

Réseau juridique canadien VIH/sida

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

VOLUME 10, NUMÉRO 3, DÉCEMBRE 2005

Injection de drogue, VIH/sida et incarcération : données de la Vancouver Injection Drug Users Study

Le fait que l'on privilégie l'application de la loi comme approche dominante des politiques sur la drogue entraîne dans plusieurs pays des taux records d'incarcération. Des défenseurs des droits de la personne et des chercheurs en santé publique ont souligné que les risques de transmission du VIH par l'injection de drogue dans les prisons canadiennes nécessitent des réponses adéquates. Or, après une décennie de plaider et quelques progrès, ce dossier demeure une crise sanitaire urgente.¹ Devant ces préoccupations, des chercheurs qui travaillent à la Vancouver Injection Drug Users Study [l'Étude sur les utilisateurs de drogue par injection à Vancouver] (VIDUS) ont entamé une série d'études spécifiques sur l'injection de drogue en prison et le VIH/sida. Le présent article résume le corpus de données généré par la VIDUS, puis aborde brièvement les implications de droits humains et conclut par des recommandations d'actions.

Aux quatre coins de l'Amérique du Nord, la réponse des responsables des politiques devant l'épidémie du VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection a été d'allouer des ressources pour des interventions de droit pénal. Au Canada, un rapport du vérificateur général publié en 2001 a estimé que, des 454 millions \$ investis annuellement dans les efforts de contrôle des drogues illicites, 426 millions \$ (93,8 %) étaient consacrés à l'intervention policière et à l'incarcération.²

voir page 5

Dans ce numéro

Un rapport du Réseau juridique exhorte à décriminaliser la prostitution au Canada 12

É.-U. – Plaintes contre l'exigence de serment anti-prostitution 24

Hong Kong – Un tribunal conclut que la criminalisation de l'activité sexuelle porte atteinte aux droits des gais 44

Un centre d'achats de Vancouver déclaré coupable de discrimination envers les Autochtones et personnes handicapées 38

Toronto – Un rapport réclame des mesures rehaussées de réduction des méfaits pour les utilisateurs de drogue 18



Canadian HIV/AIDS Legal Network | Réseau juridique canadien VIH/sida

La publication de la Revue *VIH/sida, droit et politiques* est rendue possible en partie grâce à une contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada.

REVUE VIH/SIDA, DROIT ET POLITIQUES

publiée par le Réseau juridique canadien VIH/sida
1240 Bay Street, Suite 600
Toronto, Ontario
Canada M5R 2A7
Tél. : +1 (416) 595-1666
Télec. : +1 (416) 595-0094
Courriel : info@aidslaw.ca
www.aidslaw.ca

La *Revue VIH/sida, droit et politiques* offre des analyses et des sommaires de récents développements juridiques et des politiques, en lien avec le VIH/sida, afin de promouvoir l'éducation et l'échange d'information, d'idées et d'expériences, à l'échelle internationale.
La soumission d'articles, de commentaires et de reportages est appréciée.

Directeur de la rédaction et rédacteur en chef,
Développements au Canada :
David Garmaise, dgarmaise@rogers.com

Rédacteur en chef, Développements internationaux :
Richard Pearshouse, rpearshouse@aidslaw.ca

Rédacteur en chef, Le VIH/sida devant les tribunaux :
Glenn Betteridge, gbetteridge@aidslaw.ca

Coordonnatrice : Mélanie Paul-Hus
Traducteurs : Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault et
Johanne Forget
Mise en page : Liane Keightley, Taien Ng

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2005. Le Réseau encourage la diffusion de l'information contenue dans cette Revue et il permet d'en reproduire du matériel pour peu que l'origine et la source en soient mentionnées. La rédaction apprécierait que lui soit fourni un exemplaire des publications dans lesquelles des extraits de la Revue sont utilisés.

Circulation : 2000
ISSN 1712-624X

Abonnements

La *Revue VIH/sida, droit et politiques* est publiée trois fois l'an. Pour s'abonner, écrire aux coordonnées ci-dessus ou visiter la page www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin-abonnement.htm.

Abonnement annuel :
Au Canada : 75,00 \$ CAN
International : 125,00 \$ US (à payer en devise US)

Numéros individuels et antérieurs :
Au Canada : 12,00 \$ CAN
International : 12,00 \$ US (à payer en devise US)

La *Revue* est publiée depuis 1994. Les numéros 1(1) à 5(2/3) sont parus sous le nom de *Bulletin canadien VIH/sida et droit*; et les numéros 5(4) à 9(2), sous le nom de *Revue canadienne VIH/sida et droit*.

Tous les numéros sont accessibles sur Internet via www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/bulletin.htm

La publication de la *Revue VIH/sida, droit et politiques* est rendue possible en partie par la contribution financière de l'Agence de santé publique du Canada.

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles des auteurs ou des chercheurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue officiel de l'Agence de santé publique du Canada ou du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Le Réseau juridique canadien VIH/sida

Le Réseau juridique canadien VIH/sida est un organisme national de charité qui se consacre à la promotion de lois et de politiques respectueuses des droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida et vulnérables à l'épidémie, au Canada et dans le monde. Il accomplit ce travail à l'aide de recherches, d'analyse des lois et politiques, d'éducation, de défense et de promotion des droits et intérêts ainsi que de mobilisation communautaire.

Le Réseau juridique fait la promotion de réactions au VIH/sida qui appliquent les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne; 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.

Les activités du Réseau appuient sa vision d'un monde où les droits humains et la dignité des personnes vivant avec le VIH/sida et autrement affectées sont respectés et réalisés; et où les lois et politiques favorisent la prévention du VIH ainsi que les soins, les traitements et le soutien à ces personnes.

Pour information sur l'adhésion, écrire à info@aidslaw.ca ou consulter notre site Internet à www.aidslaw.ca/francais/lereseau/devenirmembre.htm.

Des commentaires?

Nous aimerions connaître vos idées et opinions. Les lettres à l'éditeur, les réactions à des articles publiés et les commentaires sur la formule de la Revue sont tous les bienvenus.

TABLE DES MATIÈRES

DOSSIERS

Injection de drogue, VIH/sida et incarcération : données de la Vancouver Injection Drug Users Study	1
Un rapport du Réseau juridique exhorte à décriminaliser la prostitution au Canada	12

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

Un rapport prône des changements à la loi, pour améliorer la sécurité et le bien-être des travailleuses et travailleurs sexuels	16
Toronto – Un rapport réclame des mesures rehaussées de réduction des méfaits pour les utilisateurs de drogue	18
La Saskatchewan adopte un plan sur la toxicomanie	20
En bref	21
Vancouver – Le LSI attire des utilisateurs de drogue par injection à risque élevé	
Les utilisateurs de crack sont favorables au programme de distribution de trousses de la Ville d'Ottawa	
Un test rapide du VIH est approuvé pour usage clinique	
Développement en vue de l'échange de seringues dans les prisons fédérales	
Appel à une nouvelle stratégie sur l'hépatite C	

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

É.-U. – Plaintes contre l'exigence de serment anti-prostitution	24
Méthadone et buprénorphine sont ajoutées à la liste des médicaments essentiels de l'OMS	26
Afrique australe – Discrimination dans l'accès à l'éducation pour les enfants affectés par le sida	28
Un rapport documente la criminalisation de la transmission du VIH en Europe	29
Botswana – Les réfugiés n'ont pas droit à tous les services aux citoyens	31
Collecte de fonds pour le Fonds mondial : important manque à gagner	32
En bref	34
Inde – Tests du VIH pour les recrues de l'armée	
Indonésie – Amendes pour les hommes refusant de porter un condom avec une travailleuse sexuelle	
Asie du Sud-Est – Examen des politiques nationales sur le VIH et la migration	
Californie – Échec du sénat à adopter une loi autorisant la distribution de condoms dans les prisons de l'État	
Californie – Les compagnies d'assurances ne peuvent refuser les greffes au motif de la séropositivité au VIH	
Un rapport de l'OMS-Europe appuie fermement la réduction des méfaits en prison	

.../4

LE VIH DEVANT LES TRIBUNAUX – CANADA

Un centre d'achats de Vancouver est déclaré coupable de discrimination envers les Autochtones et les personnes handicapées	38
La Cour supérieure de l'Ontario ouvre la voie à de nouvelles réclamations au fonds d'indemnisation de la Croix-Rouge pour le VIH	41
En bref	43
La Cour d'appel fédérale refuse d'autoriser la poursuite d'une action liée au sang contaminé	
EGALE est autorisée à intervenir à titre de partie dans une affaire concernant un donneur de sang	

LE VIH DEVANT LES TRIBUNAUX – INTERNATIONAL

Hong Kong – Un tribunal conclut que la criminalisation de l'activité sexuelle porte atteinte aux droits des gais	44
É.-U. – La demande d'asile d'un ressortissant mexicain fondée sur l'orientation sexuelle et la séropositivité est jugée admissible	47
Nouvelle-Zélande – Des articles d'un règlement municipal qui interdisaient <i>de facto</i> les bordels exploités par de petits propriétaires sont déclarés invalides	48
Australie – La Cour d'appel refuse un visa d'étudiant à un ressortissant zambien séropositif	50
R.-U. – L'autorité locale n'est pas tenue de révéler la séropositivité d'un parent de familles d'accueil	51
Droit criminel et transmission du VIH ou exposition	52
En bref	54
Nouvelle-Zélande – Un homme est condamné à l'amende pour avoir enlevé son condom durant un rapport sexuel avec une travailleuse sexuelle	

Injection de drogue, VIH/sida et incarcération : données de la Vancouver Injection Drug Users Study

de la page 1

Certes, il est connu qu'en général les détenus s'injectent des drogues illicites moins souvent que les utilisateurs de drogue dans la communauté,^{3,4} mais des études ont démontré que les injections en prison se font souvent de manière qui comporte des risques élevés.^{5,6} On sait que des comportements à risque, comme le partage de seringues, ont lieu^{7,8,9}^{10,11,12} et ont déclenché des vagues d'infections par le virus de l'hépatite C (VHC) et par le VIH parmi des détenus s'injectant des drogues en Écosse, en Australie, en Lituanie et en Russie.^{13,14,15,16,17,18}

La Vancouver Injection Drug Users Study (VIDUS)

La ville de Vancouver, l'un des plus grands centres urbains du Canada, s'est attiré une attention internationale à la suite de l'émergence d'une épidémie documentée de VIH parmi les utilisateurs locaux de drogue par injection, au milieu des années 1990.^{19,20} La VIDUS a été initiée en réponse à cette épidémie. La VIDUS est une étude de cohorte continue, ouverte et prospective, depuis 1996, à laquelle se sont enrôlés plus de 1 500 utilisateurs de drogue par injection.²¹ À l'évaluation initiale puis à intervalle de 6 mois, les participants fournissent un échantillon de sang pour des tests diagnostics et ils répondent à un questionnaire administré par un intervieweur.

Des données sont collectées sur les indicateurs démographiques,

l'usage de drogue, l'incarcération, la santé, l'activité sexuelle et les comportements à risque. La majorité des participants à la VIDUS ont déjà été incarcérés. Lors de leur entrevue d'évaluation initiale, plus de 1 000 participants ont déclaré avoir été en prison à un moment ou l'autre depuis leur première injection de drogue, ce qui constitue approximativement 76 % de la cohorte. Près d'un tiers de ce groupe (351 personnes) ont déclaré s'être injecté des drogues en prison.

Incarcération et infection à VIH

Certaines des premières données révélant un lien entre l'incarcération et l'infection à VIH parmi les participants à la VIDUS étaient contenues dans un document de Tyndall et coll. publié en 2003.²² Bien que cette étude se concentrait sur l'association entre l'injection de cocaïne (i.e. à forte dose) et l'infection à VIH, une analyse des effets d'autres facteurs de risque d'infection par le VIH a néanmoins repéré l'incarcération comme un facteur associé à l'infection à VIH. En particulier, l'étude a révélé que les individus qui avaient été récemment incarcérés étaient 2,7 fois plus susceptibles de devenir séropositifs au VIH que les participants qui n'avaient jamais été incarcérés.²³ Cependant, cette association n'a pas été évaluée à fond, dans cette étude.

L'association entre l'incarcération et l'infection à VIH signalée dans

l'étude de Tyndall et coll. soulève d'importantes inquiétudes. Dans un éditorial subséquent, Holly Hagan a fait état d'une évaluation indépendante des risques en cause, concluant que 21 % des cas d'infection à VIH parmi les utilisateurs de drogue par injection de Vancouver avaient probablement eu lieu en prison.²⁴ Ce constat est très préoccupant, mais l'analyse ne permettait pas d'établir un rapport concluant entre les taux croissants d'infections hématogènes parmi les détenus et les comportements à risque pour le VIH, et la transmission ultérieure d'infections hématogènes dans les prisons, puisque la sélection des participants séropositifs à l'étude, dans la communauté, pouvait constituer une autre explication.

L'étude a fourni des données à l'appui de la conclusion que le VIH est possiblement transmis en milieu carcéral, entre utilisateurs de drogue par injection.

Incarcération et partage de seringues à risque élevé

Afin d'explorer de plus près l'association entre l'infection par le VIH et l'incarcération, Wood et

coll.²⁵ ont procédé, au moyen de données de la VIDUS, à des analyses longitudinales additionnelles examinant le partage de seringues en prison. En particulier, ils ont analysé le prêt de seringues par des utilisateurs de drogue par injection séropositifs au VIH, et l'emprunt de seringues par des utilisateurs séronégatifs.

Parmi les 318 participants à la VIDUS séropositifs au VIH, le fait d'avoir été incarcéré dans les six mois précédant chaque entrevue est demeuré associé au prêt de seringues pendant cette période.²⁶ De façon similaire, parmi les 1 157 participants à la VIDUS séronégatifs, le fait d'avoir été incarcéré dans les six mois précédant chaque entrevue est demeuré associé à l'emprunt de seringues pendant cette période.²⁷

Cette étude a laissé entendre que les constats de Tyndall et coll. ne pouvaient pas s'expliquer facilement par des facteurs de sélection biaisée. De plus, elle a fourni des données à l'appui de la conclusion que le VIH était possiblement transmis en milieu carcéral, entre utilisateurs de drogue, puisque les comportements directement propices à l'infection par le VIH étaient fortement associés à la déclaration d'avoir été en prison, pendant le suivi.

L'injection de drogue en prison : données qualitatives

Une étude qualitative de Small et coll., par le biais de la VIDUS, fournit d'autres indices que le partage de seringues en prison est une importante préoccupation sanitaire.²⁸ Les risques d'infection par le VIH signalés par des ex-détenus ont été examinés, au moyen de 26 entrevues approfondies avec des participants

à la VIDUS récemment libérés de prisons provinciales et fédérales. Ce travail fournit une compréhension du contexte social de l'environnement correctionnel et de détention, ainsi que des risques de VIH qui y ont cours en lien avec l'injection de drogue.

Cette étude a confirmé des témoignages remontant à aussi loin que 1994, à l'effet que l'injection de drogue en prison implique régulièrement un partage de seringues.^{29, 30} Elle a confirmé également des rapports antérieurs d'après lesquels l'injection en milieu carcéral se caractérise par une tendance au partage de seringues dans de vastes réseaux reliant de nombreux détenus :

J'ai su que des seringues étaient passées par 30, 40 personnes. Je le jure devant Dieu. Elles ont servi à autant de personnes.³¹

Pensons aux maladies qui circulent. Je veux dire, je regarde 15 gars qui se piquent avec la même seringue. Comment tu fais pour savoir, sur 15 gars avec qui tu partages une seringue – penses-tu que personne ne l'a [l'infection à VIH] ?³²

Par ailleurs, les commentaires de participants à cette étude portent à croire que les politiques en prison contribuent aux risques liés à l'injection dans ce milieu, en privant les détenus de l'accès à des seringues stériles et en prévoyant des sanctions disciplinaires pour la possession de seringues :

C'est un cauchemar. L'équipement comme les seringues est très, très rare. Tu vois des seringues qui ont été utilisées pendant des mois et des mois, peut-être des années. ... Je suis sûr que plusieurs, plusieurs cas

de transmission du VIH ont eu lieu à cause de ces pratiques ... le partage de seringues. Tout le monde partage.³³

Cette étude a aussi démontré que la rareté des seringues peut inciter des détenus à cacher leur séropositivité au VIH, puisque la divulgation de leur état risquerait de limiter grandement leur accès aux rares seringues qui circulent dans la prison.

J'en ai entendu parler. Les gars ne disent pas qu'ils sont séropositifs, en prison, parce qu'ils ne veulent pas que les autres leur disent « si tu es séropositif au VIH tu n'utiliseras pas cette seringue ». J'ai revu tellement de gars [hors prison] qui étaient là et ont dit : « J'ai le VIH depuis 6 ans. » Je les regarde et je leur dis : « Ah bon, tu m'avais dit que tu étais séronégatif en 1998! » Mais ... si tout le monde sait qu'un gars a le VIH, tu sais ... ils ne le laisseront pas utiliser la seringue, pas vrai ?³⁴

Cette étude a démontré que les politiques qui limitent l'accès aux seringues en prison contribuent à alimenter la pratique du partage de seringues entre détenus et à accroître les risques d'infection par le VIH et le VHC. Il convient également de noter que les participants à l'étude ont confirmé que la distribution d'eau de Javel est un moyen incomplet [de réduire les risques de transmission du VIH par le partage de seringues] car, étant donné que l'injection est une activité interdite en prison, les détenus ne font pas généralement une longue procédure de décontamination du matériel avec de l'eau de Javel, avant de se piquer. D'autres études et évaluations de programmes de provision d'eau de Javel en prison sont arrivées à la même conclusion.^{35, 36}

Incarcération et discontinuation de la HAART parmi les utilisateurs de drogue par injection

Les chercheurs de la VIDUS ont aussi tenté d'évaluer la provision de traitements antirétroviraux fortement actifs (HAART) dans des prisons. Il est bien connu que la HAART permet des réductions de la morbidité et de la mortalité parmi les personnes vivant avec le VIH/sida qui la reçoivent.^{37, 38} Cependant, l'optimisme soulevé par cette approche thérapeutique est tempéré par des préoccupations d'iniquité dans l'accès à la HAART et par les faibles taux de fidélité à ces régimes complexes de traitement.^{39, 40}

Les politiques qui limitent l'accès aux seringues en prison alimentent le partage de seringues entre détenus et accroissent les risques d'infection par le VIH et le VHC.

Des utilisateurs de drogue par injection sont parmi les personnes chez lesquelles on a observé des taux faibles d'accès et de fidélité à la HAART, et en conséquence de faibles résultats de santé en lien avec le VIH/sida.⁴¹ Des études ont révélé que le taux d'amorce de traitements antirétroviraux parmi les utilisateurs de drogue par injection séropositifs est plus faible que parmi les autres

personnes séropositives, au Canada, aux États-Unis ainsi qu'en Europe,^{42, 43, 44, 45, 46} et qu'en conséquence ils ont des taux plus élevés de morbidité et de mortalité liées au sida.⁴⁷

Autre fait préoccupant, certaines données indiquent que jusqu'à 50 % des utilisateurs de drogue par injection qui commencent une HAART la discontinuent en dépit des avis médicaux.^{48, 49} Ce taux d'interruption présage des conséquences potentiellement néfastes pour la santé individuelle et la santé publique, en raison d'un risque accru de perte de contrôle virologique et d'éventuel regain viral,⁵⁰ ainsi que de la possibilité de développement d'une résistance virale aux médicaments et de propagation subséquente de virus résistants.^{51, 52}

Compte tenu des problèmes actuels que ce phénomène comporte, Kerr et coll. ont examiné les facteurs associés à l'interruption de la HAART parmi 160 participants séropositifs à la VIDUS.⁵³ Dans cette analyse, l'incarcération s'est avéré être le plus fort facteur de prédiction de l'interruption de la HAART, après considération de tous les autres cofacteurs, y compris l'intensité de la consommation de drogue.⁵⁴

Parmi les individus qui prenaient des antirétroviraux contre le VIH, ceux qui avaient été incarcérés étaient 4,8 fois plus susceptibles que les autres d'arrêter leur HAART. Bien que cette étude était limitée par le fait que les auteurs étaient dans l'impossibilité d'établir si la HAART avait été discontinuée avant, pendant ou après l'incarcération, il est important de noter que 44 % des participants qui avaient discontinué la HAART ont déclaré que le fait d'avoir été en prison constituait la

principale raison de leur interruption du traitement.

Implications juridiques et des droits humains

Plusieurs instruments internationaux sont pertinents aux droits des détenus dans le contexte de l'épidémie du VIH – notamment le droit à la santé.^{55, 56} Certains sont des lois, d'autres sont des règles, normes ou lignes directrices internationales. Il est important de faire la distinction entre ces types d'instruments, puisque les implications de chacun pour les gouvernements sont différentes. Le droit international établit des obligations légales qui sont exécutoires pour les États signataires d'un traité ou pacte, ou pour les membres de l'instance qui a l'adopté. Les règles, normes et lignes directrices n'ont pas force de loi et, en conséquence, les gouvernements ne sont pas obligés de les respecter.

Peu de lois internationales traitent spécifiquement ou expressément des conditions de détention, bien que la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (1948)⁵⁷ et la *Convention européenne des droits de l'homme* (1950)⁵⁸ interdisent les peines et traitements cruels, inhumains ou dégradants. De plus, le *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (1966)⁵⁹ établit le droit des personnes détenues à être traitées dans le respect de la dignité inhérente à toute personne (art. 10[1]). Dans un commentaire sur les implications du Pacte, le Comité des droits de l'Homme a affirmé en 1989 que :

le traitement humain et le respect de la dignité de toutes les personnes privées de leur liberté est une norme élémentaire d'application universelle qui ne

peut dépendre entièrement des ressources matérielles (art. 7) [trad.]

[et que :]

la responsabilité ultime du respect de ce principe relève de l'État, pour tous les établissements où des personnes sont détenues contre leur gré (prisons, hôpitaux, camps de détention, établissements correctionnels). [trad.]⁶⁰

Quoique non obligatoires pour les États, les règles, lignes directrices et normes internationales n'en demeurent pas moins importantes, car elles expriment les normes morales et philosophiques qui devraient guider les administrateurs nationaux et les cours – ce qu'elles font parfois avec force détails. La communauté internationale a généralement accepté qu'un ensemble de normes minima devraient s'appliquer à la détention – et en vertu ces normes, les détenus conservent tous les droits civils qui ne leur sont pas retirés expressément ou par implication nécessaire de la perte de liberté que constitue leur emprisonnement.

L'accès à la prévention du VIH, aux traitements du VIH/sida ainsi qu'aux programmes de réduction des méfaits implique le droit à la santé, compte tenu des preuves de leur efficacité contre les graves méfaits associés à la dépendance à la drogue, et à l'injection de drogue en particulier. Et plusieurs déclarations et pactes stipulent que les personnes ont un droit à la plus haute norme atteignable de santé physique et mentale.⁶¹

Le droit à la santé impose aux États le devoir de promouvoir et de protéger la santé des individus et des communautés, notamment en fournissant des soins de santé de qualité. En droit international, le

droit à la santé devrait être considéré dans le contexte du concept large de santé énoncé dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui définit la santé comme un état de bien-être physique, mental et social complet – et non seulement l'absence de maladie.⁶²

Le droit à la santé impose aux États le devoir de promouvoir et de protéger la santé des individus et des communautés.

Comme toute autre personne, les détenus ont droit à la plus haute norme atteignable de santé, tel que le garantit le droit international. Les principaux instruments internationaux révèlent un consensus général à l'effet que la norme des soins de santé fournis aux détenus doit être comparable à la norme des soins fournis dans le reste de la communauté. Dans le contexte du VIH/sida, des services de santé comparables incluraient de fournir aux détenus les moyens nécessaires à se protéger contre l'exposition au VIH/sida et d'autres méfaits liés à la drogue.

Les recommandations sur le VIH/sida en prison qu'ont développées la communauté internationale et des gouvernements nationaux appuient constamment l'« équivalence de traitement » pour les détenus,^{63, 64} soulignent l'importance de prévenir la transmission du VIH en prison et suggèrent que les moyens de prévention – y compris les seringues stériles – soient fournis aux détenus.

Par exemple, le principe 9 des *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus* prévoit que « [l]es détenus [aie]nt accès aux services de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique. »⁶⁵ De plus, les *Lignes directrices de l'OMS sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons* affirment : « Dans les pays où des seringues et des aiguilles propres sont mises à la disposition des toxicomanes dans la population, il faudrait étudier la possibilité de fournir du matériel d'injection propre aux détenus, comme aux détenus libérés qui en feront la demande ».⁶⁶

Discussion

Un corpus de plus en plus lourd de recherches dérivées de l'étude VIDUS met en relief les risques associés à l'usage de drogue par injection dans les prisons en Colombie-Britannique. En particulier, ces recherches portent à croire que l'incarcération est associée à une probabilité accrue de contracter le VIH, à un risque élevé de partage de seringues ainsi qu'à un traitement inférieur à la norme optimale du traitement de l'infection à VIH.

