

VIH/SIDA ET DROIT

VOLUME 6, NUMÉRO 1/2, 2001

La prescription médicale d'héroïne – Tour d'horizon

Les multiples problèmes associés à la consommation de drogue par injection touchent non seulement les usagers, mais aussi leur entourage et la société dans laquelle ils vivent. Que ce soit par les complications associées à la consommation de drogue (infections multiples, problèmes de santé mentale, etc.) ou via les conséquences sur l'entourage et sur la société (dysfonctions familiales, criminalité, etc.), les coûts engendrés par la consommation de substances illicites dépassent largement ceux associés au traitement des personnes toxicomanes.

L'un des traitements les plus efficaces pour la dépendance aux opiacés est le traitement de substitution par la méthadone. Or, malgré son efficacité, cette forme de traitement n'atteint, dans le meilleur des cas, que 50% de la population cible. Afin d'atteindre les personnes toxicomanes les plus marginalisées et qui ne répondent pas aux formes traditionnelles de traitement, plusieurs pays ont envisagé de

prescrire de l'héroïne dans le cadre de traitements plus larges assortis de services psychosociaux. Le Canada emboîtera-t-il bientôt le pas?

Le premier de ces pays a été la Suisse : de 1994 à la fin de 1996, une cohorte de personnes dépendantes de l'héroïne y a été étudiée de manière soutenue. Les résultats démontrent des bienfaits sur plusieurs plans, dont une diminution de la consommation

voir page 103

La pandémie du VIH/sida et son impact selon le genre

Du 13 au 18 novembre 2000, la Division de la promotion de la femme des Nations Unies, l'Organisation mondiale de la santé et l'ONUSIDA étaient les hôtes d'une réunion internationale d'experts, à Windhoek en Namibie, pour discuter des liens entre le VIH/sida, le genre, les droits de la personne et la sécurité humaine.

Le lundi 13 novembre 2000, une station radiophonique de Windhoek rapportait qu'une autre personne avait révélé publiquement sa séropositivité : une jeune femme qui terminait ses cours en counseling sur le sida à Walvis Bay en a fait l'annonce à ses pairs et à ses aînés, lors de la cérémonie de clôture des cours. En Namibie, environ un adulte sur cinq est séropositif, mais le stigmatisme et la honte font en sorte que très peu d'entre eux révèlent leur séropositivité. Ce contexte se prêtait bien à une discussion sur le genre et le VIH/sida.

À l'invitation du gouvernement namibien, la réunion du groupe d'experts a eu lieu à Windhoek. Elle a porté sur les thématiques jumelles des droits de la personne et de la sécurité humaine dans le contexte du

voir page 110

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

CANADIAN | RÉSEAU
HIV/AIDS | JURIDIQUE
LEGAL | CANADIEN
NETWORK | VIH/SIDA



La Stratégie
canadienne
sur le VIH/sida

SOMMAIRE

À la une

La prescription médicale d'héroïne – Tour d'horizon	1
La pandémie du VIH/sida et son impact selon le genre	1
Éditorial	3
Le VIH/sida devant les tribunaux du Canada	5
Droit pénal	18
Discrimination et droits de la personne	26
Nouvelles canadiennes	36
Travail sexuel	38
Aide au suicide et euthanasie	40
Cliniques juridiques	42
Engagement politique	44
Brevets et prix	53
Lectures commentées	70
Le VIH/sida en prison	74
Nouvelles international	85
Le VIH/sida et le droit	89
Politiques sur les drogues	94

www.aidslaw.ca

SITE WEB DU
RÉSEAU JURIDIQUE
CANADIEN VIH/SIDA

Des commentaires?

Nous apprécierions connaître votre point de vue sur la Revue, son contenu ou sa présentation. Faites-nous part de commentaires généraux ou de vos réactions à certains articles, afin que nous puissions créer une rubrique « lettres aux éditeurs ».

REVUE CANADIENNE VIH/SIDA ET DROIT

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

La soumission d'articles est appréciée. Contactez Éric Nolet, aux coordonnées ci-dessous, pour proposer un texte et obtenir copie de nos consignes typographiques :

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

Éditeur : Ralf Jürgens

Révision finale : Garry Bowers, Jean Dussault

Traduction : Garry Bowers, Roger Caron, Jean Dussault, Josée Dussault

Mise en page : Graphiques C & G, Montréal

© Réseau juridique canadien VIH/sida 2000. Le Réseau encourage la diffusion de l'information contenue dans cette revue. La permission de reproduire du matériel sera accordée à condition que l'origine et la source en soient mentionnées. La rédaction demande que lui soit fourni un exemplaire des publications dans lesquelles des extraits de cette revue sont utilisés.

Circulation : 2 000
ISSN 1496-399X

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

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

RÉSEAU JURIDIQUE CANADIEN VIH/SIDA

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

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

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

Conseil d'administration 2000-2001

Lori Stoltz (présidente), Stefan Matiation (vice-président), Barney Hickey (secrétaire), Marlene Daley (trésorière), William Bromm, Ruth Carey, Michael Linhart, Renée Masching, Marie-Josée Paquin, Caroline Ploem, Darlene Steele.

ÉDITORIAL

De février à juin 2001, j'ai été observateur de délégation, à titre de représentant des ONG canadiens au sein de la délégation du Canada à la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida. Le but de la Session extraordinaire était de « susciter un engagement mondial en faveur du renforcement de la coordination et de l'intensification des efforts déployés aux niveaux national, régional et international pour lutter contre ce fléau sur tous les fronts ». Cette initiative historique a conduit à l'adoption d'une Déclaration d'engagement. Quoique loin d'être parfaite, la Déclaration constitue un pas dans la bonne direction. Mais il faut, au delà des paroles, une action plus concrète et intensifiée pour contrer la pandémie de VIH/sida.

Au Canada, le Réseau juridique canadien VIH/sida a exhorté à une action immédiate, en 1999, pour empêcher que le VIH continue de se propager parmi les personnes qui s'injectent des drogues et pour fournir des soins, des traitements et un soutien de meilleure qualité à celles qui

vivent avec le VIH (voir « Injection de drogue et VIH/sida : un autre appel à l'action », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(4) : 1, 15-21). Après plus de 20 mois, tel que relaté dans le présent numéro (à la page 97), Santé Canada a répondu à notre exhortation, non par des actions mais par d'autres paroles. C'est un autre exemple de la tendance qui s'est installée de réagir avec indifférence à la hausse du nombre de cas d'infection à VIH au Canada et au nombre croissant de personnes vivant avec le VIH/sida. Nous ne saurions compter sur la seule volonté de nos gouvernements, pour voir augmenter le financement à la lutte contre le VIH/sida dans notre pays, bien que le budget octroyé à cette lutte soit demeuré au même niveau ridiculement inadéquat, depuis presque 10 ans. Nous ne pouvons pas compter sur nos gouvernements pour initier concrètement, en leaders, une amélioration de l'accès aux traitements pour le VIH/sida dans le monde. Ni pour adopter des programmes novateurs qui ont fait leurs preuves dans d'autres pays, pour réduire la propagation du

Revue canadienne VIH/sida et droit

Oui! Je veux continuer de recevoir la *Revue canadienne VIH/sida et droit*

Oui! Je veux faire un don pour contribuer à la production de la *Revue*.

Je joins mon don de: 25 \$ 50 \$ 75 \$ 100 \$ Autre _____ \$ (Extérieur du Canada: paiement en devise américaine. Merci.)

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

Signature _____

Je joins un chèque/mandat-poste à l'ordre du Réseau juridique canadien VIH/sida.

Veuillez me faire parvenir une facture.

Nom _____ Fonction _____

Adresse _____ Code postal _____

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

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

Archives

Les numéros antérieurs de la *Revue* sont accessibles sur QUICKLAW et sur le site Web du Réseau juridique <www.aidslaw.ca>. Des exemplaires imprimés sont vendus au coût de 12\$ chacun (commandes de l'extérieur du Canada payables en devise américaine). Pour toute question : Anne Renaud <arenaud@aidslaw.ca>.

VIH parmi certaines des populations les plus durement touchées par le VIH/sida – détenus, personnes qui s'injectent des drogues, autochtones, jeunes gais, femmes, etc. Le leadership est absent à un moment où il est si indispensable pour changer le cours des choses, pour améliorer l'avenir.

Ce triste constat est encore plus aigu dans l'arène internationale. La contribution canadienne à l'effort mondial contre le VIH/sida se maintient bien en dessous du devoir et de la capacité du Canada.

Kevin Osborne, un homme d'origine sud-africaine qui est spécialiste en politiques et en défense des droits au Futures Group International, à Washington (D.C.), ravive le défi d'aller au delà de la rhétorique, dans la guerre au VIH/sida. Dans un article publié dans le *Global AIDSLink* (octobre/novembre 2001, n° 70, p. 11), il compare la réaction aux récentes attaques terroristes à New York et Washington, et la réaction mondiale au VIH/sida. Voici quelques extraits traduits de son propos :

Au cours des deux dernières décennies, des leaders mondiaux et nationaux ont déclaré la guerre au VIH/sida. Chacun, de Kofi Annan à Nelson Mandela, en passant par les militants du sida et les travailleurs de la santé, a utilisé un jour ou l'autre l'analogie d'une guerre, pour parler de cette épidémie. Les clichés de « mobiliser toutes les énergies et les ressources » pour remporter cette « nouvelle bataille » sont lancés sans trop de mal. Mais, beaucoup trop souvent, cette rhétorique de la détermination n'est pas appuyée par une action soutenue et réellement déterminée. En comparaison, la réaction des États-Unis aux menaces et actes de terreur visant le World Trade Center et le Pentagone illustre ce que signifie une réelle déclaration de guerre. [...] Dans les 18 premiers jours après les attaques, plus d'un demi milliard de dollars a été recueilli pour soutenir les victimes; 15 milliards \$ ont été versés en appui à l'industrie du transport aérien; les Nations Unies ont appuyé un appel à une action mondiale contre le terrorisme; [...] et chaque Américain s'est demandé en silence ce qu'il ou elle pourrait faire pour changer quelque chose.

Mais [...] la guerre au sida ne se fait pas avec autant de détermination. Certes, il y a des différences fondamentales entre une guerre anti-terrorisme et une guerre anti-sida; mais il y a aussi des ressemblances frappantes qui méritent notre attention. Ces deux guerres sont peu conventionnelles et exigent persévérance, ténacité et engagement de toutes les sphères. [...] Or, après plus de 20 ans de VIH/sida, d'innombrables morts, d'incommensurables souffrances, une vague de millions d'orphelins à l'horizon et un nombre incalculable d'appels à la guerre contre cette épidémie, notre réponse globale ne va pas à la cheville de l'engagement mondial contre le terrorisme. Les raisons possibles de cet écart sont accablantes.

Certes, les ressources internationales contre le VIH/sida ont augmenté, depuis quelques années, mais il en est même de la profondeur et de la magnitude du problème. De plus en plus, l'incapacité de s'attaquer à la complexité des besoins en matière de soins pour le VIH/sida, dans les pays écrasés par cette épidémie, a des implications pour les initiatives stéréotypées de prévention et de déstigmatisation – car, bien souvent, les ressources internationales sont intimement liées aux ordres du jour des pays donateurs plutôt qu'aux besoins présents des bénéficiaires. Sur les champs de bataille contre le VIH/sida au Botswana, au Mexique ou au Cambodge, des héros du quotidien se démènent, mais l'appel de clairon doit être sonné avec plus de passion et de détermination, à l'échelle mondiale. Encore une fois, ce constat ramène cette vieille question : « Les vies de gens de pays développés ont-elle intrinsèquement plus de valeur que celles des autres qui, du simple fait de leur naissance, vivent dans les pays moins fortunés? »

Car dans l'ombre de la guerre mondiale au terrorisme se trouve [...] une guerre silencieuse contre un ennemi qui tue encore plus, une guerre qui ravage les économies et le développement. Et pourtant, il semble que l'idée d'une guerre globale contre le VIH/sida n'existe qu'en paroles et dans des déclarations soigneusement rédigées et politiquement pratiques.

Je voudrais bien avoir tort.

LE VIH/SIDA DEVANT LES TRIBUNAUX DU CANADA

Nous présentons ici un résumé de diverses décisions de tribunaux du Canada, concernant le VIH/sida ou susceptibles d'avoir une importance pour les personnes vivant avec le VIH/sida, et rapportées depuis la parution de notre dernier numéro, soit entre décembre 2000 et juillet 2001. Une recherche dans les banques de données et certains médias a permis de trouver quelques mentions du VIH/sida. Cependant, seules les décisions qui traitent de manière assez substantielle du VIH/sida ou de questions connexes sont ici résumées. (Les lecteurs qui ont connaissance de décisions non rapportées susceptibles d'intéresser le Réseau et les lecteurs de la *Revue* sont priés de les porter à notre attention.) Les arrêts ci-dessous portent sur des litiges à l'endroit du gouvernement et de la Croix-Rouge pour l'infection à VIH transmise par transfusion de sang ou de produits sanguins; sur la marijuana à des fins médicales; sur une poursuite pour diffamation liée au VIH; et sur des affaires dans d'autres domaines. Les arrêts du domaine pénal (au Canada et dans d'autres pays) sont rapportés ailleurs dans le présent numéro.

Cour suprême : la Croix-Rouge a été négligente dans la sélection des donneurs

Le 19 avril 2001, la Cour suprême du Canada a rendu ses premiers jugements dans les litiges où l'on reproche à la Société canadienne de la Croix-Rouge d'avoir fait preuve de négligence dans la sélection des donneurs de sang, au début des années 1980. La Cour a confirmé un jugement qui avait ordonné à la Croix-Rouge de payer des dommages au montant de 2,5 millions \$ à trois personnes qui avaient contracté le VIH entre 1983 et 1985 par du sang contaminé.¹

Historique

En 1982, des cas de pneumonie liée au sida chez des hémophiles et le cas d'un jeune enfant susceptible d'avoir contracté le sida par transfusion sonnèrent l'alarme : le sida était peut-être une infection véhiculée par le sang. La Croix-Rouge américaine, l'American Association of Blood Bankers et le Council of Community Blood Banks diffusèrent en janvier 1983 une déclaration conjointe sur le lien entre le sida et les transfusions, recommandant un resserrement des

mesures de dépistage des symptômes du sida chez les donneurs de sang potentiels. En mars 1983, la Croix-Rouge américaine (CRA) produisit à l'intention de ses cliniques de don de sang un dépliant décrivant les groupes à risque élevé en relation avec le sida, de même que les signes et les symptômes de la maladie.

Durant cette période, les services de transfusion du Canada étaient assurés par la Société canadienne de la Croix-Rouge (SCCR), un orga-

nisme subventionné par les gouvernements fédéral et provinciaux. La SCCR prit connaissance de la déclaration conjointe susmentionnée peu de temps après sa publication et, en mars 1983, elle publia un communiqué dans lequel elle recommandait aux « membres des groupes identifiés à haut risque d'être porteurs du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) de ne pas donner de sang ». En avril de la même année, il fut décidé de ne pas poser aux donneurs potentiels de questions spécifiques relativement aux symptômes, mais d'ajouter au questionnaire existant une exigence à l'effet que les donneurs devaient être « en bonne santé ». Ce ne fut qu'en mai 1984 que la première mention des groupes à risque élevé en relation avec le sida fut ajoutée aux informations à l'intention des donneurs, et le document ne contenait pas de liste des signes ou symptômes de la maladie. Bien que le texte recommandait aux hommes homosexuels et bisexuels actifs sexuellement de s'abstenir de donner du sang,

l'activité homosexuelle antérieure ne fut pas mentionnée avant novembre 1985, dans les contre-indications relatives aux dons de sang. Ce ne fut qu'en mai 1986 que la SCCR modifia son questionnaire pour y ajouter des questions sur les signes et symptômes du sida chez les donneurs.

Les faits

Entre 1983 et 1985, les trois demandeurs (Alma Walker, Ronald Osborne et AMM) ont reçu des produits de sang contaminés dans des hôpitaux de l'Ontario. Tous trois ont contracté le VIH. Walker et Osborne sont morts du sida.

Dans l'affaire Walker, la demanderesse a reçu en octobre 1983 une transfusion de sang contenant le VIH. Avant sa mort, l'homme gai qui avait donné le sang qu'elle a reçu a indiqué qu'au moment où il avait fait le don, il ne connaissait pas le lien de plus en plus évident qui avait été établi entre la communauté gaie et le sida. Le dépliant publié par la SCCR en 1984 n'existait pas au moment où il a fait un don de sang en 1983, mais il était utilisé au moment de ses dons postérieurs. Or, le donneur a témoigné que le document ne lui avait jamais été présenté.

Dans l'affaire Osborne, le demandeur a reçu en décembre 1984 du plasma contenant le VIH. Le donneur a témoigné que, bien qu'il ait déjà eu des relations sexuelles avec d'autres hommes, il n'en avait pas eues depuis 1982. Il ne se rappelait pas avoir vu de dépliant en mai 1984, mais il a indiqué qu'il ne se serait pas considéré dans la catégorie des « hommes homosexuels qui ont de nombreux partenaires ». Le donneur croyait satisfaire au critère de « bonne santé », malgré des ganglions lymphatiques persistants, dans

le cou (qu'il avait depuis 1975 et qui ne semblaient pas influencer sur son état de santé général). Le même homme a donné du sang en mars 1985, dont AMM a également reçu une transfusion.

Les décisions des tribunaux inférieurs

Les trois actions (Walker, Osborne, AMM) ont été entendues ensemble.

Dans les cas de AMM et Osborne, le juge de première instance a jugé que la Croix-Rouge avait été négligente, parce qu'elle n'avait pas respecté la norme de diligence requise.² La norme de diligence a été établie par comparaison des réactions de la Croix-Rouge américaine (CRA) et de la Croix-Rouge canadienne à l'époque. Le dépliant publié par l'ARC en mars 1983 mentionnait les signes et symptômes du sida, de même que les groupes exposés à un risque élevé de contracter le virus. La SCCR ne mentionna pas le sida avant mai 1984, dans les documents destinés aux donneurs, et attendit jusqu'en 1986 avant d'y énumérer les signes et symptômes reliés au sida. Le risque associé à l'activité homosexuelle antérieure ne fut pas indiqué avant 1985. Le juge de première instance a également estimé que la question concernant la « bonne santé » reposait sur une présomption erronée, parce que « le donneur ne pouvait pas savoir s'il était en bonne santé sans qu'on lui dise ce qui constituait de la mauvaise santé dans le contexte ». Dans ce cas, les ganglions lymphatiques étaient mentionnés comme un symptôme possible du sida dans le dépliant utilisé par la Croix-Rouge américaine, mais pas dans celui de la Croix-Rouge canadienne. Par conséquent, le juge de première instance a conclu que le

lien de causalité avait été établi entre la sélection inadéquate des donneurs et la transmission du VIH à Osborne et AMM. La Cour d'appel d'Ontario a confirmé la décision.

Cependant, dans l'affaire Walker, le juge de première instance a rejeté la demande en déterminant que le lien de causalité n'avait pas été démontré.³ De l'avis du juge, le donneur aurait donné du sang même si la SCCR avait agi avec toute la diligence requise. La Cour d'appel d'Ontario renversa la décision en s'appuyant sur les principes formulés dans un arrêt antérieur de la Cour suprême, *Hollis c. Dow Corning Corporation*.⁴ Compte tenu que le demandeur a le fardeau d'établir le lien de causalité, selon la cour, une fois que Walker eut démontré le défaut de la SCCR de sélectionner adéquatement les donneurs potentiels à l'époque du don contaminé, le lien de causalité nécessaire était « présumé établi », et en conséquence la SCCR pouvait être déclarée responsable.

La décision de la Cour suprême

La Cour suprême a confirmé les décisions des tribunaux de première instance dans les cas de AMM et Osborne, et reconnu que la Croix-Rouge avait été négligente.

Dans l'affaire Walker, cependant, la Cour suprême renversa la décision, jugeant que la Cour d'appel avait utilisé incorrectement l'arrêt *Hollis* pour établir le lien de causalité sur le fondement d'un lien causal présumé. Dans l'arrêt *Walker*, contrairement à l'arrêt *Hollis*, il n'y avait pas d'« intermédiaire savant » par qui la norme de diligence devait être appliquée. Comme il serait difficile, voire impossible, de déterminer ce que le

donneur aurait fait si des mesures de sélection adéquates avaient été instaurées, la question appropriée concernant le lien causal entre les

Le jugement de négligence rendu par la Cour suprême quant au scandale du sang contaminé devrait stimuler l'amélioration de la gestion de la sécurité et l'élimination des gaffes bureaucratiques en ce qui a trait à la santé publique.

actions de la Croix-Rouge et l'infection de Walker par le VIH consistait à déterminer si la négligence de la Croix-Rouge avait « contribué de manière appréciable » à l'infection de Walker par du sang contaminé. La Cour a jugé que oui.

En plus d'être en désaccord avec la Cour d'appel, la Cour suprême a désapprouvé le juge de première instance sur la question de la causalité. La question n'était pas de savoir si le donneur se serait abstenu de donner du sang en 1983 s'il avait lu un dépliant comme celui qui fut finalement adopté en mai 1984. Le juge de première instance aurait plutôt dû se demander si le donneur se serait abstenu de donner du sang ou si on l'aurait empêché de le faire si la Croix-Rouge canadienne avait utilisé des mesures de sélection comparables à celles utilisées par la Croix-Rouge américaine au même moment, comme le dépliant de l'ARC de 1983. Le lien causal est ainsi établi une fois que la norme de diligence appropriée est appliquée.

En conséquence, la Cour suprême a jugé que la Société canadienne de

la Croix-Rouge avait été négligente dans la sélection des donneurs dans les cas de AMM, de Osborne et de Walker. Elle a accordé des dommages de plus de 2,5 millions de dollars aux demandeurs.

Commentaire

Durant la fin des années 1970 et le début des années 1980, environ 2 000 Canadiens ont contracté le VIH à cause de produits de sang contaminés. Le Rapport final de la Commission d'enquête sur le système d'approvisionnement en sang au Canada (l'Enquête Krever), rendu public en 1997, qualifie la tragédie de « désastre sans précédent dans le domaine de la santé publique au Canada ». ⁵ Plusieurs problèmes systémiques furent identifiés comme ayant joué un rôle dans la contamination de l'approvisionnement en sang au Canada. Quand le Comité canadien du sang avait été mis sur pied, en 1981, on lui confia la responsabilité de créer une politique nationale sur le sang. La politique n'a cependant jamais été créée, et en conséquence personne n'était responsable de la sécurité de l'approvisionnement en sang au Canada. De plus, du fait que la Croix-Rouge étant subventionnée par les provinces, des tracasseries bureaucratiques empêchèrent les transferts interprovinciaux de produits sanguins durant les pénuries de sang provinciales des années 1970 et 1980. En conséquence, pour contrer les pénuries chroniques dans certains domaines, on eut recours à l'achat de plasma américain. La prévalence plus élevée du VIH aux États-Unis, de même que le système américain de collecte de plasma chez les détenus, exposèrent les Canadiens qui avaient besoin de transfusions de plasma à un risque substantiellement

élevé d'infection à VIH. Une autre conséquence de la pénurie de sang fut la réticence de la Croix-Rouge à mettre sur pied des programmes de sélection des donneurs qui auraient eu pour effet de diminuer le nombre de donneurs.

Depuis le scandale du sang contaminé, la responsabilité de l'approvisionnement en sang a été confiée aux Services canadiens du sang (et, au Québec, à Héma-Québec). On a cru que l'unification du traitement du sang pourrait remédier à certains des problèmes bureaucratiques auxquels la Croix-Rouge faisait face. En 1999, toutefois, la Société canadienne de l'hémophilie a attribué des cotes au nouveau système de traitement du sang. ⁶ Héma-Québec a obtenu des B et des C, et les Services canadiens du sang ont principalement obtenu des D, ce qui permet de croire que les problèmes qui ont donné lieu à la tragédie du sang contaminé restent encore à solutionner.

L'affaire a également d'importantes implications pour la santé publique du Canada à un niveau plus général. ⁷ Les problèmes de santé publique sont à peu près invisibles jusqu'à ce qu'une crise se présente. Cette invisibilité, combinée aux préjugés actuels relativement aux traitements médicaux, complique l'obtention de ressources dans le domaine de la santé publique. La tragédie du sang contaminé, et d'autres catastrophes dans le domaine de la santé publique, comme l'épidémie de *E. coli* liée à l'eau à Walkerton en Ontario, démontrent la nécessité de prévoir un financement adéquat et une restructuration organisationnelle afin de prévenir les calamités avant qu'elles se produisent. Le jugement de négligence rendu par la Cour suprême concernant le scandale du

sang contaminé de la Croix-Rouge devrait stimuler l'amélioration de la gestion de la sécurité et l'élimination des gaffes bureaucratiques en ce qui a trait à la santé publique en général et à la gestion du sang en particulier.

– Jennifer Gold

Jennifer Gold est une étudiante en droit qui a fait un stage d'été au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut la joindre à <jgold@aidslaw.ca>.

¹ *Walker Estate c. York Finch General Hospital et al.*, [2001] S.C.C. 23 No 27284, 27285 (QL) (jugement conjoint dans les affaires *Walker Estate c. York Finch General Hospital et al* et *Osborne c. Canadian Red Cross Society et al*).

² *Osborne c. Canadian Red Cross Society et al* (1997), 43 OR (3d) 461, 39 CCLT (2d) 1 (Cour de l'Ont., div. gén.), conf. par [1999] OJ No 644 (QL) (C.A.).

³ *Walker Estate c. York Finch General Hospital et al* (1997) 43

OR (3) 461, 39 CCLT (2) 1 (Cour de l'Ont., div. gén.), rev. par [1999] OJ No 644 (QL) (C.A.).

⁴ *Hollis c. Dow Corning Corp.*, [1995] 4 R.C.S. 634.

