du RAMFM sont arbitraires, ne servent aucun intérêt supérieur de l'État, établissent un régime illusoire et refusent l'accès à une source légitime de marijuana.⁸

Les requérants soutiennent que le RAMFM a été adopté pour satisfaire l'exigence constitutionnelle établie

par la Cour d'appel dans l'arrêt *Parker*.⁹

La violation des droits à la liberté et à la sécurité de la personne garantis par l'article 7

La Cour a jugé que le RAMFM violait le droit à la liberté d'une requérante qui n'avait pas d'autorisation de possession, parce que celle-ci était obligée d'obtenir un certificat médical d'un médecin spécialiste établissant qu'elle avait besoin de marijuana, mais était incapable de le faire à cause

« Au Canada le droit des personnes d'utiliser la marijuana comme médicament pour traiter une maladie grave ou mortelle est protégé par l'article 7. »¹⁰

des longues listes d'attente. La Cour a choisi de traiter du droit à la liberté des requérants titulaires d'autorisations de possession, dans son analyse du droit à la sécurité de la personne. Ces requérants faisaient valoir que les exigences du RAMFM concernant les licences de production les privaient de la possibilité d'obtenir de la marijuana à des fins médicales d'une source légitime.¹¹

La Cour a conclu que le RAMFM violait le droit des requérants à la sécurité de la personne de plusieurs façons, selon qu'ils avaient ou non obtenu une autorisation de possession. Dans le cas des requérants qui avaient obtenu une autorisation :

« En ce qui concerne les requérants qui démontrent un besoin raisonnable de marijuana à des fins médicales, le

RAMFM établit des exigences qui limitent leur capacité d'accès légitime au médicament. Comme dans *Parker*, ces requérants s'exposent encore à des poursuites selon la LDS, à cause du délai et des obstacles à l'accès propres au RAMFM. Malgré le danger pour leur santé, ils doivent choisir entre un traitement légitime mais inadéquat, ou le risque d'emprisonnement que suppose le recours à un traitement médical efficace. Imposer ce choix à des personnes gravement malades constitue une violation de leur droit à la sécurité de la personne... Ces requérants sont obligés de prendre des décisions d'ordre médical basées sur des critères qui n'ont rien à voir avec leurs propres priorités et aspirations et qui portent atteinte à leur intégrité à la fois au plan physique et au plan émotif. » [trad.]¹²

Les requérants qui ont obtenu des autorisations de possession et des licences de production, en revanche, ont dû se tourner vers le marché noir pour l'achat de marijuana. Le gouvernement a soutenu que ces personnes pouvaient demander des licences de production à titre de personne désignée, autrement dit que le RAMFM ne restreignait pas leur capacité d'obtenir de la marijuana de manière légitime. La Cour a rejeté cet argument parce que la LDS interdit le trafic et l'importation de cannabis. Donc, même avec les dérogations permises par le RAMFM, il n'existe pas de moyen légitime d'obtenir les plants de marijuana ou les graines de cannabis nécessaires pour cultiver de la marijuana – le problème de la « première graine ». ¹³ La Cour a observé que le fait de forcer les personnes autorisées à posséder ou à cultiver de la marijuana à se tourner vers les trafiquants de drogues du marché noir pour s'approvisionner pouvait leur causer de sérieux problèmes,¹⁴ les exposer à

La Cour a conclu que les requérants étaient exposés à des poursuites selon la LDS à cause d'obstacles inhérents au RAMFM.

de la marijuana de qualité douteuse et constituer un risque supplémentaire pour leur sécurité personnelle.¹⁵

L'approvisionnement sur le « marché noir » n'est pas compatible avec les principes de justice fondamentale

Les violations de l'article 7 de la Charte sont permises quand elles sont « en conformité avec les principes de justice fondamentale » qui se trouvent dans les « préceptes fondamentaux de notre système juridique ». ¹⁶ La Cour a jugé que les dispositions du RAMFM concernant la procédure de demande, l'exigence relative au médecin spécialiste et les doses quotidiennes n'étaient ni arbitraires ni injustes, et étaient en conformité avec les principes de justice fondamentale.¹⁷ La Cour a reconnu qu'il était d'usage de faire participer les médecins spécialistes aux décisions concernant la médication, et a observé que de nombreuses personnes avaient obtenu une autorisation selon la procédure du RAMFM.¹⁸ Cependant, la Cour a décidé que le non-respect du droit à la sécurité des requérants par le RAMFM, particulièrement le défaut du RAMFM de régler le problème de l'approvisionnement, n'était pas compatible avec les principes de justice fondamentale. Le gouvernement ne peut pas s'en remettre au « monde interlope » pour fournir de la

marijuana et des graines aux titulaires d'autorisations et de licences de production.¹⁹

Le RAMFM ne corrige pas toutes les violations constitutionnelles exposées dans l'arrêt *Parker*.

Pour des raisons similaires, la Cour détermine que le RAMFM n'est pas « sauvegardé » par l'article 1 de la Charte.

Six mois au gouvernement fédéral pour corriger le problème

Les requérants avaient demandé à la Cour d'ordonner au gouvernement de distribuer la marijuana déjà cultivée selon son contrat avec la société Prairie Plant Systems. La Cour a rejeté cette solution et a plutôt déclaré le RAMFM sans effet, mais a suspendu cette déclaration pour six mois. La Cour a ainsi accordé au gouvernement le temps de corriger le RAMFM ou de fournir une source légitime d'approvisionnement en marijuana.²⁰

L'arrêt *Hitzig* présente un sérieux défi au gouvernement fédéral. Pour respecter le droit constitutionnel de Canadiens gravement malades, il doit mettre un système en place pour leur procurer de la marijuana à des fins médicales. Cependant, l'actuelle ministre fédérale de la Santé ainsi que Santé Canada et le Bureau de l'accès médical au cannabis semblent réticents à agir en ce sens et mal préparés pour le faire.²¹ Certains éléments au sein du gouvernement américain exercent également des

pressions sur le gouvernement canadien en faveur du maintien des interdictions criminelles actuelles relatives à la marijuana.²²

Si le gouvernement fédéral ne fait rien avant l'expiration du délai de six mois, le RAMFM n'aura plus force de loi. Cela ne solutionnerait pas le problème d'approvisionnement, et les personnes qui ont obtenu des autorisations et des licences de production n'auraient plus le droit de posséder ou de cultiver de la marijuana selon le RAMFM. Pourtant, comme l'a Cour l'a clairement dit, il existe au Canada des personnes qui ont un droit constitutionnel d'utiliser la marijuana comme médicament pour traiter des maladies graves ou mortelles. En d'autres termes, aucun tribunal n'aurait le pouvoir de condamner une personne gravement malade, pour possession ou culture de marijuana à ses propres fins médicales, selon la LDS.

La décision de la Cour établit clairement que le gouvernement a l'obligation constitutionnelle de mettre en place un système pour fournir de la marijuana à des fins médicales à certaines personnes gravement malades. En l'absence de ce système, il est fort probable que toute activité qu'on pourrait qualifier d'interlope, reliée à la production et au trafic de marijuana à des fins médicales, soit constitutionnellement protégée.

La décision de la Cour dans l'arrêt *Hitzig* n'est qu'un des facteurs dont le gouvernement devra tenir compte dans les six prochains mois pour faire face au problème de l'accès à la marijuana à des fins médicales. Trois autres événements récents vont indubitablement influencer sur les tentatives du gouvernement de respecter les droits constitutionnels des Canadiens gravement malades qui consomment la marijuana à des fins médicales et

de s'acquitter de ses obligations constitutionnelles à leur égard. Premièrement, le Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a recommandé au ministre de la Justice et à la ministre de la Santé de mettre au point une stratégie complète pour décriminaliser la possession et la culture d'une quantité maximale de 30 grammes de cannabis pour consommation personnelle.²³ Deuxièmement, la Cour de justice de l'Ontario a statué dans deux cas qu'aucune loi valide n'interdit la possession d'une quantité de 30 grammes ou moins de marijuana pour consommation personnelle.²⁴ Troisièmement, un tribunal du Québec a ordonné l'arrêt des procédures contre deux bénévoles d'un club compassion qui étaient accusés selon la LDS de possession et trafic de cannabis.²⁵ Ces développements sont analysés dans les articles suivants de la présente section.

Les deux parties dans l'affaire *Hitzig* ont déposé un avis de requête en autorisation d'appel à la Cour d'appel de l'Ontario.

– Glenn Betteridge

Glenn Betteridge est directeur intérimaire des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à gbetteridge@aidslaw.ca.

¹ *Hitzig c. Canada*, [2003] OJ No 12 (OSCJ) (QL).

² DORS 2001-227.

³ Partie I de la Loi constitutionnelle, 1982, Annexe B de *Loi de 1982 sur le Canada* (RU), 1982, c. 11 (Charte). L'article 7 de la Charte se lit : « Chacun a droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de sa personne; il ne peut être porté atteinte à ce droit qu'en conformité avec les principes de justice fondamentale. »

⁴ L'article 1 de la Charte se lit comme suit : « La Charte canadienne des droits et libertés garantit les droits et libertés qui y sont énoncés. Ils ne peuvent être restreints que par une règle de droit, dans des limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique. »

⁵ LC 1996, c. 19 (LDS).

⁶ R. c. *Parker* (2000), 49 OR (3d) 481 (CAO). Pour une analyse plus approfondie de l'arrêt *Parker* et les développements antérieurs concernant la marijuana, voir R. Elliott, « Jugements récents concernant la marijuana utilisée à des fins médicales et non médicales », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 10-16.

⁷ Hitzig, *supra*, note 1, par. 145.

⁸ *Ibid.*, par. 64-67.

⁹ *Ibid.*, par. 69.

¹⁰ *Ibid.*, par. 120.

¹¹ *Ibid.*, par. 122-127.

¹² *Ibid.*, par. 132-134.

¹³ *Ibid.*, par. 137-145, 159.

¹⁴ *Ibid.*, par. 141.

¹⁵ *Ibid.*, par. 142.

¹⁶ *Ibid.*, par. 146.

¹⁷ *Ibid.*, par. 155.