Ce corpus de données appuie les conclusions formulées ailleurs, quant au besoin pressant de mettre en œuvre et d'évaluer des mesures additionnelles pour la prévention du VIH, comme l'échange de seringues, dans les établissements carcéraux et correctionnels du Canada; il met aussi en lumière la nécessité de recherches et de programmes additionnels en vue d'assurer le traitement optimal de l'infection à VIH chez les utilisateurs de drogue par injection qui sont incarcérés et séropositifs. De toute évidence, en rapport avec le point qui précède, des programmes

de diversion communautaire, pour les personnes non violentes qui sont trouvées coupables d'infractions liées à l'usage de drogue, plutôt que des peines d'incarcération, sont une approche à évaluer de manière urgente, pour les utilisateurs ayant ou non le VIH.

Depuis quelques années, des chercheurs en santé publique constatent que des facteurs environnementaux influencent les risques de VIH pour les personnes qui s'injectent des drogues.^{67, 68} Les risques auxquels sont confrontées ces personnes sont conditionnés par de nombreux facteurs : statut juridique et disponibilité de matériel d'injection stérile, pratiques d'application de la loi, dynamique du marché de la drogue, type de drogue consommé, pratiques spécifiques d'injection et degré de disponibilité de traitements adéquats pour la dépendance.^{69, 70, 71}

Le milieu à risque que sont les établissements correctionnels est bien différent du reste de la communauté, car il est caractérisé par des politiques qui restreignent complètement l'accès à des seringues stériles, favorisant le partage accru de seringues au sein de grands réseaux sociaux. La reconnaissance de l'impact que les lois et politiques entraînent sur le plan de la santé des détenus met en relief le potentiel d'interventions structurelles, comme la réforme des politiques, afin de modifier les conditions environnementales.⁷² Par exemple, l'introduction de programmes d'échange de seringues en prison aurait un impact sur l'environnement à risque dans les prisons, en augmentant la disponibilité de matériel d'injection stérile, améliorant ainsi la capacité des utilisateurs de drogue par injection de se protéger contre le VIH.

Cette approche est conforme aux meilleures données disponibles ainsi qu'aux lois et directives internationales et nationales. Nombre d'experts, dans des avis sur le sujet, ont recommandé que des programmes d'échange de seringues soient mis en œuvre au Canada; de plus, les données sur les programmes d'échange de seringues dans les prisons d'autres pays ont démontré leurs retombées positives.^{73, 74, 75} De fait, les évaluations de programmes d'échange de seringues en prison ont constaté une diminution du partage de seringues ainsi qu'une absence de nouveaux cas de VIH et de VHC parmi les détenus qui y ont recours. De plus, l'attitude développée chez les employés des prisons à l'égard des programmes d'échange de seringues a été qualifiée de positive, et les aiguilles n'ont pas été utilisées comme armes contre des gardiens ou codétenus, contrairement à la crainte de certains.^{76, 77}

Les évaluations de programmes d'échange de seringues en prison ont constaté une diminution du partage de seringues ainsi qu'une absence de nouveaux cas de VIH et de VHC parmi les détenus qui y ont recours.

L'impact néfaste de l'incarcération sur le traitement du VIH pour les utilisateurs de drogue par injection a été documenté dans d'autres recherches canadiennes.⁷⁸ Bien que d'autres études soient requises pour

mieux comprendre l'association entre l'incarcération et l'interruption du traitement antirétroviral, les études disponibles indiquent que des efforts revigorés sont nécessaires pour améliorer la qualité des soins aux utilisateurs de drogue par injection séropositifs qui deviennent détenus.

Une analyse fondée sur les droits indique que les gouvernements ont l'obligation d'honorer le principe de l'équivalence en vertu duquel les détenus ont droit à la même norme de soins de santé que ce qui est offert dans le reste de la communauté. De plus, les administrateurs des prisons ont l'obligation de respecter les lois et normes internationales sur les droits de la personne qui exigent la protection complète de la santé des détenus. L'accès à la prévention du VIH, les traitements ainsi que les programmes de réduction des méfaits relèvent du droit à la santé, compte tenu des données sur leur efficacité pour promouvoir la santé et prévenir les graves conséquences associées à l'injection de drogue. L'échec à fournir ces mesures et la pratique de punir les personnes dépendantes de la drogue perpétuent la discrimination et la stigmatisation d'un groupe de membres de la société qui sont fortement vulnérables.

Conclusion

Un corpus croissant de recherches dérivées de l'étude VIDUS révèle les problèmes continus et non résolus qui sont liés à l'injection de drogue et au VIH/sida dans les prisons du Canada. Ces recherches démontrent un lien étroit entre l'incarcération, le partage de seringues, l'infection à VIH et des traitements sous-optimaux pour le VIH/sida. Ce corpus renforce des appels déjà exprimés pour un renouvellement des efforts visant à

modifier les conditions en vigueur dans le milieu carcéral, afin de réagir aux problèmes du VIH/sida en lien avec l'injection de drogue parmi les personnes incarcérées. De plus, des programmes de diversion communautaire, pour les personnes non violentes qui sont trouvées coupables d'infractions liées à l'usage de drogue, plutôt que des peines d'incarcération inefficaces, sont une approche à évaluer de manière urgente, pour les utilisateurs ayant ou non le VIH.

– Will Small, Evan Wood,
Ralf Jürgens, Thomas Kerr

Will Small est ethnographe au British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et il concentre son travail sur l'injection de drogue. On peut le joindre à wsmall@cfenet.ubc.ca. Le Dr Evan est associé de recherche au Département de médecine de l'University of British Columbia. Ralf Jürgens est consultant à Montréal et travaille sur des enjeux liés au VIH/sida. Le Dr Thomas Kerr est associé de recherche au British Columbia Centre for Excellence in HIV/AIDS et professeur adjoint clinique au Département de médecine de l'University of British Columbia.

associated risk behaviours in Greek prisons », *Addiction*, 1998, 93 : 243-251.

⁷ N. Mahon, « New York inmates' HIV risk behaviors: the implications for prevention policy and programs », *American Journal of Public Health*, 1996, 86(9) : 1211-1215.

⁸ J.G. Clarke et coll., « Active and former injection drug users report of HIV risk behaviors during periods of incarceration », *Substance Abuse*, 2001, 22(4) : 209-216.

⁹ K. Dolan, A. Wodak, « HIV transmission in a prison system in an Australian state », *Medical Journal of Australia*, 1999, 171(1) : 14-17.

¹⁰ K. Dolan, « Can hepatitis C transmission be reduced in Australian prisons? », *Medical Journal of Australia*, 2001, 174(8) : 378-379.

¹¹ Service correctionnel du Canada, *Sondage national auprès des détenus : rapport final – 1995*.

¹² P.M. Ford et coll., « HIV, hepatitis C and risk behaviour in a Canadian medium-security federal penitentiary », *Quarterly Journal of Medicine*, 2000, 93(2) : 113-119.

¹³ K. Dolan, A. Wodak.

¹⁴ A. Taylor et coll., « Outbreak of HIV infection in a Scottish prison », *British Medical Journal*, 1995, 310(6975) : 289-292.

¹⁵ D. Goldberg et coll., « Lasting public health response to an outbreak of HIV infection in a Scottish prison? », *International Journal of STD & AIDS*, 1998, 9(1) : 25-30.

¹⁶ A. Bobrik et coll., « Prison health in Russia: the larger picture », *Journal of Public Health Policy*, 2005, 26 : 30-59.

¹⁷ S. Caplinskas, G. Likatavicius, « Recent sharp rise in registered HIV infections in Lithuania », *Eurosurveillance Weekly*, 2002, 6(2).

¹⁸ I. Caplinskiene, S. Caplinskas, A. Griskevicius, « Narcotic abuse and HIV infections in prisons » (article en lithuanien), *Medicina (Kaunas)*, 2003, 38(8) : 797-803.

¹⁹ M.T. Schechter et coll., « Do needle exchange programmes increase the spread of HIV among injection drug users?: an investigation of the Vancouver outbreak », *AIDS*, 1999, 13(6) : F45-51.

²⁰ S.A. Strathdee et coll., « Needle exchange is not enough: lessons from the Vancouver injecting drug use study », *AIDS*, 1997, 11(8) : F59-65.

²¹ *Ibid.*

²² M.W. Tyndall et coll., « Intensive injection cocaine use as the primary risk factor in the Vancouver HIV-1 epidemic », *AIDS*, 2003, 17(6) : 887-893.

²³ *Ibid.*

²⁴ H. Hagan, « The relevance of attributable risk measures to HIV prevention planning », *AIDS*, 2003, 17(6) : 911-913.

²⁵ E. Wood et coll.

²⁶ E. Wood et coll.

²⁷ E. Wood et coll.

²⁸ W. Small et coll., « Incarceration, addiction, and harm reduction: inmates' experience injecting drugs in prison », *Substance Use and Misuse*, 2005, 40(6) : 831-843.

²⁹ Service correctionnel du Canada, *Le VIH/sida en milieu carcéral – Rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, 1994.

³⁰ R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du

sida, 1996.

³¹ W. Small et coll.

³² W. Small et coll.

³³ W. Small et coll.

³⁴ W. Small et coll.

³⁵ Service correctionnel du Canada, *Évaluation des mesures de réduction des méfaits causés par le VIH/SIDA au Service correctionnel du Canada*, 1999.

³⁶ A. Taylor, D. Goldberg, « Détails sur la vague d'infection à VIH dans une prison d'Écosse », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 2(3) : 16-17.

³⁷ R. Hogg et coll., « Improved survival among HIV-infected patients after initiation of triple-drug antiretroviral regimens », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 1999, 160(5) : 659-665.

³⁸ K. Porter et coll., « Determinants of survival following HIV-1 seroconversion after the introduction of HAART », *Lancet*, 2003, 362(9392) : 1267-1274.

³⁹ F.L. Altice, G.H. Friedland, « The era of adherence to HIV therapy », *Annals of Internal Medicine*, 1998, 129(6) : 503-505.

⁴⁰ E. Wood et coll., « Socioeconomic status, access to triple therapy, and survival from HIV-disease since 1996 », *AIDS*, 2002, 16(15) : 2065-2072.

⁴¹ K. Porter et coll.

⁴² S.J. Ferrando et coll., « Psychiatric morbidity, illicit drug use and adherence to zidovudine (AZT) among injection drug users with HIV disease », *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 1996, 22(4) : 475-487.

⁴³ R.D. Muma et coll., « Zidovudine adherence among individuals with HIV infection », *AIDS Care*, 1995, 7(4) : 439-447.

⁴⁴ N. Singh et coll., « Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance », *AIDS Care*, 1996, 8(3) : 261-269.

⁴⁵ S.A. Strathdee et coll., « Barriers to use of free antiretroviral therapy in injection drug users », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(6) : 547-549.

⁴⁶ T.L. Wall et coll., « Adherence to zidovudine (AZT) among HIV-infected methadone patients: a pilot study of supervised therapy and dispensing compared to usual care », *Drug and Alcohol Dependence*, 1995, 37 : 261.

⁴⁷ K. Porter et coll.

⁴⁸ P. Demas et coll., « The relationship of HIV treatment acceptance and adherence to psychological factors among injection drug users », *AIDS and Behavior*, 1998, 2(4) : 283-292.

⁴⁹ A. Palepu et coll., « Access and sustainability of antiretroviral therapy among injection drug users in Vancouver », *Journal canadien des maladies infectieuses*, 2001, Supp. B : 32B.

⁵⁰ P.R. Harrigan, M. Whaley, J.S. Montaner, « Rate of HIV-1 RNA rebound upon stopping antiretroviral therapy », *AIDS*, 1999, 13(8) : F59-62.

⁵¹ S.G. Deeks, « International perspectives on antiretroviral resistance. Nonnucleoside reverse transcriptase inhibitor resistance », *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 2001, 1(26) : S25-33.

⁵² D.R. Bangsberg et coll., « Adherence to protease inhibi-

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

² Bureau du vérificateur général du Canada, 2001 – *Rapport du vérificateur général du Canada*, chapitre 11 (« Les drogues illicites : le rôle du gouvernement fédéral »).

³ J. Keene, « Drug use among prisoners before, during and after custody », *Addiction Research*, 1997, 4 : 343-353.

⁴ K. Dolan et coll., « Risk behaviours of IDUs before, during and after imprisonment in New South Wales », *Addiction Research*, 1996, 4 : 151-160.

⁵ S. Darke, S. Kaye, R. Finlay-Jones, « Drug use and injection risk-taking among prison methadone maintenance patients », *Addiction*, 1998, 93(8) : 1169-1175.

⁶ M. Malliori et coll., « A survey of bloodborne viruses and

tors, HIV-1 viral load, and development of drug resistance in an indigent population », *AIDS*, 2000, 14(4) : 357-366.

⁵³ T. Kerr et coll., « Determinants of HAART discontinuation among injection drug users », *AIDS Care*, 2005, 17(5) : 539-549.

⁵⁴ *Ibid.*

⁵⁵ R. Jürgens, G. Betteridge, « Prisoners who inject drugs: public health and human rights imperatives », *Health & Human Rights*, 2005, 8(2) : sous presse.

⁵⁶ R. Jürgens, G. Betteridge, « HIV prevention for prisoners: a public health and human rights imperative », *Interrights Bulletin*, 2005, 15(2) : 55-59.

⁵⁷ *Déclaration universelle des droits de l'homme*, UN GA res 217A (III), UN Doc A/810 (1948).

⁵⁸ Convention [européenne] de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, ETS 5, 213 UNTS 222, entrée en vigueur le 3 septembre 1953, amendée par les Protocoles Nos 3, 5 et 8, entrés en vigueur respectivement les 21 septembre 1970, 20 décembre 1971 et 1^{er} janvier 1990.

⁵⁹ Pacte international relatif aux droits civils et politiques, UN GA res2200A (XXI), 21 UN GAOR Supp (No 16), UN Doc A/6316 (1966), 999 UNTS 171, entré en vigueur le 3 janvier 1976.

⁶⁰ Comité des droits de l'Homme, Observation générale 7(16), Nations Unies, 1989, article 7, 9(16), article 10.

⁶¹ V. Leary, « The right to health in international human

rights law », *Health and Human Rights*, 1994, 1(1) : 24-56.

⁶² Organisation mondiale de la santé, Constitution, 1992.

⁶³ G. Schaller, T.W. Harding, « La prévention du SIDA dans les prisons européennes », *Soz Präventivmed*, 1995, 40(5) : 298-301.

⁶⁴ S. Wilson, « The principle of equivalence and the future of mental health care in prisons », *British Journal of Psychiatry*, 2004, 184 : 5-7.

⁶⁵ Assemblée générale des Nations Unies, *Principes fondamentaux relatifs au traitement des détenus*, 1990.

⁶⁶ Organisation mondiale de la santé, *Directives sur l'infection à VIH et le sida dans les prisons*, 1993, p. 6.

⁶⁷ T. Rhodes et coll., « The social structural production of HIV risk among injecting drug users », *Social Science & Medicine*, 2005, 61 : 1026-1044.

⁶⁸ T. Rhodes, « The 'risk' environment: a framework for understanding and reducing drug related harm », *International Journal of Drug Policy*, 2002, 13 : 85-94.

⁶⁹ S. Burnis et coll., « Addressing the "risk environment" for injection drug users: the mysterious case of the missing cop », *Milbank Q*, 2004, 82(1) : 125-156.

⁷⁰ F.I. Bastos, S.A. Strathdee, « Evaluating effectiveness of syringe exchange programmes: current issues and future prospects », *Social Science Medicine*, 2000, 51(12) : 1771-82.

⁷¹ K.M. Blankenship, S. Koester, « Criminal law, policing

policy, and HIV risk in female street sex workers and injection drug users », *Journal of Law and Medical Ethics*, 2002, 30(4) : 548-559.

⁷² D.C. Des Jarlais, « Structural interventions to reduce HIV transmission among injecting drug users », *AIDS*, 2000; 14(Suppl 1) : S41-46.

⁷³ R. Lines et coll., *L'échange de seringues en prison : leçons d'un examen complet des données et expériences internationales*, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2004.

⁷⁴ R. Lines, « Taking action to reduce injecting drug-related harms in prisons: the evidence of effectiveness of prison needle exchange in six countries », *International Journal of Prisoner Health*, 2005, 1(1) : 49-64.

⁷⁵ Association médicale de l'Ontario, *Improving Our Health: why is Canada lagging behind in establishing needle exchange programs in prisons?*, 2004.

⁷⁶ J. Nelles, A. Fuhrer, H. Hirsbrunner, « How does syringe distribution in prison affect consumption of illegal drugs by prisoners », *Drug and Alcohol Review*, 1999, 18 : 133-138.

⁷⁷ K. Dolan, S. Rutter, A.D. Wodak, « Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development », *Addiction*, 2003, 98(2) : 153-158.

⁷⁸ A. Palepu et coll., « Alcohol use and incarceration adversely affect HIV-1 RNA suppression among injection drug users starting antiretroviral therapy », *Journal of Urban Health*, 2003, 80(4) : 667-675.

Un rapport du Réseau juridique exhorte à décriminaliser la prostitution au Canada

En décembre 2005, le Réseau juridique canadien VIH/sida a publié un rapport intitulé *Sexe, travail, droits : réformer les lois pénales du Canada sur la prostitution*.¹ Ce rapport examine comment les articles du Code criminel liés à la prostitution, et leur application, criminalisent plusieurs aspects de la vie des travailleuses et travailleurs sexuels et favorisent leur marginalisation sociale. Des données montrent que le droit pénal contribue aux risques de santé et de sécurité, y compris l'infection par le VIH, parmi les travailleuses et travailleurs sexuels. Le Réseau juridique exhorte à décriminaliser la prostitution au Canada et à réformer d'autres lois et politiques afin de respecter et de promouvoir les droits humains et la santé des travailleuses et travailleurs sexuels. En dépit d'un point de mire canadien, le rapport et son analyse des droits humains sont pertinents à la situation des travailleuses et travailleurs sexuels d'autres pays où la prostitution est illégale et où les personnes qui l'exercent sont confrontées à des violations de leurs droits. Dans cet article, Glenn Betteridge, l'auteur principal du rapport, résume les arguments en faveur d'une réforme du droit.

Le Code criminel et les fondements de la réforme

La prostitution – l'échange de rapports sexuels contre de l'argent ou d'autres considérations de valeur – est légale au Canada. Cependant, il est difficile pour les travailleuses et travailleurs sexuels et leurs clients de s'y adonner de manière légale. Quatre articles du *Code criminel* du Canada rendent illégales pratiquement toutes les activités liées à la prostitution et interdisent la prostitution pratiquement dans tous les lieux privés ou publics.²

Les articles 210 et 211, respectivement, rendent illégal pour quiconque de tenir une « maison de débauche » (c'est-à-dire un lieu utilisé régulièrement pour la prostitution) ou de conduire une personne à un tel endroit. L'article 212 (« entremetteurs ») rend illégal d'inciter ou de forcer une personne à s'adonner à la prostitution, et de vivre de revenus monétaires issus de la prostitution d'une autre personne. L'article 213 rend illégal pour les

travailleuses et travailleurs sexuels et leurs clients de communiquer en public dans le but de se livrer à la prostitution.

Dans son rapport, le Réseau juridique canadien VIH/sida (« le Réseau juridique ») aborde les trois fondements qui devraient guider l'examen et la réforme des dispositions du *Code criminel* relativement à la prostitution :

- les données de recherches dignes de foi et les témoignages de travailleuses et travailleurs sexuels;
- les obligations du Canada en vertu du droit international des droits de la personne; et
- la *Charte canadienne des droits et libertés* (la *Charte*).³

Marginalisation accrue, sécurité précaire⁴

Les relations entre le droit criminel et la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs sexuels, y compris le risque d'infection par le VIH, sont complexes. Le droit criminel reflète

et renforce la stigmatisation et la marginalisation des travailleurs sexuels. Cette marginalisation a une dimension concrète et des répercussions prévisibles. Le *Code criminel* et son application contraignent souvent ces personnes à travailler en marge de la société, dans des circonstances où elles sont vulnérables à la violence, à l'exploitation et à d'autres menaces à leur santé et leur sécurité, y compris l'exposition potentielle au VIH.

L'article 213 sur la communication est à la source des risques les plus marqués, pour les travailleuses et travailleurs sexuels. Des recherches et l'expérience des travailleuses et travailleurs sexuels ont montré que son application :

- déplace la prostitution de rue, des quartiers résidentiels ou commerciaux (dans des secteurs centraux) vers des quartiers industriels ou éloignés où les travailleuses et travailleurs sexuels ont peu de gens auxquels s'adresser, voire personne, pour obtenir du secours si un client potentiel ou un préda-

- teur devient agressif ou violent;
- entraîne des conditions de travail plus tendues et une baisse de clientèle, ce qui accroît la possibilité que les travailleuses et travailleurs acceptent des clients potentiellement dangereux; et
- fait en sorte que les travailleuses et travailleurs manquent de temps pour la négociation adéquate de leurs services et des précautions du sécurisexe avec les clients.

Le *Code criminel* et son application forcent souvent les travailleuses et travailleurs sexuels à exercer leur métier en marge de la société.

Des chercheurs canadiens ont identifié des relations à facettes multiples entre le droit criminel canadien et la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs sexuels. Le *Code criminel* :

- contribue aux structures légales qui tendent à considérer que les travailleuses et travailleurs sexuels sont responsables de leur propre victimisation – i.e. « ils n'ont que ce qu'ils méritent »;
- fait de la prostitution une facette du marché noir, créant un environnement propice à des formes brutales d'exploitation par les patrons;
- favorise la convergence de la prostitution avec d'autres marchés noirs, comme le commerce de la drogue; et

- prive les travailleuses et travailleurs sexuels du service de protection de la police, en institutionnalisant une relation d'adversité entre les deux.

Les droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels en vertu du droit canadien et international

Les travailleuses et travailleurs sexuels ont des droits humains et des libertés garantis par la *Charte canadienne* et le droit international des droits de la personne; la reconnaissance de ces droits par les responsables des politiques et les décideurs est essentielle à la réalisation de leur dignité humaine.

Fait ironique, les traités qui ne portent pas expressément sur la prostitution, et dont le Canada est signataire, sont plus propices à une meilleure protection des droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels, au Canada, que ceux portant sur la prostitution. Étant signataire du *Pacte international relatif aux droits civils et politiques* (PIRDPC) et du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIRDÉSC), le Canada est tenu de respecter, de protéger et de réaliser les droits établis dans ces pactes, pour toutes les personnes en ses frontières, y compris les travailleuses et travailleurs sexuels.

Plusieurs des droits énoncés dans ces traités internationaux sont aussi garantis par la *Charte canadienne*. Cinq articles de la *Charte* revêtent une pertinence de premier ordre lorsque l'on considère les effets que les dispositions du *Code criminel* en

matière de prostitution ont sur les droits des travailleuses et travailleurs sexuels au Canada :

- L'article 2(b) garantit à tous et toutes le droit à la liberté d'expression.
- L'article 2(d) garantit à tous et toutes le droit à la liberté d'association.
- L'article 7 protège toute personne contre les violations à « la vie, la liberté et la sécurité de sa personne », sauf si la violation a lieu « en conformité avec les principes de justice fondamentale ».
- L'article 11(d) garantit à tout accusé le droit « d'être présumé innocent tant qu'il n'est pas déclaré coupable, conformément à la loi, par un tribunal indépendant et impartial à l'issue d'un procès public et équitable ».
- L'article 15 garantit que la loi ne fait acception de personne et s'applique également à tous, et que tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi.

L'on peut soutenir que les dispositions du *Code criminel* liées à la prostitution violent ces droits de la *Charte*. Cette conclusion est basée sur les droits de la *Charte* tels qu'ils ont été interprétés par la Cour suprême du Canada, et sur des preuves à l'effet que les dispositions du *Code criminel* liées à la prostitution contribuent au risque de violence et à d'autres risques de santé et de sécurité, chez les travailleuses et travailleurs sexuels.

Prenons le cas de l'article 7 de la *Charte* sur le droit à la sécurité de la personne. Des décisions de la Cour suprême ont confirmé que le droit constitutionnel à la sécurité de la per-

sonne prévu à l'article 7 de la *Charte* protège « à la fois l'intégrité physique et l'intégrité psychologique de la personne ». ⁵ L'intégrité physique inclut la protection contre l'interférence de l'État à l'intégrité physique d'une personne. ⁶ La Cour suprême a précisé que l'action de l'État peut constituer une violation de la sécurité de la personne si elle a « des répercussions graves et profondes sur l'intégrité psychologique d'une personne ». Pour qu'il y ait violation de l'intégrité psychologique, les répercussions de l'action de l'État doivent être « plus importantes qu'une tension ou une angoisse ordinaires », sans toutefois qu'il soit nécessaire qu'elle « ait entraîné un choc nerveux ou un trouble psychiatrique ». ⁷

Une somme considérable de données montre que les travailleuses et travailleurs sexuels, en particulier lorsqu'il s'agit de femmes qui exercent la prostitution de rue, sont aux prises avec des taux élevés de violence et de meurtre, en sus d'autres menaces à leur santé et à leur sécurité, comme un risque accru d'infection par le VIH. De plus, un corpus considérable de données illustre une complexe relation de cause à effets entre les dispositions du *Code criminel* liées à la prostitution et les risques (et répercussions néfastes) pour la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs sexuels. Il existe des affidavits de travailleuses et travailleurs sexuels, des études qualitatives misant sur des entrevues en profondeur avec des travailleuses et travailleurs sexuels et des intervenants auprès d'eux, ainsi que des preuves d'experts de la part de chercheurs canadiens qui ont étudié les conditions de travail ainsi que la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs sexuels.