⁵ *Commission sur l'approvisionnement en sang au Canada. Rapport final*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1997. Le Rapport final de la Commission Krever est disponible sur le site Web de Santé Canada, <www.hc-sc.gc.ca>.

⁶ CBC News Online, « Hemophilia Society Offers Little Praise for New Blood System », 6 octobre 1999 (consulté à <www.cbc.ca>, le 7 juin 2001).

⁷ Skirrow J., « Leçons de la Commission Krever – un point de vue personnel », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 39-47.

Jugements récents concernant le sang contaminé

Règlement approuvé dans des cas de sang contaminé au VHC avant 1986 et après 1990

Le 26 juin 2001, un juge de la Cour supérieure de l'Ontario a approuvé un règlement partiel de 63 millions \$ dans un recours collectif intenté contre la Croix-Rouge canadienne au nom des personnes qui ont contracté le virus de l'hépatite C (VHC) par du sang contaminé avant 1986 ou après le 1^{er} juillet 1990 (et des personnes qui l'ont contracté par contact avec elles).¹ L'approbation nécessaire a également été obtenue de la Cour supérieure du Québec le 10 juillet 2001 (mais les motifs n'avaient pas encore été rendus publics au moment de la publication) et de la Cour suprême de la Colombie-Britannique le 19 juillet 2001.² Un recours collectif au nom des personnes infectées entre le 1^{er} janvier 1986 et le 30 juin 1990 avait déjà été réglé et avait obtenu l'approbation judiciaire en 1999.³

En Ontario, le juge Warren Winkler avait rejeté une proposition de règlement antérieure, en février 2001.⁴ Toutefois, à son avis l'offre révisée était « équitable, raisonnable et dans le meilleur intérêt de l'ensemble des demandeurs ». ⁵ Les victimes devraient recevoir une somme initiale de 5 000\$, qui peut augmenter à 7 000\$ ou 8 000\$ sur une période de 10 ans. Selon le plan, les demandeurs qui accepteront le règlement renonceront à poursuivre la Croix-Rouge ou les organismes qui lui sont affiliés, de même que les autres contributeurs au fonds de règlement. Cependant, le recours collectif se poursuit contre le gouvernement, qui n'est pas partie au règlement.

Le règlement est limité aux personnes qui ont contracté le VHC avant 1986 ou après le 1^{er} juillet 1990 et qui n'étaient pas admissibles au programme d'indemnisation gouvernementale de 1,5 milliard \$ approuvé par les tribunaux en 1999. Le représentant de la Société canadienne d'hémophilie, Mike McCarthy, a de nouveau demandé aux divers paliers de gouvernement d'accorder une indemnisation à toutes les victimes de la tragédie du sang, sans égard à la date de l'infection. McCarthy a indiqué qu'une poursuite de 3,8 milliards \$ contre les gouvernements fédéral et provinciaux irait de l'avant si le ministre de la

Santé, Allan Rock, refusait de reconsidérer la décision de 1998. Un tel recours collectif serait le plus important de toute l'histoire du Canada.

Le représentant de la Société canadienne d'hémophilie, Mike McCarthy, a de nouveau demandé aux divers paliers de gouvernement d'accorder une indemnisation à toutes les victimes de la tragédie du sang, sans égard à la date de l'infection.

Aucune accusation portée relativement au scandale du sang contaminé

Après une enquête de quatre ans, la GRC a décidé de ne pas porter d'accusations contre les représentants du gouvernement qui ont détruit d'importants documents concernant la tragédie du sang contaminé de la Croix-Rouge.⁶

La Gendarmerie royale du Canada (GRC) a conclu qu'il n'y avait pas

suffisamment de preuve d'« intention criminelle » de la part des fonctionnaires qui ont ordonné la destruction de tous les dossiers du Comité canadien du sang de 1982 à 1989.⁷ Le Comité, maintenant dissous, était un organisme fédéral-provincial qui régissait et finançait la Société canadienne de la Croix-Rouge. L'incident a été découvert durant la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (l'enquête Krever) en 1995.

Réagissant à la révélation dans un rapport présenté en janvier 1997, John Grace, alors commissaire fédéral à l'information, s'est dit sceptique devant les excuses des bureaucrates du gouvernement, selon lesquels la destruction ne constituait qu'une innocente mesure « d'entretien ménager ». Il a souligné le fait que le déchetage des documents avait coïncidé avec l'inquiétude soulevée par les poursuites relatives au sang contaminé. Le rapport de Grace a été soumis au solliciteur général et la GRC a commencé son enquête en février 1997. Le 27 février 2001, la GRC a indiqué qu'elle ne porterait pas d'accusations. Les agents de la GRC ont été incapables d'utiliser la

Loi sur l'accès à l'information contre les fonctionnaires, parce que celle-ci ne contenait pas de sanctions concernant la destruction abusive de documents avant 1999. La décision a été accueillie avec colère et déception, chez les personnes touchées par la tragédie du sang contaminé.

Une poursuite pour négligence est toujours pendante à Winnipeg

Au printemps de 1999, des représentants du St. Boniface General Hospital à Winnipeg ont contacté près de 2 000 patients en gastroentérologie qui y avaient subi un test d'analyse du pH ou un test de motilité entre 1992 et 1999.⁸ Les patients ont été informés que les tubes utilisés pour ces interventions n'avaient pas été correctement nettoyés ou stérilisés pendant ces sept années. Un recours collectif a été intenté contre l'hôpital, au motif que celui-ci avait fait preuve de négligence en permettant que les patients soient exposés à des agents transmissibles par le sang, comme le VHC et le VIH. Une déclaration a été déposée en mars 2000. Plus de 700 patients ont depuis subi des tests de dépistage de mala-

dies sanguines et, jusqu'à ce jour, trois ont reçu un diagnostic positif pour le VHC. L'hôpital plaide que la faute repose sur un seul employé, un technicien qui utilisait un désinfectant inférieur à la norme, soi-disant contrairement à la politique officielle de l'hôpital.⁹ La poursuite est en cours.

– Jennifer Gold

¹ *McCarthy c. Canadian Red Cross Society*, [2001] OJ No 2474 (SCJ) (QL); « Judge approves 'tainted blood' settlement », CBC News Online, 27 juin 2001, consulté à <www.cbc.ca> le 27 juin 2001.

² *Killough c. Canadian Red Cross Society*, 2001 BCSC 198, [2001] BCJ No 191 (QL).

³ Voir *Parsons c. Canadian Red Cross Society* (1999), 49 CPC (4th) 151 (C. sup. Ont.); *Endean c. Canadian Red Cross Society* (1999), [2000] WWR 688, 68 BCLR (3d) 350 (CS); *Honhon c. Canada (Procureur général)*, [1999] JQ no 4370 (CS).

⁴ *McCarthy c. Canadian Red Cross Society*, [2001] OJ No 567 (CSJ) (QL).

⁵ *McCarthy*, supra, note 1 (décision du 26 juin 2001), par. 18.

⁶ M. Kennedy, « Mounties decide against tainted-blood charges: victims express anger and disappointment over wilfully destroyed records », *The Vancouver Sun*, 27 février 2001.

⁷ Communiqué de la Gendarmerie royale du Canada, « No charges in destruction of Canadian Blood Committee records », consulté à <www.rcmp-grc.gc.ca> le 27 juin 2001.

⁸ B. O'Hallarn, « Trio spearhead St. B blood suit: others may join action on tainted tubes », *The Winnipeg Sun*, 18 avril 2000.

⁹ « Shifting the blame over sterilization mix-up », CBC News Online, 21 mai 1999. Consulté à <www.cbc.ca> le 27 juin 2001.

La marijuana à des fins médicales et la loi – Nouveaux développements

Wakeford en attente de décision sur l'obtention d'une source fiable de marijuana

Jim Wakeford, un Torontois qui vit avec le sida, attend un jugement de la Cour d'appel de l'Ontario concernant sa tentative d'obtenir une source fiable de marijuana à des fins médicales.

En 1999, Wakeford a obtenu une exemption constitutionnelle lui permettant de posséder et de cultiver de

la marijuana à des fins personnelles et thérapeutiques. Toutefois, selon les conditions de cette exemption,

Wakeford n'est autorisé à cultiver que sept plants. Les avocats de Wakeford ont intenté une action pour forcer le

gouvernement fédéral à fournir à Wakeford une source fiable de marijuana à des fins médicales, au motif qu'il est inacceptable de forcer des patients à fabriquer leurs propres médicaments. Wakeford a perdu en première instance en mai 2000, mais il a interjeté appel.¹ La Cour d'appel de l'Ontario a entendu l'appel en mars 2001 et a pris la cause en délibéré. La décision n'avait pas encore été rendue au moment de la rédaction du présent article.

En décembre 2000, le ministre de la Santé, Allan Rock, annonçait qu'un contrat de cinq ans évalué à près de six millions de dollars avait été attribué à Prairie Plant Systems Inc., une entreprise de Saskatoon, dont l'objet était de fournir à Santé Canada une source fiable de marijuana normalisée pour répondre aux besoins du Canada dans les domaines de la recherche et de la médecine.² La société aura la responsabilité de produire plus d'un million de cigarettes de marijuana qui seront utilisées dans le contexte d'une recherche sur les effets néfastes et les bienfaits de la drogue, mais qui seront également distribuées à des Canadiens qui satisfont aux critères d'une utilisation de marijuana à des fins médicales.³

Entre-temps, le jour qui a suivi l'audition de la cause de Wakeford à la Cour d'appel de l'Ontario, des policiers ont fouillé son domicile et ont trouvé plus de deux cents plants de marijuana. Wakeford a été accusé de culture et de possession de marijuana dans le but d'en faire le trafic. Wakeford cultive la marijuana pour aider d'autres personnes qui souffrent de maladies mortelles ou chroniques et qui ne peuvent s'en procurer elles-mêmes. L'affaire est toujours en instance.⁴

Un jury acquitte un homme qui faisait le « trafic » de marijuana « par nécessité »

Dans une affaire similaire, un jury de Calgary a décidé que Grant Krieger était justifié d'enfreindre la loi.⁵

Krieger, qui souffre de sclérose en plaques, était accusé de possession de marijuana à des fins de trafic. Défenseur de la marijuana à des fins thérapeutiques et dirigeant du Club Compassion Universel, Krieger cultive des plants de marijuana pour lui-même et pour d'autres personnes qui en ont besoin, parce qu'elles sont atteintes de maladies chroniques. Au procès, Krieger a avoué qu'il possédait de la marijuana dans le but d'en faire le trafic. Il a cependant souligné qu'il avait enfreint la loi « par nécessité ».

En décembre 2000, un jury de la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta a rejeté les accusations de culture de marijuana qui pesaient contre Krieger. En juillet 2001, la couronne a interjeté appel de la décision du jury, pour le motif que le juge du procès avait erré en droit en instruisant le jury qu'il pouvait conclure à l'applicabilité de la défense de nécessité. Krieger a déclaré qu'il était prêt à défendre son point de vue jusqu'en Cour suprême du Canada si nécessaire.⁶

Le nouveau règlement sur la marijuana à des fins médicales

En juillet 2000, la Cour d'appel de l'Ontario a ordonné au gouvernement canadien d'adopter des règlements concernant l'utilisation de la marijuana à des fins médicales avant l'expiration d'un délai d'un an, sans quoi l'interdiction de la marijuana (à n'importe quelle fin)

dans le droit criminel canadien serait frappée de nullité par ordonnance de la cour.⁷

Le 7 avril 2001, le gouvernement fédéral a rendu public son projet de *Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales*, qu'il a soumis à une période de consultation de 30 jours.⁸ Finalement, le règlement reconnaît que les personnes légalement autorisées à utiliser de la marijuana à des fins médicales peuvent demander à d'autres personnes de leur fournir cette drogue. Le règlement contient des dispositions permettant la désignation d'une autre personne susceptible de recevoir une autorisation de cultiver de la marijuana à cette fin. Plusieurs personnes ont toutefois protesté auprès du gouvernement contre les nombreux aspects restrictifs inutiles et injustifiables du règlement.⁹ Le règlement définitif a été publié dans la *Gazette du Canada* et est entré en vigueur le 4 juillet 2001; il contenait peu de changements substantiels par rapport au projet de règlement. Le Résumé de l'étude d'impact de la réglementation qui accompagne le règlement donne un aperçu de l'état actuel du droit dans plusieurs autres pays, explique sommairement le règlement, indique les raisons qui ont présidé à son adoption par le gouvernement,¹⁰ et l'interprétation qu'il en fait.

Le règlement établit trois catégories de personnes légalement autorisées à posséder la drogue :

- les personnes qui souffrent d'une maladie en phase terminale et dont la mort est prévue dans les 12 mois;
- les personnes qui souffrent de certains symptômes (ex., nausées, perte de poids, douleurs aiguës, etc.) associés à certains états pathologiques (ex., cancer, VIH/sida, sclérose en plaques, épilepsie, etc.); et
- les personnes qui souffrent de symp-

tômes associés à d'autres troubles médicaux.

De nombreuses réserves subsistent quant aux restrictions inutiles dans le Règlement sur l'accès à la marijuana à des fins médicales.

Cependant, de nombreuses réserves subsistent quant aux restrictions inutiles dans le règlement. En particulier :

- Les personnes qui souffrent de symptômes et de troubles médicaux graves mais dont la mort n'est pas prévue dans les 12 mois ont besoin de l'appui d'un « spécialiste », plutôt que d'un simple médecin, pour obtenir une autorisation de posséder de la marijuana à des fins médicales.
- Le spécialiste doit déclarer que tous les traitements conventionnels ont été administrés ou à tout le moins envisagés, mais que chacun d'eux est médicalement inapproprié, ce qui impose une restriction à la liberté du patient de choisir de manière informée et autonome un médicament non reconnu.
- Bien que le gouvernement ait indiqué, en réponse à certaines objections formulées, que les cartes d'identification avec photos délivrées aux titulaires d'autorisation ne contiendront pas de renseignements médicaux personnels, le règlement spécifie que la personne doit présenter l'autorisation complète qui lui est remise (qui contient ces renseignements) à tout agent de police « qui lui en fait la demande », sans que ce dernier ait besoin d'un man-

dat pour obtenir ces renseignements confidentiels.

- Le gouvernement interprète le règlement de manière que personne ne puisse être titulaire d'une licence de production de marijuana pour plus d'un patient, et qu'aucun titulaire de licence de production ne puisse exercer en association avec plus de deux autres titulaires de licence, ce qui signifie que ni les « clubs de cannabis » ni les coopératives d'achat, ni même un individu, ne peuvent obtenir de licence pour approvisionner plusieurs patients.
- Le gouvernement déclare également, dans le commentaire qui accompagne le règlement, qu'il appartiendra aux hôpitaux et aux établissements de correction de déterminer s'ils permettent à un patient titulaire d'une licence de posséder ou de cultiver de la marijuana à l'intérieur de leurs murs, bien que la décision de refuser cette permission constituerait de la discrimination envers des personnes malades fondée sur l'utilisation d'un médicament particulier qu'elles sont légalement autorisées à posséder ou à produire.

Compte tenu des préoccupations qui subsistent à l'égard du nouveau régime réglementaire, d'autres litiges sont à prévoir.

La Cour suprême des É.-U. rejette la « nécessité médicale » comme exception à l'interdiction de distribution de marijuana

Alors que les tribunaux du Canada ont reconnu à plusieurs reprises le droit constitutionnel d'utiliser la marijuana à des fins thérapeutiques, et que le gouvernement a été obligé de faire face à la question, la Cour suprême des États-Unis a

récemment décidé à l'unanimité que la loi fédérale ne prévoit pas la « nécessité médicale » comme exception à l'interdiction de distribuer la marijuana.¹¹

L'affaire concernait une coopérative californienne de cannabis qui fournissait la drogue à des patients atteints du sida, du cancer et d'autres maladies chroniques ou en phase terminale. Le litige portait sur le statut légal de la distribution de marijuana à des fins thérapeutiques et non sur son utilisation par des patients particuliers, mais plusieurs personnes croient que la décision sonnera le glas des centres de distribution. Neuf États ont actuellement des politiques sur l'utilisation de la marijuana à des fins thérapeutiques – la décision de la Cour suprême risque de dissuader d'autres États d'adopter des politiques similaires.

L'effet de la décision sur le recours à la défense de nécessité médicale par les personnes qui cultivent ou possèdent de la marijuana à des fins personnelles et thérapeutiques est incertain. Cependant, les chances d'ouverture semblent minces, si l'on en croit l'observation formulée par la cour, dans sa décision unanime à l'effet que, selon le Congrès américain, la marijuana « n'a pas actuellement d'utilisation médicale acceptée » et « ne comporte pas d'avantage médical suffisant pour justifier une exemption » à l'interdiction pénale (en dehors des projets de recherche approuvés par le gouvernement).

Marijuana à des fins non thérapeutiques : la Cour suprême du Canada entendra la contestation constitutionnelle

Les tribunaux d'appel et de première instance du Canada ont jugé que l'interdiction de l'utilisation de

la marijuana à des fins médicales est inconstitutionnelle.¹² En conséquence, le gouvernement fédéral a adopté un nouveau règlement sur la marijuana à des fins médicales. Cependant, celui-ci maintient son approche prohibitive à l'égard de la marijuana en général. Trois hommes ont obtenu la permission d'interjeter appel à la Cour suprême du Canada pour contester la constitutionnalité des lois canadiennes qui interdisent l'utilisation de la marijuana à des fins récréatives.¹³

Dans une décision rendue à 2-1 en juin 2000, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a confirmé le jugement de culpabilité rendu contre David Malmo-Levine et Randy Caine.¹⁴ Le juge dissident a écrit que, pour que le système de justice pénal intervienne à bon droit, les effets néfastes de la consommation de la marijuana devraient être considérables. Dans la cause ontarienne de Chris Clay, le juge de première instance avait indiqué que, bien qu'il fût persuadé que la marijuana ne

cause pas de tort sérieux, il revenait au Parlement d'en déterminer la légalité.¹⁵ La Cour d'appel d'Ontario fut plus équivoque; elle a dit que « le jury délibérait encore » sur les effets néfastes réels et potentiels, et que le Parlement avait le loisir de criminaliser la possession de la marijuana à des fins récréatives du moment qu'il existait un « fondement raisonnable » de conclure que des torts pouvaient être causés. Malmo-Levine, Caine et Clay ont interjeté appel de ces décisions. Les causes pourraient être entendues par la Cour suprême du Canada avant la fin de l'année 2001.

— Jennifer Gold et Richard Elliott

¹ *Wakeford c. Canada*, [2000] OJ No 479 (CSJ) (QL).

² Santé Canada, Communiqué de presse, « Attribution du marché pour la production de marijuana propre à la recherche », 21 décembre 2000, consulté à <www.hc-sc.gc.ca> le 10 janvier 2001.

³ G. Basky, « Saskatoon firm wins country's first contract to cultivate medical marijuana », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001, 164(4) : 535.

⁴ S. Pazzano, « Protect pot supplier, says AIDS patient », *Edmonton Sun*, 3 mars 2001; T. Tyler, « Marijuana seized from Toronto AIDS patient; Grew own supply under constitutio-

nal exemption », *Toronto Star*, 3 mars 2001; M. Clement, « Medicinal marijuana man burned », *Toronto Sun*, 3 mars 2001.

⁵ « Jury finds in favour of pot crusader », *Star-Phoenix*, 21 juin 2001.

⁶ « Crown appeals pot crusader acquittal », *The Globe & Mail*, 20 juillet 2001, A7; « L'acquiescement du défendeur de la marijuana est porté en appel », *Le Soleil*, 20 juillet 2001; « Alta Crown appeals acquittal of Krieger », *The Leader-Post* (Regina), 20 juillet 2001, A11.

⁷ *R. c. Parker* (2000), 49 OR (3d) 481, (2000) 146 CCC (3d) 193, [2000] OJ No 2787 (CA) (QL), résumé dans R. Elliott, « Jugements récents concernant la marijuana utilisée à des fins médicales et non médicales », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 10-16, aux p. 11-13.

⁸ Disponible à <www.hc-sc.gc.ca>.

⁹ Vous pourrez trouver les commentaires du Réseau juridique canadien VIH/sida en ligne à <www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/cts/marijuana_submissions.htm>.

¹⁰ DORS 2001-227; également disponible à <www.hc-sc.gc.ca>.

¹¹ *United States c. Oakland Cannabis Buyers Cooperative et al.* United States Supreme Court, 14 mai 2000, Décision 00-151, disponible à <http://supct.law.cornell.edu/supct/html/00-151.ZO.html>.

¹² Voir les résumés des arrêts *Wakeford* et *Parker*, dans Elliott, *supra*, note 7, p. 10-14.

¹³ [2000] SCCA No 361 (QL); « Supreme Court to hear challenge to marijuana laws », *CBC News Online*, 6 mars 2001, consulté à <www.cbc.ca> le 27 juin 2001.

¹⁴ *R. c. Malmo-Levine*; *R. c. Caine*, 2000 BCCA 335, 145 CCC (3d) 225, [2000] BCJ No 1095 (CA) (QL). Résumé dans Elliott, *supra*, note 7, p. 14.

¹⁵ *R. c. Clay* (2000), 146 CCC (3d) 276, 49 O.R. (3d) 577, [2000] OJ No 2788 (C. sup.) (QL). Résumé dans Elliott, *supra*, note 7, p. 15.

Une requête pour faire rejeter la demande dans une cause de diffamation relative au VIH est rejetée

Le 23 avril 2001, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a rendu la première décision canadienne sur la question de savoir si, en elles-mêmes, des déclarations impliquant qu'une personne est séropositive ou a le sida peuvent servir de fondement à une action en diffamation, dans la cause de *Serdar c. Metroland Printing, Publishing and Distributing Ltd.*¹

En 1999, l'agent de police Lorelle Serdar a été mordue par un suspect durant une arrestation. Quelque temps après, un journal local a publié deux articles et un éditorial sur l'incident et

indiqué que celle-ci « attendait dans la terreur » de savoir si elle avait contracté le VIH à cause de la morsure.

Lorelle Serdar a intenté une poursuite en diffamation contre le journal,

l'éditeur, le rédacteur en chef, le directeur-gérant et un journaliste. Elle a affirmé qu'elle avait subi une atteinte à sa réputation à cause des articles et que ceux-ci avaient provoqué des tensions dans ses relations personnelles avec sa famille et ses amis.

Le journal a présenté une requête pour faire rejeter la demande de Mme Serdar au motif qu'elle ne reposait sur aucune « cause d'action raisonnable »; en d'autres termes, on demandait à la cour de juger que la poursuite ne pouvait pas continuer, parce qu'elle n'avait pas de fondement juridique. Le journal fit valoir deux arguments.

Premièrement, il plaida que les mots qu'il avait publiés ne pouvaient être considérés diffamatoires, parce qu'ils ne pouvaient en aucune façon avoir entaché la réputation de la demanderesse. Le journal a soutenu que, puisque ses publications

avaient bien précisé que l'incident qui avait donné lieu aux déclarations s'était produit pendant l'exercice des fonctions professionnelles de l'agent Serdar, on ne pouvait dire que sa réputation avait été entachée, parce qu'aucune personne raisonnable ne conclurait des faits que son état résultait d'une conduite indigne ou « vraiment malfaisante » (pour citer les mots utilisés par l'avocat des... défendeurs) de sa part.²

Lorelle Serdar plaida, cependant, que du moment qu'un énoncé pouvait la rabaisser dans l'estime des autres, ou pouvait entraîner qu'on la fuie, qu'on l'évite ou qu'on l'expose au mépris ou au ridicule, on pouvait conclure qu'il était diffamatoire, même s'il ne comportait pas nécessairement de reproche à l'égard de sa conduite. Le journal répondit que

déclarer faussement qu'une personne a une maladie infectieuse n'est susceptible d'être diffamatoire que dans les cas où la tendance de la communauté à fuir ou à éviter la demanderesse serait reliée au stigmate social résultant du fait qu'une personne ordinaire pourrait conclure à l'existence d'une conduite répréhensible ou indigne de la part de la demanderesse (comme l'utilisation de drogue ou la débauche sexuelle). [Le journal plaide...] que si l'on ne peut pas dire que des gens évitent ou fuient la personne à cause d'un comportement vraiment malfaisant de sa

part, il ne peut pas y avoir d'atteinte à sa réputation. L'envers de cet argument est que c'est seulement dans les cas où la personne ordinaire pourrait conclure de l'énoncé que la demanderesse a adopté une conduite déshonorante ou malencontreuse qu'une poursuite en diffamation pourrait être fondée.³

La cour a examiné d'autres arrêts (principalement canadiens) dans lesquels les tribunaux ont jugé que des déclarations impliquant faussement qu'une personne avait une maladie infectieuse (y compris une « maladie vénérienne ») pouvaient être diffamatoires.⁴ La cour a également tenu compte des commentaires formulés dans la doctrine juridique selon lesquels, en règle générale,

les mots qui suggèrent l'existence d'une maladie contagieuse sont poursuivables *per se* [c'est-à-dire qu'ils peuvent par eux-mêmes servir de fondement à une poursuite en diffamation]. Cette règle ne semble pas reposer sur les « moyens pernicieux » par lesquels la maladie peut être contractée, mais sur l'ostracisme social qui résulte de la croyance qui était autrefois répandue selon laquelle les personnes prudentes évitaient la compagnie de celles qui souffraient de cette maladie. Une accusation de cette nature a donc pour effet « d'exclure une personne des avantages sociaux de la société ». La règle est généralement restreinte aux maladies qui sont particulièrement répugnantes, persistantes et chroniques. Au Canada, les cas ont été limités aux maladies vénériennes. Ailleurs, la règle a également été appliquée à la lèpre, et l'on peut supposer que la typhoïde et, probablement, la

scarlatine ou la peste suffiraient, mais pas la variole. L'accusation qu'une personne a le sida est indéniablement diffamatoire en soi.⁵

Le juge a rejeté l'opinion du professeur Brown selon lequel la règle est trop profondément enracinée pour être modifiée par une cour de justice. À son avis,

le juge dans la présente affaire devra indubitablement s'attaquer de front à la question de savoir si des mots qui exprimaient faussement en 1999 qu'une personne était susceptible de devenir séropositive ou d'avoir contracté le sida donnent en eux-mêmes matière à procès. Il s'agit d'une question de droit qui n'a pas encore été établie expressément par une cour de justice du Canada et qui doit être déterminée dans le contexte d'un procès où le juge a tous les faits du dossier devant lui.⁶

Le juge a conclu qu'il n'était pas « évident et manifeste » qu'une poursuite en libelle diffamatoire serait rejetée, ce qui est le critère applicable selon la Cour suprême du Canada⁷ pour refuser d'accueillir une demande pour le motif qu'il n'existe pas de « cause d'action raisonnable ». Selon lui :

Il est juste de dire que le droit dans ce domaine est encore en développement... Il s'agit d'un domaine en évolution, où des changements importants sont survenus dans l'attitude du public. C'est un domaine de droit difficile pour cette seule raison.⁸

La cour n'était donc pas disposée à rejeter la demande de Lorelle Serdar pour ce motif.