¹⁸ *Ibid.*, par. 156.

¹⁹ *Ibid.*, par. 161.

²⁰ Voir *ibid.*, par. 179-191 pour les motifs de la Cour concernant la mesure corrective appropriée.

²¹ L. Scanlon, « Le gouvernement reporte la fourniture de marijuana médicale », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(1) : 39-40. Voir aussi A. Picard, C. Abraham, « Uneasy McLellan backs off plan to supply patients with federally grown marijuana », *Globe & Mail*, 20 août 2002; Presse canadienne, « Feds Will Supply Medicinal Pot: McLellan », *Toronto Star*, 26 août 2002; D. Beeby, « Ottawa's Marijuana Maven Puts Brakes on Distribution Proposal: Documents », *Presse canadienne*, 14 janvier 2003.

²² « Canadian Marijuana Reform Concern to U.S. », *Globe & Mail*, 13 mai 2002; E. Anderssen, « Would Softer Pot Laws Stir Wrath Of US? », *Globe & Mail*, 13 juillet 2002; J. Ibbitson, « The Latest Weed in the Canada-U.S. Garden », *Globe & Mail*, 3 mars 2003, p. A13.

²³ Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments. *Politique pour le nouveau millénaire : Redéfinir ensemble la stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux – Publications, décembre 2002, p. 127-131.

²⁴ R. c. *JP*, [2003] OJ No 1 (CJO) (QL); R. c. *Barnes*, [2003] OJ No 261 (CJO) (QL).

²⁵ R. c. *St-Maurice*, [2002] JQ no 5670 (CQ) (QL).

La possession de marijuana est jugée légale pour le moment

Dans deux décisions récentes,¹ la Cour de justice de l'Ontario a rejeté des accusations de possession de cannabis fondées sur l'article 4(1) de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LDS)*.² Les juges ont conclu dans chaque cas que la personne accusée avait été accusée d'une infraction inconnue en droit. Le Parlement n'a jamais ré-édité l'article de la LDS qui interdit la possession simple de cannabis (marijuana) après son invalidation par la Cour d'appel de l'Ontario dans l'arrêt *Parker*.³

L'arrêt *JP*

La décision de la Cour d'appel de l'Ontario dans l'affaire *Parker* a une profonde influence non seulement sur l'évolution du droit concernant la marijuana à des fins médicales,⁴ mais également sur les affaires concernant la marijuana à des fins non médicales. (Pour un résumé de l'affaire *Parker*, voir l'article précédent dans cette rubrique.)

La principale question en litige dans l'arrêt *JP* portait sur l'effet de la décision de la Cour d'appel dans *Parker*; elle consistait également à déterminer si le gouvernement fédé-

ral avait pris les dispositions nécessaires pour sauvegarder ou ré-édicter l'article 4(1) de la LDS. Le Parlement n'a pas modifié la LDS à la suite de l'arrêt *Parker*. Le gouvernement libéral fédéral, par opposition au Parlement, a adopté le *Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales*⁵ (RAMFM) dans le but de remédier aux violations constitutionnelles soulevées dans l'arrêt *Parker*. Dans le système gouvernemental canadien, les lois du Parlement doivent être édictées par le Parlement. Par contre, les règlements peuvent

Le gouvernement ne peut adopter des règlements pour corriger des lois inconstitutionnelles du Parlement.

être promulgués par le Cabinet du gouvernement au pouvoir au moyen d'un décret du gouverneur en conseil. La Cour a indiqué clairement que le gouvernement ne peut pas déléguer légitimement au Cabinet le pouvoir de corriger une loi inconstitutionnelle en adoptant des règlements.⁶

La Cour a observé dans l'arrêt *JP* qu'une année s'était écoulée depuis

le jugement *Parker* et que le Parlement n'avait pas ré-édicte l'interdiction de l'article 4 concernant la marijuana.⁷ Le Parlement n'avait non plus modifié la LDS d'aucune façon. La Cour a souligné que l'arrêt *Parker* avait explicitement invité le Parlement à adopter une loi qui prévoirait un système d'exemption médicale raisonnable soutenu par des critères adéquats. La Cour a conclu que « puisque aucun cadre législatif avec des principes directeurs n'a été adopté à l'intérieur de la période de suspension de la déclaration d'invalidité, il s'ensuit à mon avis que la déclaration [d'invalidité de l'article 4(1) de la LDS] est maintenant en vigueur » [trad.].⁸ Le gouvernement a porté la décision en appel.⁹

L'arrêt *Barnes*

Dans l'arrêt *Barnes*, l'accusé était inculpé de possession de marijuana selon l'article 4(1) de la LDS, et de conduite dangereuse d'un véhicule, en violation du *Code criminel*. Pour rendre sa décision, la Cour s'est appuyée sur les motifs des arrêts *Hitzig* et *JP*. La Cour a qualifié le litige de « relativement simple » :¹⁰ l'article 4(1) de la LDS n'existe plus; l'accusé a été inculpé d'une infraction inconnue en droit; à première vue la dénonciation qui contient l'accusation est invalide; le seul remède approprié consiste à casser l'accusation.¹¹

Les implications pour la réforme du droit et les consommateurs de marijuana à des fins médicales

Ces affaires ne manqueront pas d'accroître la confusion du public en ce qui a trait au statut juridique de la marijuana au Canada. Cependant, les décisions rendues dans *JP* et *Barnes* peuvent également procurer une plus grande autonomie personnelle aux

personnes vivant avec le VIH/sida qui se servent de la marijuana comme médicament. À court terme, du moins en Ontario, les tribunaux ont déclaré que la possession de marijuana à des fins de consommation personnelle n'est pas illégale selon le *Code criminel*. La situation pourrait changer si la Cour supérieure de Justice infirmait la décision rendue dans l'affaire *JP*. D'ici à ce qu'elle le fasse ou que le Parlement adopte une nouvelle loi pour interdire la possession de marijuana, les personnes qui consomment de la marijuana à des fins médicales n'ont pas besoin d'obtenir une autorisation en vertu du RAMFM pour avoir légalement de la marijuana en leur possession.

Si aucun tribunal n'infirmait l'arrêt *JP*, le gouvernement fédéral présentera sans doute une loi pour réglementer ou criminaliser la possession de marijuana. Le gouvernement recevra certaines indications de la Cour suprême du Canada qui devra se pencher sur la constitutionnalité des interdictions pénales relatives à la consommation de marijuana à des fins non médicales.¹² Toutes ces affaires incitent le gouvernement fédéral à donner suite à certaines recommandations récentes en faveur de la décriminalisation de la possession de petites quantités de marijuana pour consommation personnelle.

Le Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments a déposé son rapport, *Politique pour le nouveau millénaire : Redéfinir ensemble la stratégie canadienne antidrogue*, en décembre 2002.¹³ Le Comité était chargé d'examiner la question de la consommation de drogues et de son effet sur les communautés canadiennes. Le Comité a formulé deux recommandations en ce qui a trait à la marijuana. Première-

ment, sa possession devrait demeurer illégale et son trafic, quelle que soit la quantité en cause, devrait demeurer un crime;¹⁴ deuxièmement, le ministre de la Justice et le ministre de la Santé devraient établir une stratégie d'ensemble pour décriminaliser la possession et la culture de trente grammes ou moins de cannabis à des fins de consommation personnelle. La stratégie devrait comprendre des programmes de prévention et d'éducation et le développement d'outils plus efficaces pour faciliter l'application des interdictions de conduite avec facultés affaiblies prévues par le *Code criminel*.¹⁵ Selon la seconde recommandation, la possession de petites quantités de cannabis pour consommation personnelle serait traitée comme une infraction réglementaire « ayant des conséquences semblables à celles dont sont assorties les infractions au code de la route provincial ».¹⁶

De nombreuses personnes vivant avec le VIH/sida ont fait état de difficultés à obtenir les approbations médicales requises selon la procédure de demande prévue par le RAMFM, en ce qui a trait à l'usage médicinal de marijuana.¹⁷ Si le Parlement en décriminalisait la possession et la culture en quantités inférieures à 30 grammes pour consommation personnelle, les personnes vivant avec le VIH/sida pourraient éviter le système d'exemptions du RAMFM. Cependant, la simple décriminalisation ne solutionnera pas les violations constitutionnelles inhérentes au RAMFM, qui ont été exposées dans la décision *Hitzig*.¹⁸ La décriminalisation ne résoudra pas l'absence de source d'approvisionnement sûr et abordable pour les personnes qui consomment de la marijuana à des fins médicales.

En bout de ligne, si le gouvernement décide de distribuer de la mari-

juana à des fins médicales, il exigera certainement que les bénéficiaires obtiennent une autorisation de possession ou autre certificat médical acceptable pour le gouvernement. Quelle que soit la solution que le gouvernement favorise, il doit respecter le droit à la santé (qui comprend l'accès au traitement médical) des personnes qui ont besoin de marijuana comme médicament. Le gouvernement doit également se garder d'adopter une loi selon laquelle les personnes qui consomment de la marijuana à des fins médicales seraient désavantagées, ou devraient surmonter des obstacles plus importants que les personnes qui en consomment à des fins récréatives.

– Glenn Betteridge

¹ R. c. *JP*, [2003] OJ N° 1 (CJO) (QL); R. c. *Barnes*, [2003] OJ N° 261 (QL) (CJO).

² L.C. 1996, c. 19 (LDS). L'article 4(1) se lit comme suit: « Sauf dans les cas autorisés aux termes des règlements, la possession de toute substance inscrite aux annexes I, II ou III est interdite. » La marijuana ainsi que ses préparations et dérivés et les préparations synthétiques semblables sont compris dans l'Annexe II de la LDS. En vertu de l'article 4(5) et l'Annexe VIII de la LDS, toute personne reconnue coupable de possession de moins de 30g de marijuana commet une infraction punissable sur déclaration de culpabilité par procédure sommaire et passible d'une amende maximale de mille dollars ou d'un emprisonnement maximal de six mois, ou les deux.