Les droits humains et les normes légales élaborés dans le contexte du VIH/sida reconnaissent les méfaits de la criminalisation du travail sexuel ainsi que la nécessité de le décriminaliser. Les *Directives internationales* de l'ONU sur le VIH/sida et les droits de la personne affirment que lois pénales qui accroissent le risque d'infection par le VIH ou qui contribuent, directement ou indirectement, à des menaces à la santé et à la sécurité des travailleuses et travailleurs sexuels, devraient être abrogées. ⁸

En traitant la prostitution comme une industrie de services aux particuliers, on sera plus susceptible d'atteindre les objectifs de santé publique que par le droit pénal.

L'Union interparlementaire (UI) reconnaît que les lois pénales entravent la fourniture de services de prévention et de soins pour le VIH/sida, en contraignant à la clandestinité les personnes engagées dans cette industrie, et suggère que l'on est plus susceptible d'obtenir des résultats bénéfiques à la santé publique si la prostitution est traitée comme une industrie des services personnels. ⁹ En traitant la prostitution comme une industrie de services aux particuliers, qui n'est ni condamnée ni encouragée, on sera plus susceptible d'atteindre les objectifs de santé publique que par le biais d'une approche

de droit pénal. L'UI invite les parlementaires à entamer à ces fins un dialogue productif avec l'industrie du sexe.

Besoin d'une réforme au delà du droit pénal

Les données disponibles indiquent que le Canada échoue à respecter, protéger et réaliser le droit à la santé et d'autres droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels. Les travailleuses et travailleurs sexuels sont traditionnellement l'objet de stigmatisation et de discrimination, sur la base de stéréotypes et de préjugés ainsi que d'attitudes à propos de l'expression de la sexualité. Par conséquent, le débat public à propos de la prostitution est influencé par le moralisme, plutôt que par la considération réfléchie des enjeux à partir de recherches et d'études étoffées ainsi que de consultations avec les personnes les plus affectées.

L'abrogation des articles du *Code criminel* liés à la prostitution est essentielle à l'amélioration de la situation des travailleuses et travailleurs sexuels et à leur protection contre la violence et d'autres risques pour leur santé et leur sécurité, comme l'infection par le VIH. Il serait toutefois irréaliste de croire que la décriminalisation mettra fin à la violence, au stigmate et à la discrimination à l'endroit des travailleuses et travailleurs sexuels.

Dans les consultations menées par le Réseau juridique, les travailleuses et travailleurs sexuels ont vivement insisté sur le fait que la réforme du droit et des politiques devrait considérer des moyens d'améliorer les services de santé à l'intention des travailleuses et travailleurs sexuels. En particulier, on devrait évaluer, en vue de telles réformes, les besoins

des travailleuses et travailleurs sexuels en matière de soins de santé de premier recours, de même que de programmes axés sur la santé sexuelle. Dans le processus de réforme, on devrait aussi examiner des moyens pour élargir aux travailleuses et travailleurs sexuels les dispositions des lois sur la santé et la sécurité professionnelles ainsi que les régimes de compensation aux travailleurs.

Le respect des droits humains des travailleuses et travailleurs sexuels doit se fonder sur les expériences, les choix et l'autonomie des hommes, femmes et personnes transgenre qui pratiquent la prostitution. La réforme des lois et des politiques doit inclure leur participation significative aux décisions qui les touchent; c'est une question de principe et de pragmatisme. Sans cette implication, les réformes des lois et politiques

se retrouveront probablement à perpétuer les risques de santé et les violations de droits humains qu'elles visaient à éliminer.

– Glenn Betteridge

Glenn Betteridge est analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à gbetteridge@aidslaw.ca.

Le projet STAR (Sex Trade Advocacy and Research) a récemment présenté un rapport à un sous-comité de la Chambre des communes du Canada, à propos des articles du *Code criminel* relatifs à la prostitution. Voir l'article « Un rapport prône des changements à la loi, pour améliorer la sécurité et le bien-être des travailleuses et travailleurs sexuels », dans la rubrique « Développements au Canada ».

¹ Sexe, travail, droits : réformer les lois pénales du Canada sur la prostitution, Réseau juridique canadien VIH/sida, 2005 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/travailsexuel.htm).

² *Code criminel*, L.R.C. 1985, C-46.

³ *Charte canadienne des droits et libertés*, Partie I de la *Loi constitutionnelle, 1982*, édictée comme l'Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, (R.-U.) 1982, ch. 11.

⁴ Cette section est tirée du chapitre 4 (« Les effets de la criminalisation sur la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs sexuels, y compris la vulnérabilité au VIH/sida ») du rapport du Réseau juridique. Pour références complètes, consulter le rapport.

⁵ *Nouveau-Brunswick (ministre de la Santé et des Services communautaires) c. G()*, [1999] 3 R.C.S. 46.

⁶ *R. c. Morgentaler*, [1988] 1 R.C.S. 30.

⁷ *Nouveau-Brunswick (ministre de la Santé et des Services communautaires) c. G()*.

⁸ Le VIH/sida et les droits de l'homme – Directives internationales, Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, 1998, directive 4 (paragr. 29c) (www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub02/jc520-humanrights_fr_pdf.pdf).

⁹ Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Union interparlementaire, Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/sida, la législation et les droits de l'homme, Genève, 1999, p. 63-67 (www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc259-ipu_fr_pdf.pdf).

DÉVELOPPEMENTS AU CANADA

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. Tous les articles ont été préparés par David Garmaise, rédacteur en chef de la rubrique, et Glenn Betteridge, analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida. La correspondance pertinente aux Développements au Canada doit être adressée à David Garmaise, à dgarmaise@rogers.com. On peut joindre Glenn Betteridge à gbetteridge@aidslaw.ca.

Un rapport prône des changements à la loi, pour améliorer la sécurité et le bien-être des travailleuses et travailleurs sexuels

En juin 2005, le projet STAR (*Sex Trade Advocacy and Research / Défense du travail du sexe et projet de recherche*) a déposé au Sous-comité de la Chambre des communes un rapport concernant les articles du *Code criminel* qui touchent la prostitution.¹ Le rapport recommande l'abrogation de ces articles, la reconnaissance de la prostitution en tant que travail en vertu des lois provinciales, des changements aux règlements municipaux et une augmentation du financement aux organismes de travailleuses et travailleurs sexuels afin qu'ils travaillent à l'éducation, au soutien et à la défense des droits et intérêts.

Recherche collaborative en partenariat

Le projet STAR était un partenariat de recherche collaborative entre

des universitaires, des organismes sur le travail sexuel et une unité de santé publique. De 2001 à 2004, il a réalisé des études de cas à Montréal et Toronto. Ces études portent sur la

prostitution et montrent « comment les politiques publiques influencent la vie professionnelle, les conditions de travail ainsi que la santé, la sécurité et le bien-être des travailleuses et tra-

vailleurs sexuels à divers endroits » [trad.].² Des entrevues en profondeur ont été réalisées auprès de 120 travailleuses et travailleurs sexuels et de nombreux informateurs clés de gouvernements municipaux et dans la communauté; le rapport présente en outre un examen des lois et politiques.

Sûreté et sécurité insuffisantes

On signale dès le début du rapport que la sûreté et la sécurité sont des « préalables essentiels à la santé ».³ Les auteures utilisent l'expression « sûreté et sécurité » pour désigner la sécurité physique au travail, la quête d'un environnement de travail sûr, la protection des droits, de la santé ainsi que du bien-être, et la sécurité économique.

Elles signalent qu'une faible proportion du travail sexuel est une prostitution « de rue » (10 à 20 %) et que la majeure partie a lieu dans des endroits comme des bordels, des salons de massage, des domiciles et des hôtels. Les principaux constats du rapport en lien avec la sûreté et la sécurité sont que :

- les travailleuses et travailleurs sexuels qui exercent la prostitution de rue rencontrent le plus haut degré de risque;
- le risque perçu par les travailleuses et travailleurs sexuels varie selon le lieu de prostitution; et
- une gamme de risques existe sur les lieux et est commune à l'ensemble.⁴

Les travailleuses et travailleurs sexuels ont développé de nombreuses stratégies pour réduire les risques que peut comporter leur travail, mais ces stratégies accroissent dans bien

des cas le risque d'être arrêté par la police, vu l'existence et l'application d'interdictions criminelles frappant les activités liées à la prostitution. De plus, certains ont signalé que la police constitue un obstacle direct à leur sûreté et à leur sécurité : le « statut marginalisé et quasi-criminel du travail sexuel nuit à leur capacité de demander une protection » [trad.] de la police.⁵

Le rapport documente d'autres défis que rencontrent les travailleuses et travailleurs sexuels qui tentent d'assurer leur sûreté et leur sécurité, notamment le manque d'accès à des soins de santé et l'insécurité économique. Les travailleuses et travailleurs sexuels et leurs organismes ont identifié un manque de services respectueux et exempts de jugements, en matière de soins de santé, ainsi qu'une difficulté à trouver des intervenants qui connaissent leurs besoins particuliers en matière de soins.

Le droit pénal et les lois provinciales et municipales ont été identifiés comme des facteurs liés à des retombées potentiellement néfastes sur la sécurité économique des travailleuses et travailleurs sexuels. L'application d'interdictions criminelles au travail sexuel peut entraîner des amendes, des pertes de revenu pendant la détention et des coûts pour la défense juridique. Les travailleuses et travailleurs sexuels désireux d'éviter ces problèmes peuvent travailler hors rue, pour des agences d'escortes ou des salons de massage, ou de manière autonome, mais ce travail s'accompagne souvent d'importants coûts associés à la demande de licence et à la publicité, de même que de frais à payer aux propriétaires du commerce, sans compter la possibilité d'être contraint à payer de l'impôt sur le revenu.

Recommandations

Les recommandations formulées dans le rapport se fondent sur un certain nombre de principes d'orientation pour le changement, qui mettent l'accent sur la nécessité de reconnaître les droits des travailleuses et travailleurs sexuels et d'inclure ces personnes dans une réforme des lois et politiques. Les auteures affirment succinctement :

Compte tenu de la relation étroite entre les droits humains et la santé, ainsi que de la lutte qu'ont menée les travailleuses et travailleurs sexuels afin d'assurer la protection de leurs droits humains, une grande partie de notre point de mire dans ce projet s'est nécessairement tourné vers les droits humains. [trad.]⁶

Le rapport recommande la décriminalisation de la prostitution, un préalable selon les auteures à sa reconnaissance comme travail ainsi qu'à la protection des droits des travailleuses et travailleurs sexuels en tant que travailleurs. Les auteures recommandent d'adopter des mesures pour assurer que les travailleuses et travailleurs sexuels qui sont victimes d'actes criminels soient protégés par la police et le droit pénal.

Elles sont d'avis que les lois provinciales sur le travail et sur le milieu du travail ne sont applicables que de manière limitée au travail sexuel et aux personnes qui le pratiquent puisque, outre le facteur principal de l'illégalité des activités associées à la prostitution, plusieurs des personnes qui la pratiquent sont des travailleurs et travailleuses autonomes ou ont un statut qui s'apparente à celui de contractant indépendant. Le rapport cite la réforme des lois sur la prostitution en Nouvelle-Zélande, comme

un modèle qui reconnaît légalement les droits des travailleuses et travailleurs sexuels à la santé et à la sécurité en milieu de travail.

Au palier municipal, le rapport recommande un examen des règlements afin de veiller (a) à ce qu'ils ne nuisent pas aux efforts des travailleuses et travailleurs sexuels pour atténuer les risques qu'ils rencontrent, et (b) à ce qu'ils ne créent pas, dans la pratique, un système quasi-pénal d'amendes et pénalités. En outre, le rapport recommande que tous les paliers de gouvernement versent du financement à des organismes de travailleuses et travailleurs sexuels, pour l'éducation, le soutien et la défense des travailleuses et travailleurs sexuels et de leurs droits.

En conclusion, une mise en garde contre des réformes concentrées

étroitement sur des changements législatifs dépourvus d'efforts pour l'amélioration de la sûreté et de la sécurité des travailleuses et travailleurs sexuels :

Le changement législatif, en soi, ne suffira cependant pas à améliorer la situation des travailleuses et travailleurs sexuels. De tels changements doivent être combinés à des changements aux politiques sociales, y compris de l'éducation, du soutien et des services de défense et promotion des droits et intérêts, étant donné que d'autres facteurs (p. ex. les opinions et attitudes du public, le stigmate associé au travail sexuel) ont aussi des retombées néfastes dans la vie des travailleuses et travailleurs sexuels. [trad.]⁷

– Glenn Betteridge

Le Réseau juridique canadien VIH/sida a publié un rapport exhortant notamment à décriminaliser la prostitution au Canada. Voir à ce sujet l'article de fond dans le présent numéro.

¹ Sex Trade Advocacy and Research (STAR), *Safety, security and the well-being of sex workers: a report submitted to the House of Commons Subcommittee on Solicitation Laws*, juin 2005 (accessible via www.uwindsor.ca/star/); une pochette de presse en français, préparée pour le lancement du rapport, est accessible à <http://web2.uwindsor.ca/courses/sociology/maticka/star/index.html>).

² *Ibid.*, p. 6.

³ *Ibid.*, p. 4.

⁴ *Ibid.*, p. 21.

⁵ *Ibid.*, p. 26.

⁶ *Ibid.*, p. 33.

⁷ *Ibid.*, p. 39.

Toronto – Un rapport réclame des mesures rehaussées de réduction des méfaits pour les utilisateurs de drogue

La Ville de Toronto devrait étendre ses stratégies-terrain de réduction des méfaits aux utilisateurs de drogue marginalisés, et en particulier aux personnes utilisatrices de crack. Telle est l'une des 66 recommandations d'un rapport proposant une Stratégie sur les drogues à Toronto.¹ Le rapport réclame aussi un point de mire rehaussé sur la prévention, la décriminalisation de la possession de cannabis et l'introduction d'un lieu sécuritaire pour l'injection de drogue, semblable à celui de Vancouver, pour les utilisateurs de grandes quantités de drogues.

D'après le rapport, les stratégies-terrain de réduction des méfaits incluent la visite d'intervenants qui ont

reçu une formation en toxicomanie et santé mentale, auprès d'individus qui pourraient avoir besoin d'aide; la

provision d'information sur la promotion de la santé; et la distribution de moyens préventifs pour le sécurisexe

et l'usage sécuritaire de drogue, ainsi que d'autres mesures.

Préparé par le comité consultatif de la Stratégie sur les drogues de la Ville de Toronto, le rapport sera examiné par le conseil municipal en décembre 2005. Le comité consultatif était composé de cinq conseillers municipaux, de représentants des départements municipaux de la santé publique, de la police, du logement et du développement social, et de responsables de Santé Canada et du ministère fédéral de la Justice. Il incluait également 26 membres de la communauté – des représentants des utilisateurs de drogue ainsi que d'organismes de prévention et de traitement de l'usage de drogue, de santé mentale et de réduction des méfaits.²

Le rapport recommande à la Ville de Toronto de se doter d'une approche complète à l'usage de drogue, semblable à celle des « quatre piliers » (prévention, réduction des méfaits, traitement et application de la loi) appliquée à Vancouver depuis quelques années.

On y affirme qu'étant donné la nature décentralisée de l'usage de drogue et le fait que le crack (et non l'héroïne) est la drogue de prédilection, à Toronto, il n'est pas certain que l'on ait besoin d'un lieu sécuritaire pour l'injection du même ordre que celui de Vancouver. On suggère donc la réalisation d'une étude d'évaluation des besoins et de faisabilité.

Les auteurs du rapport recommandent aussi la création d'un Comité de mise en œuvre de la Stratégie sur

les drogues à Toronto, ainsi que d'un secrétariat pour superviser la mise en œuvre, surveiller les enjeux émergents en matière d'usage de drogue, et y réagir. D'autres recommandations incitent la Ville de Toronto à :

- élaborer un modèle adéquat de fourniture de services pour un centre de crise 24h par jour, pour les personnes qui utilisent des drogues légales et illégales;
- élaborer des stratégies pour réagir aux obstacles dans l'accès aux services, pour toutes les personnes qui ont un problème d'usage de drogue;
- élaborer des stratégies pour réagir au stigmate et à la discrimination à l'endroit des personnes qui utilisent des drogues;
- appuyer la mise sur pied d'un groupe d'utilisateurs de drogue qui mènera diverses activités, y compris du plaidoyer pour les droits des personnes qui utilisent des drogues illégales, des initiatives de réduction des méfaits et des efforts d'éducation, de développement communautaire et de représentation des consommateurs;
- étendre ses stratégies de prévention des surdoses à toutes les drogues;
- élaborer des stratégies complètes pour informer le public à propos des drogues et des problèmes d'usage de drogue;
- rehausser les efforts d'application de la loi qui ciblent les importants trafiquants, importateurs et producteurs de drogues illégales.

Le rapport adresse également des recommandations aux autres paliers gouvernementaux. Par exemple :

- il incite le gouvernement de l'Ontario à élaborer une stratégie provinciale complète sur les drogues;
- il exhorte les responsables du système de justice pénale à référer plus de cas à la Cour de traitement de la toxicomanie de Toronto, comme avenue de rechange à l'emprisonnement pour les infractions non violentes liées à la drogue;
- il recommande aux gouvernements fédéral et provinciaux de rehausser les services de réduction des méfaits, y compris l'échange de seringues, dans tous les établissements correctionnels; et
- il exhorte à une disponibilité accrue des options de traitement de la toxicomanie en prison – notamment l'entretien à la méthadone pour tout détenu ayant une dépendance aux opiacés.

– David Garmaise

¹ Drug Strategy Advisory Committee, *The Toronto Drug Strategy: a comprehensive approach to alcohol and other drugs in the city of Toronto*, Ville de Toronto, octobre 2005 (www.toronto.ca/health/drugstrategy/pdf/tds_report.pdf).

² Stophthedrugwar.org, « Toronto moves toward four pillars-style drug policy », 21 octobre 2005.

La Saskatchewan adopte un plan sur la toxicomanie

Le Gouvernement de la Saskatchewan vient de rendre public un plan d'action sur la toxicomanie qui accroît le financement octroyé aux programmes de prévention et de traitement.¹ Il accorde également de nouvelles ressources aux mesures de réduction de l'approvisionnement (application de la loi). Des employés d'organismes communautaires provinciaux ont exprimé des critiques à l'endroit de ces actions.

Publié en août 2005, le plan d'action coûtera 10 millions \$ par année.

D'après le gouvernement, ce plan et d'autres mesures augmentent de 60 % le budget alloué à la prévention et au traitement de la toxicomanie au cours de la dernière année.²

La majeure partie des ressources sera consacrée aux programmes de prévention et de traitement :

- création de nouveaux centres de traitement pour les jeunes;
- accessibilité des traitements de la toxicomanie pour les personnes incarcérées;
- expansion des services existants d'entretien à la méthadone et d'échange de seringues; et
- réalisation d'une campagne médiatique provinciale pour renseigner les utilisateurs et le public sur la toxicomanie.

Dans le cadre du plan d'action, le ministère de la Santé de la Saskatchewan se dotera d'une nouvelle Direction de la prévention et

de l'éducation sur l'alcool et les drogues.

Au chapitre de la réduction de l'approvisionnement, le plan prévoit l'embauche de policiers additionnels ainsi que des mesures pour réduire la disponibilité d'ingrédients utilisés dans la fabrication de la méthamphétamine cristallisée. Le plan précise aussi que le Gouvernement de la Saskatchewan incitera le gouvernement fédéral à alourdir les peines pour la possession de drogue.

Le plan d'action est basé sur les recommandations d'un rapport préparé par un député de l'Assemblée législative, à l'intention du premier ministre de la Saskatchewan.³

Des organismes communautaires ont dénoncé le fait que, bien que d'importantes ressources soient consacrées à la prévention et au traitement, la plupart cibleront la méthamphétamine cristallisée, utilisée principalement par de jeunes blancs de la classe moyenne – alors que le véritable problème, en Saskatchewan, découle de l'usage de cocaïne. Ils

soulignent aussi que le plan ne mentionne pratiquement pas les services à l'intention des personnes qui s'injectent des drogues.

Les organismes communautaires ne bénéficieront pas des ressources prévues dans le plan d'action. Ils n'ont pas été consultés pendant l'élaboration du document, en dépit des services qu'ils fournissent aux personnes qui s'injectent des drogues et de la relation de confiance qu'ils ont établie avec elles.

– David Garmaise

¹ Gouvernement de la Saskatchewan, *Premier's Project Hope: Saskatchewan's action plan for substance abuse*, août 2005 (www.publications.gov.sk.ca/details.cfm?p=10319).

² « New alcohol and drug services for the North » (communiqué), Regina, Gouvernement de la Saskatchewan, 4 août 2005.

³ G. Addley, *Healthy choices in a healthy community: a report on substance abuse, prevention and treatment services in Saskatchewan*, juin 2005 (www.publications.gov.sk.ca/details.cfm?p=10320).

En bref

Vancouver – Le LSI attire des utilisateurs de drogue par injection à risque élevé

Une étude sur les utilisateurs de drogue par injection a révélé que le lieu sécuritaire pour l'injection (LSI) de Vancouver attire des utilisateurs de drogue « à risque plus élevé » – qui sont très vulnérables aux infections transmissibles par voie sanguine et aux surdoses – et d'autres dont les comportements contribuent aux problèmes de l'usage de drogue en public et de la mise au rebut non sécuritaire de seringues.¹ Ce LSI, premier du genre en Amérique du Nord, est situé dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver. Il a été créé en septembre 2003 à titre de projet pilote.

Les auteurs de l'étude concluent qu'« il est possible que le LSI de Vancouver offre des occasions supplémentaires d'intervention, en attirant une population qui a besoin de soins de santé, notamment de traitement de la toxicomanie, ainsi que de services sociaux pour des problèmes comme la situation de sans-abri ».²

Des études antérieures ont montré que les utilisateurs de drogue par injection qui fréquentent le LSI sont moins susceptibles que les autres de partager des seringues;³ et que l'ouverture du LSI a entraîné une baisse significative de l'usage de drogue en public et de la mise au rebut non sécuritaire de seringues.⁴

Développements connexes :

- Malgré l'opposition de certains conseillers municipaux et autres intervenants, une étude

s'amorcera à Ottawa pour déterminer si un LSI aiderait à freiner la propagation du VIH et du virus de l'hépatite C.⁵

- Le ministre fédéral de la Santé Ujjal Dosanjh a affirmé que si les résidents, les responsables de la santé et les politiciens locaux sont en faveur des LSI, il devrait en exister davantage à travers le pays.⁶

– David Garmaise

Les utilisateurs de crack sont favorables au programme de distribution de trousse de la Ville d'Ottawa

D'après un article du *Ottawa Citizen*, les utilisateurs de crack attribuent le maintien de leur santé au programme de distribution de trousse de la Ville d'Ottawa,⁷ amorcé en avril 2005 après de longs débats.⁸

Plusieurs utilisateurs ont signalé que l'inhalation de crack fait partie de leur quotidien et qu'ils dépendent du programme de la ville pour se procurer des pipes neuves. Un homme qui vit avec l'hépatite C a affirmé que l'initiative contribue à éviter que des centaines de ses pairs subissent le même sort que lui.

Depuis avril, environ 1 500 trousse – qui incluent des condoms, du baume pour les lèvres, de la gomme à mâcher, un contenant de mise au rebut pour pipe usagée et de l'information sur la prévention et l'usage de drogue – ont été distribuées. Ce nombre augmentera probablement avec la notoriété du programme.

Les agences communautaires de services sociaux d'Ottawa appuient davantage le programme d'échange local de seringues, qui existe depuis 1991, que la nouvelle initiative de distribution de trousse pour utilisateurs de crack. Certains dirigeants souhaiteraient qu'on leur fournisse plus de preuves de l'efficacité de cette dernière. Les risques sanitaires associés à la réutilisation de pipes pour le crack ne sont probablement pas aussi évidents que ceux liés à l'injection de drogue au moyen de seringues usagées.