Le deuxième argument du journal était que la demande devait être rejetée parce que les publications avaient seulement laissé entendre que l'agent Serdar *pouvait* avoir contracté le VIH, et en outre qu'il avait également publié l'opinion scientifique d'un médecin, d'après laquelle la probabilité de transmission dans de telles circonstances était « extrêmement faible » et représentait moins de 0,3%. Toutefois, la cour a observé que la prétention du journal qu'il ne pouvait être poursuivi en diffamation pour avoir simplement affirmé qu'une personne *pouvait* être séropositive ou avoir « contracté le sida » ne reposait sur aucun fondement juridique. Il a jugé qu'une décision concernant cet argument ne pouvait être rendue que dans le contexte d'un procès en bonne et due forme, au cours duquel une preuve adéquate serait présentée (et non au stade d'une requête préliminaire). De plus, même si le journal avait seulement laissé entendre qu'elle *pouvait* devenir séropositive, et même si le journal avait précisé que la probabilité que cela se produise était extrêmement faible, la cour a jugé que cela ne pouvait influencer que sur le nombre de personnes dans la communauté qui seraient susceptibles d'éviter ou de fuir Lorelle Serdar, et par conséquent sur le montant des dommages qui pourraient être accordés si elle avait gain de cause au procès.

En fin de compte, les arguments du journal ne persuadèrent pas la cour qu'il était « évident et manifeste » que la demande de Lorelle Serdar serait rejetée. Elle a donc rejeté la requête du journal et accepté que la cause soit entendue.

Commentaire

Quelle que soit la valeur des arguments du journal selon lesquels il ne devrait pas être tenu responsable de diffamation parce qu'il n'imputait à l'agent Serdar aucune conduite susceptible de la discréditer aux yeux des autres, le langage qu'il a utilisé est problématique. Il n'y a certainement aucun doute que l'opprobre relié au VIH existe et que, aux yeux de plusieurs, certaines personnes séropositives sont considérées plus « coupables » que d'autres pour leur infection (particulièrement les hommes gais, les travailleurs du sexe et les utilisateurs de drogue par injection). Tant que ces préjugés existent, il peut en effet être diffamatoire d'imputer ce type de conduite ou de caractéristiques (ou même seulement la séropositivité) à une personne. Comme l'a relevé le juge, l'avocat de la demanderesse a allégué :

que cela nous plaise ou non, nous vivons encore dans un monde où les gens ordinaires et même certaines personnes raisonnablement renseignées sur les questions concernant le VIH et le sida préféreraient éviter certains contacts avec une personne dont ils ont entendu dire qu'elle était séropositive [...] À son avis, de nos jours de nombreux individus fuiraient ou éviteraient une personne dans certaines circonstances s'ils pensaient que celle-ci est peut-être séropositive.⁹

Cela soulève la question séculaire de savoir si le droit concernant la diffamation devrait s'appuyer sur des préjugés répandus pour déterminer si un énoncé est diffamatoire, parce qu'en réalité il est susceptible d'exposer

sans justification une personne à la haine, au mépris ou au ridicule à cause de ces préjugés – ou si une approche plus raisonnée devrait être adoptée, consistant à établir si la « personne raisonnable » se laisserait guider par ces préjugés, dans son opinion au sujet d'une personne à laquelle certaines caractéristiques ou certains comportements sont imputés. Cette question mise à part, la suggestion formulée par le journal dans cette affaire, d'après laquelle une personne séropositive pourrait « à juste titre » être calomniée si son infection résulte d'un certain comportement sexuel ou de l'utilisation de drogue, est malheureuse et devrait être condamnée.

– Jennifer Gold et Richard Elliott

¹ Serdar c. Metroland Printing, Publishing, and Distributing Ltd., [2001] OJ No 1596 (CSJ) (QL).

² Ibid., par. 9.

³ Ibid., par. 13.

⁴ French (Oscar) c. Smith (1922), 53 OLR 28; Halls c. Mitchell (1926), 59 OLR 590 (CA) [notez que cette cause a été portée en appel à la Cour suprême du Canada, entre autres choses, sur la question du secret médical, mais pas sur la question de la signification de la diffamation]; Peters-Brown c. Regina District Health Board, [1996] 2 WWR 337 (CBR Sask), conf. par (1996), 148 Sask R 248 (CA); Southam Inc. c. Chelekis, [1998] BCJ No 848 (CS) (QL) (résumé dans Bulletin canadien VIH/sida et droit, 1999, 4(2/3) : 12); Snipes c. Mack (1989), 191 Ga Ap 233 (Georgia Court of Appeals); McCune c. Neitzel (1990), 235 Neb 754 (Supreme Court of Nebraska).

⁵ Prof RE Brown, *The Law of Defamation in Canada*, 2^e éd. vol. 1 (Toronto, Carswell, 1999), aux p. 8:45-46; voir aussi *Gatley on Libel & Slander* (P. Milmo et W.V. Rogers, Londres, Sweet & Maxwell, 1998, 9^e éd. No 8), p. 22-23, 27-28.

⁶ Serdar, *supra* note 1, par. 26, 30.

⁷ Hunt c. Carey, [1990] 2 R.C.S. 959.

⁸ Serdar, *supra* note 1, par. 30, 32.

⁹ Ibid., par. 30.

Couple déclaré coupable d'avoir provoqué une peur reliée au sida

Une conseillère municipale de Fredericton, Nouveau-Brunswick, et son mari ont été reconnus coupables en juin 2001 d'avoir fait circuler un faux renseignement dans l'intention d'alarmer (une infraction du Code criminel rarement invoquée), pour avoir donné à une femme la fausse impression qu'elle avait été exposée au risque d'infection à VIH.

Au cours d'un procès de quatre jours devant la Cour du Banc de la Reine du Nouveau-Brunswick, la poursuite a démontré que Marilyn et Ron Kerton avaient téléphoné à Wendy George et lui avaient dit qu'ils étaient tous les deux séropositifs. Wendy George avait eu une brève liaison avec Ron Kerton. Selon le témoignage de Wendy George, quand la relation a pris fin, Marilyn Kerton l'a appelée pour lui dire qu'elle et Ron avaient

tous les deux le sida (ce qui était faux). Il semble que Ron Kerton lui ait également téléphoné peu de temps après pour « confirmer » la mauvaise « nouvelle ». Madame George a soutenu qu'elle avait été foudroyée par la nouvelle et qu'elle avait envisagé le suicide.

L'infraction de faire circuler un faux renseignement dans l'intention d'alarmer est punissable par une peine maximale de deux ans d'emprisonne-

ment. Le 19 juillet 2001, les Kerton ont tous deux été condamnés à 500\$ d'amende, plus 75\$ d'amende supplémentaire, ou 12 jours d'emprisonnement à défaut de paiement de l'amende, et chacun a été assujéti à une période de probation de 10 mois, de même qu'à l'exécution de 100 heures de travaux communautaires dans un délai de sept mois. Comme elle a maintenant un casier judiciaire, Marilyn Kerton a dû renoncer à son siège au conseil municipal. Elle a également été suspendue de son poste de travailleuse sociale, jusqu'à l'issue d'une enquête instituée pour déterminer son aptitude au travail.¹

– Jennifer Gold

¹ « Former mistress says she was suicidal », *CBC News Online*, 19 juin 2001; « City councillor faces jail for lying about AIDS », *CBC News Online*, 22 juin 2001; « Fredericton councillor found guilty of spreading false message about AIDS », *CBC News Online*, 22 juin 2001; A White. « Conviction costs councillor her seat in Fredericton », *New Brunswick Telegraph Journal*, 20 juillet 2001, A1.

La Cour de justice de l'Ontario rejette une poursuite pour négligence policière : le VIH était en cause

Le 22 février 2001, la Cour suprême de l'Ontario a rejeté la demande dans l'affaire *Chartier c. Greaves*.¹

En 1992, à l'issue d'une altercation impliquant deux agents de police et deux frères, l'un des deux frères trouva la mort et l'autre fut blessé. Frank et Jacques Chartier avaient consommé de l'alcool et des drogues dans un immeuble résidentiel d'Ottawa, ce qui les avaient amenés à commettre des actes de violence envers leur hôtesse et à vandaliser son logement. La femme avait appelé la police et, dans la conversation, elle avait prévenu la

téléphoniste que les frères étaient séropositifs, qu'ils saignaient et qu'il y avait « du sang sur les murs ». Elle avait également précisé que Jacques Chartier s'était montré violent et avait menacé de les tuer, elle et son chien. Arrivés sur les lieux, les policiers, qui éprouvaient des craintes quant à « la question du VIH », enfilèrent leurs gants d'uniforme avant d'entrer. Quand ils se trouvèrent en présence des deux frères, la situation s'enve-

nima, et l'un des policiers sortit son revolver et tira trois coups. Interrogé sur la raison pour laquelle il avait utilisé son arme, le policier répondit que les deux hommes avaient foncé sur lui, que l'un d'eux brandissait un boyau d'incendie comme arme, dans un couloir dont le sol était jonché de verre brisé. Il a également dit qu'il avait eu peur de se couper ou de tomber sur le sol dans le sang qui était déjà là. Jacques Chartier fut touché à l'épaule. Frank Chartier fut blessé à mort.

Jacques Chartier et plusieurs membres de sa famille soutinrent que sa blessure et la mort de son frère Frank étaient injustifiées et avaient découlé d'une utilisation déraisonnable de la force. Le juge a rejeté l'action en concluant que les demandeurs n'avaient

pas prouvé que les policiers auraient pu avoir recours à d'autres moyens d'intervention raisonnables. Les policiers faisaient face à une situation d'urgence et les frères représentaient

un danger sérieux pour eux et pour les locataires de l'immeuble. Selon le juge, « la peur de contracter le sida était réelle. » Il conclut qu'aucun des défendeurs n'avait commis de négli-

gence, et en conséquence la demande fut rejetée.

- Jennifer Gold

¹ *Chartier c. Greaves*, [2001] OJ No 634 (CSO) (QL).

Une femme se voit reconnaître le droit de déduire de son revenu imposable des frais de MCP

Le 30 avril 2001, la Cour canadienne de l'impôt a rendu jugement en faveur d'une femme de Victoria qui avait revendiqué le droit de déduire de son revenu imposable, à titre de « frais médicaux » légitimes, les frais qu'elle avait engagés pour des suppléments vitaminiques et pour des thérapies de réadaptation comme la massothérapie et le toucher thérapeutique.¹

La requérante est une femme vivant avec le VIH/sida et prestataire d'une rente d'invalidité; elle avait interjeté appel d'une nouvelle cotisation de son impôt sur le revenu de 1997, après que Revenu Canada lui eut refusé la déduction pour ces frais. Elle avait également demandé une déduction pour divers frais comme ceux qu'elle avait engagés pour des sacs isothermes, des livres et des rapports ayant trait à ses besoins en soins de santé, à titre de frais médicaux déductibles.

Le juge Teskey s'est penché sur le sens de l'article applicable de la *Loi de l'impôt sur le revenu*² qui permet de déduire les frais pour « les médicaments, les produits pharmaceutiques et les autres préparations ou substances » utilisés pour le diagnostic, le traitement ou la prévention « sur ordonnance d'un médecin » et « enre-

gistrés par un pharmacien ». Le juge a statué que cette disposition ne signifiait pas que seuls les « médicaments délivrés sur ordonnance » pouvaient donner droit à une déduction pour frais médicaux et qu'en l'espèce, les suppléments vitaminiques avaient été prescrits par un médecin et qu'ils devaient être admis comme déduction du revenu imposable.

Le juge Teskey s'est également prononcé sur les frais que la femme avait engagés pour se rendre aux États-Unis, pour y recevoir un traitement de toucher thérapeutique (également prescrit par un médecin) dans un établissement où travaillaient des médecins, des infirmières et des psychologues. Il a affirmé : « Je suis tenu d'interpréter libéralement les affaires intéressant les frais médicaux et les invalidités médicales. L'appelante a

affirmé qu'elle pouvait recevoir le même type de traitement ici à Victoria, mais qu'il n'était pas du tout de la même qualité. » [trad.]³ Le juge a conclu que les frais étaient déductibles.

Toutefois, le juge Teskey a refusé la demande de déduction pour les frais médicaux relatifs aux revues, livres et sacs isothermes.

Il convient de noter que, dans au moins deux autres affaires, des juges de la cour de l'impôt ont refusé la déduction pour des suppléments de minéraux et de vitamines ou d'autres remèdes à base de plantes médicinales, du fait qu'ils n'avaient pas été prescrits par un médecin comme l'exige la *Loi de l'impôt sur le revenu*.⁴ Ce que doivent retenir les personnes vivant avec le VIH/sida, c'est qu'il faudra sans doute une ordonnance d'un médecin pour que des frais puissent être déductibles du revenu imposable.

- Glen Bugg

¹ *Frank c. Canada*, n° de dossier 2000-3586(IT), Cour canadienne de l'impôt, Victoria (Colombie-Britannique), 30 avril 2001 (juge Teskey, J.C.C.I.), consigné au dossier.

² L.R.C (1985), 5^e Supp. c. 1, art. 118.2(2)(n).

³ *Frank*, supra note 1, à la p. 6.

⁴ Par exemple voir: *Bauman c. Canada*, [2001] T.C.J. No 111 (Q.L.); *Williams c. Canada*, [1997] T.C.J. n° 1346.

La Cour fédérale rejette une demande d'asile et refuse de reconnaître que l'absence de soins médicaux appropriés constitue de la persécution

Le 9 mai 2001, la Cour fédérale du Canada (Division de première instance) a rejeté la demande de révision d'une décision de la Commission de l'immigration et du statut de réfugié (CISR) qui avait rejeté la demande de statut de réfugié selon la Convention de Genève présentée par un homme séropositif. La question soumise à la cour était la suivante : est-ce que la non-disponibilité des traitements médicaux élaborés constitue de la persécution?

Hassan Mare est citoyen du Burkina Faso. Il a fui au Canada parce qu'il craignait pour sa sécurité : son père, l'ancien chef de son village principalement musulman, s'était converti au christianisme et les membres du village pensaient qu'il tenterait de succéder à son père comme chef du village. Après son arrivée au Canada il fut diagnostiqué séropositif. La CISR a jugé que sa crainte de persécution, fondée sur les motifs habituels, n'était pas crédible. Cependant, Mare a également allégué une crainte justifiée d'être persécuté dans son pays d'origine à cause de son appartenance à un groupe social particulier, c'est-à-dire celui des personnes séropositives au VIH. Il a soutenu qu'il devrait obtenir le statut de réfugié au sens de la Convention parce qu'il ne disposerait pas des moyens suffisants pour être traité pour sa maladie dans son pays d'origine, et que même s'il pouvait être traité, le traitement offert n'équivaudrait pas à celui offert en Ontario.

La CISR a décidé que, bien qu'il fût séropositif, il ne serait pas systématiquement privé de soins médicaux au point d'en être persécuté. Elle a également conclu que la médication antivirale existait au Burkina Faso et

qu'on pouvait l'obtenir par l'entremise du ministère de la Santé, bien que le coût n'en fût pas subventionné. Bien que Mare n'ait pas d'argent, la CISR a établi qu'il pouvait reprendre son ancienne profession d'éleveur de bétail et qu'il pouvait compter sur sa famille. Elle a conclu que l'insuffisance de traitements médicaux élaborés et coûteux au Burkina Faso ne pouvait pas être considérée comme de la persécution.

Mare a présenté une demande de révision judiciaire de la décision. La ministre de la Citoyenneté et de l'Immigration s'est opposée à sa requête en affirmant que le manque ou le refus de traitements médicaux pouvait, dans certaines circonstances, constituer de la persécution s'il était fondé sur des motifs discriminatoires ou s'il visait un groupe particulier, mais que ce n'était pas le cas de Mare. Le gouvernement a également plaidé qu'à la limite l'argument de Mare reviendrait à prétendre que toute personne à l'extérieur du Canada qui n'a pas accès dans son pays à des soins de santé similaires à ceux offerts en Ontario pourrait bénéficier du statut de réfugié au sens de la Convention.¹

Le juge Rouleau, de la Cour fédérale, division de première instance, a rejeté les arguments de Mare selon lesquels l'absence de soins médicaux pouvait constituer de la persécution :

Je crois que le Burkina Faso, compte tenu de sa richesse ou de son absence de richesse, offre toutes les ressources médicales qu'il soit possible d'offrir dans un pays défavorisé. L'État respecte les conventions internationales sur le plan des normes de santé physique et mentale dans la mesure où il peut économiquement se le permettre [...]

Soutenir que les demandeurs de statut de réfugié qui ne disposent pas de soins médicaux adéquats dans les pays défavorisés sont victimes de persécution créerait une situation ingouvernable. Il ne relève pas des fonctions ni de l'expertise des commissions de statut de réfugié de déterminer de façon indépendante quels standards devraient être appliqués dans le monde ou dans chacun des pays d'origine. Comment pourrait-on exiger qu'elles déterminent la suffisance des soins médicaux offerts?²

Le juge a donc rejeté la demande de révision de la décision de la CISR présentée par Mare.

L'avocat de Mare a ensuite demandé au juge de certifier que l'affaire soulevait une question grave de portée générale selon la *Loi sur l'immigration*,³ ce qui lui donnerait la possibilité d'interjeter appel devant la Cour d'appel fédérale. Le juge Rouleau a formulé la question dans les termes suivants :

Une personne incapable d'avoir accès à des soins médicaux raisonnables dans son pays d'origine est-elle exposée à une grave possibilité de persécution?

Le juge Rouleau ne fut pas persuadé que la question devait être certifiée. Il a rejeté la requête en concluant : « La preuve et les arguments présentés ne m'ont pas convaincu qu'il existait un lien entre la pauvreté et l'inexistence de soins médicaux élaborés et les motifs qui sous-tendent généralement la persécution. »

Il reste à espérer que cette déclaration soit réellement un reflet de l'absence de preuve adéquate devant le tribunal en l'instance, car il y a peu de doute qu'il existe dans de nombreux

cas un lien très important entre la discrimination, d'une part, et la pauvreté et l'absence de soins médicaux appropriés, d'autre part. Toutefois, le refus du juge de certifier la question pour l'appel implique que les tribunaux ont évité (pour le moment) une question très importante. L'affaire *Mare* soulève directement la question des violations des droits économiques et sociaux, comme le droit à la norme la plus élevée de santé physique et mentale qu'il soit possible d'atteindre, comme fondement à une demande

d'asile dans un autre pays. Compte tenu d'une crainte « d'ouvrir la porte aux abus », soulevée par Citoyenneté et Immigration Canada et partagée par le juge dans la présente cause, ce sera un argument difficile à soutenir devant les tribunaux canadiens.

– Richard Elliott

¹ *Mare c. Canada (Minister of Citizenship and Immigration)*, 2001 FCT 450, [2001] FCJ No 712 (QL), par. 7.

² *Ibid.*, par. 11.

³ L.R.C. 1985, c. I-2, art. 83.

DROIT PÉNAL

Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements V

Cette chronique régulière porte sur les nouveaux développements au chapitre des poursuites pénales relatives à la transmission du VIH ou à l'exposition au virus, et les développements dont nous avons eu connaissance depuis le numéro précédent de la *Revue*. Nous nous concentrons sur l'actualité canadienne. Les arrêts et la législation d'autres pays ne sont traités que s'ils constituent une évolution importante dans ce domaine du droit ou pour le pays en question.

Canada

Nouvelle-Écosse – Premier cas depuis *Cuerrier* où est invoquée la défense de la « réduction des risques »

En juin 2001, un tribunal de première instance de la Nouvelle-Écosse a rendu la première décision canadienne postérieure au jugement de la Cour suprême du Canada dans *Cuerrier*¹ qui aborde la question de la responsabilité criminelle relative à la « réduction des risques ». Le 14 juin 2001, dans l'affaire *R. c. Edwards*,² le juge

Goodfellow, de la Cour suprême de la Nouvelle-Écosse, a rendu un jugement oral dans lequel il a acquitté James Robert Edwards des accusations de voies de fait graves et d'agression sexuelle qui avaient été portées contre lui.

Les faits

La genèse de cette affaire illustre comment des poursuites criminelles peuvent découler indirectement d'autres situations. Edwards a rencontré X dans un bar gai de Halifax, et ils se sont rendus chez X. Ils ont eu des rela-

En juin 2001, un tribunal de première instance de la Nouvelle-Écosse a rendu la première décision canadienne postérieure à l'arrêt *Cuerrier* de la Cour suprême du Canada et qui aborde la responsabilité criminelle relative à la « réduction des risques ».

tions sexuelles orales mutuelles (sans condom) et, à un moment donné (les versions varient de plusieurs heures sur le moment exact), un coït anal a été pratiqué; Edwards a pénétré X. Après le départ de Edwards le lendemain matin, X a découvert qu'il lui manquait une bague à diamant. Il en vint à la conclusion que Edwards l'avait sans doute volée et il porta plainte à la police pour vol.

Edwards nia catégoriquement avoir quoi que ce soit à voir avec le vol de la bague. Il collabora sans réserve avec les policiers et accepta volontiers de subir un test polygraphique au poste de police. Le test permit de conclure qu'Edwards avait dit la vérité relativement au vol. En apprenant cela, X présenta ses excuses à Edwards. Cependant, avant d'administrer le test polygraphique, l'opérateur s'était informé, conformément à la procédure réglementaire, de l'état de santé général et psychologique d'Edwards et lui avait demandé s'il prenait des médicaments. Edwards avait répondu qu'il était en bonne santé, mis à part le fait qu'il était séropositif. Après avoir obtenu ce renseignement, l'opérateur du polygraphe se sentit moralement obligé d'en faire part à X, qui en fut bouleversé et terrifié.

X affirma que cette relation anale avait eu lieu sans protection. Edwards admit qu'il était séropositif et qu'il le savait quand il a eu une relation anale avec X, mais il soutint avoir utilisé un condom. Edwards fut accusé d'un chef de voies de fait graves et d'un autre d'agression sexuelle. Le procès a été fixé à la mi-juin 2001. (X était toujours séronégatif au moment du procès – bien au-delà de la période fenêtre d'une séroconversion possible.)

Les questions en litige et le jugement

C'est le premier cas dans lequel des accusations criminelles sont portées contre une personne séropositive devant les tribunaux canadiens pour une activité sexuelle autre qu'un coït vaginal ou anal non protégé. Dans l'affaire *Cuerrier*, la Cour suprême avait laissé entendre que le partenaire séropositif ne serait probablement pas légalement obligé de divulguer son état séropositif si les relations sexuelles étaient protégées :

Les relations sexuelles avec une personne séropositive comporteront toujours des risques. Il se peut que les relations sexuelles qui ne comportent absolument aucun risque soient impossibles. Toutefois, on pourrait juger que l'utilisation prudente de condoms réduit tellement le risque de préjudice que celui-ci ne serait plus considéré comme important, de sorte qu'il se pourrait qu'il n'y ait plus de privation ou de risque de privation. Encore une fois, dans des circonstances comme celles de la présente affaire, il doit y avoir un risque important de lésions corporelles graves pour qu'il soit satisfait aux exigences de l'article. En l'absence de ces critères, il n'y aura aucune obligation de divulguer.³

Il est intéressant de noter que la couronne a reconnu dans la présente affaire que « la relation sexuelle orale est une conduite à faible risque qui ne relève pas du domaine de l'article 268(1) [la disposition concernant les voies de fait graves] du Code criminel, et s'il n'y avait eu que des relations orales non protégées, aucune accusation n'aurait été portée ».⁴ Ceci permet de croire que la suggestion de la Cour suprême a probablement eu un effet sur la façon dont les procureurs (ou certains d'entre eux) exercent leur discrétion en ce qui a trait aux accusations portées contre des personnes vivant avec le VIH/sida qui sont actives sexuellement.

Cependant, la reconnaissance par la couronne, dans cette affaire, que l'absence de divulgation dans le cas de relations sexuelles orales non protégées ne pourrait servir de fondement à des accusations criminelles implique que la suggestion faite par la Cour suprême dans *Cuerrier* n'est pas l'objet d'un commentaire judiciaire. Cela signifie que le droit canadien n'est pas

encore fixé sur la question de savoir si la divulgation de la séropositivité demeure obligatoire lorsque les relations sexuelles sont « protégées » ou qu'elles comportent un risque moins

Le droit canadien n'est pas encore fixé sur la question de savoir si la divulgation de la séropositivité demeure obligatoire lorsque les relations sexuelles sont « protégées » ou qu'elles comportent un risque moins important que celui d'un coït anal ou vaginal sans condom.

important que celui d'un coït anal ou vaginal sans condom.