³ R. c. *Parker* (2000), 49 OR (3d) 481 (CAO). Pour une analyse plus approfondie de l'arrêt *Parker* et les développements antérieurs concernant la marijuana, voir R. Elliott, « Jugements récents concernant la marijuana utilisée à des fins médicales et non médicales », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 10-16.

⁴ Du point de vue de la marijuana à des fins médicales, la cour, dans *Hitzig c. Canada*, [2003] OJ N° 12 (QL) (CSJO), s'est fortement appuyée sur les motifs de l'arrêt *Parker* pour conclure que le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales était inconstitutionnel. L'arrêt *Hitzig* est résumé dans l'article précédent de cette rubrique.

⁵ DORS 2001-227.

⁶ *JP*, supra, note 1, par. 46.

⁷ *Ibid.*, par. 39.

⁸ *Ibid.*, par. 46.

⁹ *Ibid.*, par. 15.

¹⁰ *Barnes*, supra, note 1, par. 26.

¹¹ *Ibid.*, par. 25.

¹² *David Malmo-Levine c. Sa Majesté la Reine* (Cour suprême, no 28026); *Victor Eugene Caine c. Sa Majesté la Reine* (Cour suprême no 28148); *Christopher James Clay c. Sa Majesté la Reine* (Cour suprême no 28189). Le 13 décembre 2002, la Cour suprême a ajourné l'audience relative à ces affaires à la session du printemps 2003.

¹³ Comité spécial de la Chambre des communes sur la consommation non médicale de drogues ou médicaments, *Politique pour le nouveau millénaire : Redéfinir ensemble la stratégie canadienne antidrogue*, Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux – Publications, décembre 2002.

¹⁴ *Ibid.*, p. 146.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*, p. 142.

¹⁷ Selon l'expérience personnelle de l'auteur comme avocat à l'emploi de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) de octobre 2000 à février 2003.

¹⁸ *Supra*, note 4.

Un arrêt des procédures contre des bénévoles du club compassion est ordonné pour des motifs constitutionnels

Un juge de la Cour provinciale du Québec a ordonné l'arrêt des procédures relativement à des accusations portées en février 2000 contre deux Montréalais associés aux activités d'un club compassion concernant la marijuana à des fins médicales.¹ Le juge a déterminé qu'il serait injuste de laisser la procédure criminelle se poursuivre. Il a conclu que l'article 5 de la *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*² (LDS) violait de manière injustifiable les droits des accusés à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne protégés par l'article 7 de la Charte en interdisant la distribution de marijuana à des fins médicales alors qu'il n'existait aucune source d'approvisionnement légitime.

Il ne s'agit pas du premier cas où une personne échappe à la condamnation pour des accusations de trafic de dro-

gue reliées à la distribution de marijuana pour des fins médicales.³ L'élément de preuve qui a sans doute été

le plus déterminant dans l'affaire *St-Maurice* fut l'aveu du Procureur général du Canada selon lequel, à l'époque des accusations, il n'existait au Canada aucune source où les gens auraient pu se procurer de la marijuana sans enfreindre la loi.⁴ Jusqu'à présent, le gouvernement fédéral n'a pas instauré de source légitime de marijuana à l'intention des personnes autorisées à en posséder à des fins médicales (voir le premier article, sur l'arrêt *Hitzig*, dans la présente section). En l'absence de source

légitime, de nombreuses personnes qui vivent avec le VIH/sida achètent de la marijuana, à leurs frais, dans les clubs compassion. Malgré la décision rendue dans l'affaire *St-Maurice*, des poursuites relatives à des accusations de trafic sont toujours en cours contre des bénévoles d'au moins un autre club compassion au Canada.⁵

– Glenn Betteridge

¹ R. c. *St-Maurice*, [2002] JQ N° 5670 (CQ) (QL).

² L.C. 1996, c. 19 (LDS). L'article 5 de la LDS interdit le trafic de substances contrôlées, y compris le cannabis, et prévoit les peines auxquelles s'exposent les personnes reconnues coupables de trafic.

³ R. c. *Krieger* (11 décembre 2000) (9901-1016 CI) (BR Alta) [non publié]. Voir aussi J. Gold, R. Elliott, « Un jury acquitte un homme qui faisait le 'trafic' de marijuana 'par nécessité' », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2001, 6(1/2) : 9.

⁴ *St-Maurice*, supra, note 1, par. 172.

⁵ *Hitzig c. Canada*, [2003] OJ N° 12 (CSJO) (QL), par. 89.

Le jury du coroner recommande un changement fondamental du système d'aide sociale de l'Ontario

Dans une décision rendue publique le 19 décembre 2002,¹ le jury du coroner dans l'enquête sur la mort de Kimberly Ann Rogers a recommandé des modifications au programme Ontario au travail.² Madame Rogers est morte pendant une assignation à résidence consécutive à sa déclaration de culpabilité pour « fraude à l'aide sociale ». À cause de cette condamnation ses prestations du programme Ontario au travail, y compris ses prestations pharmaceutiques, avaient été annulées. Les recommandations du jury ont pour objet de prévenir un autre décès dans des circonstances semblables.

En Ontario, de nombreuses personnes qui vivent avec le VIH/sida et leurs familles reçoivent un soutien du revenu et des prestations de maladie, y compris une assurance-médicaments, par le biais du Programme Ontario au travail (POT) et du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées³ (POSPH). Conformément au système en place au moment du décès de madame Rogers, toute personne reconnue coupable de fraude au POT ou au POSPH était privée de ses prestations pendant trois mois.⁴ Toute personne reconnue coupable d'avoir fraudé le POT ou le POSPH actuellement en vigueur

devient inadmissible à recevoir des prestations selon ces deux programmes jusqu'à la fin de ses jours.⁵

Le 9 août 2001, madame Rogers a été trouvée sans vie dans son appartement de Sudbury, en Ontario. Le jury a conclu que la cause du décès était le suicide causé par une surdose d'amitriptyline, un médicament d'ordonnance. Elle avait été assignée à résidence après avoir été reconnue coupable de fraude selon le *Code criminel* pour avoir bénéficié de prêts du POSPH pendant qu'elle était inscrite au Programme Ontario au travail. Elle était enceinte de huit mois. Madame Rogers a plaidé coupable à l'accusa-

tion de fraude à l'aide sociale en avril 2001 et elle a été condamnée à six mois d'assignation à résidence et 18 mois de probation. Elle a également été condamnée à rembourser plus de 13 000\$ au POT. Ses prestations du POT ont été automatiquement interrompues pour une période de trois mois. Bien que ses prestations aient été rétablies temporairement conformément à une ordonnance du tribunal, madame Rogers n'avait droit qu'à 468\$ par mois.⁶

Le jury a formulé 14 recommandations. Six recommandations s'adressaient au ministre des Services à la Communauté, à la Famille et à l'en-

fance, qui est responsable d'administrer le POT et le POSPH. Le jury a recommandé que le ministre élimine la suppression temporaire et permanente des prestations pour fraude à l'aide sociale reliée au POT; qu'il accorde une discrétion législative aux administrateurs régionaux du POT dans les cas où la suspension de l'aide pourrait mettre en danger la vie des personnes; qu'il évalue le caractère adéquat de tous les taux d'aide sociale en fonction du coût réel de la vie au sein d'une communauté; qu'il établisse un comité d'intervenants chargé de mettre au point des critères pour évaluer les allégations de fraude qui tiennent compte de la situation de la personne et des conséquences d'une déclaration de culpabilité pour fraude; et qu'il maintienne les prestations pharmaceutiques dans le cas de maladies graves ou mortelles durant les suspensions.

Commentaire

Ces recommandations, si elles étaient adoptées, auraient un effet positif sur la vie de toutes les personnes qui reçoivent des prestations du POT en Ontario. Le ministre apporterait vraisemblablement des modifications parallèles aux lois concernant le POT et le POSPH. De nombreuses personnes qui vivent avec le VIH/sida ont pour seule source de revenu et de prestations pharmaceutiques et médicales le POT ou le POSPH. Les recommandations liées à la suspension des prestations et à l'interdiction à vie toucheraient un petit nombre de personnes, compte tenu du faible nombre de condamnations pour

fraude à l'aide sociale.⁷ La recommandation que tous les taux d'aide sociale soient évalués en tenant compte du coût réel de la vie au sein d'une communauté aurait un effet important et immédiat sur le bien-être des Ontariens prestataires du POT ou du POSPH. Il protégerait également le droit à l'alimentation, au logement et au revenu suffisant des personnes handicapées, y compris des personnes qui vivent avec le VIH/sida. Des données récentes indiquent que les taux de prestations du POT et du POSPH ne suffisent pas à couvrir les frais de nourriture et de logement.⁸ À cause de l'inflation et du niveau statique des prestations depuis 1995, la valeur en dollars constants des prestations a diminué considérablement, tandis que les loyers dans les grandes villes de l'Ontario ont augmenté d'entre 11% et 21%, au cours des six dernières années.⁹

Le statut socio-économique, basé sur le revenu, est l'un des facteurs les plus déterminants de la santé.¹⁰ Il a été démontré que les disparités socio-économiques augmentent la vulnérabilité au VIH/sida,¹¹ et le faible revenu a été associé à l'augmentation de l'incidence de la maladie chez les personnes qui vivent avec le VIH/sida.¹² Il va de soi que les taux de prestations inadéquats du POT et du POSPH aggravent l'effet du VIH/sida en Ontario. Les recommandations du jury indiquent clairement aux législateurs et aux décideurs qu'il est urgent de corriger cette menace pour la santé et les droits de la personne.

– Glenn Betteridge

¹ Verdict du jury du coroner concernant le décès de Kimberly Ann Rogers (19 décembre 2002). L'auteur a une copie du dossier, qui est disponible sur le site web de l'Income Security Advocacy Centre à www.incomesecurity.org.

² Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail, L.O. 1997 C25, Ann. A; Règ. 134/98 (Général).

³ Loi de 1997 sur le programme ontarien de soutien aux personnes handicapées, L.O. 1997 C25, Ann. B; Règ. Ont. 222/98 (Général).

⁴ Règ. Ont. 134/98, art. 36 avant modification par Règ. 48/00 art. 1 (en vigueur le 1^{er} avril 2000).