À Winnipeg, où l'on distribue aussi des trousse aux utilisateurs de crack, un porte-parole de la Winnipeg Regional Health Authority a indiqué qu'initialement, le public s'était montré réticent au programme, mais que cela avait changé au fil du temps.⁹

– David Garmaise

Un test rapide du VIH est approuvé pour usage clinique

Le 25 octobre 2005, le Bureau des matériels médicaux de la Direction des produits thérapeutiques de Santé Canada a approuvé la vente au Canada d'un test rapide de dépistage des anticorps anti-VIH.¹⁰ Fabriqué par Biolytical Laboratories de Richmond, en Colombie-Britannique, ce produit est destiné à un usage en milieu clinique (par exemple dans les cabinets de médecins, les cliniques ou les salles d'urgence).

À l'aide d'une goutte de sang, le test « Insti HIV » peut détecter des anticorps anti-VIH en un délai moyen

de 60 secondes. Il est conçu comme un outil de dépistage et non de diagnostic. Toute personne qui obtient un résultat positif au test « Insti HIV » devra demander un test de confirmation.

Chaque test coûtera entre 7 et 10\$ CAN. Biolytical affirme que son produit est précis à 99,9 % et que le taux de résultats faux positifs qu'il génère est similaire à celui des tests actuels de laboratoire.

Il s'agit du seul test rapide actuellement disponible au Canada pour un usage clinique. En 2004, la *Revue* avait annoncé par erreur qu'un test rapide de la société MedMira, en Nouvelle-Écosse, avait été approuvé pour usage clinique¹¹ alors qu'il n'avait été approuvé que pour les laboratoires.

Le test « Insti HIV » n'est pas un test à domicile. Aucun test rapide du VIH n'est approuvé pour l'usage à domicile, au Canada.

Biolytical prévoit soumettre son test « Insti HIV » pour approbation aux États-Unis à la fin de 2006 et envisage une expansion aux marchés de la Chine, de l'Inde, de l'Europe de l'Est et de l'Afrique subsaharienne.

L'introduction d'une technologie de test rapide soulève plusieurs préoccupations juridiques et éthiques. Le Réseau juridique canadien VIH/sida a analysé ces questions et formulé des recommandations pour un usage adéquat des tests rapides de dépistage des anticorps anti-VIH.¹²

– David Garmaise

Développement en vue de l'échange de seringues dans les prisons fédérales

En avril 2005, l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) et le Service

correctionnel du Canada (SCC) ont signé un protocole d'entente sur l'introduction potentielle de programmes d'échange de seringues dans les établissements correctionnels fédéraux.¹³

En vertu de l'entente, l'ASPC fournira des conseils scientifiques, médicaux et techniques sur l'efficacité des programmes d'échange de seringues en prison (PÉSP) dans une perspective de santé publique; analysera des évaluations publiées et non publiées sur l'efficacité des PÉSP; et évaluera les risques et bienfaits potentiels de l'introduction de PÉSP au Canada.

Les travaux décrits dans le protocole d'entente devaient être complétés à la fin d'août 2005. L'examen des données documentaires a été complété au moment prévu. Toutefois, ce n'est qu'à la fin de septembre que des représentants de l'ASPC, du SCC et de syndicats se sont rendus en Allemagne et en Espagne visiter des PÉSP. L'ASPC devrait présenter son rapport au SCC, assorti de conseils et de recommandations, au début de 2006.

Ce n'est pas la première fois qu'un groupe d'étude du SCC examine l'expérience d'autres pays en matière de PÉSP et livre des conseils sur le sujet pour les prisons fédérales canadiennes. En 1999, le SCC avait créé le Groupe d'étude sur les programmes d'échange de seringues. Une délégation (composée de représentants du SCC, de syndicats et de responsables de la santé publique) avait visité des PÉSP en Suisse. Le Groupe d'étude avait recommandé au SCC de solliciter l'approbation ministérielle pour mettre en œuvre un projet pilote d'échange de seringues dans certaines prisons fédérales pour hommes et pour femmes. Aucune

action n'avait donné suite à cette recommandation.

Par ailleurs, lors de sa 138^e assemblée générale, en août 2005 à Edmonton, l'Association médicale canadienne a adopté la résolution suivante :

L'Association médicale canadienne recommande que le Service correctionnel du Canada élabore et mette en œuvre et évalue un programme pilote d'échange d'aiguilles dans des prisons relevant de sa compétence.

Cette résolution a été parrainée par l'Association médicale de l'Ontario, qui a publié en 2004 un rapport exhortant à l'introduction immédiate de PÉSP dans les établissements correctionnels fédéraux et provinciaux en Ontario.¹⁴

– Glenn Betteridge

Appel à une nouvelle stratégie sur l'hépatite C

Des organismes communautaires impliqués dans la lutte contre l'hépatite C ont exhorté le gouvernement fédéral à investir 37,5 millions \$ par année dans une nouvelle Stratégie canadienne sur l'hépatite C, d'une durée de cinq ans, dont le coût total serait de 187,5 millions \$. Cet appel a été publié dans un rapport qui renferme une série de recommandations sur le contenu de la stratégie proposée.¹⁵

Le gouvernement fédéral a dirigé un Programme de prévention, de soutien et de recherche pour l'hépatite C, de 50 millions \$ sur cinq ans, qui s'est terminé en mars 2004; son financement annuel a été prolongé à deux reprises, mais rien n'indique que ce financement – et

encore moins une stratégie pluriannuelle – sera maintenu après sa date d'échéance, le 31 mars 2006.¹⁶

Le rapport propose que la stratégie renouvelée comporte des volets axés sur la prévention et l'éducation; les soins, les traitements et le soutien; la recherche; et l'action communautaire. Il recommande en outre :

- des programmes éducatifs pour le grand public, les fournisseurs de services, les groupes vulnérables et les personnes vivant avec l'hépatite C;
- du soutien pour les programmes de réduction des méfaits actuels et élargis (y compris l'échange de seringues, les programmes d'utilisation sécuritaire du crack et les lieux sécuritaires pour l'injection);
- la promotion du don d'organes;
- l'établissement d'un réseau de cliniques de soins complets pour l'hépatite C; et
- le financement soutenu d'organismes communautaires.

On estime que 250 000 Canadiens vivent présentement avec l'hépatite

C¹⁷ et que 5 000 infections se produisent chaque année.¹⁸ Près du quart des quelque 49 600 Canadiens vivant avec le VIH/sida ont une co-infection à l'hépatite C. La maladie hépatique est récemment devenue l'une des principales causes de décès chez les personnes co-infectées.¹⁹

– David Garmaise

¹ E. Wood et coll., « Do supervised injecting facilities attract higher-risk injection drug users? », *American Journal of Preventive Medicine*, 2005, 29(2) : 126-130.

² *Ibid.*, p. 128.

³ G. Betteridge, « Première évaluation du LSI de Vancouver », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 22.

⁴ G. Betteridge, « C.-B. – Des études illustrent l'impact public positif de la réduction des méfaits de l'usage de drogue », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2004, 9(3) : 29-30.

⁵ « Fight looming over safe injection sites », *CBC News* [en-ligne], 28 juillet 2005.

⁶ « Health minister says if cities want them, safe injection sites should open », *Presse canadienne*, 23 septembre 2005.

⁷ R. Delisle, « Crack users say pipe program helps them stay healthy », *Ottawa Citizen*, 6 octobre 2005.

⁸ D. Garmaise, « Ottawa – Le conseil municipal approuve la distribution de trousseaux aux utilisateurs de crack », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(3) : 17-18.

⁹ « T.O. report supports drug-use zones », *Broadcast News*, 17 octobre 2005.

¹⁰ S. Ubelacker, « Health Canada Oks first rapids-result HIV test for doctor's office, clinics », *Presse canadienne*, 7 novembre 2005. Il est à noter que Santé Canada maintient une Liste des instruments médicaux homologués (MDALL), qui renferme des renseignements spécifiques sur les produits médicaux homologués au Canada, y compris la date de délivrance de leur homologation. Pour accéder à la MDALL : www.mdall.ca.

¹¹ G. Betteridge, « Santé Canada autorise la vente d'un test rapide du VIH au Canada », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2004, 9(3) : 34.

¹² R. Elliott, R. Jürgens, « Dépistage rapide du VIH aux points de services : questions juridiques et éthiques », *Réseau juridique canadien VIH/sida*, 2000 (www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/tests/rapportfinal/f-tofc.htm).

¹³ Un exemplaire du protocole d'entente a été obtenu en vertu de la Loi sur l'accès à l'information; il est en filière auprès de l'auteur.

¹⁴ Association médicale de l'Ontario, *Improving our health: why is Canada lagging behind in establishing needle exchange programs in prison?*, 2004 (www.oma.org/phealth/omanep.pdf).

¹⁵ *Vers une réponse à l'épidémie – Recommandations pour une Stratégie canadienne sur l'hépatite C*, Institut de l'anémie recherche et éducation, Société canadienne du sida, Réseau canadien d'info-traitements sida, Canadian Harm Reduction Network, Société canadienne de l'hémophilie, Canadian Hepatitis C Network, Fondation canadienne du foie, Hepatitis C Council of BC, Société de l'hépatite C du Canada, Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le sida, septembre 2005 (www.canadianhamreduction.com/readmore/Responding_f.pdf).

¹⁶ *Ibid.*, p. 3.

¹⁷ *Ibid.*, p. 3.

¹⁸ *Ibid.*, p. 7.

¹⁹ *Ibid.*, p. 5.

DÉVELOPPEMENTS INTERNATIONAUX

Cette rubrique contient des dépêches sur des développements du droit et des politiques touchant le VIH/sida à l'extérieur du Canada. (Les affaires confiées à des cours ou tribunaux des droits de la personne sont classées dans une autre rubrique : Le VIH devant les tribunaux – International). Nous nous intéressons à toute information sur d'autres développements, pour les numéros ultérieurs de la Revue. Adressez vos correspondances à Richard Pearshouse, rédacteur en chef de la présente rubrique, à rpearshouse@aidslaw.ca.

É.-U. – Plaintes contre l'exigence de serment anti-prostitution

Deux poursuites distinctes ont récemment été déposées devant des cours fédérales des États-Unis, pour contester une disposition d'une loi états-unienne exigeant qu'afin d'être admissible à du financement en vertu de la *United States Leadership against HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Act of 2003 (US Global AIDS Act)*,¹ les organismes non gouvernementaux doivent être dotés d'une politique « s'opposant expressément à la prostitution ». Les plaignants, états-uniens, soutiennent dans les deux cas que l'exigence de serment anti-prostitution porte atteinte aux garanties de la Constitution états-unienne à la liberté d'expression et à une juste procédure, et qu'elle entrave des efforts d'efficacité démontrée contre le VIH/sida parmi les travailleuses et travailleurs sexuels.

La première plainte a été déposée en août 2005 par DKT International (DKT), l'un des plus grands fournisseurs de services en matière de

VIH/sida, à l'échelle mondiale, qui gère des programmes de planning familial et de prévention du VIH dans onze pays de l'Afrique, de

l'Asie et de l'Amérique latine. En juin 2005, DKT s'est vu accorder des fonds au montant de 60 000\$ US, par la US Agency for International

Development (USAID), pour du travail en prévention du VIH au Vietnam.

DKT n'a pas de politique sur la prostitution et considère que la neutralité sur la question est dans le meilleur intérêt de son travail en prévention du VIH. En juillet, l'USAID a informé DKT qu'elle ne serait pas admissible à son financement à moins de certifier qu'elle a une politique anti-prostitution. Comme suite au refus de DKT d'adopter une telle politique ou de certifier son existence, l'USAID a annulé la subvention susmentionnée. Puisque environ 16 % du budget de DKT vient de l'USAID, la non-admissibilité au financement du gouvernement états-unien menace de nuire à son travail vital sur le VIH/sida.

En septembre 2005, l'Alliance for Open Society International (AOSI) et son affilié, l'Open Society Institute (OSI), ont intenté eux aussi une contestation de l'exigence de serment anti-prostitution. L'AOSI est en plein projet sur le VIH/sida en Asie centrale, principalement avec une bourse de 16,5 millions US \$ de l'USAID. L'OSI ne reçoit pas de financement de l'USAID, mais il fournit des fonds, de l'assistance technique et du soutien administratif au projet en question.

En août 2005, l'AOSI a été avisée qu'elle ne recevrait d'autres fonds pour son projet en Asie centrale qu'à condition de certifier sa conformité à l'exigence de serment anti-prostitution. Au constat que l'USAID allait autrement supprimer le financement de son projet anti-VIH/sida, et afin d'éviter les préjudices aux clients en cas de fermeture du projet, l'AOSI a développé puis signé un tel serment. L'AOSI a ensuite intenté une

poursuite contre l'USAID afin de se prévaloir de ses droits réglementaires et en vertu de l'Amendement premier, à savoir de participer à diverses activités financées par des sources privées, pour lutter contre le VIH/sida. L'OSI s'est joint à la poursuite afin d'éviter que l'USAID ne tente de pénaliser l'AOSI ou l'OSI pour des activités de cette dernière qui sont financées par des sources privées.²

Une multitude de voix se sont opposées à cette exigence qui place la moralité au dessus des données probantes, pour orienter les pratiques en prévention du VIH.

Dans les deux affaires, les affidavits déposés par divers experts en santé publique, qui ont de l'expertise en conception et évaluation de programmes de prévention et de réaction au VIH/sida, attestent des données à l'appui des programmes qui abordent les travailleuses sexuelles avec respect et sans préjugés. De telles approches sont vitales à acquérir la confiance des travailleuses sexuelles et à les impliquer dans des efforts de prévention du VIH – notamment l'intégration d'éducation et d'initiatives-terrain entre pairs. Le fait de forcer les bénéficiaires de subventions à s'opposer à la prostitution est susceptible de détruire ces programmes, d'exacerber le stigmate existant, de perpétuer la discrimination à l'égard des travailleurs sexuels et de les pousser encore plus loin

dans la clandestinité, à l'écart des services sociaux et de santé existants.

En plus de menacer des programmes sanitaires et fondés sur les droits, l'exigence de serment anti-prostitution contrevient à l'Amendement premier en forçant des organismes privés à épouser le point de vue du gouvernement et en restreignant ce qu'ils peuvent dire et faire, avec des fonds reçus de sources privées. Bien que les organismes participants soient tenus d'adopter ce serment, le gouvernement s'est refusé à offrir toute précision à propos de ce que signifie de « s'opposer à la prostitution », laissant ainsi planer une ombre d'incertitude sur des programmes entiers de prévention du VIH/sida. Les organismes se demandent si l'USAID les tiendra pour délinquants si, par exemple, ils discutent avec des alliés, font une conférence, ou publient un document ayant un lien avec le travail sexuel.

En intentant ces poursuites, DKT ainsi que l'AOSI et l'OSI se joignent à une multitude de voix qui se sont opposées à une exigence qui remplace le critère des données probantes par un critère de moralité, pour orienter les pratiques en prévention du VIH. L'organisme SANGRAM (Sampada Grameen Mahila Sanstha), un ONG établi à Sangli (Inde), est reconnu par des organismes indiens et internationaux comme un modèle de pratiques exemplaires en prévention du VIH/sida auprès de femmes impliquées dans la prostitution.³ En octobre 2005, SANGRAM a cessé d'accepter de l'argent de l'USAID pour son travail anti-VIH, vu sa compréhension que l'exigence de serment d'une part saccagerait l'esprit d'un travail fondé sur le respect des personnes vulnérables, et d'autre part brimerait le droit à la liberté

d'expression des organismes de la société civile.⁴

En mai 2005, le Brésil a rejeté 40 millions US \$ en bourses liées au VIH/sida, parce qu'elles étaient conditionnelles à ce que les organismes récipiendaires adoptent un serment opposé au travail sexuel.⁵ En février 2005, treize ONG états-uniens ont dénoncé la politique de l'USAID et déclaré qu'elle « nuit grandement » aux efforts de prévention du VIH/sida.⁶

Même si DKT et AOSI/OSI avaient gain de cause, la victoire dans ces affaires est peu susceptible de réparer les nuisances au travail sur le VIH/sida qui découlent de la US Global AIDS Act. Premièrement, les cours pourraient limiter l'application de leur verdict aux organismes états-uniens, ce qui n'éliminerait

pas l'exigence de serment pour les ONG étrangers.⁷ Deuxièmement, les poursuites intentées ne visent pas la disposition de cette même loi qui interdit l'utilisation des fonds pour « promouvoir ou appuyer la légalisation ou la pratique de la prostitution ».⁸

– Rebecca Schleifer

Rebecca Schleifer est chercheuse au Programme sur le VIH/sida et les droits humains, de Human Rights Watch. On peut la joindre à schleir@hrw.org.

¹ Un premier article sur le sujet : R. Schleifer, « É.-U. – Des restrictions au financement menacent les droits des travailleuses sexuelles », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 28-29.

² *Alliance for Open Society International, Inc. and Open Society Institute v USAID and Andrew Natsios*. Plainte déposée à la US District Court for the

Southern District of New York, 23 septembre 2005. (www.brennancenter.org/programs/downloads/complaint-osi.pdf)

³ L'Indian National AIDS Control Organization, l'ONUSIDA et l'UNESCO ont tous reconnus SANGRAM pour son travail sur le VIH/sida avec les femmes impliquées dans la prostitution. Des évaluations indépendantes, réalisées par Avert Society, subventionné par USAID, ont recommandé que le projet de SANGRAM auprès de femmes dans la prostitution soit promu au rang de centre de démonstration et de formation.

⁴ Communication par télécopie de David Kennedy, porte-parole, US Embassy, New Delhi, à Meena Saraswathi Seshu, secrétaire générale, SANGRAM, 6 octobre 2005; communication par courriel de Meena Saraswathi Seshu à Rebecca Schleifer, 7 octobre 2005.

⁵ M.M. Phillips, M. Moffett, « Brazil refuses US AIDS funds, rejects conditions », *Wall Street Journal*, 2 mai 2005, p. A3.

⁶ Lettre à Randall Tobias, US Global AIDS Coordinator, à propos de l'application des restrictions de la Global AIDS Act sur le travail auprès de travailleuses sexuelles, pour les ONG états-uniens, 25 février 2005.

⁷ Le fait de contraindre des organismes étrangers à adopter des politiques pour se conformer au point de vue du gouvernement soulève d'importantes préoccupations constitutionnelles, que les cours pourraient choisir d'aborder. Voir *DKT Memorial Fund Ltd. v Agency for Intern. Dev't* [1989] 887 F.2d 275 (D.C. Cir.) (Ginsberg, J., dissident).

⁸ *US Global AIDS Act*. 22 U.S.C. Sec., 7631(e).

Méthadone et buprénorphine sont ajoutées à la liste des médicaments essentiels de l'OMS

En mars 2005, la méthadone et la buprénorphine ont été ajoutées à titre de médicaments « complémentaires » à la 14^e Liste modèle des médicaments essentiels (LME) publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).¹ Des études ont démontré que ces médicaments augmentent la fidélité au traitement antirétroviral et réduisent le risque d'infection par le VIH chez les utilisateurs de drogue par injection (UDI).

Le fait qu'elles soient listées comme médicaments complémentaires ne signifie pas que l'appui qui leur est accordé soit partiel ou limité; cela indique plutôt que des installations spécialisées pour le diagnostic, le

suivi ou des soins médicaux, ou une formation particulière, sont nécessaires en lien avec l'utilisation de ces médicaments.²

La méthadone et la buprénorphine sont des opioïdes de synthèse large-

ment utilisés dans le traitement de substitution aux opiacés, afin de gérer la dépendance. La méthadone bloque les récepteurs d'opiacés, dans le cerveau, ce qui aide à réduire l'état de besoin (ou de « manque ») pour

plusieurs drogues opiacées, notamment l'héroïne et la morphine.³ L'efficacité des deux médicaments est plus importante en raison de la durée de 24 à 36 heures de leurs effets (en comparaison avec seulement six heures dans le cas de l'héroïne) et de la possibilité d'administration par voie orale.⁴ Ces deux facteurs contribuent à défaire les habitudes d'injection et à réduire l'état de manque.

Dans le paragraphe à leur sujet dans la liste, on peut lire « la buprénorphine et la méthadone sont toutes deux efficaces pour le traitement de la dépendance à l'héroïne. Le traitement d'entretien à la méthadone en dose adéquate est cependant le plus efficace pour la rétention des patients en traitement et la suppression de la consommation d'héroïne » [trad.]⁵

L'ajout de la méthadone et de la buprénorphine sur la LME est important, compte tenu de la controverse entourant ces substances dans certaines parties du monde. La *Convention unique sur les stupéfiants*, adoptée par les Nations Unies en 1961, classe la méthadone comme un « stupéfiant du Tableau 1 »,⁶ signifiant que la substance présente un risque spécialement sérieux pour la santé publique, et une utilité limitée.⁷ Cela a conduit à ce que la méthadone soit considérée comme une drogue illégale dans plusieurs pays, dont la Russie.⁸

L'ajout de la méthadone et de la buprénorphine à la LME constitue une affirmation par l'OMS de l'utilité de ces substances et de leur efficacité dans le traitement de substitution aux opioïdes. Un médicament n'ajouté à la LME que s'il satisfait des conditions de santé publique, de prévalence de maladie, d'innocuité, d'efficacité et de rapport coût-efficacité.⁹ La conformité de la méthadone et de

la buprénorphine à ces critères est démontrée par un corpus considérable de données cliniques.¹⁰

Des données démontrent aussi que la méthadone et la buprénorphine sont efficaces pour réduire la transmission de l'infection par le VIH entre utilisateurs de drogue par injection.¹¹ Le traitement de substitution aux opiacés est également associé à une amélioration de la fidélité au traitement antirétroviral, chez les utilisateurs de drogue séropositifs au VIH.¹²

Il est à espérer que leur ajout à la LME contribuera à élargir l'accessibilité au traitement de substitution aux opiacés, dans les pays où l'épidémie du VIH est catalysée par l'injection de drogue.¹³ Le Dr Srdan Matic, conseiller régional en matière d'ITS/VIH/sida au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, a déclaré :

Il faut nous attaquer à la propagation du VIH parmi les utilisateurs de drogue en renforçant les liens entre les services de traitement de la dépendance et les services de traitement du VIH/sida. ... Le fait que la méthadone et la buprénorphine aient été ajoutées sur la Liste des médicaments essentiels de l'OMS aidera les pays à rendre disponible le traitement de substitution. [trad.]¹⁴

La LME est un élément normatif sur lequel plusieurs pays basent leurs propres listes de médicaments essentiels.¹⁵ Plusieurs organismes internationaux et non gouvernementaux, aux quatre coins du monde, ont aussi adopté la LME et aligné leur approvisionnement en médicaments sur son contenu.¹⁶ Ces listes sont un outil très important dans le domaine des soins de la santé et « permettent une meilleure qualité de soins, une meilleure gestion des médicaments (y compris

une meilleure qualité des médicaments prescrits) et un usage plus efficace des ressources en matière de santé » [trad.]¹⁷

– Greg Herget

Greg Herget, étudiant en deuxième année à la Faculté de droit de l'Université de Toronto, est également stagiaire au Réseau juridique, par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

¹ Organisation mondiale de la santé, [14^e] *Liste modèle de médicaments essentiels (révision mars 2005)*, (via www.who.int).

² *Ibid.*

³ J. Johnson, « The top pharmaceuticals that changed the world », *Chemical and Engineering News*, 2005, 89 (25).

⁴ *Ibid.*

⁵ OMS, 14^e Liste modèle.

⁶ Nations Unies, *Convention unique sur les stupéfiants*, 1961 (accessible via www.unodc.org).

⁷ Parlement européen, *Working document on the UN conventions on drugs*, Commission des libertés et des droits des citoyens, de la justice et des affaires intérieures, 2002.

⁸ *Russia: Drug law reforms help combat AIDS, curb abuses*, Human Rights Watch (édition Internet), 21 mai 2004.

⁹ OMS, Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines, *WHO medicine strategies: revised procedures for updating WHO's Model List of Essential Drugs*, E/B 109/8, 7 décembre 2001, par. 12 (via www.who.int).

¹⁰ A. Antela et coll., « Influence of a methadone maintenance programme on the improved outcome of a cohort of injecting drug users with advanced HIV disease », *AIDS*, 1997, 11 : 1405-1406.

¹¹ Voir, p. ex. L. Gowing et coll., « Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection », *Cochrane Review* (version Internet), dans The Cochrane Library, 2004, 4.

¹² Voir, p. ex. S. Clarke et coll., « Assessing limiting factors to the acceptance of antiretroviral therapy in a large cohort of injecting drug users », *HIV Medicine*, 2003, 4(1) : 33-37.

¹³ L. Gowing et coll.

¹⁴ OMS/Europe, *Experts call for opioid substitution treatment to prevent HIV/AIDS transmission in prisons*, juillet 2005. Available at www.who.dk.

¹⁵ OMS, Expert Committee.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ *Ibid.*, par. 2.

Afrique australe – Discrimination dans l'accès à l'éducation pour les enfants affectés par le sida

En juin 2005, Human Rights Watch (HRW) a fait enquête au Kenya, en Afrique du Sud et en Ouganda pour documenter l'expérience d'enfants affectés par le sida, dans l'inégalité et la négligence au sein du système scolaire.¹ HRW a constaté, comme dans des recherches antérieures, que la maladie d'un parent, ou des deux, à cause du VIH/sida, a conduit plusieurs enfants à abandonner l'école pour s'occuper de tâches domestiques ou atténuer la perte de revenu familial. Le décès parental conduit dans bien des cas à l'abandon, à la discrimination au sein des familles élargies ou d'accueil, et à un traumatisme émotif qui nuit au rendement scolaire.