La question en litige, par conséquent, était la relation anale alléguée non protégée, dans laquelle Edwards a pénétré X. Le juge Goodfellow a examiné la décision de la Cour suprême dans *Cuerrier* et il a observé que la Cour avait jugé, dans cet arrêt, que la non-divulgation par une personne de sa séropositivité avant une relation sexuelle (vaginale ou anale) non protégée serait considérée comme « malhonnête » par toute personne et pourrait par conséquent constituer une fraude de nature à vicier (c'est-à-dire à rendre invalide) le consentement de sa partenaire, donc de transformer le contact sexuel en agression, au regard du droit. À son avis, toute « personne raisonnable » considérerait que le fait d'avoir des relations sexuelles (vaginales ou anales) non protégées sans divulguer son état séropositif est un acte « égoïste, méprisable, et avant tout, criminel ».⁵

Conséquemment à l'arrêt *Cuerrier*, la poursuite avait le fardeau de prouver, dans la présente affaire : (1) que

les hommes avaient eu des relations anales non protégées; (2) qu'il y avait un « risque important » de transmission du VIH en conséquence et que ce risque avait « mis en danger la vie du plaignant »; et (3) que X n'aurait pas consenti à ces relations sexuelles avec Edwards s'il avait su que celui-ci était séropositif.

Sur le premier point, le juge Goodfellow a dit ceci :

Dans cette affaire, il s'agit de déterminer si la couronne a établi au-delà du doute raisonnable que des relations sexuelles anales « non protégées » ont eu lieu entre ces deux hommes. Il est clair que ni X, ni M. Edwards n'a demandé à l'autre s'il était infecté par une maladie et, en particulier, s'il était séropositif. Bien qu'il soit facile de prétendre qu'obtenir ce type d'information serait particulièrement avisé et très indiqué dans la communauté gaie, où les relations sexuelles anales sont prévisibles, il n'existe pas de norme de cette nature en droit, et la nature humaine et les circonstances, l'alcool, la passion, etc., militent contre l'établissement d'une telle norme. La norme à appliquer dans la communauté gaie est l'obligation pour la personne infectée de pratiquer le « sécurisexe » ou de divulguer clairement son état pour obtenir un consentement éclairé si des relations sexuelles non protégées devaient être pratiquées. [trad]⁶

X a soutenu que la relation sexuelle anale avait eu lieu sans protection. Edwards a affirmé avoir utilisé un condom. Le juge Goodfellow a jugé que les témoignages de X et Edwards étaient tous deux « très crédibles ». Par conséquent, il n'eut d'autre choix que de conclure qu'il y avait un « doute raisonnable » sur la

question et il a prononcé l'acquittement d'Edwards.

Pour ce qui est de la question concernant la mise en danger de la vie de X, le juge prit note de la preuve d'expert médicale qui lui a été présentée, selon laquelle le risque de transmission est de 1 sur 10 000 dans les cas de relations sexuelles orales non protégées, de 1 sur 1000 dans les cas de relations vaginales non protégées, et de 1 sur 500 dans les cas de relations anales non protégées. L'expert médical « a indiqué que l'utilisation adéquate d'un condom réduit le risque ou le rend plus faible, toutefois, aucune statistique ni aucune évaluation n'a été donnée à la cour, quant à d'éventuelles conclusions scientifiques ou médicales spécifiques sur le degré de risque qui reste quand des relations sexuelles non protégées sont pratiquées ». ⁷ Le juge a donc conclu que la couronne n'avait pas réussi à prouver au-delà de tout doute raisonnable que la conduite de Edwards avait « mis en danger la vie » de X.

Finalement, concernant la question du consentement de X, le juge a dit :

Dans les situations comme celle qui est présentement devant moi, il faut insister sur le fait que la couronne doit prouver au-delà de tout doute raisonnable que X aurait refusé d'avoir des relations sexuelles protégées [sic] avec Edwards s'il avait su que celui-ci était séropositif. ⁸

Il faut noter que la décision du juge, telle qu'elle a été rapportée, mentionne les « relations sexuelles protégées » (*protected sex*), mais que le contexte et le droit (ex. l'arrêt *Cuerrier*) permettent de croire qu'il voulait dire « relations sexuelles non protégées » (*unprotected sex*). Compte tenu du fait que la décision a

été rendue oralement, il est vraisemblable que le juge ait commis un lapsus ou qu'il y ait eu une erreur de transcription. Par contre, il est possible que le juge Goodfellow ait en fait intentionnellement dit relations sexuelles « protégées » : la poursuite n'a pas prouvé la prétention de X que le coït anal avait eu lieu sans protection, de sorte que le juge peut avoir laissé entendre que, en supposant qu'un condom ait été utilisé, la couronne devait prouver que X n'aurait pas consenti aux relations anales même avec un condom, s'il avait su que Edwards était séropositif. Considérant la brièveté du jugement oral, ce n'est tout simplement pas clair. Ce qui importe toutefois est que la couronne devait prouver que X n'aurait pas donné son consentement aux relations sexuelle s'il avait connu l'état sérologique de Edwards.

Dans sa conclusion, le juge Goodfellow a noté la controverse entourant le concept de criminalisation étendu même au « sécurisexe » :

Il ne revient pas aux juges de première instance d'élargir la portée de ce qui constitue un acte criminel. Cet exercice est du domaine de la législature ou de la Cour suprême du Canada dans son interprétation de la loi. La communauté gaie et ses porte-parole encouragent vigoureusement la pratique du sécurisexe, pas de l'abstinence. Si le défaut de divulguer une maladie contagieuse avant d'avoir des relations sexuelles « protégées » doit être une infraction criminelle, c'est au Parlement de définir ainsi ce type d'activité. ⁹

Nouvelle-Écosse – Six ans de prison pour avoir menacé quelqu'un avec une seringue

En mai 2001, Robert Arthur Harrison a été condamné à six ans de prison

après avoir été déclaré coupable d'avoir menacé des gardiens de sécurité dans un magasin avec une seringue qu'il prétendait contenir du sang contaminé au VIH. Les accusations exactes n'ont pas été rapportées.¹⁰

Québec – Montréalais accusé de voies de fait graves

En avril 2001, la police de Montréal a annoncé que trois accusations de voies de fait graves avaient été portées contre un itinérant de 27 ans présumé séropositif, pour avoir eu des relations sexuelles non protégées avec trois femmes. Il fut également rapporté que l'homme s'injectait des drogues et avait travaillé comme prostitué à Vancouver et à Montréal, bien qu'aucune des accusations portées contre lui ne concernaient la prostitution. Une des femmes, âgée de 16 ans, a été diagnostiquée séropositive, et l'homme est présumé l'avoir infectée; les deux autres femmes attendaient encore les résultats de leurs tests. La femme qui avait été infectée a appris son état en novembre 2000, et un travailleur social lui avait conseillé de communiquer avec la police. Au cours de son enquête, qui a duré cinq mois, la police de Montréal a obtenu des mandats concernant les dossiers médicaux de l'homme; ceux-ci ont démontré que l'homme savait depuis 1992 qu'il était séropositif.¹¹

Québec – Six ans de prison pour avoir transmis le VIH

Le 6 juin 2001, Mario Morin a été condamné à six ans de prison pour voies de fait graves, après avoir été reconnu coupable d'avoir infecté son ancienne petite amie au VIH en ayant avec elle des relations sexuelles non protégées sans lui divulguer sa séropositivité.¹²

Québec – Détermination de la peine pour un homme qui a craché du sang en direction de gardiens de prison

Le 6 juin 2001, Jean-Roch Lefrançois, un détenu séropositif, a été déclaré coupable de deux chefs d'accusation d'avoir proféré des menaces, de deux chefs de voies de fait causant des lésions corporelles et de deux chefs de tentative de meurtre. Les accusations avaient fait suite à une altercation survenue en décembre 1997 dans un centre de détention de la ville de Québec, durant laquelle il avait craché du sang en direction de deux gardiens (un des gardiens avait reçu du sang sur l'épaule). À son enquête préliminaire, il a plaidé coupable aux accusations d'avoir proféré des menaces; il a été déclaré coupable des accusations de tentative de meurtre et de voies de fait à l'issue d'un procès qui a eu lieu en septembre. Il a été condamné à un an de prison pour avoir proféré des menaces, à cinq ans de prison pour les accusations de voies de fait et à 14 ans de prison pour les chefs de tentative de meurtre. Les peines seront purgées concurremment.¹³

Alberta – Deux cas de menaces avec seringues

En mai 2001, deux personnes brandissant une seringue qu'elles prétendaient contenir du sang contaminé au VIH ont commis des vols dans des stations-services, l'une à Edmonton et l'autre à Calgary. Dans le cas du vol d'Edmonton, le commis a été aspergé de sang au visage. Huit chefs d'accusation, comprenant possession d'une arme et voies de fait graves, ont été portées contre une femme dans cette affaire. L'homme qui a commis le vol à la station-service de Calgary n'avait pas été capturé par la police.¹⁴

Alberta – Un acquittement dans un cas de relations sexuelles non protégées

Le 27 mars 2001, un tribunal de première instance d'Alberta a acquitté un homme séropositif accusé d'agression sexuelle grave pour n'avoir pas dit à sa petite amie qu'il était séropositif avant d'avoir avec elle des relations sexuelles non protégées. Elle a témoigné qu'elle et Fabion Dion Bear avaient eu des relations sexuelles non protégées, entre novembre 1999 et janvier 2000, après que celui-ci lui eut dit qu'il n'avait pas de maladie transmissible sexuellement. Elle avait eu depuis deux fois des résultats de tests sérologiques négatifs. Bear a témoigné qu'il lui avait dit qu'il était séropositif et qu'ils avaient toujours utilisé des condoms. Il a toutefois reconnu qu'il ne lui avait pas dit qu'il avait également l'hépatite C. La juge Trussler, de la Cour du Banc de la Reine de l'Alberta, a dit qu'elle ne croyait pas le témoignage de Bear et que la preuve présentée par les autres témoins de la défense ne la convainquit pas non plus. Cependant, à son avis, il existait un doute raisonnable quant à sa culpabilité. Elle a également conclu que la victime présumée n'était « pas franche »; elle avait modifié son témoignage, avait menti sous serment, et « avait des problèmes d'alcool et de drogue ». Après avoir acquitté Bear, la juge l'a sévèrement réprimandé, notamment pour avoir antérieurement craché sur deux agents de police.¹⁵

C.-B. – Accusations de voies de fait pour avoir craché, malgré l'absence de risque d'infection

En février 2001, un homme séropositif de Victoria a été accusé de voies de fait pour avoir craché sur un chauffeur d'autobus. Il avait oublié

sa carte d'autobus et voulait monter gratuitement. Devant le refus du chauffeur, l'homme se fâcha et cracha dans sa direction. Le crachat aboutit sur le pantalon du chauffeur. L'homme fut arrêté et accusé de voies de fait, et il fut libéré le lendemain en attendant son procès. Entre-temps, il lui fut interdit d'utiliser les transports en commun et il dut rendre sa carte d'autobus. Un porte-parole de BC Transit a dit aux médias que de telles agressions « font craindre la maladie » aux chauffeurs et à leurs familles, bien qu'il n'y ait eu aucun risque notable d'infection, compte tenu que le crachat avait atterri sur le pantalon du chauffeur.¹⁶

C.-B. – Un homme accusé de voies de fait contre le gardien de sécurité d'un magasin en appelle de sa peine

En juin 1999, John Perry a été reconnu coupable de voies de fait graves, de voies de fait avec une arme et de s'être soustrait à une garde légitime. Les accusations ont découlé d'une altercation avec des gardiens de sécurité d'un centre d'achats, qui avaient arrêté Perry pour vol à l'étalage. Au cours de l'altercation, Perry a frappé l'un des gardiens de sécurité à la tête à plusieurs reprises avec un marteau et l'a mordu au scrotum. Perry, un Autochtone vivant avec le VIH et l'hépatite C, a affirmé que l'altercation avait commencé après que l'un des gardiens eut tenu des propos racistes à son endroit et formulé des commentaires insultants à l'égard de sa femme, et que c'était le gardien de sécurité qui l'avait attaqué avec le marteau.

Il a été condamné à deux périodes d'emprisonnement de cinq ans et à une peine de six mois, les peines étant concurrentes. En imposant la peine, le

juge observa :

Les coups qu'il a portés avec le marteau et la morsure qu'il a infligée au gardien de sécurité, sachant qu'il était porteur des virus du VIH et de l'hépatite C, auraient pu affliger sa victime d'une grave incapacité permanente, ou pire.¹⁷

Perry a interjeté appel de la peine pour divers motifs, notamment parce que la peine de cinq ans d'emprisonnement pour voies de fait graves était excessive.

Cependant, la Cour d'appel de la Colombie-Britannique a rejeté son appel. Le juge Proudfoot, au nom des trois juges, a écrit ce qui suit :

Il s'agit d'une agression très grave et, compte tenu du fait que l'appelant avait l'hépatite C et était séropositif, le traumatisme doit avoir été considérable pour la victime. La victime a été frappée six fois à la tête avec un marteau, et l'on a dû lui faire 17 points [...] La peine de cinq ans est tout à fait appropriée et il n'y a aucune raison de la modifier.¹⁸

Le jugement ne précise pas clairement quel poids a été accordé à la séropositivité et à l'hépatite C de Perry en relation avec la gravité des blessures infligées avec le marteau. Ni le juge de première instance, ni la Cour d'appel ne semblent avoir tenu compte de la preuve concernant la probabilité minimale de transmission du VIH ou du VHC par morsure (par-dessus des vêtements).

Ontario – Allégations relatives à des relations sexuelles non protégées : acquittement

En mars 2001, un homme séropositif a été acquitté à Timmins d'accusations de voies de fait graves. Une

femme âgée de 25 ans avait témoigné qu'elle et Pierre Angnatuk-Mercier avaient eu des relations sexuelles au moins trois fois sans condom, et que ce dernier avait nié qu'il était séropositif. Angnatuk-Mercier soutint pour sa part qu'il avait utilisé des condoms et que la femme savait qu'il était séropositif. Il affirma qu'il n'avait jamais eu de relations sexuelles non protégées dans les six années qui avaient suivi l'annonce de son état séropositif. À la fin du procès, le juge Karam a dit qu'il ne serait « pas prudent de condamner » l'accusé, compte tenu des incohérences dans le témoignage de la plaignante.¹⁹

Ontario – Un détenu demande une peine de deux ans ou plus

Le 19 décembre 2000, un détenu séropositif a été condamné à deux ans d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, après avoir plaidé coupable à des accusations d'avoir proféré des menaces de mort et de voies de fait causant des lésions corporelles. Au moment de sa comparution, Kenneth Ratte était retenu par une corde et escorté par quatre gardiens portant des gants, des gilets pare-balles et des lunettes de protection. Ratte a un casier judiciaire chargé, comprenant des crimes de violence. Les dernières accusations découlaient d'un incident survenu en septembre 2000 au cours duquel Ratte avait attaqué un gardien et craché sur lui. Il a plaidé « catégoriquement coupable » aux accusations portées contre lui et a demandé à la cour de lui imposer une peine de plus de deux ans pour qu'il soit incarcéré dans un pénitencier fédéral, disant qu'il se considérait trop dangereux pour être détenu dans un établissement provincial. Dix ans auparavant, il avait été gardé pendant six mois en isolement cellulaire pour

avoir menacé à plusieurs reprises d'infecter le personnel de la prison.²⁰

Terre-Neuve – Un homme plaide coupable à des accusations de voies de fait pour avoir eu des relations sexuelles non protégées

En janvier 2001, un homme de St-John a plaidé coupable à deux chefs de voies de fait graves pour avoir eu des relations sexuelles non protégées avec deux femmes sans divulguer sa séropositivité.²¹ (Aucune des femmes n'a été infectée.) Harold Williams purge déjà une peine de 5 ans pour une condamnation antérieure imposée en mai 2000, pour une accusation de voies de fait graves et une autre de nuisance publique concernant une troisième femme (qui n'avait pas été infectée non plus). Il a interjeté appel de la condamnation et de la peine dans cette affaire.²² Le 19 juin 2001, Harold Williams a été condamné à un emprisonnement additionnel de cinq ans relativement aux deux nouvelles accusations, peine qu'il devra purger consécutivement à la première, ce qui donne une période totale de 10 ans d'emprisonnement.²³

Terre-Neuve – Accusations de nuisance publique retirées

Au début de juillet 2001, la poursuite a retiré une accusation de « nuisance publique » contre un homme séropositif de St-John, Terre-Neuve.²⁴ L'homme avait été accusé en février 2000, parce qu'il était soupçonné d'avoir eu des relations sexuelles non protégées sans divulguer son état à un client, pendant qu'il travaillait comme prostitué.²⁵

Royaume-Uni

Écossais condamné à cinq ans pour avoir transmis le VIH

En février 2001, après un procès de neuf jours tenu à Glasgow, Stephen Kelly a été reconnu coupable de « négligence criminelle » pour avoir eu des relations sexuelles non protégées avec sa partenaire, pendant plusieurs mois en 1993 et 1994, sans divulguer sa séropositivité. Le 16 mars 2001, Kelly a été condamné à cinq ans d'emprisonnement. C'était le premier procès de cette nature à se tenir selon la loi écossaise.²⁶

Kelly a plaidé non coupable à l'accusation, soutenant qu'il croyait que sa partenaire savait qu'il était séropositif. Celle-ci a témoigné, cependant, qu'elle n'avait appris son état que quand elle-même fut diagnostiquée séropositive. Elle a dit à la cour qu'en mars 1994, Kelly lui avait « raconté » qu'il avait reçu un appel d'une ex-petite amie qui avait le sida, qu'il avait passé des tests et qu'il avait été diagnostiqué séropositif. Cependant, lorsque elle-même a été diagnostiquée séropositive, il lui a dit qu'il avait été infecté parce qu'il avait partagé des aiguilles en prison.

Kelly, un ancien héroïnoman, était détenu à la prison de Glenochil lorsqu'il a été diagnostiqué séropositif en 1993. Son ancienne partenaire a témoigné qu'elle savait qu'il avait été « de mœurs légères » dans le passé, qu'il avait consommé de l'héroïne et qu'il avait passé du temps en prison. Elle a ajouté qu'elle s'était informée de son état sérologique, et qu'il lui avait dit qu'il avait eu un sérodiagnostic négatif, quand il était en prison. Il y avait eu une vague d'hépatite B et de VIH dans cette prison, et Kelly fut l'un de ceux qui sol-

licitèrent du counselling et des tests sérologiques. Toutefois, une ancienne infirmière de la prison témoigna que Kelly avait reçu un résultat positif

Des craintes ont été soulevées quant à l'utilisation de renseignements médicaux confidentiels obtenus dans le contexte de projets de recherche, pour obtenir une condamnation dans une cause pénale.

relativement au VIH, alors qu'il était en prison.

Des craintes ont été soulevées quant à l'utilisation de renseignements médicaux confidentiels obtenus dans le contexte de projets de recherche, pour obtenir une condamnation dans une cause pénale. Kelly avait initialement consenti à donner un échantillon de sang dans le cadre d'une enquête sur l'épidémie d'hépatite B et de VIH par partage de seringues à la prison de Glenochil. On avait dit aux détenus que le prélèvement d'échantillons serait confidentiel et que les résultats ne seraient divulgués à personne d'autre que les membres de l'équipe de recherche sans consentement.²⁷ Kelly n'avait pas consenti à ce que ses résultats positifs soient divulgués aux autorités médicales de la prison.

Les policiers ont appris que Kelly avait été l'un des détenus infectés pendant la vague d'infection de Glenochil. Ils ont également appris qu'un échantillon prélevé sur son ancienne partenaire, la plaignante dans la poursuite pénale actuelle, avait été envoyé à un projet de

recherche sur l'épidémiologie moléculaire du VIH-1, et que son virus avait été relié au virus de Glenochil. Cette information fut utilisée pour favoriser la condamnation relativement à l'infection de sa partenaire.

Durant le procès, l'avocat de Kelly a tenté d'empêcher que les résultats de ces tests soient admis en preuve. Il plaidait qu'admettre la preuve des résultats signifierait que les détenus devraient choisir entre autoriser la divulgation d'informations susceptibles d'être utilisées en preuve contre eux devant les tribunaux, ou décliner la possibilité d'obtenir des soins médicaux appropriés. La cour a toutefois rejeté son argument, pour le motif que, avant même le début du projet de recherche, Kelly avait demandé au personnel médical de la prison de subir un test de VIH. La cour a également jugé que les échantillons prélevés conformément à l'enquête sur l'épidémie avaient été remis au personnel médical de la prison avec son consentement, et qu'il n'existait absolument aucun privilège qui empêchait ce type de renseignements médicaux confidentiels d'être divulgués dans une action en justice.²⁸ Les chercheurs ont également exprimé des inquiétudes concernant les implications de ce jugement pour leur aptitude à entreprendre des recherches comme celle sur l'épidémie de VIH et d'hépatite à la prison de Glenochil, ou d'autres recherches épidémiologiques qui relient divers foyers de VIH à des renseignements signalétiques personnels.²⁹

États-Unis

En avril 2001, un homme accusé d'avoir transmis le VIH à cinq femmes par des relations sexuelles non

protégées a plaidé coupable à des accusations de voies de fait grave avec une arme meurtrière. C'est le premier cas de ce genre au Texas. Paul Hollingsworth a été condamné à neuf mois de probation, parce qu'il est à un stade avancé du sida et qu'il est peu probable qu'il vive assez longtemps pour subir son procès.³⁰

Autriche

Un groupe autrichien de défense des droits des gais et lesbiennes a annoncé en mars 2001 qu'un homme séropositif de 34 ans avait été condamné à passer trois mois dans une prison

Un homme séropositif a passé trois mois dans une prison de Vienne, bien qu'il ait suivi les lignes directrices sur le sécurisexe émises par le ministère de la Santé.

de Vienne, bien qu'il ait suivi les lignes directrices concernant le sécurisexe émises par le ministère de la Santé. L'homme avait été reconnu coupable, au milieu de l'année 1999, d'avoir présumément eu des relations sexuelles anales en utilisant des condoms et d'avoir eu des relations sexuelles orales avec un autre homme sans utiliser de condoms. Bien que sa conduite ait été conforme aux lignes directrices concernant le sécurisexe, la cour a jugé que ces actes « contribuaient à la propagation de maladies transmissibles », ce qui est interdit selon l'article 178 du Code criminel autrichien.

Selon une des allégations, il avait eu des relations orales avec un homme qui aurait eu 18 ans un mois

plus tard. L'article 209 du Code criminel autrichien fixe à 18 ans la possibilité pour les hommes de consentir à des relations homosexuelles, à l'opposé de 14 ans pour les relations hétérosexuelles ou lesbiennes. (Des groupes internationaux de défense des droits de la personne comme Amnistie Internationale et l'Association lesbienne et gaie internationale ont invité l'Autriche à abroger cette législation discriminatoire, mais le Parlement autrichien est resté sourd à leurs demandes. Des poursuites judiciaires sont en cours pour faire déclarer la loi inconstitutionnelle et contraire aux obligations internationales concernant les droits de la personne.)

La cour a condamné l'homme à un an de prison, mais elle lui a accordé un sursis de huit mois. Il a été emprisonné en mars 2001.³¹

Danemark

En février 2001, le ministre de la Justice du Danemark a proposé des modifications au droit criminel du pays pour permettre les poursuites criminelles contre toute personne qui « expose sciemment » une autre personne au risque d'infection. Les modifications prévoient l'imposition d'une peine maximale de quatre ans de prison aux contrevenants. La proposition fait suite aux actes d'un homme qui aurait présumément infecté sept femmes au Danemark, en Finlande, en Norvège et en Suède et qui fut mis en accusation après qu'une Norvégienne eut porté plainte contre lui. Il n'a pas été reconnu coupable parce que la loi du Danemark contre la propagation d'une maladie mortelle définit « mortelle » comme causant la mort dans les 10-15 ans. Les représentants du gouvernement

danois ont soutenu qu'il n'était pas certain que cela pouvait toujours s'appliquer au VIH/sida, compte tenu des progrès au chapitre des traitements.³²

Allemagne

Le 18 juillet 2001, un tribunal de Stuttgart a condamné un homme de 36 ans originaire des États-Unis à 10 ans de prison, après avoir conclu qu'il avait transmis le VIH à au moins quatre femmes par des relations sexuelles sans condom et sans divulguer son état. Bien que l'homme ait affirmé son innocence, le tribunal a jugé que Stoney Berly Gibbs savait qu'il était séropositif quand il est arrivé en Allemagne en 1999. Il a été reconnu coupable d'une accusation de viol, de quatre chefs d'avoir infligé des lésions corporelles et de 20 chefs de tentative d'infliger des lésions corporelles. Une fille de 17 ans a porté l'affaire à l'attention des procureurs quand elle fut diagnostiquée séropositive et qu'elle a identifié Gibbs comme la source de son infection.³³

Zimbabwe

Le 17 mai 2001, le Parlement du Zimbabwe a adopté le *Sexual Offences Act*, qui prévoit des peines d'emprisonnement plus rigoureuses, jusqu'à 20 ans, pour les personnes reconnues coupables d'avoir sciemment transmis le VIH à autrui. Ordinairement, la peine maximale pour un viol est de huit ans d'emprisonnement. La nouvelle loi donne aux femmes qui sont infectées par le VIH en conséquence d'un viol, et aux enfants qui naissent séropositifs en conséquence d'un viol, la possibilité de profiter d'une assistance médicale de l'État.³⁴

Libye – Début du procès des travailleurs de la santé bulgares

Six travailleurs de la santé bulgares ont plaidé non coupables à des accusations d'avoir intentionnellement infecté 393 enfants avec le VIH dans un hôpital libyen, où ils travaillaient avec des produits du sang contaminés par le virus. Dix-neuf travailleurs de la santé de Bulgarie furent d'abord détenus en février 1999, durant une enquête sur la façon dont les enfants avaient été infectés, mais 13 furent éventuellement libérés. La radio d'État de Libye a rapporté que, selon les procureurs, les infections faisaient « partie d'une conspiration des services secrets étrangers destinée à miner la sécurité de la Libye et son rôle dans le monde arabe ». Des accusations auraient également été portées contre huit Lybiens et un Palestinien. Les avocats de la défense ont plaidé que les mauvaises conditions sanitaires étaient à l'origine des infections, et que le personnel libyen réutilisait les seringues à répétition. Le procureur a sollicité la peine de mort, en cas de condamnation.