⁵ Règ. Ont. 134/98 art. 36; Règ. Ont. 222/98 art. 25.

⁶ Des informations de base sur madame Rogers et les conclusions de l'enquête du coroner sur son décès sont disponibles sur le site web du Income Security Advocacy Centre à www.incomesecurity.org.

⁷ Voir *Ontario Lifetime Ban Statistics* (Toronto, Income Security Advocacy Centre, 2002). Du 1^{er} avril 2000 au 27 novembre 2002, 106 personnes ont été reconnues coupables de fraude à l'aide sociale.

⁸ G. Bernard, *The Experience of People with Disabilities in Ottawa and the Ontario Disability Support Program (ODSP)*, Ottawa, Comité du bien-être social d'Ottawa, 2001, p. 26; *Hunger in Ontario in the Year 2000: Common, but Senseless*, Ontario Association of Food Banks, 2000, p. 1 à 3; Income Security Legal Clinic, *Submissions to the Standing Committee on Finance and Economic Affairs*, février 2002, p. 2.

⁹ Income Security Legal Clinic, *supra*, note 8 p. 2. Des renseignements supplémentaires sur les taux de vacance et les loyers sont disponibles sur le site web de la Société canadienne d'hypothèques et de logement à www.cmhc-schl.gc.ca.

¹⁰ Voir, en général, Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, *Pour un avenir en santé – Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1999; M. Spigelman Research Associates, *Le VIH/sida et la santé de la population : Leçons pour la coordination de l'action et des politiques – Document de discussion pour le conseil ministériel sur le VIH/sida*, janvier 2002, p. 7-15.

¹¹ Voir S. Zierler et coll., « Economic deprivation and AIDS incidence in Massachusetts », *American Journal of Public Health*, 2000, 90(7) : 1064-1073, et les études américaine, canadienne, australienne et espagnole citées à la p. 1073 n. 11-14, 36-38.

¹² Spigelman, *supra*, note 10 p. 13-14.

Une cliente de taxi piquée accidentellement obtient 15 000\$ de dommages-intérêts

En janvier 2003, un juge de la Cour suprême de la Colombie-Britannique a accordé des dommages-intérêts de 15 000\$ pour les souffrances morales subies par une femme qui s'est piquée avec une seringue oubliée sur la banquette arrière d'un taxi.¹ Dans l'évaluation des dommages-intérêts, la Cour a tenu compte de la possibilité que la femme ait été exposée au VIH et de la nature raisonnable de sa crainte de séroconversion.

Le juge a conclu, selon la norme de preuve civile de la prépondérance des probabilités, que madame Fitzgerald s'était piquée la main avec une aiguille hypodermique alors qu'elle était passagère à l'arrière d'un taxi, conduit par M. Tin. Celui-ci concentrait ses activités dans le Downtown Eastside de Vancouver, où l'injection de drogue et les infections à VHC et à VIH sont très répandues.² Il est probable qu'un passager précédent avait laissé l'aiguille dans le taxi. Madame Fitzgerald s'est piquée avec l'aiguille alors qu'elle tendait la main pour l'enlever à sa petite fille, qui l'avait trouvée dans le taxi. Peu de temps après l'incident, madame Fitzgerald s'est présentée à l'urgence de l'hôpital sur les conseils de son médecin de famille. Elle a obtenu des résultats négatifs relativement à l'hépatite B et C et elle a entrepris ce que l'on peut supposer un traitement prophylactique post-exposition contre le VIH – 13 pilules par jour pendant 10 jours. On lui a également remis des renseignements écrits sur l'hépatite et le VIH. Environ sept mois après l'incident, madame Fitzgerald a obtenu un diagnostic négatif en ce qui a trait au VIH. Son médecin l'a assurée qu'elle n'avait contracté ni l'hépatite A ou B, ni le VIH.

La Cour a jugé que l'entreprise de

taxi avait l'obligation envers ses clients d'enlever de ses véhicules tout danger qu'un examen attentif et raisonnable pourrait révéler. En concluant que le chauffeur de taxi et l'entreprise de taxi avaient fait preuve de négligence, la Cour a déterminé que le chauffeur avait manqué à son obligation de diligence envers madame Fitzgerald et que celle-ci a subi un préjudice en conséquence de ce manquement. Bien qu'il existait dans l'entreprise de taxi une procédure d'inspection, celle-ci n'était pas suffisante pour lui permettre de respecter son obligation. Le chauffeur n'avait d'ailleurs pas suivi cette procédure.

Madame Fitzgerald a témoigné que l'incident l'avait perturbée sur le plan émotif, comme l'indique sa demande en dommages-intérêts. Elle a affirmé que son exposition possible au VIH avait entraîné la rupture de sa relation, lui avait causé de l'insomnie et lui avait fait prendre un poste de nuit, lui avait fait craindre la possibilité d'une séroconversion jusqu'à sept ans plus tard et lui avait causé une perte de poids persistante.

« Exposition réelle » vs « Exposition possible »

Dans son analyse des dommages-intérêts réclamés pour douleur et

souffrances, la Cour a examiné un arrêt canadien et plusieurs arrêts américains. Dans la cause canadienne de *Garner*³ la Cour a accordé 5 000\$ pour perte de jouissance de la vie découlant de la possibilité de transmission du VIH postérieure à une piqûre d'aiguille, également dans un taxi. La Cour a observé que l'arrêt *Garner* « semble être la seule décision canadienne où un tribunal s'est prononcé sur les dommages découlant de la possibilité que le VIH ait été contracté » [trad.].⁴

Par contraste, la Cour a cité de nombreux arrêts américains qui se répartissent en deux grandes catégories. Dans la majorité des États américains, les cours ont adopté une approche fondée sur « l'exposition réelle », selon laquelle la partie demanderesse doit prouver qu'elle a réellement été exposée au VIH pour obtenir des dommages-intérêts. L'autre approche est plus libérale et fondée sur « l'exposition possible » selon laquelle la simple possibilité d'exposition au VIH peut donner gain de cause à la partie demanderesse dans la mesure où celle-ci prouve que ses craintes étaient raisonnables. Les arrêts américains limitent également le délai pour lequel les parties demanderesse peuvent être indemnisées. Selon le principe de la

« période d'angoisse » ou de la « période de rétablissement », le rétablissement est limité à la période qui s'étend de l'exposition possible jusqu'au moment où la partie demanderesse a su ou aurait dû savoir qu'elle n'avait pas contracté d'infection. Après ce stade toute angoisse persistante doit être jugée déraisonnable en droit et non indemnisable.⁵ Le montant des dommages-intérêts accordés par des jurys américaines varient de 3 000 \$ à 2 millions \$.⁶

La Cour a adopté l'approche de « l'exposition possible » et le critère de « la période d'angoisse / rétablissement » établis dans les arrêts américains et a accordé à madame Fitzgerald 15 000\$ de dommages-intérêts sur ce fondement:

Jusqu'à ce qu'il puisse être démontré avec une certitude raisonnable que la partie demanderesse n'est pas séropositive, celle-ci éprouve l'angoisse causée par la crainte raisonnable d'être devenue séropositive. Il était raisonnable de la part de madame Fitzgerald de craindre l'infection à VIH après avoir été exposée à une seringue. La seringue est clairement un moyen médicalement reconnu de transmission du VIH. La norme médicale applicable exige qu'une personne comme madame Fitzgerald vive sa vie comme si elle avait réellement été exposée à des fluides séropositifs jusqu'à ce que des tests de sang révèlent, à un certain degré de certitude statistique, qu'elle n'est pas séropositive. Durant ce temps, il n'est pas déraisonnable, spéculatif ou capricieux, de la part d'une personne dans son cas, d'éprouver une peur réelle et intense d'être devenue séropositive. Jusqu'à sept mois après l'incident, la peur de l'infection à VIH a causé à madame Fitzgerald une inquiétude raisonnable et authentique et les souffrances mentales qu'elle a éprouvées doivent être indemnisées. [trad.]⁷

Les tribunaux doivent comprendre parfaitement les faits scientifiques et médicaux pour rendre des décisions judicieuses dans les cas concernant une possible infection virale accidentelle au VIH et à l'hépatite.

La Cour a explicitement refusé d'indemniser madame Fitzgerald pour l'angoisse qu'elle a ressentie pour s'être fiée à l'opinion « malavisée et inconsidérée » de certains amis selon lesquels elle ne pourrait connaître son sérodiagnostic avec certitude avant six ou sept ans.⁸ De l'avis de la Cour, cette confiance en ses amis et l'angoisse qui en a découlé étaient déraisonnables, compte tenu de l'avis médical de son médecin.⁹

Commentaire

Les tribunaux doivent comprendre parfaitement les faits scientifiques et médicaux pour rendre des décisions judicieuses dans les cas concernant une possible infection virale accidentelle au VIH et à l'hépatite. Il est significatif que la Cour se soit appuyée sur la preuve scientifique et médicale concernant la fenêtre sérologique relative à la transmission du VIH pour limiter les dommages-intérêts accordés à madame Fitzgerald. Le fenêtre sérologique décrit la période durant laquelle un virus (le VHC ou le VIH, par exemple) peut être présent dans le corps, mais ne peut pas être détecté avec certitude par les tests actuels de détection des anticorps, parce que les anticorps au virus ne

sont pas encore présents dans le sang.¹⁰

Toutefois, la Cour n'a pas évalué adéquatement « l'exposition possible » et « l'exposition réelle » à la lumière de la preuve scientifique actuelle sur les risques de transmission du VIH et du VHC. Le risque d'infection par une piqûre d'aiguille varie selon les circonstances de l'exposition.¹¹ La Cour a présumé qu'il existait un risque important de transmission du VIH dans ce cas. Il n'est pas clair que la Cour disposait de suffisamment d'informations pour porter ce jugement. Idéalement, la Cour aurait dû chercher à savoir si le préjudice de madame Fitzgerald (c'est-à-dire sa souffrance morale) a été causée par les risques réels auxquels la piqûre d'aiguille l'avait exposée, ou par ses suppositions concernant le risque.