Des violations de droits humains des soignants (habituellement les femmes), comme l'appropriation de leur propriété et le lévirat [la veuve « donnée » en héritage], anéantissent pratiquement la capacité des soignants d'accéder à des biens et de payer pour l'éducation des orphelins et d'autres enfants affectés par le VIH/sida dont ils s'occupent. À peu d'exceptions près, les réponses gouvernementales à des problèmes aux racines profondes consistent à donner de petites subventions à des organismes communautaires, pour fournir des soins et du soutien aux orphelins, plutôt que d'examiner et de réformer leurs systèmes d'éducation et de foyers nourriciers.

Les discussions sur le VIH/sida et l'accès à l'éducation se concentrent souvent principalement sur le stigmatisation et la discrimination qui sont évidents, dans le système scolaire, à l'égard des enfants qui vivent avec le VIH/sida ou qui en sont affectés. Dans plusieurs pays, des organismes de lutte contre le VIH/sida et pour les droits humains ont documenté des cas d'enfants qui ont été bloqués, expulsés ou chassés de l'école parce qu'ils ont le VIH, ou que leurs parents l'ont.² Le cas récent du Centre pour

enfants Nyumbani, au Kenya, un orphelinat pour enfants séropositifs qui a dû tenter des poursuites contre le gouvernement du Kenya pour que les enfants puissent aller à l'école publique, est un sinistre rappel du point où l'on peut devoir se rendre pour assurer un accès égal à l'éducation pour les enfants touchés par le sida.³

Peut-être encore plus répandus qu'une discrimination aussi éclatante, cependant, sont les cas d'enfants affectés par le VIH/sida qui doivent abandonner l'école simplement parce que leurs systèmes scolaires – de manière moins ouvertement discriminatoire – échouent à s'occuper de leurs besoins particuliers. De récentes enquêtes dans des régions lourdement affectées par le VIH/sida, dans l'Est et le Sud de l'Afrique, ont révélé que les enfants dont un parent ou les deux sont décédés sont plus susceptibles que leurs pairs, y compris dans des circonstances de pauvreté similaires, d'abandonner l'école, de prendre du retard ou de ne pas faire de progrès scolaire.⁴

Ces enfants ont également moins de chances qu'une part des ressources limitées de leur famille soit

consacrée à leur éducation – un signe possible de discrimination à l'égard des orphelins (et de favoritisme pour les enfants biologiques) au sein des familles élargies. Ces disparités ne peuvent pas s'expliquer uniquement par la discrimination ouverte de la part des écoles : elles découlent plutôt de facteurs plus larges qui sont liés à l'impact de maladie ou du décès de parents sur l'accès des enfants à l'éducation.

Prises dans leur ensemble, ces difficultés composent une forme de discrimination systémique dans l'accès à l'éducation. En vertu du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (PIRDESC), les enfants ont droit à l'égalité dans l'accès aux services sociaux, sans égard à la séropositivité ou au sida de leurs parents.⁵ Le comité des droits économiques, sociaux et culturels a affirmé que le PIRDESC fournit une protection non seulement contre la discrimination directe – p. ex. l'expulsion d'enfants de l'école parce qu'ils sont séropositifs au VIH –, mais aussi contre la « discrimination *de facto* », c'est-à-dire qui découle d'un désavantage social sous-jacent.⁶

Un constat de discrimination *de facto* donne lieu à une obligation du gouvernement de prendre des mesures affirmatives pour améliorer l'accès à l'éducation, et oblige du même coup les donateurs internationaux qui ont ratifié le PIRDÉSC à assister le plus possible ces enfants. Ces obligations devraient être considérées essentielles au but plus général de l'accès universel à l'éducation pour tous.

Les enfants affectés par le VIH/sida ont besoin de mesures spéciales d'accommodement dans les écoles, de la même manière que les enfants qui ont un handicap physique peuvent avoir besoin que l'on installe une rampe pour fauteuil roulant, ou comme les enfants de langue étrangère peuvent avoir besoin d'un professeur de langue. Dans tous les cas, l'échec des gouvernements à adopter des accommodements à la situation particulière d'une minorité aux prises

avec une marginalisation évidente et historique – et de fait, l'échec à veiller à l'égalité substantive, plutôt que simplement formelle – résulte en des taux disparates de participation scolaire, de présence et de progrès. La réponse aux besoins uniques des enfants affectés par le VIH/sida, sur le plan de l'éducation, devrait devenir pour les gouvernements une partie centrale de la réponse au VIH/sida ainsi que de l'ensemble de leur stratégie en matière d'éducation.

– Jonathan Cohen

Jonathan Cohen est chercheur au Programme sur le VIH/sida et les droits humains de HRW; on peut le joindre à cohenj@hrm.org.

¹ Human Rights Watch, « Letting them fail: barriers to education for children affected by AIDS », 17(13(A)), octobre 2005. (Rapport accessible à <http://hrw.org/english/docs/2005/10/07/safric11838.htm>).

² Pour une étude récente, voir Human Rights Watch, *Future forsaken: abuses against children affected by HIV/AIDS in India*, juillet 2004, p. 63-84.

³ « Kenya: AIDS-law sensitization results in schooling for orphans » (communiqué non daté), Kenya AIDS NGO Consortium. Voir aussi « Landmark suit a big victory for the Kenyan child », *The Children Act Monitor*, janvier 2004, n° 0013/04.

⁴ Voir, p. ex., T. Yamano et T.S. Jayne, « Working-age adult mortality and primary school attendance in rural Kenya », *Economic Development and Cultural Change*, 2005, 53(3) : 619-654; A. Case et C. Ardington, *The impact of parental death on school enrollment and achievement: longitudinal evidence from South Africa* (manuscrit inédit), 7 février 2005; D. Evans et J. Miguel, *Orphans and schooling in Africa: a longitudinal analysis* (manuscrit inédit), mars 2005; et M. Ainsworth, K. Beegle et G. Koda, « The impact of adult mortality and parental deaths on primary schooling in north-western Tanzania », *The Journal of Development Studies*, 2005, 41(3).

⁵ Assemblée générale des Nations Unies, *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Res. 2200A, adopté le 16 décembre 1966 (entré en vigueur le 2 janvier 1976), art. 2(2) (non-discrimination) et art. 13 (droit à l'éducation); Assemblée générale des Nations Unies, *Convention des droits de l'enfant*, Res. 44/25, adoptée le 10 novembre 1989 (entrée en vigueur le 2 septembre 1990), art. 2(1) (non-discrimination) et art. 28 (droit à l'éducation); Comité des droits de l'enfant, *Observation générale 3 : le VIH/sida et les droits de l'enfant*, CRC/GC/2003/1, 13-31 janvier 2003, par. 7 (notant que l'expression « autre situation » inclut la séropositivité de l'enfant ou de ses parents).

⁶ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Le droit à l'éducation » (art. 13), E/C.12/1999/10, 12 août 1999, par. 6 et 37.

Un rapport documente la criminalisation de la transmission du VIH en Europe

En avril 2005, le chapitre européen du Réseau mondial des personnes vivant avec le VIH/sida (GNP+) et le Terrence Higgins Trust ont publié un rapport sur la criminalisation de la transmission du VIH et de l'exposition au VIH en Europe.¹ Au terme d'un examen rapide de la situation, le rapport offre un instantané des lois pénales sur la transmission du VIH et l'exposition au VIH dans 41 pays européens ainsi que des poursuites intentées.

Lois et procès

Pendant l'été de 2004, plus de 600 questionnaires portant sur le droit

pénal et l'exposition au VIH ou sa transmission ont été distribués par les deux organismes, à des organismes non gouvernementaux, des ministères,

des représentants des Nations Unies dans les pays ainsi qu'à des personnes qui travaillent à des questions liées au VIH/sida, dans les 45 États européens

qui ont signé la *Convention pour la sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales*.²

Seulement 87 questionnaires remplis ont été reçus, mais suffisamment d'information en a été tirée quant aux expériences de 41 pays. Dans 36 de ces derniers, la transmission réelle ou potentielle du VIH peut constituer une infraction criminelle; dans 21 pays, on a signalé qu'au moins une personne avait été poursuivie en justice.

Quatorze pays ont signalé avoir adopté ou amendé une loi pour répondre spécifiquement à la transmission du VIH ou d'autres infections transmissibles sexuellement (ITS). Dans les pays où l'on n'a pas de loi spécifique au VIH, des poursuites pour la transmission du VIH ou pour l'exposition d'autrui au VIH avaient été intentées au moyen d'infractions de trois types : transmission de maladie contagieuse; préjudice physique et voies de fait; et meurtre et homicide.

L'Autriche, la Suède et la Suisse sont les pays où a été intenté le plus grand nombre de poursuites : plus de trente dans chaque pays. Dans l'ensemble, au moins 130 personnes ont été trouvées coupables de transmission du VIH ou d'exposition d'autrui à l'infection. Dans les pays d'où l'on a obtenu de l'information sur le sexe des personnes condamnées, plus de 90 % étaient des hommes ayant eu une relation sexuelle avec une femme. Aucune condamnation pour transmission du VIH de la mère au fœtus/nouveau-né n'a été rapportée.

Impact de la criminalisation sur les droits humains

Le rapport a examiné également les problèmes de droits de la personne qui s'associent à la criminalisation,

et le rôle des médias et organismes d'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida. Le principal enjeu de droits humains qui y est identifié est le nombre disproportionné d'immigrants qui sont condamnés pour des infractions liées au VIH/sida et qui sont déportés pour cette raison. Les auteurs du rapport laissent entendre que la déportation d'individus vers des pays africains où les traitements pour le VIH/sida ne sont pas largement disponibles, peut dans certains cas constituer une violation des droits de la personne à la vie, à la santé et à ne pas subir de peine cruelle, inhumaine ou dégradante.

À propos de la couverture médiatique, le rapport affirme :

Dans la plupart des cas, la presse populaire semble avoir « sensationnalisé » les cas, dépeignant souvent les accusés comme une menace à la population. Les médias, et les perceptions négatives du public qui sont influencées par les médias, ont été cités par plusieurs répondants comme un facteur clé des poursuites pénales et de leur impact public.

Le rapport indique que les organismes dont la mission inclut l'aide aux personnes vivant avec le VIH/sida ont un certain nombre de rôles à jouer devant la criminalisation : de la surveillance des événements, au soutien des personnes accusées au pénal, en passant par des campagnes pour la modification des lois. Le rapport a également signalé le manque de ressources pour les personnes vivant avec le VIH/sida qui sont aux prises avec la criminalisation ainsi que pour les personnes qui défendent leurs droits et intérêts :

On a cependant l'impression que les organismes avaient été dépassés par

les événements. Il est possible que, devant l'hostilité des médias ou du public, et en présence de difficulté à obtenir de l'information factuelle ou à s'entendre sur un point de vue, certains organismes aient considéré plus prudent de garder le silence. Quelle qu'en soit la cause, il est évident dans plusieurs pays que l'on ne localise pas facilement une source d'expertise communautaire ou non gouvernementale en lien avec le VIH et le droit.

Les auteurs du rapport ont conclu par un appel à la collecte de recherches et de meilleure information, en vue d'une compréhension plus complète de l'enjeu et des tendances liées à la criminalisation en Europe.

– Glenn Betteridge

Glenn Betteridge est analyste principal des politiques au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à gbetteridge@aidslaw.ca.

¹ M. Nyambe, *Criminalisation of HIV transmission in Europe: a rapid scan of the laws and rates of prosecution for HIV transmission within signatory States of the European Convention on Human Rights*, Global Network of People Living with HIV/AIDS Europe et Terrence Higgins Trust, avril 2005, (accessible via www.gnpplus.net/criminalisation/download.shtml).

² Convention [européenne] de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales, ETS 5, 213 UNTS 222

Botswana – Les réfugiés n’ont pas droit à tous les services aux citoyens

Le Botswana, un pays où les taux de prévalence du VIH/sida sont parmi les plus élevés au monde, a été salué sur la scène internationale pour son ambitieux programme visant à offrir à tous ses résidents le test et le counselling volontaires pour le VIH, des services de prévention de la transmission périnatale, de même que des traitements antirétroviraux à toutes les personnes vivant avec le VIH/sida. Malheureusement, ces politiques n’incluent pas le vaste nombre de personnes réfugiées au Botswana. La *Refugee Recognition and Control Act*¹ de ce pays ne reconnaît pas les réfugiés comme étant des résidents réguliers.

Le Gouvernement du Botswana, en collaboration avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCNUR), a créé le camp de Dukwi en 1975. Tous les réfugiés reconnus dans ce pays vivent dans ce camp situé dans le Centre-Est du Botswana; on y compte 3 194 réfugiés, de l’Angola, de la Namibie, du Zimbabwe, de la Somalie, du Burundi, de l’Ouganda et de la République démocratique du Congo, dont un peu plus de la moitié sont des adultes. Le taux exact de prévalence du VIH n’est pas connu, mais le taux général aux environs du sous-district de Tutume est de 37,7 %.

Deux fois par semaine, 90 pairs éducateurs travaillent à stimuler la sensibilisation sur le VIH/sida, dans le camp de Dukwi, dont ils visitent tous les secteurs à l’exception de celui qui croît le plus rapidement – le cimetière du camp. « Plusieurs jeunes meurent du sida », a affirmé Mavis Matenga, agente pour le HCNUR dans ce camp. « Mais si le VIH continue de se propager, ce n’est pas à cause d’un manque d’information. »²

Même isolés dans ce camp, les réfugiés interagissent fréquemment avec la population locale. Le mariage et le commerce sexuel ne sont pas

rare entre des réfugiés et des gens des environs du camp. Ces interactions et leurs répercussions en termes de transmission du VIH ne peuvent pas être ignorées.

Une directive présidentielle de 2002 a affirmé que les réfugiés du camp de Dukwi devraient continuer de recevoir des services médicaux publics. On trouve dans le camp une clinique médicale du gouvernement, dotée d’installations de diagnostic et de soins. Cependant, cette clinique n’offre pas de traitement antirétroviral ni de programme de prévention de la transmission périnatale du VIH – des services qui sont disponibles ailleurs au pays. Un programme de prévention périnatale était offert, à un moment, mais le gouvernement l’a fermé en juillet 2004. Ces pratiques discriminatoires sont liées à l’impression que le traitement antirétroviral serait un gaspillage si on le fournissait aux réfugiés qui retourneraient dans leur pays d’origine où ces médicaments ne sont pas disponibles.

Les réfugiés du camp de Dukwi ne souhaitent pas tous demeurer au Botswana; il s’agit d’un obstacle à leur espoir de recevoir ce traitement. Plusieurs réfugiés sont déterminés à

retrouver leur patrie. Depuis décembre 2004, par exemple, plus de 300 réfugiés angolais ont été rapatriés.

La situation des réfugiés est compliquée d’autant plus par le grand nombre d’immigrants illégaux au Botswana. Les mouvements de réfugiés se produisent dans le cadre de vagues migratoires mixtes qui incluent un grand nombre d’immigrants illégaux qui sont catégorisés comme des réfugiés. Les problèmes politiques et économiques au Zimbabwe, par exemple, ont poussé plus de 60 000 personnes à immigrer au Botswana illégalement. L’absence de distinction entre les réfugiés et les immigrants illégaux sème la confusion dans la perception du public et dans les politiques gouvernementales, menaçant l’efficacité de la protection internationale des réfugiés. Le manque de solutions viables pour les réfugiés et les immigrants illégaux contribue à éroder la générosité de l’asile aux réfugiés, en Afrique.

« Le nombre [d’immigrants illégaux] gonfle les registres des pays d’asile et la longue tâche de traiter leur demande d’asile embourbe les systèmes d’adjudication », aurait affirmé le représentant régional du HCNUR lors d’un atelier sur les

réfugiés et les personnes déplacées au sein de Communauté de développement de l'Afrique australe (SADC).³

Une approche transfrontalière pourrait être la réponse. L'atelier de la SADC a conduit à recommander des politiques uniformes en matière de politiques sur les réfugiés ainsi que de régimes de traitement pour le VIH/sida, pour tous les États membres, comme moyen d'avancer.⁴ De plus, la Banque mondiale s'occupe actuellement de ce problème en finançant des initiatives sur le VIH/sida dans la région des Grands lacs [africains], avec l'implication de six gouvernements de pays de la région.⁵ Étant donné que la *Refugee Recognition and Control Act* du Botswana est silencieuse à propos de certains aspects de la protection des réfugiés, une nouvelle loi sur

les réfugiés pourrait être nécessaire d'harmoniser le droit national et le droit international.

Exclure les réfugiés d'un programme de traitement du VIH/sida est très discriminatoire, en plus d'être néfaste sur le plan épidémiologique. Afin que le Botswana atteigne son but d'être une nation libérée du sida d'ici à 2016,⁶ une intervention concertée doit être maintenue à Dukwi; un examen des programmes et politiques en matière de VIH/sida sera essentiel. Tant qu'ils sont sur le territoire du Botswana, les réfugiés sont sous la responsabilité de ce pays; leur droit à la vie doit être reconnu et respecté.

– Vanisree Trippayya

Vanisree Trippayya est assistante en recherche au Botswana Network on Ethics, Law and HIV/AIDS (BONELA).

¹ *Refugees Recognition and Control Act*, Botswana 1967, c. 25:01, art.13.

² M. Sunjic, « Botswana camp fights uphill battle against HIV and AIDS », *UNHCR News Stories*, 23 février 2005, accessible via www.unhcr.ch.

³ Botswana Press Agency, « Workshop highlights problems stalling repatriation », *Daily News* (Gaborone, Botswana), 24 août 2005, p. 3. La troisième rencontre régionale sur les questions de réfugiés, pour les commissaires nationaux dans ce dossier ainsi que d'autres hauts fonctionnaires de la SADC, a eu lieu à Gaborone les 22-23 août 2005, sous le thème « Effective Refugee Protection in SADC », et était co-organisé par le Gouvernement du Botswana, le HCNUR et la SADC.

⁴ *Ibid.*

⁵ Le 15 mars 2005, la Banque mondiale a approuvé une subvention de 20 millions US \$ pour la lutte au VIH/sida dans les six pays de la région des Grands lacs.

⁶ Vision 2016 est le manifeste national du Botswana. Lancé en 1996, il constitue l'énoncé des buts à long terme et identifie les défis qui s'y rattachent ainsi qu'un ensemble de stratégies pour les affronter.

Collecte de fonds pour le Fonds mondial : important manque à gagner

Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme n'a recueilli qu'environ la moitié des fonds dont il aura besoin en 2006-2007. Ce manque à gagner signifie que plusieurs programmes de lutte contre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme ne pourront pas être mis en œuvre – au moment même où les pays devraient intensifier leur réponse. « Le manque de financement actuel aura un impact dévastateur, affirme Anandi Yuvaraj, membre du conseil d'administration du Fonds mondial. Il dérobera à des femmes, hommes et enfants défavorisés, l'espoir d'accéder à des services de prévention et de traitement salvateurs. »¹

Lors de la Conférence de reconstitution du Fonds mondial à Londres (Royaume-Uni), les 5-6 septembre 2005, les pays donateurs ont promis 3,7 milliards \$US. Le Fonds mon-

dial réclamait 7,1 milliards \$US. Par conséquent, deux des trois rondes de financement prévues en 2006-2007 (sinon les trois) devront être reportées. Les dons de 3,7 milliards \$US

couvriront le renouvellement des subventions existantes, en 2006-2007, mais n'assureront pas le financement de nouvelles propositions. (Les subventions du Fonds mondial sont habi-

tuellement versées sur cinq ans; mais le financement initial n'est approuvé que pour deux ans, avant d'être renouvelé pour trois autres années si l'initiative est fructueuse.)

Avec une contribution de 658 millions \$US, la France est le plus important donateur du Fonds mondial, suivie des États-Unis (600 millions \$US) et du Japon (500 millions \$US). Les États-Unis pourraient verser jusqu'à 300 millions \$US supplémentaires, selon l'issue des discussions en cours au Congrès. Les États-Unis ont signalé que leur part ne devrait pas excéder le tiers des contributions totales au Fonds mondial. Plusieurs ont interprété cette affirmation comme un engagement à financer entièrement le tiers du Fonds mondial. Pour ce faire, les États-Unis devraient augmenter leur contribution de 600 millions \$US à 1 550 millions \$US.

Compte tenu des nombreuses subventions octroyées lors des premières rondes de financement, et dont le renouvellement approche, ainsi que des nouvelles rondes tenues chaque année, les besoins financiers du Fonds mondial sont devenus beaucoup plus importants. Plusieurs militants soutiennent même que l'objectif de 7,1 milliards \$US pour le Fonds mondial en 2006-2007 était sous-évalué. L'ONUSIDA estime que, pour le VIH/sida seulement, les besoins financiers s'élèveront à 18,1 milliards \$US en 2007 (et à 22 milliards \$US en 2008).² Le Fonds mondial fournit environ 20 % de

l'ensemble des fonds internationaux pour la lutte contre le VIH/sida.

Le Fonds mondial a également connu, en 2005, une pénurie de financement qui a entraîné des délais dans la mise en œuvre de certaines initiatives approuvées lors de la cinquième ronde. À sa rencontre de Genève (Suisse) en septembre 2005, le conseil d'administration du Fonds mondial a donné le feu vert à 26 subventions, totalisant 382 millions \$US – en plus d'en approuver provisoirement 37 autres, d'une valeur totale de 344 millions \$US, qui ne seront pas officialisées à moins que de nouveaux fonds soient reçus d'ici la fin de juin 2006.

Des militants ont souligné que les contributions au Fonds mondial ne devraient pas dépendre uniquement du bon vouloir des pays donateurs : elles devraient être prévisibles et proportionnelles à la juste part de chacun. À cet effet, des militants ont élaboré des objectifs de plaidoyer visant les pays donateurs, qu'ils ont inclus dans un appel international au financement complet du Fonds mondial.³

Depuis ses débuts, le Fonds mondial donne des résultats impressionnants. À la fin de 2004, trois ans après sa création, il avait contribué à fournir des traitements antirétroviraux à 130 000 personnes vivant avec le VIH; un test volontaire du VIH à plus d'un million de personnes; un traitement à 385 000 patients atteints de tuberculose; un traitement hautement efficace d'artémisinine contre le palu-

disme à plus de 300 000 personnes; et des filets anti-moustiques pour prévenir le paludisme, à plus de 1,35 million de familles.⁴

Au Sommet du G8 à Gleneagles (Écosse), en juillet 2005, les chefs d'États se sont engagés à « fournir l'accès le plus universel possible au[x] traitement[s] contre le [VIH/] sida d'ici 2010 ». ⁵ Il est peu probable que cet engagement soit réalisé si le Fonds mondial n'atteint pas ses objectifs de collecte de fonds.

Le Fonds mondial reçoit pratiquement tout son financement de pays donateurs. Il est évident que ceux-ci devront rehausser significativement leur contribution internationale à la lutte contre le VIH/sida. On a convenu de tenir une autre Conférence de reconstitution en juin 2006.

– David Garmaise

David Garmaise est rédacteur en chef de la *Revue VIH/sida, droit et politique*. On peut le joindre à dgarmaise@rogers.com.

¹ Alliance internationale contre le VIH/sida, « US misses its own target to finance the Global Fund », septembre 2005 (www.aidsalliance.org).

² ONUSIDA, *Resource needs for an expanded response to AIDS in low and middle income countries*, juin 2005, (www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub06/resourceneedsreport_24jun05_en_pdf.pdf).

³ Pour plus d'information sur l'appel international et les objectifs de plaidoyer, voir le site Internet d'Aidspan, un ONG qui se consacre aux enjeux liés au Fonds mondial : www.aidspace.org/replenishment/.

⁴ Conseil international des ONG de lutte contre le sida, *Appel au plaidoyer : Financement du Fonds mondial*, 4 août 2005 (www.icaso.org).