Le procès a formellement commencé le 7 février 2000, mais les procédures ont été ajournées à plusieurs reprises. En mai 2001, le procès a été reporté pour la douzième fois pour permettre l'interrogatoire de témoins. En juin 2001, la cour a rejeté la requête de la défense concernant la présentation d'une preuve d'expert médical, mais a entendu par ailleurs le témoignage de deux infirmières qui ont affirmé avoir été torturées durant leur détention. L'avocat de la défense et certains groupes, comme Amnistie

Internationale et la Commission des droits de la personne de l'Association lesbienne et gaie internationale, ont également exprimé des craintes que les « confessions » faites par les détenus aient été obtenues par la torture, une accusation réfutée par le gouvernement libyen. L'affaire a également été soulevée par la Bulgarie à l'occasion de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale de l'ONU sur le VIH/sida, tenue à New York, les 25-27 juin 2001. Les médias ont rapporté que le jugement de la cour était attendu en septembre 2001.³⁵

– Richard Elliott

¹ R. c. *Cuerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371, 127 C.C.C. (3d) 1. Résumé dans : R. Elliott, « La décision de la Cour suprême dans R. c. *Cuerrier* », *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 1999; 4(2/3) : 1, 19-27. Pour une analyse approfondie de la décision, comprenant un examen de la possibilité d'une défense reposant sur la « réduction des risques » et le « sécurisexe » face à des accusations de voies de fait, voir : R. Elliott, *Après Cuerrier : le droit criminel canadien et la non-divulgateion de la séropositivité*. Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999, disponible à < www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/droitcriminel.htm >.

² 2001 NSSC 80, [2001] NSJ No 221 (QL).

³ *Cuerrier*, *supra*, note 1, par. 129.

⁴ *Edwards*, *supra*, note 2, par. 6.

⁵ *Ibid.*, par. 14.

⁶ *Ibid.*, par. 17-19.

⁷ *Ibid.*, par. 22.

⁸ *Ibid.*, par. 20-21.

⁹ *Ibid.*, par. 25.

¹⁰ « Nova Scotia : Blood threatener jailed », *Vancouver Sun*, 2 mai 2001, A5.

¹¹ G. Bohn, « Vancouver warned of man charged with spreading AIDS », *Vancouver Sun*, 21 avril 2001, B1; P. Cherry, « Suspect charged in HIV case : MUC police say alleged prostitute tried to infect three women with virus », *The Gazette (Montréal)*, 21 avril 2001, A3; « Montrealeer charged with spreading HIV may have visited Toronto, Vancouver », *CP Wire*, 21 avril 2001; M. Pigeon, « Il se disait "un gars propre" », *Le Journal de Montréal*, 20 avril 2001, 4; M. Larocque, « Inculpation d'un sans-abri qui semait le VIH à tout vent », *La Presse*, 20 avril 2001, E2.

¹² G. Gagnon, « Le juge et le sida », *Le Nouvelliste*, 8 juin 2001, 8; « Man sentenced to six years for HIV infection », *Vancouver Sun*, 7 juin 2001, A5; « Jail terms for pair on HIV charges », *Edmonton Journal*, 7 juin 2001, A12.

¹³ Communication avec B. Guillot-Hurtubise, 20 juillet 2001; « Jail terms for pair on HIV charges », *Edmonton Journal*, 7 juin 2001, A12.

¹⁴ C. Purdy, « AIDS threat, blood-filled syringe used in hold-up », *Edmonton Journal*, 15 mai 2001, A1; E. Poole, « Police hot on trail of syring-wielding bandit », *Calgary Herald*, 30 mai 2001, B3.

¹⁵ T. Blais, « HIV lover not guilty of assault », *Calgary Sun*, 28 mars 2001, 19; « HIV-positive man acquitted of assault », *The Globe & Mail*, 29 mars 2001; C. Purdy, « Woman shocked that ex-sex partner had HIV, she tells court », *Edmonton Journal*, 27 mars 2001: B4.

¹⁶ K. Westad, « Spitting results in charge of assault », *Times Colonist* (Victoria), 28 février 2001, B4.

¹⁷ R. c. Perry, 2001 BCCA 341, [2001] BCJ No 990 (QL), par. 9, citation du juge sur la détermination de la peine.

¹⁸ *Ibid.*, par. 14.

¹⁹ « HIV-carrier tried for assault », *The Gazette (Montreal)*, 6 mars 2001: E8; « Man with HIV always used protection during sex, Timmins assault trial told », *CP Wire*, 7 mars 2001; « Ontario: Man with HIV not guilty », *National Post*, 21 mars 2001: A10; communication personnelle avec R. Carey, HIV & AIDS Legal Clinic - Ontario, 19 mars 2001.

²⁰ F. Armstrong, « Con led into court on leash, asks judge for stiff sentence », *Kingston Whig-Standard*, 20 décembre 2000, 1.

²¹ B. Belec, « Man never told women he was HIV-positive », *The Telegram* (St John's), 20 janvier 2001, 3; B. Belec, « Scars will never go away for victim: Knowingly exposed to HIV by ex-boyfriend », *The Telegram* (St John's), 19 mai 2001, 1.

²² R. c. Williams, [2000] NJ No 138 (SC-TD) (QL) [jugement de culpabilité], résumé dans R. Elliott, « Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements III », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2000, 5(2/3) : 34, aux p.

34-35; R. c. Williams, [2000] NJ No 166 (SC-TD) (QL) [détermination de la peine].

²³ R. c. Williams, [2001] NJ No 169 (SC-TD) (QL) [détermination de la peine].

²⁴ Communication de A. Dimmer, AIDS Committee of Newfoundland & Labrador, 3 juillet 2001.

²⁵ Rapporté antérieurement dans R. Elliott, « Le droit criminel et le VIH/sida : nouveaux développements IV », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 24-26, à la p. 24.

²⁶ Voir les articles suivants déposés à BBC News On-line (consulté le 19 mars 2001 à <http://news.bbc.c.uk>): « HIV 'infection' trial begins », 13 février 2001; « Boyfriend revealed he had HIV », 15 février 2001; « Woman denies knowing man had HIV », 16 février 2001; « Woman 'did not condemn' HIV man », 20 février 2001; « Court hears HIV 'admission' », 21 février 2001; « 'No crime' claim in HIV trial », 22 février 2001; « HIV man guilty of infecting girlfriend », 23 février 2001; « Fears for sufferers after HIV verdict », 23 février 2001; « HIV victim says justice done », 16 mars 2001. Voir aussi: « Scottish man jailed for passing HIV », *Associated Press*, 19 mars 2001; « Britain-AIDS: Man on trial over HIV infection, in legal first for Britain », *Agence France-Presse*, 14 février 2001.

²⁷ Pour un compte rendu de cette épidémie, voir 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 (disponible à <http://www.aids-law.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/avril1996/14AVRILF.html>); A. Taylor, D. Goldberg, J. Emslie et coll., « Outbreak of HIV infection in a Scottish prison », *British Medical Journal*, 1995, 310 : 289-292.

²⁸ Kelly c. Her Majesty's Advocate, 20 février 2001, High Court of Justiciary, Glasgow (juge Mackay) (disponible à www.scotcourts.gov.uk).

²⁹ C. Dyer, « Use of confidential HIV data helps convict former prisoner », *British Medical Journal*, 2001, 322 : 633.

³⁰ « Man pleads guilty in spreading HIV », *Associated Press*, 17 avril 2001.

³¹ « Man jailed for safer sex [news update] », Rechtskomitee Lambda, 20 mars 2001 (disponible en ligne: <http://www.rklambda.at/dokumente/News-SaferSex.pdf>).

³² « Danemark-sida : Le Danemark veut amender la loi sur la contamination par le sida », *Agence France-Presse*, 8 février 2001.

³³ « American imprisoned for 10 years for rape, infecting women with HIV », *Associated Press*, 18 juillet 2001.

³⁴ « Tough Law to Curb AIDS », *AllAfrica.com*, 19 mai 2001; « Legislators Pass Tough law to Curb AIDS », *Panafrican News Agency*, 17 mai 2001; M. Harvey, « Zim Gets Tough on HIV-Positive Rapists », *WOZA* (Johannesburg, SA), 25 mai 2001.

³⁵ « Libyan prosecutor demands death penalty for Bulgarian medical workers accused of infecting children with HIV », *Kaiser Daily HIV/AIDS Report*, 19 juin 2001; « Libyan court postpones trial against six Bulgarian medics », *Associated Press*, 14 mai 2001; « Libya said delaying HIV trial of Bulgarian medics », *Reuters*, 10 février 2001; G. Sabeva, « Interview: Libya lawyer says Bulgarians in HIV case claim duress », *Reuters*, 12 mai 2000; « Bulgarian envoy hopeful about Libyan HIV case verdict », *Reuters*, 12 avril 2000.

DISCRIMINATION ET DROITS DE LA PERSONNE

VIH/sida et droits de la personne : second regard

Dans cet article, Sofia Gruskin et Daniel Tarantola montrent comment les droits de la personne qui sont liés au VIH/sida deviennent non seulement plus évidents, mais aussi plus nombreux, à mesure que continue de s'accroître le nombre de personnes qui vivent avec le VIH et le sida dans des pays dont l'économie, les struc-

tures sociales et les systèmes législatifs sont diversifiés. Pendant les années 1980, la relation entre le VIH/sida et les droits de la personne n'était comprise que sous l'angle de ses conséquences pour les personnes vivant avec le VIH/sida et de la discrimination à leur égard. Les principales préoccupations se rattachaient notam-

ment aux appels au test obligatoire, aux restrictions sur le plan des voyages internationaux, aux obstacles dans l'emploi et le logement, l'accès à l'éducation, aux soins médicaux et à l'assurance, de même qu'aux diverses préoccupations liées à la déclaration nominative des cas, à la notification des partenaires et à la protection de la

confidentialité. Après quelque vingt années d'épidémie, ces questions demeurent sérieuses et, en grande partie, non réglées. Pendant les années 1990, cependant, on a développé une meilleure compréhension de l'importance des droits de la personne en tant que facteur qui affecte la vulnérabilité à l'infection à VIH, le risque conséquent de contracter l'infection, de même que la probabilité de bénéficier de soutien et de soins adéquats. Plus récemment encore, on a compris que les droits de la personne ont un lien de pertinence direct avec chaque élément du paradigme risque-vulnérabilité. Gruskin et Tarantola identifient trois situations et trois niveaux d'obligations gouvernementales à prendre en considération dans l'identification de besoins particuliers et des droits individuels qui s'y rattachent, dans le contexte du VIH/sida. Ils concluent que les responsables des politiques, les gestionnaires de programmes et les fournisseurs de services doivent devenir plus à l'aise dans le recours aux normes en matière de droits de la personne, pour guider et limiter l'action gouvernementale dans tous les domaines qui affectent la réaction au VIH/sida; les auteurs ajoutent que les intervenants à la défense des droits doivent se familiariser avec les aspects techniques du recours aux lois internationales sur les droits humains, dans leurs efforts de responsabilisation des gouvernements.

Introduction

Le VIH continue de se propager dans le monde, obscurci par la croissance des défis aux droits de la personne, tant au sein des pays qu'à l'échelle globale. Le virus est encore caractérisé par la discrimination à l'endroit de groupes de la population : ceux et

celles qui vivent en marge de la société ou qui sont considérés « à risque » de contracter le VIH en raison de comportements, de la race, d'origines ethniques, de l'orientation

Les responsables des politiques, les gestionnaires de programmes et les fournisseurs de services doivent devenir plus à l'aise dans le recours aux normes des droits de la personne, pour guider et limiter l'action gouvernementale dans tous les domaines qui affectent la réaction au VIH/sida.

sexuelle, du genre sexuel ou de toute caractéristique sociale affublée de stigmate dans une société donnée. Dans la majeure partie du monde, la discrimination menace aussi l'équité de la répartition de l'accès aux biens qui sont nécessaires pour la prévention et les soins du VIH, notamment les médicaments anti-VIH/sida et la recherche de vaccins adaptés aux besoins de toutes les populations, du Nord et du Sud. À mesure que continue de croître le nombre de personnes qui vivent avec le VIH et le sida dans des pays dont l'économie, les structures sociales et les systèmes législatifs sont diversifiés, les droits de la personne qui sont liés au VIH/sida deviennent non seulement plus évidents, mais aussi plus nombreux.

L'interaction entre les droits de la personne et le VIH/sida se manifeste le plus souvent par son impact dans la vie des individus, en termes de négligence, de déni et de violation de droits, en rapport avec les épidémies

de VIH/sida. C'est également le cas, de diverses manières, pour les femmes, hommes et enfants qui vivent avec le VIH, qui y sont vulnérables ou qui sont affectés par l'épidémie.

Les personnes qui *vivent* avec le VIH/sida peuvent voir violer leurs droits lorsque, par exemple, ils sont confrontés à des formes de marginalisation et de discrimination sanctionnées par le gouvernement, dans l'accès aux services sociaux, de santé et d'éducation.¹ Dans ce contexte, la réalisation des droits des personnes vivant avec le VIH/sida nécessite un accès sans discrimination à un environnement social de soutien. Les personnes sont *affectées* par le VIH/sida lorsque leurs proches ou leur famille élargie, leur communauté ou, plus largement, les structures et les services qui existent pour eux sont accablés par les conséquences de la pandémie et que les personnes ne peuvent recevoir le soutien et les services dont elles ont besoin. Ces conséquences négatives des épidémies de VIH sur la vie des gens peuvent être intensifiées par la marginalisation et la stigmatisation fondées sur des attributs comme la race, la condition de migrant, des comportements, voire des affiliations ou liens perçus comme des facteurs de risque d'infection à VIH.

La violation de plusieurs des droits des personnes affectées par le VIH peut consister en un refus ou une limite d'accès à des services de santé ou à des programmes sociaux et d'éducation.² Les personnes affectées par le VIH peuvent progresser vers la réalisation de leurs droits et vers une meilleure santé, si l'on atténue les conséquences personnelles et sociétales (ou autres) des épidémies de VIH sur leur vie. Cela nécessite des politiques et des programmes

conçus pour étendre le soutien et les services aux familles et aux communautés affectées. Les enfants rendus orphelins par le sida sont un exemple de tel cas.

La vulnérabilité au VIH réfère, chez les individus et les communautés, au manque de pouvoir pour réduire ou moduler le risque d'exposition à l'infection à VIH. Même dans des populations où le VIH ne s'est pas propagé à grande échelle, certains individus peuvent être plus *vulnérables* que d'autres devant le VIH. Par exemple, les distinctions entre les genres sexuels peuvent conduire à imposer à une femme monogame d'avoir avec son conjoint des rapports sexuels sans protection même si lui-même a des rapports sexuels extraconjugaux. Les adolescentes et adolescents peuvent être vulnérables au VIH du seul fait de ne pas avoir accès à de l'information préventive et à des services ou de l'éducation en la matière. Pour un camionneur, la vulnérabilité au VIH peut être accrue par les pressions de pairs qui l'incitent à des rencontres sexuelles multiples et sans protection. Les travailleuses et travailleurs du sexe peuvent être plus vulnérables au VIH s'ils n'ont pas accès à des services adéquats pour diagnostiquer et traiter les infections transmises sexuellement, et en particulier s'ils craignent d'y avoir recours par peur d'opprobre lié à leur occupation. La vulnérabilité est augmentée par le non-respect de droits comme celui à l'information et à l'éducation, ou le droit d'association et celui de recevoir des soins essentiels. Pour réduire la vulnérabilité, il faut des actions qui habilent les individus et les communautés à faire des choix et à les concrétiser dans leur vie, pour moduler avec efficacité les

risques auxquels leur santé peut être exposée.

Les effets de la discrimination, en particulier ses formes raciales, sexuelles ou fondées sur l'orientation sexuelle, continuent d'exacerber l'impact de la pandémie dans la vie des individus et des populations, à l'échelle planétaire. On reconnaît de plus en plus largement que la réalisation des droits de la personne est vitale à la protection des droits et de la dignité des plus affectés par le VIH/sida et à la réduction de la vulnérabilité relative des individus et communautés.

Reconnaissance des liens entre les droits de la personne et le VIH/sida

Pendant les années 1980, la relation entre le VIH/sida et les droits de la personne n'était comprise que sous l'angle de ses conséquences pour les personnes vivant avec le VIH/sida et de la discrimination à leur égard.³ Pour les personnes touchées, les principales préoccupations concernaient les appels au test obligatoire, les restrictions sur le plan des voyages internationaux, les obstacles dans l'emploi et le logement, l'accès à l'éducation, aux soins médicaux et à l'assurance, de même que de diverses questions liées à déclaration nominative des cas, à la notification des partenaires et à la protection de la confidentialité. Ces questions sont sérieuses et, après quelque vingt années d'épidémie, encore en grande partie non résolues. À certains égards, la situation est encore plus compliquée, à mesure que les vieux problèmes font surface à de nouveaux endroits, évoluent ou se présentent sous un angle nouveau. Par exemple, dans certains cas, l'accès à l'emploi était systématiquement

refusé aux personnes vivant avec le VIH/sida. Même dans des lieux où cette situation a été améliorée, les personnes séropositives risquent de se trouver exclues des programmes d'assurance santé offerts par des employeurs, ce qui a un impact considérable sur leur santé et leur capacité de travailler. De nouveaux problèmes se manifestent depuis quelques années et ont d'énormes implications sur le plan des droits de la personne, notamment les disparités et iniquités importantes et croissantes dans l'accès aux thérapies antirétrovirales et à d'autres formes de soins.⁴

Les années 80 ont été d'une extrême importance pour définir certains des liens entre le VIH/sida et les droits humains. De fait, vers la fin de la décennie, l'appel au respect des droits de la personne, à la compassion et à la solidarité avec les personnes vivant avec le VIH/sida a été expressément intégré dans la première réponse globale de l'OMS en matière de sida.⁵ Cette approche a été stimulée par le refus de tolérer certaines aberrations morales, mais aussi par la reconnaissance du fait que la protection des droits de la personne était un élément nécessaire à la réaction mondiale de santé publique, devant l'épidémie émergente. Cet appel avait de profondes répercussions. Exprimée en termes de droits humains, cette stratégie de santé publique s'ancrait dans le droit international et plaçait les gouvernements et les agences intergouvernementales en situation de reddition de comptes au grand public pour leurs actions à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida. La percée marquante de ces années réside dans la reconnaissance de l'applicabilité du droit international au VIH/sida –

et, par conséquent, de l'ultime responsabilité et du devoir de chaque État, en vertu du droit international, à l'égard des problématiques liées à la

La nécessité que les politiques et programmes du domaine du VIH/sida respectent les exigences du droit international en matière de droits de la personne est généralement reconnue mais, malheureusement, rarement appliquée dans la réalité.

santé et au bien-être.⁶ Le point de mire des années 80 sur les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida a contribué à paver la voie à l'amélioration de la compréhension, pendant les années 90, de l'importance des droits de la personne comme facteur déterminant de la vulnérabilité au VIH, du risque de contracter l'infection et de la possibilité d'accès à du soutien et des soins adéquats.⁷ Toutefois, la pertinence directe des droits de la personne avec chaque élément du paradigme risque-vulnérabilité n'a été comprise que récemment.

Responsabilités gouvernementales à l'égard des droits de la personne dans le contexte du VIH/sida

Vu la réalité des violations qui se poursuivent en rapport avec le VIH/sida, il est utile de prendre en considération les responsabilités précises des gouvernements en matière de droits humains. Les gouvernements ont la responsabilité de ne pas

commettre de violations directes de ces droits, mais aussi d'assurer les conditions qui habilent les gens à exercer leurs droits autant que possible. Il est compris que, pour chacun des droits de la personne, les gouvernements ont des responsabilités à trois niveaux : respecter ce droit; le protéger; et voir à son épanouissement.⁸ À titre d'exemple, prenons les obligations gouvernementales dans le contexte du VIH en nous référant au droit à l'éducation :

- *Respecter ce droit* signifie que l'État ne peut l'enfreindre directement. Le droit à l'éducation est directement enfreint si des enfants sont radiés de l'école au motif qu'ils sont séropositifs.
- *Protéger ce droit* signifie que l'État a le devoir d'en prévenir les violations par les intervenants non gouvernementaux – et d'offrir un recours dont les gens sont informés et auxquels ils ont accès si une violation se produit. Par conséquent, l'État doit assurer, par exemple, que les groupes mus par des idéologies extrémistes ne parviennent pas à empêcher les adolescents de recevoir de l'éducation sur la santé génésique.
- *Voir à l'épanouissement de ce droit* signifie que l'État doit prendre toutes les mesures – législatives, budgétaires, judiciaires et autres – appropriées à favoriser sa réalisation. Ainsi, si un État ne fournit pas une éducation préventive essentielle en matière de VIH/sida dans un nombre suffisant de langues et par l'intermédiaire d'un nombre suffisant de moyens pour rejoindre l'ensemble de la population, cela pourrait en soi être interprété comme une violation du droit à l'éducation.

Dans la plupart des pays, le manque de ressources ou d'autres contraintes peuvent empêcher un gouvernement de se conformer immédiatement et complètement aux exigences liées à tous les droits. Les mécanismes pour évaluer le respect des droits de la personne par les États reconnaissent que, dans la pratique, le droit à l'éducation implique bien plus que d'adopter une loi. Il faudra des ressources financières, un personnel formé, des outils, des manuels scolaires et d'autres infrastructures. Ainsi, la réalisation des droits est généralement considérée comme une démarche de progrès constant vers un but. Ce principe de « réalisation progressive » est crucial à l'avènement du respect des droits humains. Cela est crucial pour les pays pauvres en ressources, qui ont la responsabilité de lutter pour atteindre un objectif de réalisation des droits de la personne au meilleur niveau possible; mais cela impose du même coup aux États plus riches l'obligation de s'engager dans l'aide et la coopération internationale.⁹

Considérons maintenant l'application spécifique d'un cadre de travail sur les droits de la personne dans le secteur de la santé publique. Les travailleurs de ce domaine ont le pouvoir, dans des circonstances précises, d'imposer des restrictions aux droits de la personne pour le bien de la santé publique. Alors que certains droits sont absolus (comme celui de ne pas être soumis à la torture ou à l'esclavage) et ne peuvent en aucun cas être retirés, le droit international en matière de droits de la personne permet que la plupart des droits soient légitimement restreints dans certaines situations (par exemple, transgresser le droit de liberté de mouvement lorsque des mesures de quarantaine ou d'isolation doivent être adoptées

contre une maladie contagieuse grave). Toutefois, la santé publique ne suffit pas à justifier une action.

Plusieurs critères doivent être satisfaits pour que la décision d'un gouvernement soit acceptable en vertu du droit international en matière de droits de la personne.

En utilisant des concepts des droits de la personne, on peut examiner dans quelle mesure les gouvernements respectent, protègent et remplissent progressivement leurs obligations à l'égard de tous les droits – politiques, économiques, sociaux et culturels –, voir comment ces actions gouvernementales influencent les tendances de l'épidémie, et observer quelles mesures sont adoptées à cet égard.¹⁰

VIH/sida, santé publique et droits humains dans la pratique

La défense des droits et la reddition de comptes

Les gouvernements ont la responsabilité de promouvoir et de protéger à la fois la santé publique et les droits de la personne. Aucun des traités sur les droits de la personne ne mentionne spécifiquement le VIH ou les droits des individus dans le contexte du VIH/sida, mais tous les mécanismes internationaux chargés de surveiller l'action gouvernementale sur le plan des droits de la personne ont exprimé leur engagement à examiner les implications du VIH/sida en termes d'obligations gouvernementales. Cela peut revêtir une importance capitale pour réunir les droits de la personne et le VIH/sida dans la pratique et de manières concrètes. De plus, par les engagements politiques qu'ils ont pris lors de conférences internationales

récentes, comme la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire) et la 4e Conférence mondiale sur les femmes, les gouvernements ont eux-mêmes affirmé leur responsabilité d'assurer le respect des droits de la personne dans le contexte du VIH/sida.¹¹ Les résolutions de la Commission des Nations Unies sur les droits de l'Homme, de même que les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne, adoptées en 1998, sont deux ensembles d'instruments qui peuvent aider les militants et les responsables des politiques à assurer que l'on prête une plus grande attention au VIH/sida et aux droits humains.¹²

La *Déclaration d'engagement* sur le VIH, issue de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies [UNGASS] consacrée au VIH/sida, en juin 2001, est susceptible de devenir un document d'importance essentielle pour la défense des droits et la reddition de comptes, en lien avec le VIH/sida et les droits humains.

Les droits de la personne dans la conception des politiques et programmes sur le VIH/sida

La reconnaissance des droits de la personne, dans la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques et programmes de santé peut aider à montrer la voie vers une action plus efficace. Les droits de la personne entraînent des obligations gouvernementales envers les individus; puisque ces obligations incluent la protection de la santé publique, elles sont pertinentes aux politiques et aux programmes de santé.¹³ Ces obligations peuvent entraîner que les gouvernements soient légalement responsables

d'établir des politiques et des programmes propices à réduire la propagation et l'impact du VIH/sida.