– Glenn Betteridge

¹ *Fitzgerald c. Tin*, [2003] BCJ N° 203 (CS CB) (QL).

² R. Elliott, I. Malkin, J. Gold, *Créer des lieux sécuritaires pour l'injection au Canada: questions juridiques et éthique*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2002, p. 2.

³ *Garner c. Blue & White Taxi Co-operative Ltd.*, [1995] OJ N° 2636 (Div. gén. Ont.) (QL).

⁴ *Fitzgerald*, *supra*, note 1, par. 45.

⁵ *Ibid.*, par. 48, citation *DeMilio c. Shrager*, 666 A2d 627 (NJ Super Ct 1995).

⁶ *Ibid.*, par. 52.

⁷ *Ibid.*, par. 50.

⁸ *Ibid.*, par. 52.

⁹ *Ibid.*, par. 51.

¹⁰ Pour des explications plus détaillées sur la fenêtre sérologique, voir T. de Bruyn, *L'administration de tests aux personnes que l'on croit être la source d'une exposition professionnelle au VHB, VHC ou VIH – Étude*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2001, p. 15.

¹¹ Voir US Department of Health and Human Services, « Updated US Public Health Service Guidelines for the Management of Occupational Exposures to HBV, HCV, and HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis », *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2001, 50(RR-11) : 19, 23-26 (www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5011a1.htm).

Le recours collectif des conjoints survivants de même sexe contre le RPC sera instruit à l'échelle nationale

Selon une entente intervenue entre le Procureur général du Canada et les avocats qui représentent les conjoints survivants de même sexe à qui l'on a refusé les prestations de survivant du Régime de pension du Canada (RPC),¹ les causes seront maintenant instruites ensemble dans un recours collectif national. Les conjoints survivants n'ont pu obtenir les prestations de survivant à cause de leur orientation sexuelle. Un grand nombre de personnes à qui l'on a refusé les prestations sont des personnes qui vivent avec le VIH/sida dont les conjoints sont décédés de maladies apparentées au VIH/sida. La cause sera instruite par la Cour supérieure de justice de l'Ontario.

Comme nous l'avons rapporté précédemment dans la présente publication,² des recours collectifs avaient été entrepris en Ontario³ et en Colombie-Britannique⁴ au nom des conjoints survivants et, dans certains cas, de leurs successions. Les demandeurs contestent les importantes différences de traitement que réserve le RPC aux conjoints survivants de même sexe, par comparaison aux conjoints survivants de sexe opposé. Les conjoints survivants de Colombie-Britannique avaient obtenu leur accréditation comme groupe,⁵ et ceux de l'Ontario attendaient l'instruction de l'audience sur leur accréditation. Une entente entre les avocats du Procureur général du Canada et les avocats de divers groupes de conjoints survivants signifie que les questions qui touchent tous les conjoints survivants du Canada

pourront être déterminées dans une seule action, présentée à la Cour supérieure de justice de l'Ontario.

L'entente a été formalisée dans une ordonnance de la Cour supérieure datée du 6 décembre 2002. Selon les dispositions de l'ordonnance, le groupe comprend les conjoints de même sexe de cotisants au RPC décédés entre le 17 avril 1985 et le 1^{er} janvier 1998 qui n'ont pas reçu de prestations de survivant à la suite du décès, dans tout le Canada. Selon une condition de l'ordonnance, il y aura arrêt des procédures dans l'affaire *Brogaard* et le groupe de la Colombie-Britannique perdra son accréditation. Les membres de ce groupe qui ne souhaitent pas être liés par la décision de la Cour peuvent s'en dissocier jusqu'au 16 mai 2003. L'affaire devrait être instruite en septembre 2003.⁶

– Glenn Betteridge

¹ L.R.C. 1985, c C-8 (CPP).

² R. Carey, « Discrimination dans les modifications du Régime de pensions du Canada concernant les conjoints survivants de même sexe », *Revue canadienne VIH/sida et droit* 2002; 7(2/3) : 75-77.

³ *Hislop c. Canada (Attorney General)* (CS Ont. Dossier N° 01-CV-221056 CP).

⁴ *Brogaard c. Canada (Attorney General)* (CS CB Vancouver Reg. No L013317).

⁵ *Brogaard c. Canada (Attorney General)*, [2002] BCJ N° 1775 (QL) (CS CB).

⁶ Entretien personnel avec R. Douglas Elliott du cabinet McGowan Elliott & Kim LLP, Barristers & Solicitors, de Toronto, qui a été désigné pour représenter les demandeurs dans le recours collectif national.

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition : deux nouvelles affaires

L'examen de l'évolution des poursuites au criminel pour l'exposition au VIH ou sa transmission sont l'objet d'une rubrique régulière. Depuis le numéro précédent de la *Revue*, nous avons pris connaissance de deux nouveaux cas. Une affaire suédoise est signalée à la rubrique *Le VIH/sida devant les tribunaux – international*.

Un plaidoyer de culpabilité à une accusation de nuisance donne lieu à une condamnation avec sursis de 18 mois

Une femme de 28 ans atteinte du VIH et de l'hépatite C a eu des relations sexuelles non protégées avec un homme qui la maltraitait depuis l'âge de 13 ans. Elle a avoué son état à l'homme après avoir eu des relations sexuelles avec lui durant l'été 2002. Accusée d'agression sexuelle grave à l'origine, la femme a plaidé coupable à l'infraction moindre de nuisance

publique. Le juge l'a condamnée à un sursis de 18 mois et lui a ordonné de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles sans divulguer son état au préalable. Le jugement concernant la peine n'a pas été publié.¹

Seize ans de prison pour avoir menti et infecté deux femmes

Dans une affaire qui a été très médiatisée au Québec, un homme séropositif avait eu des relations sexuelles non protégées avec au moins sept femmes sur une période d'environ 10 ans. Il a menti sur son état sérologi-

que à celles qui lui ont posé des questions. En conséquence, deux femmes sont devenues séropositives à l'âge de 16 ans. L'homme a plaidé coupable à des accusations de voies de fait graves et il a été condamné à 16 ans d'emprisonnement. Le jugement concernant la peine n'a pas été publié.²

– Glenn Betteridge

¹ « Woman with AIDS had Unprotected Sex », *Calgary Herald*, 21 décembre 2002, A13.

² G. Kalogerakis, « Reckless Casanova Sentenced », *Montreal Gazette*, 21 janvier 2003, A1.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - INTERNATIONAL

Nous présentons dans cette rubrique un résumé d'arrêts importants de la jurisprudence internationale relatifs au VIH/sida ou qui revêtent de l'importance pour les personnes qu'il affecte. La rubrique porte sur des affaires civiles et pénales. La couverture est sélective. Seules les arrêts importants ou les jugements qui font jurisprudence sont inclus, dans la mesure où ils sont portés à l'attention de la *Revue*. La couverture de la jurisprudence américaine est très sélective. On trouve des comptes rendus d'arrêts américains dans la *AIDS Policy & Law* et dans *Lesbian/Gay Law Notes*. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Ralf Jürgens, rédacteur en chef de cette rubrique, à ralfj@aidslaw.ca.

Afrique du Sud – La Cour constitutionnelle rejette une contestation constitutionnelle de la loi qui criminalise la prostitution

Le 9 octobre 2002, la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud a rejeté à la majorité des appels de déclarations de culpabilité concernant des accusations de prostitution et de tenue d'une maison de prostitution. Elle a rejeté les arguments selon lesquels le texte de loi était inconstitutionnel,¹ Cependant, la décision minoritaire, à laquelle ont souscrit cinq des onze juges, a conclu que la disposition qui rendait les travailleurs du sexe coupables d'un acte criminel, mais pas les clients, était discriminatoire et devait être invalidée.

L'appel a été interjeté par le propriétaire d'une maison de prostitution, une personne à son emploi et une travailleuse du sexe reconnus coupables

selon la *Sexual Offences Act* de l'Afrique du Sud (« la Loi »). Selon la Loi, « tenir une maison de prostitution » et « vivre des fruits de la prostitution,

commettre des actes indécents ou aider à la perpétration d'actes indécents » constituent des actes criminels, mais le fait de payer pour obtenir

des services sexuels n'est pas une infraction.

Un certain nombre d'*amici curiae* ont participé aux procédures. Tous soutenaient que la Loi devait être déclarée inconstitutionnelle. Parmi ceux-ci figuraient le Sex Worker Education and Advocacy Taskforce (SWEAT), le Centre for Applied Legal Studies (CALS), le Reproductive Health Research Unit (RHRU) et la Commission for Gender Equality, de même que plusieurs propriétaires de maisons de prostitution.

La contestation constitutionnelle reposait sur les droits à l'égalité, à la dignité, à la liberté et à la sécurité de la personne, le droit à la vie privée et le droit de s'adonner librement à des activités économiques. Tous les juges ont rejeté la contestation fondée sur les motifs relatifs à la dignité, à la liberté, à la liberté et à la sécurité de la personne ainsi qu'à la liberté de commerce. La divergence entre la majorité et la minorité portait sur la constitutionnalité de la disposition législative selon laquelle il était illégal de recevoir de l'argent, mais non d'en verser, pour des services sexuels illicites.

La majorité de la Cour a jugé que la Loi ne faisait de discrimination fondée sur le sexe ni directement, ni indirectement, en punissant la travailleuse du sexe et non le client. La Loi pénalise « toute personne » qui a des relations sexuelles contre rémunération, ce qui s'applique claire-

ment aussi bien aux hommes qu'aux femmes qui se prostituent, et bien que la Loi ne pénalise pas les clients, ceux-ci se rendent coupables d'actes criminels selon la common law et selon un texte de loi, la *Riotous Assemblies Act*. Les clients s'exposent donc aux mêmes peines que les travailleuses du sexe.

Le jugement minoritaire a signalé que, comme les travailleuses du sexe sont principalement des femmes et que leurs clients sont principalement des hommes, la disposition de la Loi qui criminalise la conduite de la prostituée, mais non celle du client, constitue une discrimination injuste fondée sur le sexe. La minorité a déclaré :

La répercussion différente sur la prostituée et le client est ... directement reliée à un modèle de désavantage sexuel que notre constitution a pour objet d'éliminer. [trad.]