⁵ *Ibid.*

En bref

Inde – Tests du VIH pour les recrues de l'armée

En septembre 2005, le Gouvernement de l'Inde a annoncé son intention d'administrer le test du VIH à toutes les nouvelles recrues de l'armée.¹ De plus, les femmes du personnel du service passeront des tests prénatals du VIH. Des quelque 1,3 million de militaires actifs de l'Inde,² on estime que 20 000 pourraient être séropositifs au VIH. L'armée cite environ 200 décès liés au sida, parmi ses effectifs, depuis deux ans.³

Ces politiques soulèvent un certain nombre de préoccupations éthiques liés à la vie privée et aux droits de la personne; notamment, l'égalité de traitement des militaires séropositifs au VIH et la question de la divulgation de leur séropositivité. En particulier, on craint que l'armée utilise la séropositivité au VIH comme seule base pour évaluer l'aptitude physique des recrues. En 2000, la High Judicature of Bombay a maintenu la décision de la Marine de l'Inde de refuser de réembaucher un employé, au motif qu'il était séropositif au VIH.⁴

En 2002, le Réseau juridique canadien VIH/sida a préparé un rapport pour l'ONUSIDA, à propos de la question du test du VIH parmi les forces de maintien de la paix de l'ONU ainsi que du personnel militaire en général. Le rapport a conclu que la séropositivité au VIH n'affecte pas nécessairement la capacité d'un militaire de s'acquitter de ses tâches et ne pose pas nécessairement de ris-

que pour la santé d'autrui; la recommandation était de privilégier le test et le counselling volontaires, sur une base individuelle, plutôt qu'un régime de test obligatoire.⁵

– *Tim Franklin*

Tim Franklin est étudiant en première année à la Faculté de droit de l'Université de Toronto et stagiaire au Réseau juridique par le biais de Pro Bono Students Canada.

Indonésie – Amendes pour les hommes refusant de porter un condom avec une travailleuse sexuelle

La régence de Merauke,⁶ dans la province indonésienne de la Papouasie occidentale, a introduit le règlement no 5/2003 sur la prévention du VIH/sida. Le règlement prévoit que les hommes peuvent se voir imposer une amende de 5 millions de roupies du pays (environ 500 US \$) s'ils refusent de porter un condom lors d'un rapport sexuel avec une travailleuse sexuelle. Le règlement permet par ailleurs que les travailleuses sexuelles puissent refuser leurs services aux clients qui refusent de porter un condom.

Les autorités espèrent mettre le règlement en application dans des secteurs où se pratique la prostitution ainsi que dans des bars et hôtels. Cependant, l'application du règlement promet de présenter un défi,

compte tenu du caractère privé des rapports sexuels.

Joseph Rinta, chef du Bureau de santé de la régence de Merauke, a affirmé : « Les prostituées peuvent déposer un rapport » lorsque leurs clients refusent de porter un condom.⁷ John Rahail, directeur de l'Association indonésienne de planning des naissances, à Jayapyra (capitale de la Papouasie occidentale), a affirmé quant à lui : « Ce règlement est un geste positif, qui témoigne des efforts de l'administration pour prévenir la propagation du virus. Mais il ne voudra pas dire grand chose à moins d'efforts solides à son appui. »⁸

M. Rinta prévoit un programme de mise en œuvre étalé sur trois mois, pour faire connaître le règlement aux travailleuses sexuelles et à leurs clients. Dans le cadre du programme, une équipe médicale a été assignée à la tâche d'examiner mensuellement l'état de santé des travailleuses sexuelles. Celles chez qui ont détecté une maladie transmissible se verraient interdire d'exercer le travail sexuel tant et aussi longtemps qu'il y a un risque de transmission.⁹

Plusieurs organismes de la Papouasie occidentale tentent de rendre les condoms plus accessibles dans la région en installant des distributeurs automatisés. On espère que ces machines augmenteront l'accès aux condoms pour les hommes qui sont souvent trop gênés pour en acheter en pharmacie.¹⁰

Le gouverneur adjoint de la Papouasie occidentale, Constant

Karma, a affirmé qu'en mars 2005, on comptait dans cette province 1 847 personnes vivant avec le VIH/sida.¹¹ L'Organisation mondiale de la santé estime que le nombre pourrait en fait se situer entre 10 000 et 15 000. Au total 305 personnes sont décédées de maladies liées au sida, depuis la déclaration du premier cas de VIH dans la province en 1992.¹²

– Greg Herget

Asie du Sud-Est – Examen des politiques nationales sur le VIH et la migration

Le Programme régional Canada-Asie du Sud-Est sur le VIH/sida (PRCASEVS) a développé un outil pour examiner la conformité aux principales normes pour les politiques sur le VIH à l'égard des populations migrantes et mobiles, dans les pays de l'Asie du Sud-Est. Il sert à évaluer dans quelle mesure un pays a endossé un instrument particulier (comme la *Convention sur les travailleurs migrants*), en consignand des données pertinentes, à partir d'entrevues avec des informateurs clés.

Le PRCASEVS a pour but de réduire la vulnérabilité au VIH parmi les populations migrantes et mobiles dans quatre pays adjacents à la sous-région du Grand Mékong : le Cambodge, la République démocratique populaire lao, la Thaïlande et le Vietnam. Le projet, financé par l'Agence canadienne de développement international (ACDI), vise à accroître la capacité des gouvernements de concevoir, mettre en œuvre et coordonner des programmes, lois

et politiques en matière de VIH pour les populations migrantes et mobiles. La migration et la mobilité sont reconnues comme des facteurs nécessaires à la croissance économique de la région, mais elles contribuent du même coup à la propagation du VIH. En 2002, la United Nations Regional Task Force on Mobile Populations and HIV Vulnerability a développé une stratégie pour la réduction de la vulnérabilité au VIH.¹³ Plutôt que de tenter de restreindre la migration et la mobilité, cette stratégie met de l'avant le concept de « mobilité sûre ». La mobilité sûre inclut des éléments comme l'inclusion des populations affectées, dans le développement des politiques, ainsi que le développement d'institutions et mécanismes nationaux fondés sur les droits, afin de protéger les personnes mobiles (y compris les utilisateurs de drogue et les travailleuses sexuelles) contre le VIH.

Outre cette stratégie, d'autres instruments juridiques et du domaine des politiques, aux paliers régional et international, fournissent des orientations aux gouvernements, bailleurs de fonds et autres dépositaires d'enjeux liés au VIH et à la migration. Ces instruments incluent les pactes internationaux sur les droits humains, la *Déclaration d'engagement sur le VIH/sida* adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, et au palier régional le *Memorandum of Understanding for Joint Action to Reduce HIV Vulnerability related to Population Movement*.

Les résultats des auto-évaluations des politiques nationales, qui devraient être des rapports gouvernementaux officiels, serviront au plaidoyer national et régional en vue

d'améliorer les lois, politiques et programmes. Le PRCASEVS prévoit créer un site Internet public où la documentation sera déposée.

– David Patterson

David Patterson est le chef d'équipe du PRCASEVS en matière de politiques, planification et plaidoyer. Pour de plus amples renseignements, on peut communiquer avec lui à david.patterson@videotron.ca.

Californie – Échec du sénat à adopter une loi autorisant la distribution de condoms dans les prisons de l'État

En août 2005, le projet de loi AB1677 a été tenu en suspens par le Comité des appropriations du Sénat de la Californie; le projet de loi est mort au feuilleton pour l'année législative en cours.¹⁴ Le projet de loi aurait permis à des organismes à but non lucratif et à des agences de soins de santé de distribuer des condoms et d'autre matériel pour le sécurisexe dans les prisons d'État de la Californie.

Le but du projet de loi est de réduire la transmission du VIH dans les prisons californiennes. Les Centers for Disease Control and Prevention états-uniens estiment que 1 240 détenus en Californie sont séropositifs au VIH, ce qui implique annuellement jusqu'à 18 millions US \$ à l'État en coûts médicaux liés au VIH.¹⁵ Puisque la plupart des détenus de la Californie sortent de prison pour retourner dans leurs familles et dans les communautés, l'accès aux condoms est essentiel à la protection de la santé,

non seulement pour les détenus mais aussi pour les communautés où ils retournent.

Le projet de loi a reçu l'aval de l'assemblée législative californienne en juin 2005, avant d'être suspendu par le comité du sénat (qui se préoccupe du financement et des mesures budgétaires qu'impliquent les projets de loi) pour examen plus approfondi. Plusieurs organismes d'importance qui appuient le projet de loi, notamment l'AIDS Healthcare Foundation et Human Rights Watch, ont exprimé leur frustration devant l'échec à adopter le projet de loi,¹⁶ qui aura une chance ultérieure d'être approuvé lorsque le Sénat siégera de nouveau en janvier 2006.

Les prisons municipales de Los Angeles et de San Francisco ainsi que les prisons d'État du Vermont et du Mississippi mettent déjà des condoms à la disposition des détenus.¹⁷

– *Tim Franklin*

Californie – Les compagnies d'assurances ne peuvent refuser les greffes au motif de la séropositivité au VIH

En septembre 2005, le gouverneur de la Californie a promulgué une loi qui interdit aux compagnies d'assurance-santé de refuser les greffes d'organes aux personnes séropositives au VIH sur l'unique base de leur séropositivité.¹⁸ Le sénat californien a approuvé le projet de loi en août 2005, avec un appui bipartisan.

Les refus de greffes à des personnes séropositives, par des compagnies d'assurances, étaient fréquents. Dans les années 1980 et 1990, on croyait que les patients

vivant avec le VIH ou le sida avaient des taux plus élevés d'infection post-greffe et de complications néoplasiques. Cependant, avec le progrès des méthodes de greffe et du traitement médicamenteux contre le VIH, de récentes études ont révélé que les récipiendaires de greffes séropositifs au VIH ont des taux de succès maintenant équivalents à ceux qui n'ont pas le VIH.¹⁹

La nouvelle loi californienne est spécialement pertinente pour les personnes vivant avec la co-infection à VIH-VHC. Chez ces personnes, les complications au foie qu'entraîne l'hépatite C peuvent diminuer la capacité physique de métaboliser des médicaments de la multithérapie anti-rétrovirale, ce qui peut entraîner une toxicité. Chez ces individus, une greffe du foie peut être nécessaire afin que cette multithérapie soit efficace.

La loi californienne est la première aux États-Unis à aborder la question de ces refus par les compagnies d'assurances. En avril 2005, des directives semblables ont été émises au Royaume-Uni, à l'effet que l'infection à VIH ne constitue plus un obstacle absolu à la greffe du foie.²⁰

– *Tim Franklin*

Un rapport de l'OMS-Europe appuie fermement la réduction des méfaits en prison

En mai 2005, la section européenne de l'Organisation mondiale de la santé a rendu public un rapport sur les prisons, la drogue et la réduction des méfaits.²¹ Le rapport résume les données sur la réduction des méfaits en prison et il vise à fournir des données pour des actions qui réduiront les

méfaits associés à l'usage de drogue en prison et, par extension, dans la communauté.

Le rapport constate le corpus « écrasant » [trad.] des raisonnements de santé publique et des données liés aux mesures de réduction des méfaits en milieu carcéral, et il prône l'adoption d'une approche de droits humains en réaction aux méfaits liés à la drogue :

Les besoins sous-jacents des détenus demeurent incontournables : un espace décent et moins surpeuplé, de bonnes conditions d'hygiène, une nutrition acceptable, un environnement stable et sécuritaire, et des régimes carcéraux propices à l'amélioration de la santé et de l'estime de soi, ainsi qu'à les aider à reprendre le contrôle sur leur vie. » [trad.]²²

Le droit des détenus à un accès gratuit et équivalent à des mesures sanitaires publiques et préventives, comme une facette du droit des détenus à la santé, est expressément reconnu. Une attention particulière est portée aux données sur le succès et la nécessité des programmes de traitement de substitution ainsi que d'échange de seringues en prison. Le rapport appelle à une implication de tous les paliers de gouvernement, de la société civile, des organismes communautaires et non gouvernementaux, ainsi que des personnes ayant une expérience de grave dépendance à la drogue et de vie avec le VIH/sida, dans le développement et la mise en œuvre des politiques de réduction des méfaits.

Le rapport conclut que « l'argument sanitaire en faveur de l'action est solide » [trad.].²³ Bien que le rapport concerne particulièrement les besoins des systèmes carcéraux de l'Europe, il est conforme aux

normes des Nations Unies, de l'OMS et de l'Europe; ainsi, il revêt une pertinence mondiale pour tous les endroits où les systèmes de prisons sont aux prises avec des crises de santé découlant de l'injection de drogues illicites.

– Glenn Betteridge

¹ « India to start HIV testing military recruits », *Reuters South Africa*, 24 septembre 2005.

² Statistiques de l'ONUSIDA (www.unaids.org).

³ « India to start HIV testing ».

⁴ *A. v Union of India*, Writ Petition No. 1623 01 2000, High Judicature of Bombay, 28 septembre 2000.

⁵ R. Jürgens, « Le test du VIH pour les forces de maintien

de la paix : questions juridiques et relatives aux droits de la personne », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2002, 7(2) : 121-125.

⁶ En Papouasie occidentale, les unités administratives sont appelées « régences » [regencies] et sont composées de districts.

⁷ N.D. Somba, « To wear or not to wear, condom matters in Merauke », *The Jakarta Post* (Jayapura, Indonésie) (édition Internet), 4 octobre 2005.

⁸ *Ibid.*

⁹ *Ibid.*

¹⁰ N.D. Somba, « Papuans use condoms to limit HIV/AIDS », *The Jakarta Post* (édition Internet), 21 juillet, 2005.

¹¹ *Ibid.*

¹² *Ibid.*

¹³ Programme des Nations Unies pour le développement, Programme régional Canada-Asie du Sud-Est sur le VIH/sida, phase II, *Strategy on HIV vulnerability reduction in the Greater Mekong Subregion*, 2002 accessible via www.hiv-development.org/sea_introduction.htm.

¹⁴ « Largest U.S. AIDS group criticizes California Senate leadership for stopping condoms in prisons bill », *PR*

NewsWire, 25 août 2005.

¹⁵ California Bill AB 1677 (Koretz) (accessible via <http://info.sen.ca.gov>).

¹⁶ Human Rights Watch, *Protect prisoners' human right to health: support AB 1677*, lettre au gouverneur de la Californie, Arnold Schwarzenegger, 27 avril 2005 (accessible via www.hrw.org).

¹⁷ « Measure allowing condoms to be distributed to inmates approved by senate », *Associated Press*, 1 juin 2005.

¹⁸ « California law prohibits transplant surgery denial based on HIV status », *Advocate.com*, 11 octobre 2005. (www.advocate.com)

¹⁹ S. Moren et coll., « Liver transplantation in HIV-infected recipients », *Liver Transplantation*, 2005, 11(1) : 76-81.

²⁰ G. Cruess, « R.-U. : lignes directrices pour la transplantation de foie chez les personnes séropositives », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 34.

²¹ *Status paper on prisons, drugs and harm reduction*, Organisation mondiale de la santé Europe, mai 2005 (www.euro.who.int/document/e85877.pdf).

²² *Ibid.*, p. 2.

²³ *Ibid.*, p. 15.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX - CANADA

Cette rubrique présente un résumé de diverses décisions des 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 des médias canadiens. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Glenn Betteridge, rédacteur de la présente rubrique, à gbetteridge@aidslaw.ca.

Un centre d'achats de Vancouver est déclaré coupable de discrimination envers les Autochtones et les personnes handicapées

Dans une décision rendue le 13 juillet 2005, le Tribunal des droits de la personne de la Colombie-Britannique (le Tribunal) a jugé que les propriétaires d'un centre d'achats et la société de sécurité engagée par le centre d'achats s'étaient rendu coupables de discrimination individuelle et systémique.¹ Entre autres conclusions, le Tribunal a établi que Henderson Development (Canada) Limited (Henderson) et Securiguard Services Limited (Securiguard) faisaient de la discrimination envers les clients autochtones du centre d'achats, ou ceux qui leur semblaient atteints d'un handicap, dont la dépendance à la drogue et le VIH/sida.

Henderson, propriétaire et exploitant de l'International Village Mall (le centre d'achats), situé dans le

quartier Downtown Eastside (DTES) de Vancouver, souhaitait que le centre d'achats soit un complexe « haut de

gamme » de magasinage et de divertissement. Le Tribunal a décrit le DTES comme une zone où sévissent

la pauvreté et les problèmes sociaux qui s’y rattachent, et il a cité en particulier l’absence de possibilités économiques, de logements adéquats en nombre suffisant et de soins médicaux, la criminalité, la toxicomanie et la prostitution.²

Selon la preuve présentée au Tribunal, les Autochtones constituent de 16 à 18 pour cent de la population du DTES. Le centre d’achats était assujéti par la loi à un droit de passage, qui accordait au public le droit de traverser le centre d’achats comme s’il s’agissait d’une voie de circulation générale. Henderson a confié par contrat les services de sécurité du centre d’achats à la société Securiguard.

Henderson et Securiguard ont mis en place diverses politiques qui avaient pour but, soutenaient-ils, de garantir la sécurité des clients et des commerçants du centre d’achats. Une politique de tolérance zéro pour les « personnes suspectes et les vagabonds » prévoyait que « l’accès aux entrées principales est interdit aux personnes suspectes et aux vagabonds », ou que ceux-ci soient chassés du centre d’achats.³

Voici certains des critères que les gardiens de sécurité utilisaient pour déterminer si une personne était suspecte ou était un vagabond : les vêtements déchirés ou sales, l’attitude de la personne face à l’agent de sécurité, la volonté de la personne de répondre aux questions, le fait de parler tout seul, la présence de plaies ouvertes et de blessures, les yeux rouges, l’intoxication apparente, le fait d’importuner les clients et le fait de quêter de l’argent ou des cigarettes dans la rue.

Securiguard avait adopté une politique selon laquelle les agents de sécurité « accueillaient » les per-

sonnes d’allure suspecte aux portes du centre d’achats, leur demandaient où elles allaient et ce qu’elles venaient faire au centre d’achats, et suivaient les personnes qu’elles jugeaient suspectes. Securiguard avait également un registre où figuraient les noms des personnes à qui l’accès au centre d’achats avait été interdit.

La plainte pour discrimination individuelle

Le Tribunal a conclu que Henderson et Securiguard s’étaient rendus coupables de discrimination fondée sur la race, la couleur, l’origine ethnique et le handicap physique envers Gladys Radek concernant un service ordinairement offert au public, contrairement à l’article 8 du *Human Rights Code* (le Code) de la Colombie-Britannique.

L’incident qui a donné lieu à la plainte s’est produit le 10 mai 2001, lorsque Gladys Radek et un compagnon sont entrés dans le centre d’achats pour aller dans un café. Madame Radek, une femme manifestement autochtone âgée de 49 ans, qui boitait par suite d’une amputation d’un membre inférieur, et son compagnon ont été abordés par un agent de sécurité qui a commencé à leur poser des questions d’une manière pressante et agressive. Madame Radek et son compagnon ont ignoré l’agent de sécurité, parce qu’ils avaient déjà subi à plusieurs reprises le harcèlement de l’agent, et celui-ci les a suivis de près.

Au bout d’un moment, madame Radek s’est retournée et a protesté contre les actes de l’agent de sécurité. Celui-ci a alors dit à madame Radek et à son compagnon de quitter le centre d’achats. L’incident a dégénéré

et d’autres membres du personnel de sécurité, dont le personnel de supervision, se sont joints au premier pour chasser madame Radek et son compagnon du centre d’achats. Lorsque celle-ci a tenté de s’éloigner, un agent de sécurité l’a touchée. Madame Radek et son compagnon ont finalement quitté le centre d’achats et appelé la police pour dénoncer une agression, mais aucune accusation n’a été portée et les policiers ont favorisé les intérêts du personnel de sécurité du centre d’achats.

« Il me semble difficile d’imaginer que les événements se seraient déroulés de la même manière si madame Radek avait été blanche. »

Pour déterminer si madame Radek avait été victime de discrimination au sens du Code, le Tribunal a adopté une approche croisée et examiné la relation entre divers motifs de discrimination qui se sont chevauchés en l’espèce (c’est-à-dire la race, la couleur, l’origine ethnique et le handicap). Ce type d’approche met l’accent sur l’expérience de discrimination vécue par la personne, plutôt que sur un examen étroit des motifs juridiques de non-discrimination isolés les uns des autres et de la façon dont les gens vivent les multiples facettes qui composent leur identité.

Dans les termes de madame Radek, celle-ci a été victime de

discrimination « à cause de mon apparence » – ce qui signifiait, selon le tribunal, parce qu'elle était une femme autochtone d'âge moyen, économiquement défavorisée et handicapée. En concluant que madame Radek avait été victime de discrimination, le juge a observé : « Il me semble difficile d'imaginer que les événements se seraient déroulés de la même manière si madame Radek avait été blanche ». ⁴ Le Tribunal a conclu que la race de madame Radek, son handicap (qui se manifestait par la claudication) et sa situation économique faisaient tous partie de la perception que les membres du personnel de sécurité avaient d'elle et qui, en conséquence, ont déterminé le traitement qu'ils lui ont fait subir.

Le Tribunal a jugé que la conduite de Henderson et de l'employé de Securiguard avait porté atteinte à la dignité humaine de madame Radek et avait eu sur elle un effet dévastateur. « Être harcelée, humiliée et exclue de l'International Village correspondait à être exclue de sa propre communauté et à se faire interdire l'accès à des magasins et à des services qui étaient importants pour sa qualité de vie et son acceptation par l'ensemble de la société ». ⁵ Le Tribunal a ordonné à Henderson et à Securiguard de payer à madame Radek la somme de 15 000 \$ CAN à titre d'indemnisation pour atteinte à sa dignité, à ses sentiments et à son estime de soi.

La discrimination systémique

Madame Radek a soutenu que l'incident discriminatoire faisait partie d'un contexte plus vaste de discrimination systémique fondée sur la race, la couleur, l'origine ethnique et le handicap, envers les clients du

centre d'achats. À une étape antérieure des procédures, Securiguard et Henderson avaient contesté sans succès la requête que madame Radek avait présentée au Tribunal pour amender sa plainte afin d'inclure l'allégation de discrimination systémique. ⁶

Durant les 13 jours d'audiences au Tribunal, et dans les documents qui ont été présentés au Tribunal, 17 témoins ont relaté comment ils avaient été traités par le personnel de Securiguard et d'Henderson, et quelle avait été la réaction de Henderson lorsqu'ils avaient porté plainte contre ce traitement. Parmi les personnes qui ont témoigné devant le Tribunal se trouvaient des membres du Vancouver Area Network of Drug Users (VANDU) et du personnel de la Portland Hotel Society, un organisme de services sociaux et de logement du DTES.

Le Tribunal a constaté

un comportement discriminatoire systémique contre les Autochtones fondé sur la race ... des personnes auxquelles on refusait l'accès au centre d'achats, qu'on interrogeait à leur arrivée au centre d'achats, qu'on suivait dans le centre d'achats et que les gardiens traitaient par ailleurs de manière discourtoise. ⁷

Le Tribunal a également constaté la preuve

d'attitudes ouvertement discriminatoires de la part des gardiens contre les personnes atteintes de handicaps, en particulier les toxicomanes et les personnes qui vivent avec le VIH/sida... Les questions posées aux « personnes indésirables » exclues du centre d'achats concernant la consommation de drogue et la séropositivité établissent clairement l'existence

de cette politique, tout comme la preuve présentée par les gardiens eux-mêmes. ⁸

Le Tribunal a ordonné à Henderson et à Securiguard de s'abstenir de tout comportement discriminatoire fondé sur la race, la couleur, l'origine ethnique et le handicap, et de payer le coût d'un rapport d'expert présenté par madame Radek pour prouver la discrimination systémique.

En outre, le Tribunal a ordonné à Henderson de faire en sorte que les politiques et pratiques utilisées par le personnel de sécurité du centre d'achats soient non discriminatoires, de donner au personnel du centre d'achats une formation antidiscriminatoire, de mettre en place une procédure de traitement des plaintes, et de donner à quiconque en ferait la demande une copie de la décision du Tribunal et de toutes autres politiques et documents pertinents. Au moment de l'instruction, Securiguard n'assurait plus les services de sécurité au centre d'achats, de sorte qu'aucune ordonnance concernant la discrimination systémique n'a été prononcée contre elle.

Commentaire

La décision du Tribunal représente une condamnation énergique des pratiques discriminatoires d'une entreprise privée envers certaines des personnes les plus marginalisées au Canada. Elle témoigne également de la vigueur des personnes et des organismes qui sont chez eux dans le DTES de Vancouver. En particulier, les membres du VANDU réclamaient depuis longtemps la modification des pratiques discriminatoires des services de sécurité du centre d'achats; comme l'indique le Tribunal dans ses motifs, VANDU a

organisé une marche de protestation de 200 personnes dans le centre d'achats, ainsi qu'une soirée cinéma pour rassembler des éléments de preuve du traitement discriminatoire.

Le recours par le Tribunal à l'approche croisée pour analyser les plaintes de discrimination est une étape importante dans l'élaboration d'une loi anti-discriminatoire. Bien que d'autres tribunaux des droits de la personne l'aient fait avant lui, la rigueur de l'analyse croisée du Tribunal dans cette affaire aura indubitablement pour conséquence

d'enraciner l'approche croisée dans les lois anti-discriminatoires du Canada.

En adoptant l'approche croisée, le Tribunal a démontré sa volonté de rencontrer les gens où ils sont, plutôt que de compartimenter leurs vies et leurs plaintes pour discrimination dans des catégories juridiques trop formelles. Le défi des défenseurs des droits de la personne et des commissions des droits de la personne du Canada consiste à faire en sorte que l'approche croisée éclaire l'analyse des plaintes durant toute la procédure, du dépôt de la plainte jusqu'aux recommandations

des commissions relativement au caractère opportun de l'audience.