Adopter une perspective de droits de la personne pour examiner la santé publique ne signifie pas seulement que l'on se penche sur les aspects techniques et opérationnels des interventions de santé publique, mais que l'on porte aussi attention aux facteurs civils, politiques, économiques, sociaux et culturels qui les entourent.¹⁴ Ces facteurs peuvent inclure, par exemple, les relations entre les sexes, les croyances religieuses, l'homophobie ou le racisme. Séparément et en relation entre eux, ces facteurs peuvent influencer la mesure dans laquelle les individus et les communautés peuvent avoir accès à des services, ou prendre des décisions informées et les appliquer dans leur vie, ce qui affecte en retour leur vulnérabilité au VIH/sida (et leur accès aux soins et services nécessaires, s'ils vivent avec le VIH/sida).

Les politiques et programmes sur le VIH/sida peuvent être améliorés par un examen systématique du respect des droits de la personne dans le cadre des interventions, des moyens d'assurer ce respect, ainsi que de son bienfait pour la santé publique. Les responsables des politiques, de la santé publique et d'autres interventions gouvernementales pourront avoir recours aux questions suivantes, dans le développement, la mise en œuvre et l'évaluation de politiques et de programmes plus efficaces, contre le VIH/sida. Ces éléments d'analyse pourront aussi servir à la promotion d'intérêts, par les organismes non gouvernementaux et d'autres intervenants concernés, en aidant à responsabiliser les gouvernements quant aux

manières par lesquelles ils respectent ou non leurs engagements légaux internationaux de promouvoir et de protéger la santé publique et les droits de la personne. Cette liste d'éléments ne se veut qu'un point de départ :¹⁵

- Quel est le but spécifique de la politique ou du programme?
- Par quels moyens, et dans quelle mesure, la politique ou le programme est-il susceptible d'avoir un impact positif et négatif sur la santé publique?
- Partant des balises des documents internationaux en matière de droits de la personne, quels droits seraient affectés de manière positive et négative par la politique ou le programme – et dans quelles populations?
- La politique ou le programme nécessite-t-il de limiter l'exercice des droits de la personne?
- Le cas échéant, les préalables ou critères à rencontrer à cet effet sont-ils satisfaits?

- Les services et structures de santé et d'autres secteurs pertinents ont-ils la capacité de mettre en œuvre efficacement la politique ou le programme?
- Quelles mesures sont adoptées pour favoriser le progrès vers la synergie optimale entre la promotion et la protection de la santé et des droits, dans ce dossier?
- Quels systèmes de surveillance, d'évaluation, de reddition de comptes et de réparation sont disponibles pour assurer que la politique ou le programme progresse vers son but visé et que ses effets indésirables soient évités ou réparés?

Un cadre pour l'action

On peut établir un programme d'action en reconnaissant la convergence des trois situations de personnes, dans un monde marqué par le sida (individus infectés, affectés, vulnérables) et les trois niveaux d'obligations gouvernementales en rapport

avec chaque droit (respect, protection, plein exercice). Cette approche peut conduire à l'intégration de la promotion et de la protection des droits de la personne dans la diversité des réactions visant à contrôler la pandémie et à mitiger ses conséquences. Le tableau 1 résume les trois situations et les trois niveaux d'obligations à prendre en considération dans l'identification des besoins spécifiques des individus, devant le VIH/sida, et des droits qui présentent une pertinence.

Conclusion

Les personnes vivant avec le VIH/sida, leurs amis, leur parenté et leurs communautés, de même que les responsables des politiques nationales et internationales, les professionnels de la santé et l'ensemble du public, comprennent à des degrés divers les liens fondamentaux entre le VIH/sida et les droits de la personne. La nécessité que les politiques et programmes du domaine du

TABLEAU 1 Obligations gouvernementales à l'égard des individus, dans le contexte du VIH/sida¹⁶

	Personnes vivant avec le VIH/sida	Personnes affectées par le VIH/sida	Personnes vulnérables au VIH/sida
Respect	Le gouvernement ne doit pas enfreindre directement les droits humains des personnes vivant avec le VIH/sida en se fondant sur le facteur de la séropositivité.	Le gouvernement ne doit pas enfreindre directement les droits humains des personnes affectées par la pandémie du VIH/sida.	Le gouvernement ne doit pas enfreindre directement les droits humains qui influencent la vulnérabilité.
Protection	Le gouvernement est responsable de prévenir les violations de droits par des intervenants non gouvernementaux, à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida, et il doit offrir des mécanismes légaux de réparation.	Le gouvernement est responsable de prévenir les violations de droits par des intervenants non gouvernementaux, qui accroîtraient le fardeau du VIH/sida pour les personnes affectées, et il doit offrir des mécanismes légaux de réparation.	Le gouvernement est responsable de prévenir les violations de droits par des intervenants non gouvernementaux, qui accroîtraient la vulnérabilité des gens au VIH, et il doit offrir des mécanismes légaux de réparation.
Plein exercice	Le gouvernement doit prendre des mesures administratives, judiciaires, et d'autre nature, pour progresser vers le plein exercice des droits des personnes vivant avec le VIH/sida.	Le gouvernement doit prendre des mesures administratives, judiciaires, et d'autre nature, pour progresser vers le plein exercice des droits des personnes affectées par le VIH/sida.	Le gouvernement doit prendre des mesures administratives, judiciaires, et d'autre nature, pour progresser vers le plein exercice des droits des gens, afin de réduire leur vulnérabilité au VIH/sida.

VIH/sida respectent les exigences du droit international en matière de droits de la personne est généralement reconnue mais, malheureusement, rarement appliquée dans la réalité. Les responsables des politiques, les gestionnaires de programmes et les fournisseurs de services doivent devenir plus à l'aise dans le recours aux normes des droits de la personne pour guider et limiter les actions des gouvernements (ou liées aux gouvernements) dans toutes les sphères de la lutte contre le VIH/sida. Cela nécessite une réelle attention à l'accroissement de leur capacité de reconnaître et de faire connaître la synergie entre la santé et les droits de la personne, et de mieux apprécier les avantages potentiels d'interventions sanitaires guidées par les principes des droits de la personne. Les intervenants dans la promotion des intérêts pour améliorer la lutte contre le VIH/sida doivent se familiariser avec les dimensions concrètes d'un recours réel aux lois internationales sur les droits de la personne, dans leurs efforts de responsabilisation des gouvernements.

Afin que les droits de la personne demeurent pertinents au travail juridique et des politiques sur le VIH/sida, le contact doit être maintenu entre le travail conceptuel à propos du lien entre le VIH/sida et ces droits, d'une part, et les réalités auxquelles sont confrontés les interve-

nants dans la défense et de la promotion des intérêts, de même que dans la conception de politiques et de programmes. C'est l'interaction fructueuse de ces deux facettes qui – bien qu'elle puisse parfois s'avérer un défi – contribuera à préserver la vitalité et l'utilité de ce travail.

– Sofia Gruskin et Daniel Tarantola

Sofia Gruskin, JD, MIA, est professeure adjointe, en santé et droits de la personne, et directrice du Programme sur les droits de la personne, au François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard School of Public Health, Boston, Massachusetts. On peut la joindre à sgruskin@hsph.harvard.edu. Daniel Tarantola, md., est associé du Center; il est présentement conseiller principal en matière de politiques, auprès de la directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé. On peut le joindre à tarantolad@who.ch.

¹ Human Rights Internet, *Human rights and HIV/AIDS : effective community responses*, Ottawa, International Human Rights Documentation Network, 1998; R. Cohen, L. Wiseberg, *Double jeopardy-threat to life and human rights : discrimination against persons with AIDS*, Cambridge (Mass.), Human Rights Internet, 1990.

² S. Gruskin, A. Wakhweya, « A human rights perspective on HIV/AIDS in sub-Saharan Africa », dans M. Laga, K. De Cock, N. Kaleeba, S. Mboup, D. Tarantola (éds), *AIDS in Africa, 2nd edition*, Londres, Rapid Science Publisher, 1997 : S159-S167; S. Hunter, J. Williamson, *Developing Strategies and Policies for Support of HIV/AIDS Infected and Affected Children*, Washington, USAID, 1997.

³ Organisation mondiale de la santé, Assemblée médicale de la santé, *Avoidance of Discrimination Against HIV-Infected Persons and Persons with AIDS*, préambule, résolution WHA41.24 (13 mai 1988).

⁴ Voir, p. ex., *Statement from the community AIDS movement in Africa, presented at the meeting on the international partnership against HIV/AIDS in Africa*, New York, ONU, 6-7 décembre 1999.

⁵ Organisation mondiale de la santé, Assemblée mondiale de la santé, résolution WHA 40.26, *Global Strategy for the Prevention and Control of AIDS*, Genève, OMS, 5 mai 1987.

⁶ J. Mann, L. Gostin, S. Gruskin et coll., « Health and human rights », *Health and Human Rights*, 1994, 1(1) : 7-24.

⁷ D. Tarantola, « Risk and vulnerability reduction in the HIV/AIDS pandemic », *Current Issues in Public Health*, 1995, 1 : 176-9; S. Gruskin, D. Tarantola, « HIV/AIDS, Health and Human Rights », dans P. Lamprey, H. Gayle, P. Mane, (éds), *HIV/AIDS Prevention and Care Programs in Resource-Constrained Settings : A Handbook for the Design and Management of Programs*, Arlington (Virginie), Family Health International, 2000.

⁸ A. Eide, « Economic, Social and Cultural Rights as Human Rights », dans A. Eide, C. Krause, A. Rosas (éds), *Economic, social and cultural rights : a textbook*, Dordrecht, Martinus, Nijhoff, 1995, p. 21-40.

⁹ Pacte international des droits économiques, sociaux et culturels, résol. de l'a.g. 2200 (XXI), O.N.U., GAOR, 21^e sess., suppl. no 16, p. 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), article 2.

¹⁰ S. Gruskin, « Les droits de la personne et la santé publique; un aperçu », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2-3) : 89-93.

¹¹ S. Gruskin, « The highest priority : making use of UN conference documents to remind governments of their commitments », *Health and Human Rights*, 1998, 3 (1) : 107-142.

¹² Voir notamment, Haut Commissariat des Nations Unies aux droits l'homme et Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, *Le VIH/sida et les droits de la personne : directives internationales*, UN Doc HR/PUB/98/1 (1998).

¹³ S. Gruskin, A. Hendriks, K. Tomasevski, « Human rights and responses to HIV/AIDS », dans J. Mann, D. Tarantola (éds), *AIDS in the World II*, Londres, Oxford University Press, 1996 : 326-340; Commission des droits de l'homme de l'ONU, *Non-Discrimination in the Field of Health*, préambule, résolution 1989/11 (2 mars 1989).

¹⁴ S. Gruskin, *supra*, note 10.

¹⁵ Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, « The public health-human rights dialogue », dans *AIDS, Health and Human Rights : an Explanatory Manual*, Boston, 1995; OMS/ONUSIDA, *Partner Notification and Disclosure of HIV and/or AIDS Serostatus to Others*, Genève, 1999.

¹⁶ Extrait adapté de D. Tarantola, S. Gruskin, « Children confronting HIV/AIDS : charting the confluence of rights and health », *Health and Human Rights*, 1998, 3(1) : 70.

Mesurer l'application légale des Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne

Le VIH/sida est un problème mondial de santé et de sécurité. En effet, plus de 36 millions de personnes vivent avec le virus et plus de 21 millions d'autres sont mortes du sida en deux décennies. Ces statistiques ahurissantes éclipsent le bilan des pertes humaines de plusieurs guerres et révèlent d'elles-mêmes que des droits de la personne ne sont pas respectés, protégés ou exercés, soit en raison d'omissions négligentes, soit en raison de violations.

Dès le début de l'épidémie, une approche fondée sur les droits de la personne a été préconisée par des intervenants, comme Jonathan Mann, partant du constat que les infections proliféraient dans des conditions d'inégalité.¹ Cette approche a été codifiée dans les *Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne*, élaborées à la Deuxième consultation internationale convoquée en 1996 par l'ONUSIDA et le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme.² Les Directives couvrent trois domaines principaux : amélioration des mesures gouvernementales face à l'épidémie, sur le plan de la responsabilité et de l'imputabilité multisectorielles; réforme du droit et services de soutien juridique généralisés; et soutien à la participation accrue des secteurs privé et communautaire aux mesures efficaces prises face à l'épidémie. Dans le présent article, nous examinons principalement la moitié des douze Directives, touchant les droits justiciables et qui se prêteraient à une réforme du droit. Nous mettons en évidence les responsabilités des États parties au regard des traités sur les droits humains, puisque que c'est à eux qu'incombent les obligations de mise en œuvre.³

Certaines démarches ont visé à faire connaître les *Directives*, comme la publication en 1999 d'un *Guide pratique à l'intention du législateur*; mais ces initiatives n'ont pas suffi à faire une véritable différence.⁴ Dans un article antérieur à celui-ci, David Patterson a noté que la diffusion des *Directives* avait été inadéquate, en dépit des efforts d'ONG d'avant-plan comme le Conseil international des ONG de lutte contre le sida (ICASO).⁵ Malgré la réaction décevante des gouvernements (y compris le gouvernement du Canada) aux *Directives*, Patterson demande aux pays développés de faire figure de lea-

ders dans leur mise en œuvre.⁶ En avril 2001, la Commission des droits de l'homme des Nations Unies a examiné un rapport plus étoffé que les précédents, faisant état de la promotion et de la mise en œuvre des *Directives*; on y documentait 36 réactions de gouvernements nationaux et internationaux ainsi que d'agences régionales et d'ONG.⁷

On a récemment critiqué les *Directives* comme étant trop légalistes.⁸ Toutefois, dans le présent article, nous soutenons que la réforme du droit est une mesure nécessaire, quoique non suffisante : en effet, elle ne saurait être le seul moyen d'amener

des changements sociaux de grande portée dans des domaines aussi vastes que la réduction de la pauvreté.

L'expression législative de droits ne garantit pas le respect effectif des normes internationales; elle n'exclut pas des formes extra-juridiques de mise en œuvre administrative. Toutefois, le droit est un outil essentiel aux luttes qui ont lieu dans certains pays, relativement aux droits de la personne (y compris les droits économiques et sociaux comme la santé), en augmentant par exemple l'accès aux traitements dans des pays comme le Brésil grâce à des dispositions législatives.⁹ L'ICASO fait état d'initiatives de recherche sur les droits de la personne et il réalise actuellement un projet dans plusieurs pays sur la mise en œuvre de la Directive 6 (qui exige la provision de médicaments sûrs et efficaces à des prix abordables).¹⁰

On croit que plusieurs pays ne se conforment pas aux normes obligatoires de droits de la personne prévues dans les *Directives*, mais l'on ne sait pas dans quelle mesure cela se produit. On a récemment adopté une approche fondée sur la surveillance et l'évaluation, pour accroître l'efficacité d'interventions intégrées et coordonnées relativement au sida (par exemple le *AIDS Program Effort Index* mis au point par le Futures Group International/POLICY Project).¹¹ À la XIII^e Conférence internationale sur le sida (Durban, 2000), l'une des nombreuses questions importantes soulevées et discutées était la mesure de l'effet empirique qu'un « environnement des droits de la personne » avait sur l'épidémie.¹² Dans le présent article, nous recommandons une approche métrologique à l'égard de la santé et des droits de la personne, par le recours à un instrument de mesure de la mise en œuvre des droits juridiques

(*Legal Rights Implementation Measuring Instrument*) pour examiner (par des vérifications systématiques de la législation et, le cas échéant, de la common law) dans quelle mesure les pays appliquent les Directives.

L'instrument a été conçu en 1999 pour l'Australian National Council on AIDS, Hepatitis C and Related Diseases.¹³ Il a été soumis à un essai pilote par l'auteure, dans un ressort d'État/provincial de l'Australie, avec la participation d'ONG, mais malheureusement sans aucune collaboration du gouvernement concerné. Il s'agit d'un processus important pour une mise en œuvre sérieuse des droits de participation et pour mettre à profit les compétences et connaissances locales quant à une législation détaillée et souvent complexe.

La méthodologie (fondée sur les sciences sociales) vise à assurer la plus grande transparence possible sans compromettre l'exactitude technique.¹⁴ L'instrument comprend dix indicateurs pertinents à la santé publique (y compris le consentement éclairé au test de sérodiagnostic du VIH, les protections de l'application régulière de la loi, la disponibilité de condoms, l'échange d'aiguilles et de seringues, et l'approvisionnement sûr en sang), la lutte contre la discrimination, la vie privée et la confidentialité, les infractions sexuelles, l'industrie du sexe, les prisons, l'emploi, l'égalité juridique des populations vulnérables, la réglementation des professionnels et l'éthique dans la recherche, les dispositifs thérapeutiques et les médias. Les questions posées, dans les indicateurs, sont aussi précises et structurées que possible, afin de minimiser la subjectivité dans la notation de l'effet juridique des dispositions pertinentes.

Nous avons choisi ces dix domaines des *Directives* parce que, selon

nous, ils ont un impact important sur les facteurs déterminants de la santé pour empêcher l'infection et en réduire les conséquences sociales. Ces indicateurs ne sont pas exactement équivalents entre eux puisque la nature et l'importance relative des droits analysés varient. La notation est divisée en quatre degrés pour chaque indicateur – minimal, partiel, significatif et substantiel. Des mesures par note numérique à attribuer à ces caractéristiques qualitatives visent à donner une vue d'ensemble des mesures juridiques, qui puisse être examinée dans le temps et comparée entre ressorts, pour indiquer si la situation s'est améliorée ou si elle s'est dégradée avec la réforme. L'instrument doit être appliqué individuellement à chaque État ou province, dans les régimes fédéraux, avant de pouvoir établir une note nationale combinée. On

La honte publique, sur la scène nationale et mondiale, est un levier pour stimuler le respect des normes internationales légitimes des droits de la personne.

espère qu'après le projet pilote, l'Australie entreprendra l'application systématique de l'instrument dans tous les ressorts, comme elle l'a déjà fait dans un autre domaine (la santé mentale).¹⁵

On souhaite que l'instrument puisse être utilisé sur le plan international, surtout comme outil de responsabilisation par l'entremise des organes de défense des droits créés en vertu d'instruments internationaux de l'ONU, auxquels les États parties sont tenus de présenter régulièrement des rapports.¹⁶ La honte publique, sur la scène nationale et internationale, est

un levier pour stimuler le respect des normes internationales légitimes des droits de la personne. L'engagement politique gouvernemental pour faciliter le processus est important – quoique non essentiel, puisque l'exercice peut être assuré par des ONG qui feraient la compilation de rapports officieux (ou parallèles) qui accompagneraient les rapports gouvernementaux officiels.

L'instrument vise à rendre l'évaluation plus objective et ainsi faire en sorte que les arguments fondés sur ses résultats soient plus convaincants et accessibles pour les législateurs et les décideurs. Des ONG de pays comme le Royaume-Uni ont déjà commencé à utiliser les *Directives* et l'instrument pour pousser le gouvernement à agir. Le National AIDS Trust a qualifié les *Directives* d'élément de « base pour l'examen et l'avancement, car elles attirent l'attention sur le registre entier des politiques que l'on doit examiner en fonction des balises des droits humains ». ¹⁷ Le Groupe multipartite sur le sida du Parlement britannique a procédé à une enquête, au début de 2001, pour examiner dans quelle mesure le gouvernement se conforme aux *Directives*.¹⁸

L'instrument n'est conçu que pour aborder la mise en œuvre juridique comme étape première et distincte; des projets subséquents pourraient mesurer d'autres questions tout aussi importantes, comme l'écart entre le droit positif et la pratique, ou les moyens plus officieux – les moyens administratifs, par exemple – de mise en œuvre des droits de la personne. (Toutes ces formes de mesure que l'on peut traiter de manière statistique peuvent ensuite être reliées à des données épidémiologiques pour fournir une preuve solide qui démontrerait si le lien intuitif entre la santé et les

droits de la personne se vérifie de façon empirique.)

Un des principaux défis consiste à rendre ces travaux pertinents pour les pays en voie de développement, où se concentre 95% de l'épidémie.¹⁹ Il est particulièrement préoccupant de constater qu'une égalité politique et juridique sans précédent peut coexister avec des taux d'infection qui montent en flèche (par exemple en Afrique du Sud).²⁰ Toutefois, il n'y a pas lieu pour autant d'abandonner la réforme du droit, mais plutôt de rediriger les efforts vers d'autres moyens complémentaires pour s'attaquer aux inégalités qui sont des facteurs déterminants de l'épidémie.

— Helen Watchirs

Helen Watchirs a été avocate pour le gouvernement australien dans le domaine des droits de la personne, pendant quinze années, puis consultante et conseillère en la matière auprès de l'ONUSIDA. Elle est en voie de terminer un doctorat à la Faculté de droit de l'Australian National University et est membre du Social Security Appeals Tribunal, à temps partiel. On peut la joindre à WatchirsH@law.anu.edu.au.

¹ J. Mann et D. Tarantola, « Responding to HIV/AIDS : A Historical Perspective », *Health and Human Rights*, 1998, 2 : 5.

² Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme et ONUSIDA, *Le VIH/sida et les droits de l'homme : Directives internationales - Deuxième consultation internationale sur le VIH/sida et les droits de l'homme*, Genève 23-25 septembre 1996, HR/PUB/98/1.

³ Y compris la *Déclaration internationale des droits de l'homme*, la *Convention relative aux droits de l'enfant*, la *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, la *Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*.

⁴ ONUSIDA et Union interparlementaire, *Guide pratique à l'intention du législateur sur le VIH/SIDA, la législation et les droits de l'homme : Mesures de lutte contre les effets dévastateurs du VIH/SIDA sur les plans humain, économique et social*, Genève, ONUSIDA/99.48F.

⁵ Conseil international des ONG de lutte contre le sida, *Résumé des Directives internationales sur le VIH-sida et les droits de la personne à l'intention des ONG*; et *Guide d'action sociale sur les Directives internationales sur le VIH-sida et les droits de la personne*, 1997.

⁶ D. Patterson, « Les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 5(1) : 37-39.

⁷ E/CN.4/1999/76.

⁸ M. Heywood et D. Altman « Confronting AIDS: Human Rights, Law and Social Transformation », *Health and Human Rights*, 2000, 5 : 149.

⁹ Également au Costa Rica, au Venezuela et en Argentine : voir L. Wiseberg, *Human Rights and HIV/AIDS: Effective Community Responses*, ONUSIDA et Human Rights Internet (1998).

¹⁰ M.A. Torres, *Report on HIV/AIDS and Human Rights Research (2000)*, <www.icaso.org/reports.html>.

¹¹ J. Stover, J. Rehnstrom et B. Schwartzlander, « Measuring the Level of Effort in the National and International Response to HIV/AIDS: the AIDS Program Effort Index (API) », article présenté à la 13^e Conférence internationale sur le sida, Durban 2000. Voir aussi ONUSIDA, *National AIDS Programmes : A Guide to Monitoring and Evaluation*, juin 2000 UNAIDS/00.17E, p 31.

¹² Rapporteuse du volet E, compte-rendu présenté à la Cérémonie de clôture, Sophia Muskasa Monico, 14 juillet 2000.

¹³ H. Watchirs, *A Rights Analysis Instrument to Measure Compliance with the International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, Australian National Council on AIDS, Hepatitis C and Related Diseases (1999).

¹⁴ C. Sellitz, L.S. Wrightsman et S.W. Cook, *Research Method in Social Relations* (1976); et N. Groeben et R. Rustemeyer, « On the Integration of Quantitative and Qualitative Methodological Paradigms (Based on the Example of Content Analysis) », dans I. Borg et P. Mohler (éd.), *Trends and Perspectives in Empirical Social Research*, Berlin, Walter de Gruyter, 1994, p 309.

¹⁵ H. Watchirs, *Application of a Rights Analysis Instrument to Australian Mental Health Legislation : Report to the Australian Health Ministers' Advisory Council Mental Health Working Group*, 2000.

¹⁶ Le Comité des droits de l'homme, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité des droits de l'enfant et le Comité sur la torture : voir Centre des Nations Unies pour les droits de l'homme, *Manual on Human Rights Reporting (1997)* et *The UNAIDS Guide to the United Nations Human Rights Machinery for AIDS Service Organisation, People Living with HIV/AIDS, and Others Working in the Area of HIV/AIDS and Human Rights (1997)*.

¹⁷ J. Godwin et S. Walker, « Regard des droits humains sur la réaction britannique au VIH », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 114-119.

¹⁸ All-Party Parliamentary Group on AIDS, *The UK, HIV and Human Rights: recommendations for the next five years*, Londres, All Party Parliamentary Group on AIDS, juillet 2001 (disponible à <www.appg-aids.org.uk>).

¹⁹ ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de sida*, décembre 2000.

²⁰ C. Albertyn, *Le droit et les droits humains pour réduire la vulnérabilité des femmes au VIH*, document de travail produit pour la rencontre satellite Les derniers seront les premiers – Thèmes légaux cruciaux et VIH/sida, 13^e Conférence internationale sur le sida, Durban 2000, accessible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/Vol5no42000/f-durban2000femmes.htm>>.

NOUVELLES CANADIENNES

L'Ontario va développer le commerce des contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale

Le 4 octobre 2000, le projet de loi 119 (*Loi de 2000 visant à réduire les formalités administratives*) a été présenté et a franchi l'étape de la première lecture dans la législature provinciale de l'Ontario. Comme de nombreux autres projets de loi portant des titres semblables présentés par le gouvernement Harris, le projet de loi 119 visait à modifier une longue liste de lois existantes, afin de rendre l'Ontario plus accueillante pour les entreprises. L'annexe G du projet de loi 119 énonce un mécanisme par lequel le commerce des contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale en Ontario serait légalisé si un système d'octroi de licences était d'abord mis en place par le ministère des Finances.

Comme son nom l'indique, le « commerce des contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale » a pour objet la vente de polices d'assurance-vie par des assurés en phase terminale (en anglais, *vital settlement*). L'assuré signe une désignation irrévocable qui garantit que l'acheteur se fera payer le produit de l'assurance au décès de l'assuré. L'acheteur paie à l'assuré un montant forfaitaire en contrepartie. En Ontario, ce montant ne dépasse pas généralement 50 pour cent de la valeur de l'assurance au décès de l'assuré.