Cependant, l'invalidité constitutionnelle pourrait être corrigée aussi bien en assujettissant la travailleuse du sexe et le client à des poursuites pénales identiques selon la Loi, qu'en décriminalisant la conduite des travailleurs du sexe.

L'objectif de la Loi est d'éliminer le commerce sexuel. Le Procureur de l'État a énuméré un certain nombre de raisons pour ce faire, notamment : la prostitution est dégradante pour les femmes et favorise la violence envers les prostituées; elle est reliée à

d'autres crimes comme le viol, les voies de fait et la toxicomanie, et elle est associée au trafic international de femmes; elle entraîne la prostitution enfantine; elle donne lieu à des nuisances publiques « fréquentes et persistantes » ; et elle accroît les risques de propagation des maladies transmises sexuellement, particulièrement du VIH/sida.

Les appelants et les *amici curiae* ont soutenu que la décriminalisation et la réglementation du commerce du sexe permettraient de traiter ces problèmes de manière plus efficace et qu'en fait, la criminalisation du commerce du sexe aggravait plusieurs de ces problèmes. La cour a refusé de se prononcer sur cette controverse. Tous les juges ont convenu que la façon de traiter le commerce du sexe, que ce soit par des sanctions pénales ou par la réglementation, relevait de la compétence législative tant que la constitution est respectée : « les législatures dans les sociétés ouvertes et démocratiques peuvent légitimement et raisonnablement diverger d'opinion sur l'intervention juridique la plus adéquate qu'il y a lieu d'adopter dans leur propre société. »

– John Nelson

John Nelson est avocat et rédacteur pigiste. On peut le joindre à john.nelson@utoronto.ca.

¹ S. c. Jordan, [2002] S.A.J. No.87.

La Cour européenne des droits de l'homme accepte d'instruire une contestation de la « détention préventive » prolongée

Le 10 décembre 2002, la Cour européenne des droits de l'homme a accepté d'instruire la cause d'un Suédois qui a été l'objet d'une suite ininterrompue d'ordonnances d'isolement obligatoire depuis 1995.¹

Le 16 février 1995, le Tribunal administratif de comté a rendu une ordonnance en vertu de l'article 38 de l'*Infectious Diseases Act*, une loi suédoise de 1988, concernant l'isolement obligatoire de Ei Enhorn. Une suite de prolongations de six mois ont été accordées selon l'article 41 de la Loi. L'ordonnance d'isolement était donc en vigueur depuis six ans au moment de l'audience devant la Cour européenne des droits de l'homme. En 1999, Ei Enhorn avait interjeté appel d'une des ordonnances de prolongation auprès du Tribunal administratif d'appel, mais sa demande de pourvoi avait été refusée. Le Tribunal administratif suprême a rejeté la requête en appel.

Ei Enhorn a ensuite porté sa cause devant la Cour européenne des droits de l'homme. Il soutient que sa détention continue selon l'ordonnance d'isolement obligatoire viole l'article 5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (« la Convention »). L'article 5 protège le droit à la liberté et à la sécurité de la personne et dis-

pose, en partie, que « [nul] ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales... ».

Le gouvernement suédois soutient que l'ordonnance d'isolement et la détention sont justifiées par les exceptions suivantes spécifiées à l'article 5(1) :

- (b) s'il a fait l'objet d'une arrestation ou d'une détention régulières pour insoumission à une ordonnance rendue, conformément à la loi, par un tribunal ou en vue de garantir l'exécution d'une obligation prescrite par la loi;
- (e) s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse...

M. Enhorn allègue que l'ordonnance elle-même est illicite, parce que l'article 38 de la Loi est trop vague et que son isolement obligatoire s'est poursuivi pendant si longtemps qu'il est hors de proportion avec le but de la législation. L'article 38 énumère les critères qui justifient un isolement

obligatoire, dont « s'il existe un *motif raisonnable* de supposer que la personne infectée ne se conforme pas aux instructions pratiques prescrites et que cette omission comporte un *risque manifeste* de propagation de l'infection » [trad.] (nous soulignons). Ei Enhorn soutient que les notions de motif raisonnable et de risque manifeste ne sont ni précises, ni prévisibles, et ne sont pas définies dans la législation.

La Cour conclut que la plainte de Ei Enhorn « soulève de sérieuses questions de droit et de fait selon la Convention », qu'elle « n'est pas manifestement mal fondée » et qu'aucun motif de la déclarer inadmissible n'a été établi. La requête est jugée admissible et la Cour tiendra donc une audience sur le fond.

– John Nelson

John Nelson est avocat et rédacteur pigiste. On peut le joindre à john.nelson@utoronto.ca.

¹ *Enhorn c. Sweden*, Cour européenne des droits de la personne, Demande n° 56529/00. Le texte de cette décision est disponible en ligne à http://hudoc.echr:coe.int/Hudoc2doc2/HEDEC/200301/56529_00_da_chb4_enhorn.doc

Royaume-Uni – La demande de révision judiciaire concernant l’expulsion d’une Ougandaise séropositive est rejetée

La High Court of Justice a rejeté la demande de révision judiciaire de la décision des responsables de l’immigration de refuser à la requérante la permission de demeurer au Royaume-Uni parce qu’elle était séropositive. En décembre 2002, la Cour d’appel a refusé à la requérante la permission d’appeler de la décision de la High Court, pour le motif que l’appel en vertu de l’article 65 de la *Immigration and Asylum Act*, déjà engagé, était plus indiqué et plus avantageux.

Amina Kiwanuka, une citoyenne ougandaise, est arrivée au Royaume-Uni (R.-U.) en 1994. Sa demande d’asile a été rejetée. L’Arbitre spécial ayant refusé sa demande de pourvoi, elle a demandé sans succès une autorisation d’appel au Tribunal d’appel de l’immigration. En février 1996, on a diagnostiqué qu’elle était séropositive. En avril 1999, elle a tenté d’obtenir une « permission exceptionnelle » de demeurer au R.-U. fondée sur sa séropositivité. Un agent de l’immigration a rejeté sa demande en s’appuyant sur des preuves qui démontraient l’existence de traitements en Ouganda.

Elle a ensuite fait appel en vertu de l’article 65 de la *Immigration and Asylum Act*. Son appel reposait sur l’article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l’homme et des libertés fondamentales, qui prévoit que « nul ne peut être soumis ... à des peines ou traitements inhumains ou dégradants », et sur la Loi sur les droits de la personne du R.-U. de 1998, selon laquelle la Convention est directement applicable au droit du R.-U.

Simultanément, Amina Kiwanuka a déposé une demande de révision judiciaire à la High Court of Justice,

pour le motif que le fonctionnaire en chef de l’immigration avait erronément appliqué la mauvaise politique de la Direction du droit d’asile.¹ Les politiques en question donnaient aux agents de l’immigration des lignes directrices pour prononcer des ordonnances d’expulsion contre des personnes qui ont besoin de soins médicaux. Une politique de 1995 demandait aux agents de tenir compte « ... de la disponibilité de traitements pour le sida dans le pays d’origine de la personne requérante ».² Selon une politique adoptée en mars 1998, l’expulsion est « contre-indiquée » s’il existe « une preuve médicale crédible que le retour causerait un préjudice important à la santé physique ou psychologique du requérant ou de dépendants ».³ De plus, une troisième politique adoptée en mai 1998 interdit l’expulsion si « ... la preuve médicale disponible est suffisante pour convaincre le ministère que la personne n’est pas apte à voyager et/ou que son expectative de vie sera considérablement abrégée si elle est expulsée ou déportée ».⁴

La High Court a rejeté la demande de révision judiciaire d’Amina Kiwanuka, parce que son

appel en vertu de l’article 65 de l’*Immigration and Asylum Act* était un recours plus indiqué. Amina Kiwanuka a porté cette décision en appel à la Cour d’appel.

En décembre 2002, la Cour d’appel a rejeté son pourvoi.⁵ La Cour s’est demandé si la révision judiciaire de la demande fondée sur les politiques de 1995 et 1998 était plus appropriée que le recours fondé sur l’article 65 portant sur la demande sous-jacente de « permission exceptionnelle » de demeurer au R.-U. présentée par Amina Kiwanuka et fondée sur sa séropositivité. La Cour a conclu que la révision judiciaire de la demande fondée sur ces politiques ne procurerait aucun avantage particulier à la requérante dans l’examen de sa demande. De plus, elle a déclaré qu’une politique ne pouvait être interprétée de manière précise par un tribunal; « c’est un élément indicatif et non un élément déterminant par rapport au résultat. » [trad.] Si la politique de 1995 était appliquée, la requérante aurait un argument solide concernant le terme « disponibilité » des traitements, compte tenu du coût élevé des médicaments pour le sida en Ouganda et du fait qu’ils sont probablement

inabondables pour la plupart des gens. Cependant, la Cour a confirmé que le tribunal inférieur avait déjà abordé la question de la disponibilité relativement à la situation particulière de la requérante.

La Cour a en outre noté que la révision judiciaire de la demande concernant ces politiques, qu'elles soient appliquées ensemble ou séparément, se heurterait aux mêmes obstacles que le recours fondé sur l'article 65. Compte tenu de l'évolution de l'état de santé de la requérante, la poursuite du recours fondé sur l'article 65 lui procurera plus d'avantages que la révision judiciaire

des politiques de 1995 et 1998. L'arbitre dans l'appel fondé sur l'article 65 ne sera pas lié par des politiques internes comme l'était l'agent d'immigration, mais il tiendra également compte de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, de la Loi sur les droits de la personne de 1998 et de la jurisprudence pertinente. Il tiendra également compte de tous les éléments pertinents, dont l'état pathologique de la requérante à court et à long terme.

La Cour a par conséquent rejeté le pourvoi d'Amina Kiwanuka concernant la révision judiciaire des politi-

ques, pour qu'elle poursuive son recours selon l'article 65 fondé sur des motifs associés aux droits de la personne.

– Kibrom Teklehaimanot

Kibrom Teklehaimanot est avocat et membre de Reproductive and Sexual Health Law, Faculté de droit, Université de Toronto. On peut le joindre à kibrom99@yahoo.com.