– Glenn Betteridge

¹ *Radek c. Henderson Development (Canada) Ltd*, 2005 BCHRT 302.

² *Ibid.* au par. 76.

³ *Ibid.* au par. 126.

⁴ *Ibid.* au par. 471.

⁵ *Ibid.* au par. 495.

⁶ *Radek c. Henderson Development (Canada) Ltd*, 2003 BCHRT 67.

⁷ *Radek c. Henderson Development (Canada) Ltd*, 2005 BCHRT 302 au par. 542.

⁸ *Ibid.* au par. 523.

La Cour supérieure de l'Ontario ouvre la voie à de nouvelles réclamations au fonds d'indemnisation de la Croix-Rouge pour le VIH

La Cour supérieure de l'Ontario a autorisé les familles des personnes décédées qui avaient contracté le VIH par du sang contaminé à présenter leurs demandes d'indemnisation contre la Croix-Rouge canadienne en dépit de l'existence d'un programme et d'un fonds d'indemnisation.¹

En 2000, la Cour supérieure de l'Ontario a approuvé un programme concernant l'indemnisation de certaines personnes qui avaient contracté le VIH et d'autres maladies véhiculées par le sang à cause de produits sanguins contaminés fournis par la Société canadienne de la Croix-Rouge (la Croix-Rouge).²

Selon le programme, un arbitre a le pouvoir de déterminer si et dans quelle mesure les personnes ayant contracté le VIH à cause de produits sanguins, à divers moments, peuvent présenter une demande d'indemnisation au Fonds VIH. Dans l'exécution de ses fonctions, l'arbitre a le pouvoir de déterminer

si une personne a déposé sa demande d'indemnisation dans le délai prescrit par la loi, qu'on appelle délai de prescription. Le plan a fixé au 20 juillet 1998 la date d'expiration du délai de prescription.³

Cette affaire est la dernière en date d'une suite de procédures intentées dans le but de soustraire certaines

personnes et groupes de personnes à l'effet du délai de prescription, pour qu'elles puissent présenter leurs demandes d'indemnisation. Cinq années se sont écoulées depuis l'établissement du Fonds VIH, et pourtant aucune indemnisation n'a été versée, en raison de litiges concernant le délai de prescription et d'autres critères d'admissibilité.

Dans le présent cas, l'administrateur du programme a demandé à la cour de déterminer si les successions des personnes ayant contracté le VIH et étant décédées plus de deux ans avant le 20 juillet 1998 sans avoir engagé de procédures contre la Croix-Rouge, et les membres de la famille de ces personnes, pouvaient intenter des procédures pour faire déclarer que le délai de prescription de deux ans ne s'appliquait pas à leurs réclamations. Les successions et les membres des familles ont soutenu que le délai de prescription ne s'appliquait pas, parce que la Croix-Rouge avait frauduleusement dissimulé les faits qui avaient donné naissance à leurs demandes.

La doctrine juridique de la réticence frauduleuse est un principe d'équité que l'on peut invoquer pour empêcher un délai de prescription de devenir « l'instrument d'une injustice ». L'administrateur demandait en outre des instructions à la cour, si les procédures pouvaient être intentées,

sur les critères à utiliser pour trancher les questions. Un certain nombre de personnes qui vivent avec le VIH/sida et les successions de personnes décédées qui ont également présenté des demandes au Fonds VIH, mais qui n'avaient pas été exclues par le délai de prescription, soutenaient que les autres demandes devaient être rejetées.

En premier lieu, la Cour a établi que l'objectif du programme était essentiellement que, en échange d'une renonciation à leurs prétentions contre la Croix-Rouge, tous les demandeurs qui avaient des réclamations prouvables contre elle auraient le droit de faire évaluer leurs réclamations par l'arbitre. En arrivant à cette décision, la Cour a déclaré que les lois qui régissent les paiements des réclamations par le Fonds VIH devaient être interprétées de manière libérale pour favoriser au maximum l'accès à l'indemnisation.

La Cour a observé que l'exclusion de la réticence frauduleuse aurait pour conséquence d'éliminer du programme d'indemnisation 50 pour cent des familles demanderesses et 75 pour cent des successions demanderesses.⁴ La Cour a conclu que les successions des personnes séropositives décédées plus de deux ans avant le 20 juillet 1998 pouvaient invoquer la doctrine de la réticence frauduleuse pour retarder l'effet du délai de prescription. La Cour a ordonné aux

avocats qui représentent les diverses parties d'organiser une conférence préparatoire afin de déterminer la procédure à suivre pour l'instruction de l'argument concernant la réticence frauduleuse.

Finalement, la Cour a manifesté son inquiétude à l'égard de l'appauvrissement des ressources du Fonds VIH, actuellement d'environ 14,7 millions \$, en raison des dépenses engagées pour trancher les questions soulevées par des demandeurs potentiels (comme la question du délai de prescription).

– Tim Franklin

Tim Franklin, étudiant en première année à la Faculté de droit de l'Université de Toronto, est également stagiaire au Réseau juridique, par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

¹ *Re Canadian Red Cross Society*, [2005] OJ 4177 (QL).

² *Amended Plan of Compromise and Arrangement of the Canadian Red Cross Society*, 31 juillet 2000.

³ L.R.O. 1990, c. T23, art. 38(3).

⁴ *Re Canadian Red Cross*, par. 35.

En bref

La Cour d'appel fédérale refuse d'autoriser la poursuite d'une action liée au sang contaminé

Comme il en a déjà été fait état dans la *Revue*, les demandeurs ont contracté le VIH par un produit sanguin contaminé utilisé pour traiter l'hémophilie.¹ Ceux-ci ont intenté une action contre le gouvernement du Canada et des fonctionnaires du gouvernement, pour le motif qu'ils auraient détruit des éléments de preuve qui auraient permis aux demandeurs de prouver que l'infection avait été causée par la négligence de fonctionnaires.²

À la Cour fédérale, le juge Campbell a autorisé la poursuite de l'action.³ La Cour fédérale d'appel a infirmé cette décision. La Cour a jugé que le procès ne pouvait être instruit, parce que les demandeurs ne pouvaient pas prouver que le Canada et les fonctionnaires du gouvernement avaient indûment retardé l'importation au Canada de produits sanguins non contaminés.⁴

La Cour s'est appuyée sur une décision rendue en 2001 par la Cour d'appel de l'Ontario, qui avait déterminé qu'il n'y avait pas eu de retard indu dans l'importation du produit sanguin au Canada.⁵ La Cour a appliqué le principe de l'exception de chose jugée, selon lequel, lorsqu'une question a été déterminée dans une procédure judiciaire, la décision s'applique dans toutes les procédures subséquentes fondées sur les mêmes faits, et la question ne peut donner

lieu à un nouveau litige. Par conséquent, les demandeurs ne pouvaient pas prouver le préjudice, donc ils ne pouvaient pas avoir gain de cause.⁶

– Greg Herget

Greg Herget, étudiant en deuxième année à la Faculté de droit de l'Université de Toronto, est également stagiaire au Réseau juridique, par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

EGALE est autorisée à intervenir à titre de partie dans une affaire concernant un donneur de sang

La Cour supérieure de l'Ontario a récemment accordé à l'organisme EGALE Canada Inc. (EGALE) la permission d'intervenir à titre de partie dans l'affaire *Canadian Blood Services c Freeman*. EGALE est une organisation nationale qui promeut l'égalité pour les personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles et transgenre. À titre de partie à l'action, EGALE a maintenant le droit de participer pleinement à tous les aspects des procédures.⁷

Monsieur Freeman, le défendeur, a menti à la question 18 du questionnaire que la Société canadienne du sang (SCS) demande à tous les donneurs de remplir avant de donner du sang. Il s'agissait de savoir s'il avait eu des relations sexuelles avec un autre homme depuis 1977; celui-ci avait répondu non. La SCS a intenté contre lui des poursuites pour fausses représentations. Monsieur Freeman

a répondu que la question 18 portait atteinte à son droit constitutionnel à l'égalité, au motif de son orientation sexuelle.

En accordant à EGALE la permission d'intervenir, le protonotaire Beaudoin a conclu que EGALE avait un intérêt direct dans l'affaire, parce que ses membres seraient directement touchés par les résultats. Il a également déclaré que « l'étendue de l'expérience d'EGALE, l'ampleur de son optique et l'expertise qu'elle peut apporter vont aider la Cour à résoudre la question constitutionnelle en litige ».⁸

Comme nous l'avons rapporté dans un numéro antérieur, la Société canadienne du sida a obtenu le statut d'intervenant dans la même affaire, mais dans le rôle plus restreint d'amie de la cour.⁹

– Greg Herget

¹ A. Ketter, « La Cour fédérale autorise la poursuite d'une action liée au sang contaminé », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2004, 9(3) : 63-64.

² *Leblanc c. Canada*, [2004] FCJ No 984 (Cour fédérale) (QL).

³ *Ibid.*

⁴ *Leblanc c. Canada*, [2005] CFA 234 (Cour fédérale d'appel).

⁵ *Robb Estate c. Canadian Red Cross Society* (2001), 152 OAC 60 (Cour d'appel de l'Ontario).

⁶ *Leblanc c. Canada*, [2005] CFA 234.

⁷ *Canadian Blood Services c. Freeman*, [2005] OJ No 2159 (QL).

⁸ *Ibid.*, au par. 32.

⁹ B. Mysko, « La Société canadienne du sida autorisée à intervenir dans une affaire relative à un donneur de sang », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(1) : 59-60.

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. Seuls les arrêts importants ou les jugements qui font jurisprudence sont inclus, dans la mesure où ils sont portés à l'attention de la Revue. La couverture de la jurisprudence états-unienne est très sélective. On trouve des comptes rendus d'arrêts américains dans *AIDS Policy & Law* et dans *Lesbian/Gay Law Notes*. Les lecteurs sont invités à signaler d'autres affaires dont ils auraient connaissance à Glenn Betteridge, rédacteur en chef de cette rubrique, à gbetteridge@aidslaw.ca.

Hong Kong – Un tribunal conclut que la criminalisation de l'activité sexuelle porte atteinte aux droits des gais

Le 24 août 2004, la Cour de première instance de Hong Kong a déclaré quatre articles des *Criminal Ordinances* de Hong Kong incompatibles avec les droits des gais que garantissent la *Basic Law* et le *Bill of Rights* de Hong Kong.¹

William Roy Leung, un homme gai âgé de 20 ans, a déposé une requête pour contester la légalité de quatre articles des *Criminal Ordinances*

(les Ordonnances) de Hong Kong qui rendaient illégaux certains actes sexuels entre hommes consentants dans des circonstances où les mêmes

actes entre des personnes hétérosexuelles n'étaient pas illégaux. Bien qu'aucune accusation pénale n'ait été portée contre M. Leung en vertu des

Ordonnances, la Cour a jugé qu'il avait le droit de contester les dispositions en question.

Les distinctions établies par les Ordonnances

Jusqu'à 1991, selon la loi de Hong Kong, tous les actes homosexuels entre hommes étaient interdits sous peine de sanctions; par la suite, les actes homosexuels exécutés en privé entre des hommes consentants âgés de plus de 21 ans ont été autorisés. Les quatre articles des Ordonnances contestés en l'espèce établissaient des distinctions entre les actes hétérosexuels et les actes homosexuels entre hommes selon l'âge des participants. Les quatre articles ont pour effet:

- de fixer à 21 ans l'âge légal du consentement à l'intimité sexuelle entre hommes (comparé à 16 ans pour les hétérosexuels et les lesbiennes);
- d'interdire l'intimité sexuelle en groupes de plus de deux hommes sans égard à leur âge (l'activité sexuelle en groupe n'est pas interdite entre les hétérosexuels et les lesbiennes, du moment que les participants sont âgés d'au moins 16 ans);
- de fixer à 21 ans l'âge légal pour la sodomie (les relations sexuelles avec pénétration anale) (comparé à 16 ans pour les relations vaginales entre un homme et une femme); et
- d'interdire la sodomie entre deux hommes en présence d'une ou plusieurs autres personnes (la pénétration anale entre un homme et une femme en présence d'une ou plusieurs autres personnes est interdite uniquement si la femme est âgée de moins de 21 ans).

Monsieur Leung a soutenu que les quatre dispositions étaient incompatibles avec la *Basic Law* et le *Bill of Rights* de Hong Kong, particulièrement avec les articles de ces lois qui interdisent la discrimination, garantissent à tous la protection égale de la loi, garantissent le droit à l'égalité en ce qui a trait à la réalisation des droits civils et politiques et garantissent le droit à la protection contre l'intrusion arbitraire ou illicite dans la vie privée.

Le Secrétaire de la Justice de Hong Kong a reconnu, tout comme la Cour, que les garanties relatives à l'égalité prévues dans la *Basic Law* et le *Bill of Rights* protègent les gens contre la discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, qui, de l'avis de la Cour, est incluse dans le terme « sexe » utilisé dans ces lois. Le Secrétaire de la Justice a concédé que trois des quatre articles contestés portaient atteinte aux droits et aux protections garantis aux hommes gais.

La contestation de l'âge légal pour la sodomie

Les arguments des parties et les motifs de la Cour ont principalement porté sur la disposition qui interdit la sodomie entre hommes gais âgés de moins de 21 ans. La loi interdisait également la sodomie entre un homme et une femme âgée de moins de 21 ans, mais elle n'imposait pas de sanction à la femme.

Le Secrétaire de la Justice a présenté deux arguments à l'appui de la constitutionnalité de la limite d'âge rattachée à la sodomie. Premièrement, il a fait valoir qu'il revenait à l'assemblée législative de déterminer la meilleure façon de protéger les jeunes gens. La Cour a rejeté cet argument. À son avis, en

ce qui a trait aux questions d'une grande importance constitutionnelle qui touchent les droits fondamentaux, la soumission des tribunaux envers la législature est limitée. La Cour a jugé que le gouvernement a l'obligation de ne pas taxer les hommes gais de perversité dans la législation, et qu'il avait, en ce qui concerne le droit à la vie privée, la responsabilité de promouvoir des conditions « dans lesquelles l'épanouissement personnel peut se réaliser ».²

Le Secrétaire de la Justice a reconnu que trois des quatre articles contestés portaient atteinte aux droits et protections garantis aux hommes gais.

Deuxièmement, le Secrétaire de la Justice a soutenu que la loi ne faisait pas de discrimination contre les hommes gais, puisqu'elle criminalisait également la conduite des hommes qui commettaient la sodomie avec des femmes âgées de moins de 21 ans. La Cour a rejeté cet argument et conclu que la disposition contestée était discriminatoire envers les hommes gais, à la fois directement et indirectement. Concernant la discrimination directe, il y a inégalité de traitement du fait que la sodomie entre deux hommes expose les deux à des sanctions pénales, tandis que dans le cas de la sodomie entre un homme et une femme, seul l'homme est assujéti à des sanctions.

Dans l'analyse de la discrimination indirecte, la Cour s'est penchée sur le régime législatif régissant les relations sexuelles dans les Ordonnances. La Cour a sévèrement dénoncé la prétention que les personnes de sexe masculin âgées de moins de 21 ans avaient besoin d'une protection particulière à cause du risque de « recrutement » dans l'homosexualité. Elle a en outre déclaré :

Les quatre articles humilient les hommes gais, qui sont stéréotypés comme déviants dans la législation. Les articles constituent également une atteinte grave et arbitraire aux droits des hommes gais à l'autonomie dans l'aspect le plus intime de leur vie privée ... L'objectif principal des quatre articles est de décourager les jeunes hommes vulnérables d'adopter ce qui est perçu comme un mode de vie délibéré que la majorité de la collectivité désapprouve ... Je ne vois pas comment le fait d'incarcérer des jeunes hommes à cause de leur orientation sexuelle, dans les cas où il n'y a ni abus ni exploitation d'une tierce partie, peut représenter aujourd'hui une réponse adéquate à une quelconque nécessité de protéger ces jeunes hommes contre la dégradation morale.³

La Cour a déclaré inconstitutionnelles les quatre dispositions contestées des

Criminal Ordinances et a ordonné au gouvernement de payer les frais judiciaires de monsieur Leung.

Commentaire

La décision de la Cour est une victoire importante non seulement du point de vue de la reconnaissance des droits fondamentaux des hommes gais à l'égalité et à la vie privée, mais également en ce qui concerne la vulnérabilité au VIH/sida. Le Secrétaire de la Justice a soutenu que les hommes gais avaient besoin d'une protection spéciale contre le risque de VIH/sida associé à la sodomie. La Cour a qualifié cet argument d'irrationnel et a cité un arrêt canadien selon lequel « rien ne prouve que le fait de menacer un adolescent d'emprisonnement le protégera contre les risques de relations sexuelles anales ».⁴

L'évolution de l'épidémie de VIH a démontré que les atteintes aux droits de la personne favorisent la transmission du VIH plutôt que de la ralentir, au sein des populations sujettes à la désapprobation de la collectivité, comme les hommes gais, les personnes qui consomment des drogues et les travailleuses et travailleurs sexuels. Ainsi, la Directive 4 des *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne invite les États à « réexaminer les

lois pénales ... pour qu'elles soient compatibles avec les obligations internationales en matière de droits de l'homme et ne soient pas indûment utilisées dans le contexte du VIH/sida ou à l'encontre de groupes vulnérables ».

La présente affaire illustre l'importance du rôle que jouent la règle de droit, l'indépendance de la magistrature et la protection constitutionnelle en faveur des droits fondamentaux, lorsque les gouvernements ne sont pas disposés à s'acquitter de leur obligation juridique de stopper la persécution des groupes vulnérables (comme les homosexuels) et, par extension, de stopper l'épidémie de VIH.

– Glenn Betteridge

¹ *Leung c Secretary for Justice*, [2005] HKEK 1334 (Court of First Instance).

² *Ibid.*, par. 115-116.

³ *Ibid.*, par. 147.

⁴ *Ibid.*, par. 150. La Cour cite la juge Abella dans *R c. CM* (1995), 23 OR (3d) 629 (Cour d'appel de l'Ontario).

É.-U. – La demande d’asile d’un ressortissant mexicain fondée sur l’orientation sexuelle et la séropositivité est jugée admissible

La Court of Appeals for the Ninth Circuit (Cour d’appel) des États-Unis a infirmé les conclusions du Board of Immigration Appeals (BIA) et du juge de l’immigration (JI), qui avaient rejeté la demande d’asile de Jose Boer-Sedano aux États-Unis, et la contestation de son ordonnance d’expulsion des États-Unis.¹

Jose Boer-Sedano a été victime d’une intense persécution au Mexique parce qu’il est homosexuel. Il a été frappé d’ostracisme par sa famille et ses compagnons de travail. À neuf reprises, il a été forcé d’avoir des relations sexuelles anales avec un « officier haut gradé de la police », qui l’a également maltraité et a menacé de le tuer.

En 1989, Jose Boer-Sedano a obtenu un visa de visiteur lui permettant de séjourner aux États-Unis pendant six mois. En 1990, il a déménagé à San Francisco et, en 1992, on a diagnostiqué qu’il était séropositif au VIH. Il a par la suite développé le sida.

En 1997, des procédures d’expulsion ont été prises contre lui, parce qu’il avait prolongé son séjour aux États-Unis au-delà de la durée de son visa. M. Boer-Sedano a demandé l’asile, contesté l’ordonnance d’expulsion des États-Unis prononcée contre lui et invoqué la protection de la Convention contre la torture. Le JI a rejeté ses prétentions à tous les titres et le BIA a confirmé la décision de ce dernier. M. Boer-Sedano a présenté une demande de révision judiciaire de la décision du BIA. À l’époque de l’audience, il travaillait dans un restaurant et

recevait des prestations d’assurance-maladie par l’entremise de son employeur.

La demande d’asile

Le JI a refusé la demande d’asile de M. Boer-Sedano pour le motif que celui-ci n’avait pas établi qu’il avait une crainte bien fondée de persécution fondée sur son appartenance à un groupe social ou politique particulier. Le JI a dit que l’homosexualité ne constituait pas un groupe social. Il a également qualifié l’expérience de M. Boer-Sedano avec l’officier de police de « problème personnel », plutôt que d’y voir une manifestation de harcèlement continué par un représentant de l’État.

La Cour d’appel a infirmé la conclusion du JI en ce qui a trait à la demande d’asile et déclaré que les « homosexuels étrangers » constituent un groupe social particulier et que les mauvais traitements dont M. Boer-Sedano avait été victime au Mexique avaient fait naître une crainte de persécution bien fondée.² La Cour a jugé que le déplacement dans une autre région du Mexique n’était pas une option raisonnable dans le cas de M. Boer-Sedano, parce que la preuve avait démontré que « la violence contre les homosexuels

n’est pas limitée à une seule région ».³

La Cour d’appel a également reproché au JI de ne pas avoir suffisamment tenu compte du grave préjudice auquel M. Boer-Sedano serait exposé s’il retournait au Mexique:

Le dossier révèle que M. Boer-Sedano devrait faire face à d’importantes contraintes sociales et culturelles à titre d’homme gai vivant avec le sida au Mexique, parce que l’hostilité et la discrimination envers les patients qui vivent avec le VIH/sida dans ce pays sont répandues.⁴

La Cour a accepté la preuve médicale présentée par M. Boer-Sedano, selon laquelle il avait besoin pour ses traitements relatifs au sida de médicaments expérimentaux non disponibles au Mexique. La Cour a jugé que, compte tenu de la discrimination envers les homosexuels au Mexique, M. Boer-Sedano serait incapable de trouver un emploi qui lui procurerait une assurance-maladie comparable à celle dont il bénéficiait aux États-Unis pour payer ses médicaments. La Cour a renvoyé l’affaire au procureur général pour qu’il exerce sa discrétion relativement à la demande d’asile de M. Boer-Sedano.

La contestation de l'ordonnance d'expulsion et la Convention contre la torture

Ayant conclu que M. Boer-Sedano était admissible à l'asile, la Cour a renvoyé l'affaire au BIA pour qu'il examine en première instance sa demande d'annulation de l'ordonnance d'expulsion. Finalement, la Cour a confirmé le rejet des allégations de M. Boer-Sedano en ce qui a trait à l'application de la *Convention contre la torture*. À son avis, le JI n'a pas commis d'erreur en concluant qu'il ne serait pas exposé à la torture s'il était renvoyé au Mexique.

Comme nous en avons fait état dans la *Revue*, dans une affaire semblable en contexte canadien, la Cour fédérale du Canada a annulé une évaluation négative des risques avant le renvoi concernant un Mexicain séropositif.⁵ La Cour s'est appuyée sur la preuve de la discrimination manifestée contre les personnes qui vivent avec le VIH/sida au Mexique et la difficulté qui en résulte pour ces personnes d'avoir accès aux traitements pour le VIH.

– Greg Herget

Greg Herget, étudiant en deuxième année à la Faculté de droit de l'Université de

Toronto, est également stagiaire au Réseau juridique, par l'entremise de Pro Bono Students Canada.

¹ *Boer-Sedano c Gonzales*, 418 F.3d 1082 (9th Circuit, 2005).

² *Ibid.*, par. 6.

³ *Ibid.*, par. 9.

⁴ *Ibid.*, par. 10.

⁵ S. Bahk, « La Cour fédérale annule l'évaluation négative des risques avant le renvoi, pour un demandeur de statut de réfugié séropositif débouté », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 42-43.

Nouvelle-Zélande – Des articles d'un règlement municipal qui interdisaient de facto les bordels exploités par de petits propriétaires sont déclarés invalides

Le 29 juillet 2005, la High Court de Nouvelle-Zélande a jugé la première affaire mettant en cause l'étendue du pouvoir des villes d'adopter des règlements en vertu de la *Prostitution Law Reform Act 2003* (la PRA).¹ La Cour a invalidé les articles d'un règlement de Christchurch qui limitait les bordels à une zone délimitée du quartier des affaires de la ville.

La PRA, qui a décriminalisé la prostitution et établi un cadre régissant le travail sexuel et les maisons de prostitution, donnait aux villes le pouvoir de déterminer par règlement l'emplacement des maisons de prostitution. Après un long proces-

sus de rédaction et de consultation législatives, imposé par la loi de la Nouvelle-Zélande, Christchurch a adopté un règlement qui interdisait « à quiconque d'exploiter, ou de permettre ou de tolérer que soit exploité, un bordel dans toute autre partie de

la ville que la zone délimitée sur la carte contenue dans la Première Annexe ».²

La zone délimitée de 90 hectares était située au centre du quartier des affaires de la ville. Les maisons de prostitution qui existaient en dehors

de la zone délimitée avant l'adoption du règlement pouvaient demeurer en activité à la condition qu'elles ne changent pas de caractère et que leur taille n'augmente pas.³

Une fiducie familiale propriétaire d'un immeuble à l'extérieur de la zone délimitée et dont le fiduciaire souhaitait exploiter des maisons de prostitution dans l'immeuble a contesté la légalité du règlement. La contestation reposait sur divers motifs, que la Cour a classés en trois catégories : portée géographique du règlement, droit à la liberté d'association et droit au travail.