Depuis au moins 1980, en Ontario, le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale est illégal à moins que l'acheteur du contrat ne soit une compagnie d'assurance.¹ La peine pour une condamnation est une amende d'au plus 100 000 \$ pour

une première infraction, et une amende d'au plus 200 000 \$ pour chaque récidive.² En fait, les entreprises qui font le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale sont illégales dans la plupart des provinces et territoires canadiens, à l'exception du Québec, de la Saskatchewan, du Nouveau-Brunswick et de la Nouvelle-Écosse.³ Malgré son illégalité, des parties privées (autres que des compagnies d'assurance) ont fait le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale en Ontario sans se faire poursuivre, bien que ces opérations ne soient pas nombreuses.⁴

La HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario) a pu constater que le principal problème découlant de l'illégalité du commerce à petite échelle de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale a été la règle

de common law sur les contrats illicites. Prenons par exemple le cas où une personne vivant avec le VIH/sida conclut un contrat en vertu duquel elle signera une désignation irrévocable du bénéficiaire du produit de son assurance-vie en contrepartie de trois paiements de 10 000 \$ chacun qui seront versés les jours un, deux et trois. La désignation est faite le jour un et il y a paiement de 10 000 \$. Si la compagnie qui a conclu l'opération refuse de verser les paiements les jours deux ou trois, il y a violation du contrat. Toutefois, s'il y a violation d'un contrat illégal, le tribunal auquel on s'adresse pour faire exécuter le contrat refusera normalement d'ordonner l'exécution d'un contrat illégal. Par conséquent, la personne vivant avec le VIH/sida ne pourra pas obtenir jugement pour la somme manquante de 20 000 \$. La seule chose qu'elle peut faire est de demander au tribunal de déclarer le contrat non exécutoire, et le tribunal ordonnera à l'assuré de rembourser la somme de 10 000 \$ à la partie qui a commis le manquement et d'annuler la désignation irrévocable. Ce n'est pas ce que souhaite la personne vivant avec le VIH/sida et il est probable qu'elle n'ait plus la somme de 10 000 \$ pour rembourser l'autre partie.

Comme nous l'avons mentionné cidessus, le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale par les compagnies d'assurance n'est pas illégal en Ontario. Or, même si les compagnies d'assurance

peuvent faire ce commerce, elles ont choisi de ne pas le faire en Ontario. Par ailleurs, à partir de 1988, les assureurs en Ontario offrent aux assurés vivant avec le VIH/sida la possibilité de toucher des « prestations versées du vivant de l'assuré » s'il est clair que l'espérance de vie est inférieure à deux ans. Contrairement au commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale, le versement de prestations du vivant de l'assuré n'est pas une vente. Il s'agit plutôt d'un prêt garanti par le capital assuré du contrat. L'assuré reçoit une fraction du capital assuré du contrat et la compagnie d'assurance demande des frais d'administration ou de l'intérêt imputés au solde du capital assuré jusqu'à épuisement de celui-ci ou jusqu'au décès de l'assuré. Au décès de l'assuré, le solde du capital assuré, s'il en est, est transmis au bénéficiaire désigné.

Le projet de loi 119 a fait l'objet de débats devant la législature provinciale à l'étape de la deuxième lecture les 11, 12 et 16 octobre 2000. La légalisation du commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale n'a pas été soulevée dans le cadre des débats à ce moment-là. Après avoir franchi l'étape de la deuxième lecture, le projet de loi a été présenté au Comité permanent des affaires gouvernementales le 17 octobre 2000, pour examen. Le Comité permanent a décidé de tenir des audiences publiques. Il ressort du journal des débats du Comité qu'une seule personne a comparu devant le Comité pour discuter de la légalisation du commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale. Il s'agissait de Mark Daniels, un représentant de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP). Il a comparu devant le Comité permanent le 1^{er} novembre 2000.

L'ACCAP représente environ 80 assureurs de personnes au Canada. Leurs membres ont établi environ 90 pour cent des assurances de personnes en vigueur au Canada. Leur mémoire au Comité permanent s'appuyait en grande partie sur des histoires d'horreur sur le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale aux États-Unis : l'ACCAP a présenté au Comité permanent, avec son mémoire, 137 pages d'articles sur ce commerce aux États-Unis sur une période de six mois.⁵ Le risque du commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale est assez évident. Puisque l'acheteur du contrat mise sur la mort prochaine de l'assuré, pour réaliser son placement, il doit suivre l'état de santé de l'assuré – autrement dit, téléphoner pour savoir si l'assuré est décédé. Ces acheteurs ont un intérêt financier direct à ce que l'assuré meure rapidement, ce qui crée un commerce qui répugne à plusieurs. Les bailleurs de fonds des compagnies qui font le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale aux États-Unis ont un intérêt similaire à connaître les renseignements personnels sur la santé du mourant dont ils attendent impatiemment le décès. Par conséquent, la protection des personnes en phase terminale contre des investisseurs sans scrupule soulève de graves questions ayant trait à la vie privée. L'ACCAP a également souligné le risque que les personnes atteintes d'une maladie terminale aient un mobile pour commettre une fraude et obtenir des contrats qu'elles pourraient alors vendre.

Il est fort peu probable que le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale au Canada ressemble à celui pratiqué aux États-Unis, principalement parce que ce qui motive la plupart des personnes

en phase terminale à vendre leur assurance-vie est de pouvoir payer leur traitement médical, leur nourriture et leur logement, et parce que le volume

Il est fort peu probable que le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale au Canada ressemble à celui pratiqué aux États-Unis.

éventuel du commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale qui peut se faire dans une province est très modeste. Aux États-Unis, il y a environ 70 compagnies qui réalisent un chiffre d'affaires estimatif de 500 millions de dollars par année dans le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale.⁶ Plus de 30 États américains ont adopté des lois qui régissent le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale; plusieurs de ces lois s'inspirent d'une loi type créée par l'industrie américaine de l'assurance. On peut obtenir des renseignements complets sur la loi type américaine sur le site Web de la National Association of Insurance Commissioners (l'association nationale des commissaires d'assurance des États-Unis) à <www.naic.org>.

Devant le Comité permanent, l'ACCAP s'est prononcée contre l'adoption de l'annexe G du projet de loi 119. Elle a plutôt suggéré qu'une loi distincte soit adoptée après avoir fait un examen attentif de la manière dont ce commerce devrait être réglementé dans l'intérêt supérieur de toutes les parties intéressées. Elle a recommandé que l'on examine dans un premier temps la loi type utilisée

aux États-Unis. À titre subsidiaire, elle a recommandé que l'on reporte la promulgation de l'annexe G tant que des règlements stricts n'auront pas été rédigés et examinés par le Comité permanent.

Le 15 novembre 2000, le Comité permanent s'est réuni pour élaborer ses recommandations concernant le projet de loi 119. Relativement à l'annexe G, il a été décidé que le Comité recommanderait au ministre des Finances de surseoir à la promulgation des nouvelles dispositions jusqu'à ce que l'industrie de l'assurance ait eu l'occasion d'examiner et de commenter le règlement qui régirait l'octroi de licences pour le nouveau secteur du commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale. Ayant obtenu cette promesse, le Comité permanent a approuvé l'annexe G du projet de loi 119, qui a été renvoyé devant la législature pour la troisième lecture et les débats.⁷

Le 4 décembre 2000, le projet de loi 119 a franchi l'étape de la troisième lecture et a fait l'objet de débats. Il n'y a pas eu de débat de fond sur les avantages et les dangers de la création d'une industrie privée du commerce de contrats d'assurance-

vie de personnes en phase terminale en Ontario. Les débats ont principalement porté sur l'aspect fourre-tout du projet de loi et des changements importants à de nombreuses lois qui allaient être apportés alors qu'il y avait eu peu d'occasion d'en débattre ou de présenter des commentaires. Le 5 décembre 2000, le projet de loi 119 a été adopté par un vote de 46 voix contre 38.

Cela étant dit, l'annexe G du projet de loi 119 n'est pas encore entrée en vigueur, puisqu'elle n'avait pas encore été promulguée au moment de la rédaction du présent article. Selon Mark Daniels, de l'ACCAP, on prévoit qu'avant la promulgation, on distribuera à l'industrie de l'assurance pour commentaires le projet de règlement sur la manière dont les compagnies qui feraient le commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en phase terminale seraient autorisées et réglementées.⁸ Il serait certainement dans l'intérêt supérieur des personnes vivant avec le VIH/sida qu'elles donnent leurs commentaires sur tout projet de règlement, en particulier pour assurer que la réglementation du commerce de contrats d'assurance-vie de personnes en

phase terminale en Ontario réponde vraiment aux questions touchant la vie privée et l'exécution des contrats qui intéressent les personnes en phase terminale.

On peut consulter le projet de loi 119, y compris l'annexe G, à <www.ontla.on.ca/Documents/StatusofLegOUT/b119ra_f.htm>.

— Ruth Carey

Ruth Carey est directrice générale de la HIV & AIDS Legal Clinic - Ontario (HALCO) et membre du conseil d'administration du Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut la joindre à careyr@olap.org.

¹ L'article 115 de la *Loi sur les assurances*, L.R.O. 1990 c I-8 dispose : « Est coupable d'une infraction quiconque s'annonce ou se présente comme un acheteur de polices d'assurance-vie ou de leurs prestations, ou quiconque fait le trafic de telles polices ou effectue des opérations sur elles en vue d'en obtenir la vente, la remise, le transfert, la cession, la mise en gage ou le nantissement, soit pour lui-même ou pour quelqu'un d'autre. »

² *Ibid.*, paragraphes 447(3) et (4).

³ Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes inc., Mémoire présenté au Comité permanent des affaires gouvernementales de l'Assemblée législative de l'Ontario sur le projet de loi 119, *Loi de 2000 visant à réduire les formalités administratives* (en anglais), Toronto, octobre 2000, page 5.

⁴ Ces renseignements sont consignés dans les dossiers de la HIV & AIDS Legal Clinic (Ontario).

⁵ Ces deux documents sont disponibles sur le site Web de l'ACCAP à <<http://www.clhia.ca/>> .

⁶ Joseph Spina, député provincial de Brampton Centre, *Journal des débats*, 37^e Législature, Session 1, 4 décembre 2000, à la p. 2100.

⁷ Comité permanent des affaires gouvernementales, *Journal de débats* 37^e Législature, Session 1, 15 novembre 2000.

⁸ Communication personnelle avec l'auteur.

TRAVAIL SEXUEL

La loi de l'Alberta pour la détention des enfants prostitués est maintenue

La Cour du Banc de la Reine d'Alberta a établi que le *Protection of Children Involved in Prostitution Act* ne porte pas atteinte à la constitution.¹ La décision renverse le jugement de la Cour provinciale, qui avait jugé que la loi viole les droits garantis aux articles 7, 8 et 9 de la Charte.²

La loi contestée avait été adoptée dans le but de protéger les prostitués d'âge

mineur, partant de l'hypothèse que ces enfants sont victimes de mauvais

traitements.

Selon la loi, les agents de la paix et les représentants des services de protection de l'enfance peuvent demander une ordonnance prévoyant l'arrestation d'un mineur dans les cas où il existe des « motifs raisonnables et

probables de croire que l'enfant a besoin de protection ». L'enfant est soit ramené à ses parents ou à son tuteur, soit amené dans une maison d'hébergement où il peut être gardé pendant 72 heures et examiné par les services de protection de l'enfance. L'arrestation d'un enfant *sans ordonnance* est également possible, à la condition que le directeur de la protection de l'enfance justifie la mesure devant un juge de la Cour provinciale dans les trois jours suivants.

La Cour provinciale avait jugé que la loi portait atteinte aux droits de la jeune personne de jouir du droit à la liberté et à la sécurité de sa personne, sans qu'il soit porté atteinte à ce droit autrement qu'en conformité des principes de justice fondamentale (art. 7 de la Charte), parce qu'elle ne prévoyait pas de procédure pour permettre à chaque enfant de comparaître devant un juge, avec l'assistance d'un avocat, pour contester la preuve des fonctionnaires de la protection de l'enfance et présenter sa propre preuve. La Cour provinciale avait également conclu que la loi violait l'article 8 de la Charte en autorisant les perquisitions abusives sans mandat, parce qu'elle ne prévoyait pas l'examen par un juge des « motifs raisonnables et probables » sur lesquels les autorités policières ou les services de la protection de l'enfance se fondaient pour pénétrer dans certains lieux sans mandat. Finalement, la Cour provinciale avait conclu que la loi portait atteinte au droit à la protection contre la détention ou l'emprisonnement arbitraire (art. 9 de la Charte); selon la cour, la protection contre l'action de l'État n'était pas adéquate, parce que la loi n'instaurait pas de processus de révision pour tous les cas où un enfant serait arrêté et détenu parce que les autorités policières ou les fonctionnaires de la pro-

tection de l'enfance croiraient qu'il a besoin de protection.

Le juge de la Cour provinciale a conclu que ces atteintes aux droits reconnus par la Charte étaient rationnellement liées à la poursuite d'un objectif très important (la protection des enfants et des jeunes contre la violence sexuelle), mais que les atteintes n'étaient pas assujetties à des limites raisonnables. Par conséquent, elles ne pouvaient pas être justifiées selon l'article 1 de la Charte.

La Cour du Banc de la Reine ne fut pas de cet avis. Bien qu'elle ait reconnu qu'il y avait privation de liberté pour les enfants et les jeunes arrêtés conformément à la loi, elle s'est inspirée des arrêts de la Cour suprême du Canada dans *B(R) c. Children's Aid Society of Metropolitan Toronto*³ et *Winnipeg Child and Family Services c. KLV*,⁴ dans lesquels furent formulés les principes de justice fondamentale applicables dans le contexte des lois concernant la protection de l'enfance. Selon la cour, ces arrêts ont établi que la privation de liberté ne contrevient pas aux principes de justice fondamentale, dans les cas où les autorités ont des motifs raisonnables et probables de croire qu'un enfant est en danger, à la condition qu'une audition équitable soit tenue promptement après l'arrestation. La Cour a également noté que le droit de l'enfant à la vie et à la santé devait être pris en considération. Mais au bout du compte, de l'avis de la Cour, le fait le plus déterminant et qui justifie cette atteinte à leur liberté est qu'il s'agisse de mineurs :

Bien qu'en l'espèce nous n'ayons pas affaire à de jeunes enfants, ce sont tout de même encore des enfants aux yeux de la loi. Au bout du compte, parce que ce sont des enfants, leur

droit à la liberté doit céder devant l'intérêt primordial que représente la protection de leur bien-être général, dans la mesure où les procédures utilisées à cette fin sont équitables.⁵

À l'égard des dispositions spécifiques de la loi, la Cour s'est dite d'avis qu'un équilibre approprié avait été atteint et que, bien que la législation puisse bénéficier de certaines améliorations, la procédure mise en place relativement à l'arrestation et à la détention des enfants sans autorisation judiciaire préalable était constitutionnellement justifiable, parce qu'elle était conforme aux principes de la justice fondamentale prévus dans l'article 7 de la Charte. En outre, elle n'était pas une source de détention « arbitraire », puisque la détention n'était pas automatique, mais était soumise à certains critères. Par conséquent, la Cour a conclu que la loi n'enfreignait pas l'article 9 de la Charte.

Partant de l'hypothèse où elle se serait mal dirigée sur ces points et aurait dû conclure que la loi portait effectivement atteinte aux droits reconnus par la Charte, la Cour analysa également la question de savoir si ces atteintes pouvaient se justifier selon l'article 1. Elle a jugé que la détention pour une période maximale de 72 heures ne constituait pas une « atteinte majeure » aux droits constitutionnels des enfants et des jeunes, compte tenu du besoin de protection, et que l'atteinte était proportionnelle à l'importance de l'objectif poursuivi.

– Jennifer Gold et Richard Elliott

¹ *Alberta c. KB*, (2000) ABQB 976 (QL).

² *Alberta c. KB & MJ*, (2000) AJ No 876 (C. prov., division de la famille) (QL).

³ [1995] 1 RCS 315.

⁴ 2000 C.S.C 48, [2000] SCJ No 48 (QL).

⁵ *Alberta c. KB* (CBR), *supra* note 1, par. 69 (QL).

AIDE AU SUICIDE ET EUTHANASIE

La Cour rejette la contestation constitutionnelle relative à l'interdiction de l'aide au suicide

Le 6 février 2001, la Cour supérieure de justice de l'Ontario a rejeté la requête de Jim Wakeford ayant pour objet de faire déclarer inconstitutionnels les articles du *Code criminel* qui interdisent l'aide au suicide au Canada.¹ Jim Wakeford est un Torontois qui vit avec le VIH/sida et qui milite aussi pour l'accès à la marijuana à des fins médicales.

L'article 241 du Code stipule que quiconque « conseille » à une personne de se donner la mort, ou « aide ou encourage » une personne à se donner la mort, est coupable d'un acte criminel, que le suicide s'ensuive ou non, et s'expose à une peine d'emprisonnement maximale de 14 ans. De plus, l'article 14 du Code prévoit que « nul n'a le droit de consentir à ce que la mort lui soit infligée, et un tel consentement n'atteint pas la responsabilité pénale d'une personne par qui la mort peut être infligée à celui qui a donné ce consentement. »

Dans sa déclaration présentée en septembre 1999, Jim Wakeford a allégué que ses médecins lui ont dit qu'il ne lui restait vraisemblablement pas plus de deux ou trois ans à vivre. Ayant été témoin des dégradations et de la perte de dignité et d'autonomie qui accompagnent les derniers stades précédant un décès lié au sida, Wakeford a affirmé qu'il ne souhaite pas vivre cette agonie, ni imposer à sa famille et à ses amis la souffrance

morale qu'elle représente. Au lieu de cela, il « souhaite mettre fin à ses jours de lui-même, dans la dignité et avec le bénéfice d'une aide médicale, pour que sa mort soit la moins douloureuse possible, qu'elle soit effective, et qu'elle ne soit ni interrompue ni empêchée par les autorités publiques ».²

Il demandait donc à la cour de déclarer que les articles 14 et 241 du Code causent à son égard de la discrimination fondée sur la déficience, contrairement aux droits à l'égalité garantis par l'article 15 de la *Charte canadienne des droits et libertés*. Il demandait à la cour de déclarer ces articles inconstitutionnels, ou du moins de lui accorder, de même qu'à un médecin de son choix, la permission de déroger à ces dispositions du Code criminel.

Le principal obstacle à la cause de Wakeford était la décision rendue antérieurement par la Cour suprême du Canada en 1992 dans l'affaire *Rodriguez*. Dans ce cas, une femme

Wakeford « souhaite mettre fin à ses jours de lui-même, dans la dignité et avec le bénéfice d'une aide médicale, pour que sa mort soit la moins douloureuse possible, qu'elle soit effective, et qu'elle ne soit ni interrompue ni empêchée par les autorités publiques. »

atteinte de sclérose latérale amyotrophique (SLA) avait contesté les mêmes dispositions et soutenu que celles-ci violaient un certain nombre de ses droits reconnus par la *Charte*. Cependant, la Cour suprême avait rejeté ses trois arguments. La majorité a conclu que son droit à la liberté et à la sécurité de la personne (art. 7) n'avait pas été violé. Aucun des juges ne convint qu'il y avait eu atteinte à son droit à la protection contre tous traitements ou peines cruels et inusités (art. 12). Du point de vue de l'argument fondé sur les droits à l'égalité (art. 15), la majorité refusa de déterminer s'il y avait violation, mais conclut que, supposant que la violation existait, celle-ci était justifiable au regard de l'article 1 de la *Charte*. Deux juges, y compris le juge en chef, exprimèrent leur dissidence sur ce point, estimant que l'atteinte aux droits à l'égalité de Sue Rodriguez

n'était pas justifiable sur le plan constitutionnel.

Se fondant sur l'arrêt *Rodriguez*, le procureur général du Canada présenta une requête pour faire rejeter la réclamation de Wakeford, parce que celui-ci n'avait pas de motif valable à faire valoir en droit (« n'avait pas de cause d'action raisonnable »). Pour faire rejeter la demande de Wakeford, le gouvernement devait démontrer qu'il était « manifeste à sa face même » que celui-ci n'avait aucune possibilité d'avoir gain de cause.³

Wakeford reconnut que les faits de son cas étaient similaires, mais il plaida que la décision dans *Rodriguez* n'était pas déterminante, parce que les textes de loi qui sous-tendaient cette décision avaient changé, et qu'il était arrivé à la Cour suprême du Canada par le passé d'infirmes des décisions antérieures. En particulier, il se référa à un rapport de 1995 du Comité spécial du Sénat du Canada sur l'euthanasie et l'aide au suicide, dans lequel le comité a établi qu'il n'y avait pas de consensus social au Canada sur l'opportunité d'apporter des changements à la loi concernant l'aide au suicide et n'avait pas recommandé que la loi soit modifiée.

Wakeford a allégué que, considérant le contenu du rapport, le gouvernement fédéral ne pouvait plus soutenir la validité de l'interdiction criminelle relative à l'aide au suicide. Dans l'affaire *Rodriguez*, la majorité de la Cour suprême avait jugé que le Parlement devrait bénéficier d'une certaine flexibilité face à cette question « litigieuse » aux « dimensions morales importantes », dans la mesure où il pouvait démontrer qu'il avait un « fondement raisonnable » pour conclure que sa législation « portait minimalement atteinte » aux droits constitutionnels en question. Wakeford a soutenu devant le tribunal que l'absence de consensus social sur l'aide au suicide, constatée par le Comité du Sénat, ne constitue pas un fondement acceptable pour permettre au gouvernement de défendre la discrimination selon la Charte : « [U]n sentiment majoritaire ne suffit jamais à justifier la discrimination. »

Wakeford a également attiré l'attention de la cour sur les conclusions du Comité concernant l'insuffisance des soins palliatifs au Canada, soutenant que c'est une nouvelle raison additionnelle pour reconsidérer l'arrêt *Rodriguez*, parce qu'elles démontrent le degré de violation des droits

à l'égalité reconnus dans la Constitution.

La juge Swinton, de la Cour supérieure de justice de l'Ontario, s'est dit réticente à renverser une décision de la Cour suprême, et les arguments de Wakeford ne l'ont pas persuadée qu'il y avait eu des changements importants permettant de croire que l'arrêt *Rodriguez* devait être reconsidéré. En particulier, elle observa que dans l'arrêt *Rodriguez* la majorité avait expressément commenté l'absence de consensus social sur le suicide assisté et avait conclu que, pour protéger la vie humaine et les personnes vulnérables, une interdiction générale visant l'aide au suicide était justifiée, compte tenu de la difficulté d'établir des mesures de protection adéquates. Elle conclut qu'il était « manifeste à sa face même » que la demande de Wakeford ne reposait sur aucun fondement justifiable en droit, et elle rejeta son action en conséquence.

– Glen Bugg

¹ *Wakeford c. Canada (Attorney General)*, [2001] OJ No 390 (QL).

² Déclaration, *Wakeford c. Attorney General of Canada*, Dossier No 99-CV-175987, Cour supérieure de justice de l'Ontario; voir aussi R. Elliott, « On conteste la criminalisation de l'aide au suicide », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 5(1) : 12-13.

³ *Hunt c. Carey*, [1990] 2 RCS 959.

CLINIQUES JURIDIQUES

Nouveaux développements à la Clinique juridique communautaire de l'Université d'Ottawa

Cet article fait partie d'une série sur les cliniques juridiques canadiennes de services spécialisés aux personnes vivant avec le VIH/sida.¹ Vanessa Gruben décrit de nouvelles tendances des problèmes juridiques observées par la Clinique juridique communautaire de l'Université d'Ottawa depuis son dernier article dans le *Bulletin* en 1999;² elle décrit aussi les programmes et projets amorcés par la clinique pendant l'année.

La clinique juridique

La Clinique juridique communautaire de l'Université d'Ottawa (CJCUO) offre des services juridiques en français et en anglais aux gens de revenu modeste et de groupes traditionnellement désavantagés, dans la communauté d'Ottawa-Carleton. Elle dessert aussi les étudiants de l'Université d'Ottawa et, depuis 1999, ceux de l'Université de Carleton grâce à un bureau auxiliaire sur place. Les services de la clinique incluent : représentation légale, renseignements légaux généraux, référence, éducation au public, promotion des intérêts et réforme du droit dans le domaine des relations entre propriétaire et locataire, du droit criminel et civil. On y offre aussi des services juridiques dans trois divisions spécialisées : femmes, autochtones et personnes vivant avec le VIH/sida. La CJCUO fait partie du réseau d'Aide juridique de l'Ontario et est affiliée à la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa. Les services sont fournis par des étudiantes en droit, supervisés par des avocates.

Services juridiques pour le VIH

La Division des services juridiques pour le VIH est dirigée par la CJCUO en partenariat avec le Comité du sida d'Ottawa (CSO) et Oasis, deux organismes communautaires qui travaillent auprès de personnes vivant avec le VIH/sida ou vulnérables à l'infection. La CJCUO, le CSO et Oasis collaborent afin de rendre le système juridique plus accessible aux personnes vivant avec le VIH/sida. Le personnel des services juridiques pour le VIH travaille sur des dossiers individuels, prend la parole devant divers membres de la communauté et fait de la recherche sur des aspects du droit qui ont de l'importance pour les personnes vivant avec le VIH/sida.³

Autre année d'expansion

L'année dernière a marqué l'expansion des services juridiques pour le VIH sur plusieurs plans. Notre équipe d'agents de cas s'est encore agrandie : elle est passée de quatre à cinq employés. Cela s'explique par notre travail à Oasis, un projet de succursale

d'accueil lancé par la division du VIH en février 2000. Oasis fait partie des nombreux programmes gérés par le Centre de santé communautaire Côte de sable; il vise à améliorer la santé et le bien-être des personnes vivant avec le VIH/sida, en particulier celles qui manquent de services. Oasis offre un vaste éventail de services médicaux et sociaux, y compris l'accès à un-e infirmier-ère et médecin, à des commodités de douche et de buanderie et à un programme d'échange de seringue. En plus, on y offre des services juridiques pour le VIH, deux après-midi par semaine. Le travail à Oasis complète notre implication continue auprès du CSO.