¹ *Kiwanuka c. Immigration Officer*, [2002] EWJ No 4249, [2002] EWHC 2013 Admin, CO/881/00.

² *Ibid.*, par. 6.

³ *Ibid.*, par. 6.

⁴ *Ibid.*, par. 7.

⁵ *Kiwanuka c. Immigration Officer*, [2002] EWJ No 6082, [2002] EWCA Civ 1958, C1/2002/2180.

Royaume-Uni – Le refus d'une allocation pour le lait des enfants à une mère séropositive qui demande l'asile est discriminatoire

En juillet 2002, la High Court of Justice a conclu que, en refusant une allocation pour le lait, le Home Office n'avait pas reconnu qu'il existait un risque réel que la mère allaite sa fille au sein et lui transmettre ainsi le VIH. La Cour a également jugé que l'action du Home Office était discriminatoire au sens de l'article 14 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

La requérante, «T», une citoyenne éthiopienne, est arrivée au Royaume-Uni en juillet 1999 et elle a demandé l'asile. Pendant que sa cause était en appel, on a diagnostiqué en décembre 2001 qu'elle était séropositive. Elle a donné naissance à une fille, «S», qui n'était pas séropositive. Le personnel médical, pour prévenir la transmission du VIH de T à sa fille, a recommandé

à T d'éviter d'allaiter sa fille naturellement et de la nourrir plutôt au lait en poudre.

T avait droit au soutien du revenu conformément à la *Social Security Act 1988*. Toutefois, en avril 2000, une nouvelle loi est entrée en vigueur, et T a été assujettie à un nouveau régime de prestations, le National Asylum Support Service (NASS) (Service

national de soutien au droit d'asile). Compte tenu du prix élevé du lait, la somme d'argent qu'elle recevait du NASS ne suffisait pas à payer ses dépenses hebdomadaires. Les parents qui se trouvaient dans une situation économique semblable à la sienne recevaient deux prestations auxquelles T n'avait pas droit à cause de son statut d'immigrante. La première prestation, la prestation familiale, se rapporte à un enfant de moins de 16 ans, tandis que la deuxième a pour objet de procurer aux enfants de moins d'un an une certaine quantité de lait en poudre ou liquide.

T a contesté le régime de prestations. Elle a engagé des procédures

contre deux ministères du gouvernement, le ministère de la Santé et le Home Office (ministère de l'Intérieur). Elle a invoqué les articles 2 et 8 et la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qui protègent respectivement le droit à la vie et le droit à la vie de famille. T a également invoqué le droit à l'égalité protégé par l'article 14. Elle a soutenu que refuser la prestation à un enfant à cause du statut de sa mère au plan de l'immigration était discriminatoire. En juillet 2002 la High Court of Justice lui a donné gain de cause.¹

L'avocat de T demandait que le ministère de la Santé modifie son régime d'aide sociale de manière que les enfants de parents qui demandent l'asile puissent recevoir des jetons de lait gratuit. Cependant, la Cour a jugé que ce ministère n'était pas l'organe du gouvernement responsable du soutien des personnes qui demandent l'asile; son rôle se bornait à distribuer des médicaments. L'avocat de T a également soutenu que le Home Office devait augmenter les prestations associées à sa demande d'asile, compte tenu de la situation « exceptionnelle » dans laquelle elle se trou-

vait; sans les jetons de lait, T allaiterait S au sein par désespoir. La Cour a jugé que la situation de T ne serait pas « exceptionnelle » si elle avait le droit de recevoir un soutien identique à celui de tous les parents qui demandent l'asile, peu importe à quel point ce soutien peut être insuffisant pour payer les frais de subsistance. Toutefois, la Cour a conclu que la situation de T était « exceptionnelle » compte tenu des conséquences que S devrait supporter si elle contractait le VIH et du coût des médicaments anti-VIH. La Cour a jugé que le Home Office n'avait pas pris conscience du risque « réel » que T allaite sa fille au sein et du risque « réel » que S contracte ainsi le VIH.

Finalement, la Cour s'est penchée sur les questions relatives aux droits de la personne protégés par la Convention. L'article 8 garantit entre autres le respect de la vie de famille. La Cour a jugé que, bien qu'une alimentation adéquate puisse être un facteur favorable à la santé et empêcher l'absence de la famille à des fins de traitements médicaux, le lien entre la fourniture de lait et l'objectif fondamental de l'article 8 était ténu. La

demande échappait à la portée de cet article. Par ailleurs, l'article 2 oblige les États à prendre des dispositions adéquates pour prévenir les dangers pour la santé. La Cour a jugé que le but principal des jetons de lait était de promouvoir la santé, et non d'éviter une menace réelle de mort, malgré le risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein. Le lien entre la fourniture de lait et la menace de mort était trop lointain.

Toutefois, la Cour a jugé que le Home Office avait violé l'article 14, qui garantit le droit à l'égalité devant la loi. Elle a conclu que les motifs de discrimination énumérés à l'article 14 n'étaient pas exhaustifs, puisque l'adverbe « notamment » précède l'énumération. Le fait que S soit privée des jetons de lait à cause du statut d'immigrante de sa mère constituait de la discrimination.

– *Kibrom Teklehaimanot*

Kibrom Teklehaimanot est avocat et membre de Reproductive and Sexual Health Law, Faculté de droit, Université de Toronto. On peut le joindre à kibrom99@yahoo.com.

¹ T. c. *Secretary of State for Health*, [2002] EWHC No 4089, [2002] EWHC 1887 (Admin), CO/2042/2002.

Royaume-Uni – Séropositivité et problèmes psychiatriques n'empêchent pas l'expulsion d'une Ivoirienne qui demandait l'asile

En novembre 2002, la High Court of Justice a rejeté la demande de révision judiciaire de la décision de transférer en France une Ivoirienne qui demandait l'asile, malgré sa séropositivité, sa tuberculose, ses problèmes de santé mentale et ses tentatives de suicide. La Cour a fait valoir que le transfert en France n'entraînerait pas nécessairement son retour en Côte d'Ivoire, non plus qu'une détérioration de ses soins de santé.

Tenin Soumahoro, une citoyenne de la Côte d'Ivoire, est arrivée au Royaume-Uni (R.-U.) en avril 2000 et elle a demandé l'asile. En plus d'être séropositive, elle avait la tuberculose et des problèmes psychiatriques. Sa demande d'asile a été refusée et une ordonnance de transfert du R.-U. à la France a été rendue à son égard, parce que les autorités françaises lui avaient décerné un visa d'affaires.¹ Tenin Soumahoro a présenté une demande de révision judiciaire de la décision du Secrétaire d'État, pour le motif que son transfert constituait un traitement inhumain et dégradant qui violait l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

En novembre 2002, la High Court of Justice a rejeté sa demande, et déclaré ce qui suit :

Rien n'indique... que le transfert en France de la Requérante entraînerait son retour en Côte d'Ivoire contrairement à la Convention sur les réfugiés ou à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales en ce sens que la France prendrait nécessairement cette mesure. Rien n'autorise non

plus à croire que les traitements pour sa séropositivité, ou même son sida, sa tuberculose, ou ses problèmes psychiatriques, ne seraient pas eux-mêmes aussi bons en France qu'ici. Ce que l'arbitre et le Tribunal d'appel de l'immigration devaient déterminer, c'était si le risque que la requérante se suicide et le risque que son état psychiatrique se détériore, advenant son transfert en France, étaient réels et non conjecturaux, et si ces risques augmenteraient au point de transformer son transfert en France en un traitement inhumain ou dégradant, contrairement à l'article 3 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. [trad.]²

L'avocat de Tenin Soumahoro s'est appuyé sur des rapports d'expert pour soutenir qu'elle serait privée du réseau qu'elle avait établi et de l'affection et du soutien dont elle bénéficiait au R.-U. La Cour a accepté la preuve qui démontrait que « la requérante souffrait depuis longtemps de troubles mentaux, qui remontaient à sa vie en Côte d'Ivoire et avaient été causés par une éducation dysfonctionnelle et des événements traumatisants dans sa vie. Elle avait une idée fixe irrationnelle selon

laquelle son transfert en France entraînerait son extradition en Côte d'Ivoire, alors qu'il est clair, d'un point de vue objectif, que la France tiendra pleinement compte de ses droits protégés par la Convention dans toute décision qu'elle pourra prendre relativement à sa demande d'asile. » [trad.]³ La preuve a également indiqué qu'elle avait déjà fait au moins une, et peut-être deux tentatives de suicide.

La Cour a jugé que, en soi, le transfert en France ne constituait pas un traitement inhumain ou dégradant. Pour entrer dans les cadres de l'article 3 de la Convention, la « souffrance et l'humiliation en cause doivent dans tous les cas excéder la part inévitable de souffrance ou d'humiliation associée à toute forme de traitement légitime. » [trad.]⁴

La Cour a conclu que la preuve psychiatrique « n'établissait en aucune façon... un risque élevé de suicide. » [trad.] La Cour a mis en doute les tentatives de suicide antérieures de Tenin Soumahoro par surdose, car « elle a pris des moyens pour éviter les effets de la dose excessive ». Le risque accru de suicide était « relativement à court

terme », compte tenu du court délai requis pour réaliser son transfert.

La Cour a donc conclu que son expulsion ne pouvait être considérée comme un « traitement inhumain ». Le gouvernement du R.-U. devait prendre des « dispositions raisonnables » pour la protéger à partir du moment de la publication de la décision de la Cour « jusqu'à sa remise aux autorités françaises, qui doivent être pleinement informées de la situation de manière que les risques soient réduits au maximum. » [trad.]⁵

– Kibrom Teklehaimanot

Kibrom Teklehaimanot est avocat et membre de Reproductive and Sexual Health Law, Faculté de droit, Université de Toronto. On peut le joindre à kibrom99@yahoo.com.

¹ *Soumahoro c. Secretary of State for the Home Department*, [2002] EWHC No 5521, [2002] EWHC 2651 (Admin), CO/2496/2000.

² *Ibid.*, par. 3.