La Cour a examiné la portée géographique du règlement et déterminé qu'elle respectait les critères juridiques applicables dans les circonstances et qu'elle était « raisonnable ». La Cour a également rejeté rapidement l'argument voulant que la disposition contestée du règlement restreint le droit à la liberté d'association des travailleurs sexuels, protégé par le *Bill of Rights* de la Nouvelle-Zélande.

Le droit au travail

La fiducie familiale a fait valoir que l'article du règlement qui délimitait la zone géographique portait atteinte au droit des travailleuses et travailleurs sexuels d'être employés dans des bordels exploités par de petits propriétaires. La Cour a formulé comme suit la question relative au droit au travail : « Il s'agit en fin de compte de déterminer... quels droits sont conférés aux travailleurs sexuels par le [PRA] et si le règlement brime ces droits de manière déraisonnable ».⁴

La PRA définit « bordel exploité par un petit propriétaire » comme une « maison de prostitution où ne travaillent pas plus de quatre travailleurs

sexuels et où chacun reste maître des revenus qu'il tire des actes de prostitution qui s'y produisent ».

Selon la preuve présentée à la Cour par suite d'une consultation spéciale, le sous-comité responsable a recommandé au conseil de ville de modifier le texte du règlement de manière à autoriser les maisons de prostitution exploitées par de petits propriétaires (avec un maximum de deux travailleurs sexuels) à l'extérieur de la zone délimitée. Le conseil de ville a rejeté la recommandation; le règlement adopté exigeait que toutes les maisons de prostitution soient situées dans la zone désignée.

La Cour a jugé que la PRA « reconnaissait expressément le droit des travailleurs sexuels de se livrer au commerce de la prostitution ».⁵ La Cour a observé que la PRA avait pour but de créer une structure qui protège les droits fondamentaux des travailleurs sexuels, protège ces personnes contre l'exploitation et protège leur bien-être et leurs conditions de santé et sécurité au travail.⁶

La Cour a accepté la preuve, y compris la preuve présentée par le New Zealand Prostitutes Collective, que les maisons de prostitution exploitées par de petits propriétaires étaient pour la plupart situées dans les zones résidentielles en banlieue de la ville et ne causaient pas de problèmes importants. La Cour a jugé que l'article du règlement qui établissait la zone désignée était invalide, parce qu'il avait comme effet de nier l'existence des maisons de prostitution exploitées par de petits propriétaires dans la ville. Il était juridiquement « déraisonnable » que le règlement interdise aux travailleurs sexuels d'exercer leur métier dans une portion substantielle et importante de la ville alors qu'aucune

nuisance ne s'associe à leur commerce.

Commentaire

Le fait que la Cour a reconnu que la PRA accorde aux travailleurs sexuels le droit au travail est important. Les travailleurs sexuels peuvent s'appuyer sur cette décision pour contester des règlements, en invoquant non seulement la PRA, mais également des protections constitutionnelles plus vastes et d'autres dispositions en faveur du droit au travail. La décision est également remarquable en ce qu'elle reconnaît l'importance particulière accordée aux maisons de prostitution exploitées par de petits propriétaires, dans la PRA, plus précisément le fait que celles-ci sont plus aptes à maximiser le contrôle des travailleurs sexuels sur leurs conditions de travail, et, par extension, leur santé et sécurité.

Malheureusement, la Cour a explicitement choisi de ne pas se prononcer sur la question de savoir si le conseil de ville a le pouvoir d'empêcher le travail sexuel dans les résidences privées. La question pourrait donner lieu à un nouveau litige si la ville adoptait un règlement qui interdit l'exploitation de maisons de prostitution dans des maisons privées.

– Glenn Betteridge

¹ *Willowford Family Trust c Christchurch City Council* (29 juillet 2005), Christchurch CIV-2004-409-002299.

² *Christchurch City Brothels (Location and Signage) Bylaw 2004*, article 6, cité dans *Willowford Family Trust*, par. 5.

³ *Ibid.*, article 7, cité au par. 6.

⁴ *Willowford Family Trust*, par. 80.

⁵ *Ibid.*, par. 82.

⁶ *Ibid.*

Australie – La Cour d’appel refuse un visa d’étudiant à un ressortissant zambien séropositif

En septembre 2005, une formation de trois juges de la Federal Court of Australia a infirmé la décision d’un juge seul de la même cour qui avait accordé à un homme séropositif un visa d’étudiant temporaire.¹

L’octroi de visas d’étudiant temporaires est assujéti aux dispositions d’intérêt public prévues dans les règlements adoptés selon le *Australian Migration Act of 1994* (la Loi). Les règlements exigent que le candidat au visa n’ait pas de maladie ou d’état pathologique susceptible « d’entraîner des coûts importants pour la population australienne dans les domaines des services de santé et des services sociaux ». ² Un juge de la Cour fédérale siégeant seul en révision de la décision du Migration Review Tribunal, avait conclu qu’il n’y aurait pas de coûts importants dans le cas de l’étudiant zambien. ³ Le gouvernement a porté la décision en appel.

La décision des trois juges de la Cour (la Cour au complet) a principalement porté sur le sens de l’expression « soins de santé » dans les règlements. La Cour a retenu que, compte tenu de son état séropositif, le demandeur de visa aurait besoin de tests sanguins quatre fois par année pendant cinq ans au coût de 267 \$ AUS par trimestre. Il s’administrait lui-même son traitement antirétroviral, qui coûtait 1 188 \$ AUS par mois.

Le juge seul, en annulant la décision du tribunal qui avait rejeté la demande de visa, avait conclu que le terme « soins de santé » s’appliquait

aux tests sanguins mais ne s’étendait pas à la prescription et à la fourniture de médicaments d’ordonnance auto-administrés. En conséquence, le juge avait conclu que le coût du traitement pour les services de santé et les services sociaux ne serait pas prohibitif.

La Cour au complet a rejeté cette interprétation des règlements. À son avis, le terme « soins de santé » doit au moins comprendre « la prescription de médicaments par un médecin compétent au sens de la loi et la vente de ces médicaments par un pharmacien » ⁴. La Cour a soutenu que le fait que le médicament soit auto-administré n’isolait pas le traitement des soins de santé en général.

En outre, la Cour a statué que la nature et l’étendue des prescriptions mensuelles varieraient selon les résultats des tests sanguins, ce qui suppose un lien avec le domaine général des soins de santé. Comme le coût et l’administration des médicaments antirétroviraux doivent être inclus dans l’évaluation de la demande de visa, la Cour a accueilli l’appel et rejeté la demande de visa compte tenu des coûts importants pour les services de santé et les services sociaux.

Par suite de la décision, le demandeur zambien a demandé et obtenu une interdiction de publication de son nom dans tous les comptes rendus

des procédures. ⁵ Son avocat a soutenu que la révélation de son identité et de sa séropositivité causerait, à lui et à sa famille, de l’embarras et des souffrances. La Cour a accepté cet argument et noté que la décision de septembre 2005 avait suffisamment attiré l’attention des médias pour risquer de stigmatiser l’homme et sa famille. La Cour a de plus jugé que la divulgation de l’identité du demandeur pourrait décourager d’autres personnes de contester des décisions administratives liées au VIH/sida, par crainte de subir le même embarras et les mêmes souffrances.

– Tim Franklin

Tim Franklin, étudiant en première année à la Faculté de droit de l’Université de Toronto, est également stagiaire au Réseau juridique, par l’entremise de Pro Bono Students Canada.

¹ *Minister for Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs c X*, [2005] FCAFC 209 (Federal Court of Australia). Pour un compte rendu des procédures antérieures relatives à la même affaire, voir S. Bahk, « Australie – Deux personnes séropositives contestent avec succès un refus de visa fondé sur des motifs médicaux », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 50-52.

² *Migration Regulations 1994* (Cth), ann. 4, art. 4005(c).

³ *X c Minister for Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs*, [2005] FCA 429 (Federal Court of Australia).

⁴ *Minister for Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs c X*, [2005] FCAFC 209, au par. 12.

⁵ *Minister for Immigration and Multicultural and Indigenous Affairs c X*, [2005] FCAFC 217 (Federal Court of Australia).

R.-U. – L'autorité locale n'est pas tenue de révéler la séropositivité d'un parent de famille d'accueil

L'England and Wales High Court, Family Division, a tranché en juillet 2005 qu'une autorité locale n'a pas l'obligation de révéler aux parents biologiques d'un enfant que le père de la famille d'accueil de l'enfant est séropositif. Dans sa décision, le juge Sumner a déterminé que le droit à la vie privée du père de la famille d'accueil l'emporte sur tout risque potentiel pour l'enfant.¹

Au cours d'une enquête sur l'aptitude à long terme du père d'une famille d'accueil à s'occuper d'un enfant, l'autorité locale d'un arrondissement de Londres a appris que l'homme était séropositif. L'autorité a demandé à la cour de déclarer si elle avait l'obligation de divulguer la séropositivité du père de la famille d'accueil au père biologique de l'enfant, qui tentait d'obtenir la garde permanente.

Pour rendre sa décision, le juge Sumner s'est appuyé sur l'article 8 de la *Convention européenne des droits de l'homme*, qui a été intégré à la loi anglaise dans le *Human Rights Act 1998*. L'article 8 traite du « droit au respect de la vie privée et familiale ». Les exceptions à ce droit sont prévues au paragraphe 2 de l'article 8:

Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit, à moins que cette ingérence soit prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui.²

Le juge Sumner s'est référé à des décisions récentes où l'article 8 a été appliqué et selon lesquelles, lorsque la divulgation concerne un aspect intime de la vie privée d'une personne, la nécessité de divulgation doit être sérieuse et pressante pour que les protections relatives à la vie privée prévues à l'article 8 soient écartées. Le juge a accordé une attention particulière à un rapport préparé par un médecin spécialisé en maladies infectieuses pédiatriques formulant l'opinion suivante sur la question :

Il y aura[it] divulgation de renseignements confidentiels concernant le père de la famille d'accueil. Cette divulgation sera susceptible d'avoir un effet néfaste sur la vie de cet homme et de sa famille, parce que les personnes qui vivent avec le VIH sont souvent victimes de discrimination et d'isolement social. Je ne recommanderais pas que ces renseignements confidentiels soient divulgués si l'enfant a uniquement été exposé à un contact familial normal et non sexuel.³

La Cour a décidé de ne pas obliger l'autorité locale à divulguer la séropositivité de l'homme. La Cour a conclu que l'autorité locale avait une responsabilité envers le père de

la famille d'accueil du point de vue du respect de la vie privée, et que, comme les risques pour la santé de l'enfant en famille d'accueil étaient négligeables, aucune nécessité pressante ne justifiait la divulgation. Le juge Sumner a reconnu que, dans certaines circonstances « où le risque n'est pas négligeable, l'obligation de divulgation peut l'emporter sur les droits [du père de la famille d'accueil] et l'obligation que l'on peut avoir envers lui. Chaque cas dépend des faits qui lui sont propres ».⁴

– Tim Franklin

¹ *London Borough of Brent c Mr & Mrs N, The Minor's Foster Carers, P, a minor (appearing by her Guardian)*, [2005] EWHC 1676.

² Convention [européenne] de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, (ETS 5), 213 UNTS, 222, art 8.

³ *London Borough of Brent*, par. 14.

⁴ *Ibid.*, par. 32.

Droit criminel et transmission du VIH ou exposition

Nouvelle-Zélande – Un tribunal rejette des accusations criminelles portées contre un homme séropositif pour relations sexuelles orales non protégées et relations vaginales protégées

Dans un jugement important, la District Court de Wellington a rejeté les accusations criminelles portées contre M. Dalley et conclu que celui-ci n'avait pas d'obligation juridique de divulguer sa séropositivité à une partenaire de sexe féminin avant d'avoir des rapports sexuels avec elle.¹

M. Dalley et la femme se sont rencontrés par un service de rencontre sur l'Internet. Ils se sont donné rendez-vous dans un bar et se sont subéquemment rencontrés une fois pour avoir des rapports sexuels. M. Dalley a fait un cunnilingus à la femme, celle-ci lui a fait une fellation (sans éjaculation), puis il y a eu pénétration vaginale avec condom.

La police a contacté la femme et, par suite de sa déclaration, M. Dalley a été accusé de nuisance criminelle.² Pour prouver l'accusation de nuisance criminelle, la Couronne devait prouver que M. Dalley avait une obligation juridique, qu'il ne l'a pas respectée et qu'il a ainsi mis en danger la vie, la santé ou la sécurité de la femme.

M. Dalley aurait manqué à l'obligation imposée aux « personnes en charge d'une chose dangereuse », dans ce cas le VIH, « de prendre des précautions raisonnables contre le

danger et de faire diligence raisonnable pour éviter » de mettre la vie humaine en danger.³

Trois médecins ont témoigné à propos des risques de transmission du VIH associés aux actes sexuels sur lesquels reposaient les accusations. La Cour a également entendu le témoignage de médecins sur les pratiques de counselling pour les personnes séropositives, et elle a pris connaissance des lignes directrices en matière de santé publique élaborées par l'Australasian College of Sexual Health Physicians, de même que de la position de la New Zealand AIDS Foundation sur la divulgation de la séropositivité.

La Cour a conclu que M. Dalley avait l'obligation de s'abstenir de toute conduite qui, selon ce qu'il pouvait prévoir, était susceptible d'exposer sa partenaire à un préjudice, de prendre des précautions raisonnables contre le danger et de faire diligence pour prévenir le préjudice. Comme l'a dit la Cour: « Le virus du VIH présent dans le sperme peut clairement mettre en danger la vie humaine, et l'obligation s'applique en conséquence ».⁴ La Cour a rejeté l'argument que l'obligation s'applique seulement lorsque le risque de transmission du virus est élevé.

Pour déterminer si M. Dalley avait manqué à son obligation, la Cour a examiné les faits et la preuve concernant les relations sexuelles orales, puis les relations vaginales. En ce qui concerne les relations sexuelles orales, la Cour a conclu que

[l]e risque de transmission du virus par suite de relations sexuelles orales sans condom n'est pas nul, parce que c'est biologiquement possible, mais il est si faible qu'il ne constitue pas un risque. De toute façon M. Dalley n'a pas éjaculé. Compte tenu de ces deux facteurs, je conclus que M. Dalley a pris des précautions raisonnables contre le risque et fait diligence pour l'éviter.⁵

En ce qui concerne les relations vaginales, il s'agissait de déterminer si l'utilisation du condom était suffisante pour constituer une précaution raisonnable contre le danger de transmission du VIH. Pour juger la question, la Cour s'est référée à la preuve qui lui avait été présentée sur l'efficacité des condoms dans la transmission du VIH. La Cour a conclu que, en utilisant un condom, bien que ceux-ci ne soient pas à toute épreuve, Dalley a pris des précautions raisonnables, et qu'il s'est donc acquitté de son obligation.

Pour rendre sa décision sur l'obligation associée aux relations vaginales, la Cour n'a pas uniquement tenu compte de la preuve relative au risque de transmission du VIH et à l'efficacité des condoms, mais également de la preuve concernant l'approche de la santé publique face à la prévention de la transmission du VIH.

Selon la preuve, en ce qui concerne les exigences de la santé publique, les étapes nécessaires pour prévenir la transmission du VIH peuvent être satisfaites sans que la divulgation soit nécessaire. En d'autres termes,

l'utilisation du condom pour les relations sexuelles vaginales est jugée suffisante. J'estime que je dois accorder de l'importance à l'approche des organismes de professionnels de la santé pertinents dans ce domaine.⁶

– Glenn Betteridge

R.-U. – La première femme condamnée pour avoir transmis le VIH à son partenaire sexuel

En juillet 2005, une femme de 20 ans accusée d'avoir délibérément transmis le VIH à son petit ami a plaidé coupable devant la Cardiff Crown Court à l'accusation d'avoir illégalement causé un préjudice corporel grave.⁷ Elle serait la première femme à être condamnée en Angleterre pour avoir sciemment transmis le VIH à un partenaire sexuel.⁸

La femme, âgée de 18 ans au moment de l'infraction, a eu pendant 10 mois des relations sexuelles non protégées avec son petit ami, sachant qu'elle était séropositive. Après que le couple se fut séparé au début de 2004, l'homme a posé à la femme des questions sur sa séropositivité, qu'elle a niée. Il a découvert en décembre 2004 qu'il est lui-même séropositif.

Après son arrestation, la femme a déclaré qu'elle croyait qu'il était difficile pour les hommes de contracter le VIH en ayant des relations sexuelles avec une femme. Elle a également avoué qu'elle savait qu'elle était séropositive en juin 2003, mais qu'elle n'a pas communiqué cette information à son petit ami par crainte qu'il ne la quitte.

La femme a été condamnée à deux ans d'emprisonnement dans un centre de détention pour jeunes. Elle a été

déclarée coupable de transmission insouciant de VIH.⁹ La transmission insouciant est différente de la transmission délibérée; dans le premier cas, bien que la personne accusée n'ait pas divulgué sa séropositivité, elle n'avait pas l'intention d'infecter son partenaire.¹⁰ En déterminant la peine, le juge a indiqué que la gravité de l'infraction justifiait une peine d'emprisonnement. Le nom de la femme n'est pas publié, afin de protéger l'identité de son ex-petit ami.

– Tim Franklin

R.-U. – La Cour d'appel refuse l'autorisation d'appeler de la condamnation et de la peine pour avoir causé des lésions corporelles graves

L'England and Wales Court of Appeal Criminal Division a rejeté la demande d'autorisation d'appel formée par Mohammed Dica contre la peine qui lui a été imposée pour avoir causé des lésions corporelles graves en transmettant sciemment le VIH à deux femmes.¹¹

Mohammed Dica a été reconnu coupable en 2003 d'avoir causé des lésions corporelles graves à deux femmes. Selon la preuve présentée au procès, bien qu'il leur eût divulgué sa séropositivité, il avait persuadé les femmes qu'il n'y avait pas de danger pour leur santé, parce qu'il avait eu une vasectomie. La permission d'en appeler de cette déclaration de culpabilité lui avait été accordée, et à l'occasion d'un nouveau procès M. Dica a encore une fois été déclaré coupable. Il a été condamné à quatre ans et demi d'emprisonnement.¹²

Mohammed Dica a demandé la permission d'appeler de la déclaration de culpabilité et de la peine. La Cour d'appel a refusé l'appel concernant la déclaration de culpabilité. Selon les règles de procédure applicables, la Cour peut autoriser une partie à interjeter appel à la plus haute cour du Royaume-Uni, la Chambre des Lords. L'avocat de Dica a demandé à la Cour de lui accorder la permission de porter la déclaration de culpabilité en appel à la Chambre des Lords, ce qu'elle a refusé de faire. Toutefois, la Cour a reconnu que sa décision comportait un point de droit d'importance publique générale, qu'elle a formulé comme suit: « Dans quelles circonstances, s'il en est, un accusé qui sait ou croit qu'il est infecté par un virus grave sexuellement transmissible et qui le transmet de manière insouciant à une autre personne par une activité sexuelle consensuelle, peut-il être déclaré coupable d'avoir causé des lésions corporelles graves au sens de l'article 20 de l'*Offences against the Person Act 1861*? » Ce sera maintenant à la Chambre des Lords de décider d'accorder ou non la permission d'appeler.

En ce qui concerne l'appel relatif à la peine, Mohammed Dica a soutenu que celle-ci était « manifestement excessive ». ¹³ Son avocat a allégué que ce dernier était une bonne personne dont la réputation avait été ternie par les médias, et qui avait beaucoup souffert durant le long et pénible processus judiciaire de première instance et d'appel. La Cour a rejeté cet argument et observé qu'en ne plaidant pas coupable l'appelant avait astreint ses victimes au même long processus. En outre, la Cour s'est dite d'accord avec le juge qui a instruit le deuxième procès, selon lequel le préjudice infligé aux vic-

times était des plus graves et que, compte tenu de la nature du crime, il n'y avait pas de circonstances atténuantes. En conséquence, la Cour a rejeté la demande de permission d'appeler de la peine.

– Tim Franklin

¹ *New Zealand Police c Dalley* (4 octobre 2005), CRI-2004-085-009168.

² La définition du terme « Criminal nuisance » (nuisance criminelle) dans l'article 145 du *Crimes Act 1961* se traduit comme suit :

(1) Est coupable de nuisance criminelle toute personne qui fait un acte illégal ou omet de s'acquitter d'une obligation juridique, lorsque cet acte ou cette omission pourrait, à sa connaissance, mettre en danger la vie, la

sécurité ou la santé du public, ou la vie, la sécurité ou la santé d'une autre personne.

(2) Quiconque commet une nuisance criminelle est passible d'emprisonnement pour une période maximale d'un an.

³ L'article 156 du *Crimes Act 1961* se traduit comme suit :

Quiconque a la responsabilité ou le contrôle d'une chose, qu'elle soit animée ou inanimée, ou qui érige, fait, exploite ou maintient une chose qui, en l'absence de précautions ou de diligence, peut mettre la vie humaine en danger, a légalement l'obligation de prendre des précautions raisonnables contre le danger et de faire raisonnablement diligence pour l'éviter, et est passible de poursuites criminelles pour les conséquences de son omission de s'acquitter de son obligation sans excuse légitime.

⁴ *New Zealand Police c Dalley* au par. 35.

⁵ *Ibid.*, par. 39.

⁶ *Ibid.*, par. 47-48.

⁷ « Woman Infected Her Partner with HIV », *BBC News*, 18 juillet 2005 (<http://www.aegis.org/news/bbc/2005/BB050713.html>).

⁸ R. Savill, « HIV Girlfriend Sentenced to Two Years », *The Telegraph* (Internet), 19 juillet 2005 (www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=/news/2005/07/19/nhiv19.xml&Sheet=/news/2005/07/19/ixhome.html).

⁹ « British Woman Charged with Criminal Transmission of HIV », *Avert.org*, 19 juillet 2005 (via <http://www.avert.org/ukaidnews.htm>).

¹⁰ « Criminal, Deliberate and Reckless HIV Transmission », *Avert.org* (via <http://www.avert.org/criminal-transmission.htm>).

¹¹ *R c Dica*, [2005] EWCA Crim 2304. (Court of Appeal Criminal Division).

¹² Pour de plus amples informations, voir G. Cruess, « R.-U. – Un homme est condamné à l'emprisonnement; la déclaration de culpabilité d'un second est confirmée », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 59-60; et M. Weait, Y. Azad, « Criminalisation de la transmission du VIH en Angleterre et au Pays de Galles : questions juridiques et de politiques », *Revue VIH/sida, droit et politiques*, 2005, 10(2) : 1, 5-13.

¹³ *Ibid.*, au par. [11].

En bref

Nouvelle-Zélande – Un homme est condamné à l'amende pour avoir enlevé son condom durant un rapport sexuel avec une travailleuse sexuelle

Daniel Morgan a récemment été reconnu coupable selon le *Prostitution Reform Act 2003* (PRA) de Nouvelle-Zélande d'avoir eu des relations sexuelles non protégées avec une travailleuse sexuelle.¹ Il a été condamné à une amende de 400 \$ NZ (environ 272 \$US) pour avoir enlevé son condom durant le rapport sexuel.² L'amende maximum pour l'infraction au PRA est de 2000 \$ NZ (environ 1360 \$ US).³ Il s'agirait de la première accusation portée en vertu du PRA.

Le PRA a décriminalisé la prostitution (sans toutefois approuver ou accorder une sanction morale à la prostitution ou au recours à celle-ci); et il établit un cadre destiné à protéger les droits fondamentaux des travailleuses et travailleurs sexuels et à favoriser la santé et leur sécurité au travail.⁴ Le PRA oblige explicitement les travailleuses et travailleurs sexuels et les clients à pratiquer le sécurisexe par tous les moyens raisonnables, pour minimiser les risques de contracter ou de transmettre des infections transmissibles sexuellement,⁵ ce qui implique l'obligation de faire en sorte qu'un condom ou une autre forme de protection soit utilisé.⁶

Daniel Morgan a dit qu'il avait enlevé le condom à l'insu de la travailleuse sexuelle parce qu'il savait qu'elle n'aurait pas consenti à avoir des relations sexuelles non protégées.⁷ Calum Bennachie, du *New Zealand Prostitutes' Collective*, a

déclaré que, bien qu'il ne s'agisse pas de l'amende maximale possible selon le PRA, « le châtement social est beaucoup plus important ... la stigmatisation rattachée [à l'amende] est considérable. Très souvent, la stigmatisation empêche d'autres personnes de faire la même chose ». ⁸ Calum Bennachie a ajouté que cette affaire démontre que le PRA est efficace.⁹

– Greg Herget

¹ « NZ court fines man for unsafe sex », *BBC News* (version Internet), 15 juillet 2005.

² *Ibid.*

³ *Prostitution Reform Act 2003*, No 28, art. 9.

⁴ *Ibid.*, art. 3.

⁵ *Ibid.*, art. 9.

⁶ *Ibid.*

⁷ NZ court fines man for unsafe sex.

⁸ *Ibid.*

⁹ *Ibid.*