³ *Ibid.*, par. 27.

⁴ *Ibid.*, par. 24, avec référence à *Kudla c. Poland*, Cour européenne des droits de l'homme, Demande n° 30210/96 (par. 92).

⁵ *Ibid.*, par. 32.

Inde – La Cour suprême désavoue ses déclarations antérieures opposées au droit au mariage

En 1998, la Supreme Court of India avait instruit une affaire dans laquelle le requérant poursuivait un hôpital qui lui avait fait subir un test de VIH sans son consentement et avait violé son droit au secret professionnel en informant d'autres personnes du résultat. Le requérant avait en conséquence été frappé d'ostracisme, le mariage qu'il projetait avait été annulé, etc. Bien que la question ne lui avait pas été soumise dans cette affaire, la Cour suprême avait déclaré à plusieurs reprises que la loi interdisait aux personnes séropositives de se marier.¹ Les avocats du Lawyers Collective HIV/AIDS Unit ont déposé une requête pour faire annuler le jugement. La Cour a considéré la requête comme une demande de clarification de sa décision antérieure.

Dans le jugement relatif à la requête du 10 décembre 2002, la Cour suprême a reconnu que les

déclarations qu'elle avait faites dans sa décision de 1998 sur la question du mariage des personnes séropositives étaient superflues; elle a jugé que ses observations étaient « inutiles » et « non sollicitées »². Selon le Lawyers Collective, cette décision a pour effet de rétablir le droit au mariage des personnes séropositives. L'obligation des personnes qui savent qu'elles sont séropositives d'obtenir un consentement éclairé de l'autre partie avant le mariage demeure.

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida (en congé autorisé jusqu'au 1^{er} septembre 2003). On peut le joindre à relliott@aidslaw.ca.

¹ *Mr X c. Hospital Z*, (1998) 8 SCC 296, AIR 1998 SCW 3662. Les deux jugements se trouvent sur le site Web du Lawyers Collective HIV/AIDS Unit, à www.lawyerscollective.org, de même qu'un article critique sur le jugement de 1998 (à la rubrique « Publications – Miscellaneous »).

² *Mr X c. Hospital Z*, 2002 SCCLCOM 701.

Venezuela – Un tribunal confirme les droits d'un joueur de soccer séropositif

En décembre 2002, un joueur de soccer séropositif a institué un recours en *amparo*, une procédure judiciaire ayant pour objet de contester les violations de ses droits constitutionnels

par son employeur. Il soutenait que l'employeur lui avait fait subir un test de VIH sans son consentement, avait communiqué ses résultats positifs à des collègues et à d'autres personnes

du milieu du sport professionnel, lui avait imposé des restrictions dans le jeu, puis avait résilié son contrat. La demande du joueur était fondée sur les dispositions du droit international et la constitution du Venezuela qui garantissent les droits de la personne, de même que sur les *Directives*

internationales sur le VIH/sida et le droits de la personne.

Le 6 février 2003, le tribunal a ordonné sa réintégration avec tous les droits et avantages rattachés à son emploi. Fait très important, le tribunal a également annulé l'« entente » de renonciation à ses droits que le

requérant avait signée sous la pression de l'employeur. Il s'agit un important précédent. Le tribunal a également interdit à l'employeur de se conduire de manière à nuire à « l'intégrité physique, mentale ou morale » du joueur à cause de sa séropositivité.

– Edgar Carrasco

Edgar Carrasco est avocat à l'ACCSI, une organisation non gouvernementale, basée à Caracas qui lutte pour les droits des personnes vivant avec le VIH/sida. On peut le joindre à ecarrasco@internet.ve.

É.-U. – La Cour suprême refuse d'instruire la cause d'un hygiéniste dentaire séropositif congédié

Le 28 mai 2002, la Cour suprême des États-Unis a refusé d'instruire le pourvoi de Spencer Waddell, un hygiéniste dentaire séropositif qui a été congédié lorsque son employeur a appris son état.¹ Le tribunal de première instance avait rejeté la demande de Waddell fondée sur l'*Americans with Disabilities Act* (ADA); en décembre 2001, la Cour d'appel avait confirmé cette décision.² Certains considéraient cette cause comme une occasion de clarifier les droits des personnes handicapées au sens de

l'ADA, qui prévoit que les employeurs ont le droit de ne pas engager ou conserver à leur emploi une personne qui constitue une menace directe pour la santé et la sécurité des autres. De nombreuses organisations de professionnels de la santé, de même que l'Equal Employment Opportunity Commission, étaient intervenues en faveur de Waddell. À leur avis, le risque de transmission du VIH aux patients de Waddell était si mince qu'il ne justifiait pas son congédiement. Le refus de la Cour

suprême d'instruire le pourvoi a pour effet de confirmer la décision de la Cour d'appel.

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida (en congé autorisé jusqu'au 1^{er} septembre 2003). On peut le joindre à relliott@aidslaw.ca.

¹ *Waddell c. Valley Forge Dental Assoc., Inc.*, Order 01-1423, US Supreme Court, 28 mai 2002.

² Voir le résumé à R. Elliott, « É.-U. – La Cour d'appel rejette une poursuite en discrimination dans l'emploi intentée par un hygiéniste dentaire séropositif », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 81-82.

Australie – La Cour d'appel réduit la peine de prison d'un homme séropositif

En août 2002, la Cour d'appel de l'État de Victoria, en Australie, a réduit de deux ans à 18 mois la période d'inadmissibilité à la libération conditionnelle associée à une peine d'emprisonnement, parce que cette peine serait plus lourde à subir pour une personne séropositive que pour une personne en santé.¹

En juillet 2001, Thinh Van Ta a été déclaré coupable de fraude et a été condamné à trois ans et six mois d'emprisonnement sans possibilité de libération conditionnelle avant deux

ans. Il ne savait pas qu'il avait contracté le VIH. Il a eu le diagnostic après sa condamnation. Il a porté sa condamnation en appel, pour le motif que sa séropositivité « rendait l'emprisonnement plus lourd pour le requérant que ce que l'on avait envisagé au moment de la détermination de la peine » [trad.].

Des rapports médicaux ont indiqué que l'absence d'accès direct à des laboratoires de diagnostic nuisait au traitement du requérant et que sa situation avait entraîné une réaction clinique non optimale aux médicaments antirétroviraux. En conséquence, il est plus difficile pour lui de tirer un maximum d'avantages de son traitement que pour les personnes qui ne sont pas incarcérées. Les rapports ont également révélé que les

autres prisonniers fuyaient le requérant et que celui-ci subissait des mauvais traitements. Il risquait de devenir dépressif et il n'avait pas accès en prison aux programmes de soutien offerts aux personnes séropositives dans la société en général.

Le requérant s'est appuyé sur un arrêt antérieur selon lequel « en règle générale le mauvais état de santé est un facteur susceptible d'atténuer la peine uniquement lorsqu'il appert que l'emprisonnement sera plus lourd à supporter pour le contrevenant à cause de son état de santé, ou lorsqu'il y a un risque sérieux que l'emprisonnement ait un effet très néfaste sur sa santé » [trad.].²

La Cour a accueilli l'appel du requérant et a réduit sa période d'inadmissibilité à la libération

conditionnelle de deux ans à 18 mois. Cependant, les juges se sont dits préoccupés par le fait que la preuve médicale ne venait pas directement des autorités carcérales. Ils ont déclaré qu'à l'avenir le service de santé de l'établissement correctionnel devrait présenter une preuve concernant le traitement du requérant, de même qu'une preuve à jour des moyens en place pour le traitement de la maladie en question.

– John Nelson

John Nelson est avocat et rédacteur pigiste. On peut le joindre à john.nelson@utoronto.ca.

¹ R. c. *Ta*, [2002] VSCA 142.

² R. c. *Eliassen* (1991), 53 A. Crim R 391.

Malaisie – Dommages-intérêts pour une infection par transfusion durant la grossesse

Le 9 novembre 2002, la High Court de Malaisie a accordé des dommages-intérêts d'environ 130 000\$ US à un garçon de huit ans qui est séropositif de naissance, parce que sa mère a reçu une transfusion de sang contenant le VIH durant sa grossesse. La mère de Mohd Hanis est morte cinq

après la transfusion. L'enfant et son père ont poursuivi le directeur de l'hôpital et le gouvernement pour le motif qu'ils avaient fait preuve de négligence en donnant du sang qui n'était pas certifié exempt de VIH. Les défendeurs ont reconnu leur responsabilité.¹

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida (en congé autorisé jusqu'au 1^{er} septembre 2003). On peut le joindre à relliott@aidslaw.ca.

¹ R. Idrus, « RM1500,000 for HIV boy », *New Straits Times*, 9 novembre 2002.

Droit criminel et transmission du VIH (ou exposition) – Autre affaire suédoise¹

L'évolution des poursuites au criminel pour l'exposition au VIH ou sa transmission sont l'objet d'une rubrique régulière. Deux arrêts canadiens sont rapportés dans Le VIH/sida devant les tribunaux – Canada.

Le 4 janvier 2003, une femme suédoise séropositive a été condamnée à une année de prison et à une amende de 120 000 couronnes (environ 13 800\$US) après avoir été déclarée coupable d'avoir eu des relations sexuelles non protégées avec trois hommes sans divulguer son état. Aucun des hommes n'a contracté le

VIH. Dans un geste de protestation contre la décision, des membres de ACT-UP Paris ont lancé de la teinture rouge et des condoms remplis de peinture en direction de l'ambassade de Suède. Ils ont également diffusé un communiqué selon lequel « Le sida est une maladie, pas une arme ».²

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche au Réseau juridique canadien VIH/sida (en congé autorisé jusqu'au 1er septembre 2003). On peut le joindre à relliott@aidslaw.ca.

¹ Un autre cas avait été rapporté dans : « Droit criminel et transmission du VIH (ou exposition) – Une affaire suédoise », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 6(3) : 79.

² R. Wockner; « Prison for unsafe sex », *Wockner Wire International News* #456, 20 janvier 2003; « AIDS group paints Swedish embassy red to protest woman's sex conviction », *Agence France Presse*, 15 janvier 2003.