Étant donné notre implication auprès d'Oasis et dans diverses initiatives (décrites plus en détail ci-après), les types de dossiers gérés par la division se sont diversifiés. Ils varient de problèmes traditionnels entre locataire et propriétaire, à la préparation d'un testament et d'une procuration, en passant par les droits de la personne.

Tendances des problèmes juridiques

Loi sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées

Cette année, nous avons observé une croissance des cas liés au *Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* (POSPH), puisque la séropositivité d'un individu ne garantit désormais plus qu'il recevra des prestations du POSPH ou d'autres. La majorité de ces problèmes sont causés par (1) des rapports médicaux

« bâclés » (ces rapports sont pourtant cruciaux, au stade de la demande); (2) le fait que des travailleurs sociaux considèrent des colocataires comme des époux malgré les indications de leurs clients, au stade de l'examen des demandes; et (3) des difficultés d'administration au bureau local de services sociaux.

Testaments et procurations

On a aussi noté une augmentation des demandes pour la préparation de testaments et procurations. Le soin des enfants et la volonté d'en remettre la garde à des membres de la famille autres que le père biologique est une préoccupation en émergence. Les préoccupations exprimées quant aux procurations concernent la plupart du temps la limite des traitements aux derniers stades de la maladie et le type de soins que préfère le client.

Problèmes de propriétaire-locataire

Vu l'explosion du marché du logement à Ottawa, la résolution de problèmes entre locataire et propriétaire se fait de plus en plus complexe. Les clients confrontés à une possibilité d'expulsion disposent de peu d'options, lorsque l'expulsion se confirme. De plus, les logements de plusieurs de nos clients sont subventionnés par des instances qui refuseront de maintenir les subventions, après l'expulsion. Par conséquent, il n'est pas rare que les clients soient contraints de régler leurs litiges pour échapper à la possibilité très réelle de se retrouver dans la rue.

Droits de la personne

Les dossiers de droits de la personne demeurent prédominants, dans la division du VIH. En voici un exem-

ple typique. Un client « D » est employé d'une chaîne de restauration bien connue. En 1998, il est victime de harcèlement et de harcèlement sexuel de la part de collègues – notamment l'affichage d'illustrations à caractère sexuel grossier, des graffitis, des billets insérés dans son casier au travail; « D » est également victime d'abus verbaux, d'agression physique et d'attouchements sexuels.

Dans une conversation privée avec un dirigeant, « D » révèle sa séropositivité. Trois jours plus tard, il est congédié.

Malgré des plaintes à de la direction et à divers supérieurs, l'employeur refuse d'agir pour défendre « D ». Dans une conversation privée avec un dirigeant, « D » révèle sa séropositivité. Trois jours plus tard, il est congédié sous des allégations douteuses de malfaisance, après onze ans de travail à cet endroit. « D » décide de déposer une plainte pour discrimination fondée sur la race, le handicap et l'orientation sexuelle, devant la Commission ontarienne des droits de la personne. Après huit mois de travail dans ce dossier, la CJCUI négocie avec l'employeur une entente de règlement en faveur de « D », d'une valeur de plus de 40 000\$. À ce moment, « D » reçoit des prestations du POSPH. Pour éviter qu'il les perde, beaucoup d'efforts supplémentaires sont déployés pour assurer que la compensation reçue soit considérée comme une indemnisation pour les « souffrances et douleurs ».

Projets de réforme du droit

L'ensemble de la CJCUI a investi beaucoup d'énergie dans le volet de réforme du droit. Par conséquent, la division du VIH a examiné certains projets potentiels de réforme du droit, y compris une enquête sur les complications du *Loi sur la confidentialité des renseignements personnels sur la santé*. Les implications d'une telle loi pourraient affecter la capacité d'un individu de garder confidentiels des renseignements de santé comme son état sérologique. De plus, la CJCUI recueille actuellement des informations et des ressources en prévision des retombées du projet de loi 68 (Loi Brian), entré en vigueur en décembre 2000, en Ontario.⁴ Puisque les effets de l'assouplissement des préalables pour les évaluations non volontaires, les hospitalisations et les ordonnances de traitement n'ont pas encore été pleinement ressentis, il est primordial que la CJCUI et d'autres fournisseurs de services soient préparés aux conséquences. Ces initiatives de réforme du droit stimuleront sans doute la croissance de la division au cours des prochaines années.

Positive Law : un symposium sur les questions juridiques soulevées par le VIH, pour les fournisseurs de services

Le 3 novembre 2000, la division du VIH organisait Positive Law, sa conférence biennale. Ce fut un grand succès. On a discuté de thèmes tels que l'utilisation de la marijuana à des fins médicales, les communautés autochtones et le VIH, les droits des détenus et le VIH/sida, et l'obligation

de prévenir en vertu de la *common law*. Le D^r Donald Kilby, des Services de santé de l'Université d'Ottawa, et Rick Reimer, un avocat de Pembroke qui utilise légalement de la marijuana pour traiter sa sclérose en plaques, ont parlé des procédures et questions entourant la légalisation de la marijuana à des fins médicales. Cet exposé était particulièrement pertinent pour nos agents de cas, qui ont travaillé sur deux demandes d'usage de marijuana à des fins médicales pour le traitement de symptômes liés au VIH/sida.

Ralf Jürgens, du Réseau juridique canadien VIH/sida, et Art Zocole, directeur général du Réseau canadien autochtone sur le sida (RCAS), ont abordé le thème du VIH/sida dans les communautés autochtones. Ils ont souligné l'augmentation régulière des cas de VIH parmi les autochtones, au Canada. Des solutions concrètes ont été proposées, comme un leadership politique accru, du travail sur les questions d'homophobie, davantage de programmes et traitements dans les réserves, et d'éducation et d'information sur les stratégies de pré-

vention et de contrôle.

Après l'exposé d'une personne vivant avec le VIH sur les réalités de sa situation, Ruth Carey (directrice de la HIV/AIDS Legal Clinic of Ontario (HALCO)) a abordé de nombreuses questions qui touchent les détenus vivant avec le VIH/sida. Elle considérait que les questions les plus urgentes étaient un meilleur accès à des médicaments et des médecins, ainsi que l'accès à des programmes d'échange de seringues dans les prisons.

Enfin, Michel Landry, directeur de la CJCUO, a présenté un exposé sur l'obligation de prévenir en vertu de la *common law*.

Conclusion

La division du VIH poursuit son engagement à offrir une représentation légale et des informations de qualité aux personnes vivant avec le VIH/sida. Nous nous engageons aussi à grandir et à nous adapter afin de mieux satisfaire les besoins de nos clients. Cela implique une participation accrue à des projets de réforme du droit; un travail de plus près avec

la division des autochtones pour aborder des questions spécifiques au VIH/sida dans ces communautés; ainsi qu'une présence dans la communauté d'Ottawa pour assurer que les droits des personnes vivant avec le VIH/sida y soient protégés.

—Vanessa Gruben

Vanessa Gruben est étudiante en deuxième année de droit à l'Université d'Ottawa et agente de cas à la Clinique juridique communautaire de l'Université d'Ottawa. On peut la joindre à <gruben@canoemail.com>. La Division des services juridiques pour le VIH peut être contactée au (613) 562-5600.

¹ Voir aussi R. Carey, « Services juridiques et VIH/sida : obstacles et tendances », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1997/98; 3(4)/4(1) : 10-12; accessible à <<http://www.aids-law.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/hiver9798/08CAREYF.html>>; J. Leroux, « Assurance collective, invalidité, retour au travail », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999; 4(2/3) : 17-19; accessible à <<http://www.aidslaw.ca/francais/Contenu/docautres/bulletincanadien/printemps99/f-clinics.htm>>.

² J.M. Duff, « La clinique juridique communautaire de l'Université d'Ottawa », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999; 5(1) : 46-48; accessible à <<http://www.aidslaw.ca/Maincontent/otherdocs/Newsletter/fallwin99/clinics.htm>>.

³ Pour plus d'information sur la CJCUO en général et sur la division du VIH en particulier, voir Duff, *ibid*.

⁴ Pour plus d'information, voir le texte du projet de loi à <http://www.ontla.on.ca/documents/StatusofLegOUT/b068_f.htm> et un feuillet de questions et réponses du Gouvernement de l'Ontario, à <<http://www.gov.on.ca/health/french/publ/mental/faqf.html>>.

ENGAGEMENT POLITIQUE

L'engagement politique, la gouvernance et le sida

En juillet 1992, l'Organisation de l'unité africaine a adopté la *Déclaration sur l'épidémie du sida en Afrique*, dans laquelle les chefs d'États réunis ont exprimé leur « engagement politique le plus entier, pour mobiliser l'en-

semble de la société à la lutte contre le sida » [trad.]. Ces dirigeants ont déclaré qu'à la fin de 1992, chacun d'eux serait « publiquement reconnu comme un meneur dans la lutte contre le sida » [trad.] dans son pays. À cette

réunion, les dirigeants africains ont adopté un programme d'action en six points qui aurait pu empêcher une large part de ce que sont aujourd'hui l'épidémie et son impact, sur leur continent.

En décembre 1994, quarante-deux gouvernements se sont réunis à Paris afin de réitérer leur engagement à la lutte contre le sida. Après les discours et les mots d'engagement, la *Déclaration du Sommet de Paris sur le sida* a été signée. En septembre 1999, les Premiers ministres, vice-présidents et ministres de la Santé de dix pays d'Afrique étaient réunis à Lusaka et y ont signé une autre « Déclaration sur l'épidémie de VIH/sida » qui, elle aussi, promet une action contre le sida.

Les gouvernements ont un rôle unique et crucial, dans les réactions nationales à la pandémie du sida. Dans la plupart des pays industrialisés et dans quelques pays en développement, en l'occurrence au Brésil, au Sénégal, en Thaïlande et en Ouganda, les gouvernements ont pris des mesures concrètes pour s'attaquer au VIH et au sida. Dans plusieurs autres pays, il manque clairement quelque chose.

L'échec des gouvernements, en particulier dans les pays les plus durement touchés, fait naître des appels à un plus grand « engagement politique », mais nous n'avons pas une compréhension commune, ni claire, de ce facteur diffus ou des moyens de le stimuler. Dans cet article, nous examinons les difficultés de prendre comme point de mire l'engagement politique et nous mettons en doute l'utilité de ce concept dans la conception de programmes et l'intervention. Nous concluons qu'il serait plus utile de mettre le cap sur l'amélioration de la gouvernance que sur de simples exhortations à un engagement politique accru.

Avec la permission de la Coalition interagence sida et développement (CISD), nous reproduisons ici cet article de David Patterson, suivi d'un commentaire du juge Michael Kirby

de la Haute Cour de l'Australie, intitulé *VIH : conduire nos dirigeants politiques à agir*.

Engagement politique – un euphémisme qui porte à confusion?

Pour certains, le rôle de motiver le secteur privé et la société civile à lutter contre le sida appartient aux chefs de gouvernements.

« Peut-être que le plus important, dans la lutte globale contre le VIH/sida, est l'engagement politique. Les leaders, aux paliers national, provincial et local du gouvernement, doivent prendre la parole à propos du VIH/sida et inciter les entreprises et les organismes non gouvernementaux à s'impliquer dans le travail contre cette maladie. » [trad.]

– Dr David Satcher, Surgeon General, Secrétaire adjoint au Department of Health and Human Services des États-Unis

Pour d'autres, l'initiative part du bas et gravit les échelons du pouvoir – ce sont les communautés qui doivent intervenir pour que les politiciens et fonctionnaires s'engagent dans une action nationale.

Les communautés devront partager leurs expériences avec d'autres communautés, sachant que la réussite est possible et que la menace de l'expansion du VIH peut être contrôlée. Les travailleurs au front de la lutte devront aussi échanger leurs expériences avec leurs pairs qui rencontrent des problèmes similaires sous différentes conditions. Les équipes d'appui aux réponses locales pourront encourager ces échanges, en procédant de façon à ce que les décideurs politiques puissent également avoir accès

aux expériences documentées. Tout cela doit tendre vers un engagement politique plus considérable et une réponse nationale plus vigoureuse et cohérente.

(ONUSIDA, non daté)

Ces deux perspectives reflètent des tensions plus vastes entre une approche « professionnelle » ou « bureaucratique », à l'égard du sida, et une approche qui considère l'action de la communauté comme l'élan, la source de la réaction gouvernementale. Dans les pays qui ont marqué des réussites contre le sida, on observe souvent un dialogue soutenu, entre le gouvernement et la communauté. Dans d'autres pays, les responsables gouvernementaux de tous les paliers semblent sourds aux appels à l'action, voire activement opposés à l'adoption de politiques éprouvées.

Les appels à un plus grand engagement politique attribuent la responsabilité de l'action contre le sida aux responsables gouvernementaux; cependant, sans balises pour en mesurer l'évolution, la réponse risque d'être aussi peu substantielle que le concept. Les difficultés supplémentaires décrites ci-dessous sont associées à la notion d'engagement politique.

L'engagement politique soutenu : chose rare et fragile

Dans le monde en développement, trois exemples sont souvent repris : la Thaïlande, l'Ouganda et le Sénégal. Dans chacun de ces pays, on soutient qu'un engagement politique solide est un des facteurs de la réaction au sida. En 1986, le président de l'Ouganda, M. Yoweri Museveni, a reconnu publiquement le problème du sida dans son pays et il a créé la Commission ougandaise sur le sida, au sein du Bureau présidentiel. Au

Sénégal, où la prévalence du VIH est demeurée relativement faible, le gouvernement avait réagi sans tarder en autorisant et en promouvant une activité considérable de la part d'organismes non gouvernementaux (ONG), notamment en matière d'éducation sexuelle pour les enfants d'âge scolaire et en intégration des soins pour les maladies transmissibles sexuellement dans les soins de santé élémentaires. En Thaïlande, comme suite à une flambée rapide d'infection à VIH vers la fin des années 80, un lobbying concerté a conduit à l'adoption, en 1991, d'un programme national de prévention assorti des éléments principaux qui suivent :

- chaque ministère important a été muni d'un plan et d'un budget relatifs au sida;
- tous les gouverneurs provinciaux ont été mandatés de diriger le programme sur le sida dans leurs territoires respectifs par le biais du système de planification du développement des provinces;
- le secteur de l'entreprise, de même que les personnes vivant avec le VIH/sida, les leaders religieux et d'autres meneurs de la communauté, se sont fortement impliqués dans le dialogue sur les politiques et dans la mobilisation communautaire (Sittitrai, 2000).

Plus récemment, grâce à une action résolue de la part de son gouvernement, le Brésil occupe le premier rang des pays en développement, sur le plan de la fourniture de traitements antirétroviraux : il s'est doté d'une politique gouvernementale d'accès universel à ces traitements, soutenue par la fabrication locale ou l'importation en grande quantité des principaux médicaments. Cette initiative a réduit la morbidité due au sida et a

probablement aussi diminué la propagation du VIH.

Pour demeurer efficace à long terme, l'engagement politique doit être constant. Même dans les pays où l'on a marqué des réussites relativement tôt, un affaiblissement de l'engagement pourrait voir la situation se détériorer rapidement. En Ouganda, par exemple, malgré son appui initial aux ONG de lutte contre le sida, le gouvernement a refusé d'« accréditer » la coalition nationale des ONG (Human Rights Watch, 2000). Pourtant, une société civile vigoureuse est essentielle à la réponse nationale. En Australie, le gouvernement a subventionné la création d'un réseau national d'organismes de lutte contre le sida; des représentants de la communauté y siègent souvent aux côtés de fonctionnaires, à des instances gouvernementales chargées des politiques (Altman, 1994).

L'engagement politique à l'aide au développement, tant au chapitre de la prévention (notamment dans la recherche vaccinale) que dans le domaine des soins, ne peut pas être pris pour acquis. L'engagement politique, et avec lui le financement, peut s'évaporer rapidement si l'économie mondiale perd de sa vigueur ou si le climat politique de la nation devient moins attrayant pour l'aide étrangère.

Le manque d'engagement politique est un thème commun aux domaines connexes des politiques, mais peu de solutions sont évidentes

Un point de mire sur l'engagement politique peut être observé aussi dans des domaines connexes du développement, comme la pauvreté et la santé génésique. En 1991, le *Rapport sur le développement humain* publié par le Programme des Nations Unies

pour le développement (PNUD) concluait que le manque d'engagement politique, et non le manque de ressources financières, est souvent la « vraie cause » de la négligence humaine (PNUD, 1991). Faisant écho à ce rapport, une experte indépendante en matière de droits de la personne et de pauvreté extrême, mandatée par la Commission des droits de l'homme des Nations Unies, a noté en 2000 que « l'absence de volonté politique, et non de ressources financières, est le véritable obstacle à l'éradication de la pauvreté » (Lizin, 2000).

Lors de la Conférence internationale sur la Population et le Développement (Le Caire, 1994), les gouvernements du monde se sont engagés à un *Programme d'action* complet. En 1999 pourtant, autre exemple d'évanescence de l'engagement politique, seulement un tiers des sommes monétaires promises par les donateurs avait été versé (Klitsch, 1999). Bref, l'engagement politique a été identifié comme un élément crucial au progrès dans d'autres facettes du développement mais peu de moyens ont été identifiés pour l'obtenir concrètement.

Les déterminants de l'engagement politique : complexes et difficiles à identifier

Un modèle qui fut à prime abord attirant était celui du « champion de la lutte contre le sida » – un leader gouvernemental dont le charisme et la détermination parviendraient à faire adopter les politiques nécessaires malgré l'impassibilité ou l'hostilité bureaucratique. Le président Museveni est souvent donné en exemple de ce type de dirigeant. Autre exemple d'engagement, M. Kenneth Kaunda, alors qu'il était

président de la Zambie, a pris la parole lors des Conférences internationales sur le sida à Montréal (1989) et à Florence (1991). Le sida avait emporté son fils.

Les risques de compter sur cette approche aux appuis politiques sont évidents : de tels champions sont rares; l'élan sera vite amorti s'ils trouvent une autre priorité ou lorsqu'ils quitteront leurs fonctions politiques; ou il se peut que les politiques qu'ils promeuvent soient inefficaces ou dangereuses. Le président Museveni était rébarbatif à permettre la distribution à grande échelle de condoms, aux premiers jours de l'épidémie du sida en Ouganda.

Même lorsque l'élan premier vient d'échelons supérieurs, la recherche a montré que les politiques sont adoptées plus rapidement lorsqu'on a suivi un vaste processus de consultation. En Éthiopie, il a fallu plus d'une décennie pour adopter et mettre en œuvre une politique nationale sur le sida. Le processus a consisté en de multiples révisions gouvernementales internes impliquant un nombre relativement faible de gens et presque personne de la communauté. En Afrique du Sud, lorsque la société civile eut l'occasion de faire des progrès, comme suite à la transition à la démocratie, une politique nationale a été soumise à la discussion puis adoptée en moins de deux ans (Stover et Johnston, 1999). Il est utile de garder à l'esprit que la discussion franche et forte qui a eu lieu dans les médias sud-africains, au sujet des politiques de ce gouvernement en matière de sida, n'aurait probablement pu avoir lieu dans aucun autre pays de cette région du monde.

L'engagement politique est plus susceptible de voir le jour si les leaders du gouvernement sont confron-

tés aux conséquences qui découlent de l'inaction. Dans une démocratie à part entière, ceci signifie la perte du pouvoir, mais c'est moins probable dans plusieurs démocraties partielles du monde en développement. Des travaux de recherche de Jonathan Mann et coll., au sujet des déterminants de la volonté politique, ont révélé que plusieurs pays dont les dirigeants avaient gardé le silence à propos du sida se classaient bas selon l'Indicateur de liberté humaine du PNUD (Mann et coll., 1992). Plus faible est le respect des droits civils et politiques, moindres sont les chances que les dirigeants gouvernementaux parlent du VIH/sida. Dans de telles circonstances, il est peu probable que les communautés puissent contester des politiques inefficaces ou dangereuses.

Une sphère médiatique libre et active est essentielle. La distinguée économiste Amarty Sen a observé, il y a longtemps, que la famine ne sévit pas dans les pays où la presse a pu faire librement son travail. Selon Sen, dans l'ensemble ce n'est pas le manque de nourriture qui crée les famines, mais plutôt le manque d'accès à la nourriture pour les gens pauvres des régions frappées. De tels problèmes sont démasqués et exposés, lorsque les médias ont la liberté d'expression; une fois le problème dénoncé, l'inaction est absolument intolérable (Stiglitz, 1999). Les parallèles avec le sida sont frappants.

Plus récemment, l'économiste en chef et vice-président sortant de la Banque mondiale, Joseph Stiglitz, a affirmé que les éléments essentiels d'une stratégie fructueuse de développement sont l'*appartenance* et la *participation* (Stiglitz, 1998). La recherche de l'Institut de la Banque mondiale en matière de gouvernance

(définie au sens large comme « les traditions et institutions par lesquelles l'autorité est exercée, dans un pays » [trad.]) montre qu'il existe un important lien causal entre une meilleure gouvernance et de meilleurs résultats en matière de développement. Les indicateurs utilisés pour mesurer la qualité de la gouvernance sont notamment le processus politique, les droits civils et politiques, l'indépendance de la presse, l'indépendance et la compétence du fonctionariat, la préséance du droit et le contrôle de la corruption (Kaufmann et coll., 1999).

En 1999, le Kenya a obtenu une piètre note au chapitre des indicateurs de gouvernance de l'Institut de la Banque mondiale. Puis, au milieu de l'an 2000, devant l'incapacité du ministère kenyan de la Santé d'expliquer la disparition de sommes monétaires, l'UNICEF a interrompu les subventions à son gouvernement, pour la lutte contre le sida, pour verser plutôt ces sommes directement aux ONG et aux organismes communautaires (Etieyibo, 2000). Il est réaliste de conclure qu'une meilleure gouvernance conduira aussi à des programmes plus efficaces contre le sida.

En outre, dans certaines parties du monde parmi les plus durement touchées, on ne s'attend pas réellement à une capacité gouvernementale adéquate, du moins dans les délais permis pour une réaction efficace à l'épidémie. Dans les cas où les ONG et les instances internationales fournissent les seuls services efficaces, le fait de s'attarder indûment aux gouvernements, à court terme, pourrait même s'avérer contre-productif (Altman, 1999).

L'engagement politique : difficile à mesurer

Afin de savoir si les efforts pour stimuler un engagement politique sont fructueux, il serait utile de disposer d'instruments de mesure de cet engagement. Les indicateurs suivants ont été proposés pour évaluer le degré d'engagement politique à la lutte contre le sida.

- **Allocations budgétaires pour la prévention et les soins**

En 1998, l'ONUSIDA a publié une étude portant sur 64 pays desquels on avait analysé le niveau des contributions nationales et internationales aux programmes nationaux de lutte contre le sida. L'étude a établi les contributions de base à la réaction nationale pour 1996 (ONUSIDA 1998). Pour que ce soit utile, du travail supplémentaire devrait être effectué afin de déterminer les tendances de ce financement au fil du temps.

Un protocole de mesure des dépenses des budgets nationaux a été développé par SIDALAC, en Amérique latine (ONUSIDA, 2000). Un problème identifié par ce protocole, cependant, réside dans la possibilité que des dépenses nationales peu élevées ne soient pas un indicateur fiable de l'engagement d'un pays à la lutte contre le sida. De fait, si les contributions étrangères sont déjà considérables, un gouvernement peut choisir de consacrer ses ressources nationales à d'autres priorités pour lesquelles il ne reçoit pas d'assistance internationale au développement. De plus, si une approche réellement plurisectorielle est adoptée, le financement des programmes nationaux de lutte contre le sida ne reflètera pas fidèlement, à lui seul,

l'ampleur de la réaction du gouvernement.

- **Mesures de l'activité des programmes de lutte contre le sida**

L'Indice de l'effort des programmes sur le sida, développé par le Policy Project, est un indice composite conçu pour mesurer l'engagement politique et l'effort déployé dans les programmes. Cet indice est fondé sur un questionnaire rempli par des informateurs clés de divers horizons et il s'assortit de composantes qui mesurent l'« appui politique » et la « structure organisationnelle » (y compris le caractère plurisectoriel de l'approche) (Stover et coll., 2000). Vu sa dimension subjective, cet Indice peut s'avérer plus utile pour mesurer la réaction d'un gouvernement avec le temps, que pour comparer une réponse nationale avec une autre.

- **Indices du respect des Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne**

Les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne proposent des balises pour une vaste réaction d'ordre juridique et des politiques. Un protocole développé à l'Australian National University mesure la reconnaissance législative des normes internationales établies par les Directives (Watchirs, 2000). Bien que la réforme du droit puisse être un domaine plus facile à évaluer que les dépenses, il est clair qu'elle n'aura en soi que peu d'impact si elle ne s'accompagne pas d'éducation et d'une application efficace et accessible. Un plus grand travail est nécessaire sur cet aspect de la réaction nationale, notamment quant à l'adoption de buts et d'échéanciers fermes.

Puisqu'il n'y a pas de moyens faciles de mesurer l'engagement politique, il est difficile de savoir si les efforts pour l'intensifier ont un impact sur l'épidémie du sida. Un point de mire sur l'amélioration de la gouvernance offre des avenues concrètes et mesurables, pour l'élaboration de programmes visant à

Y a-t-il un engagement politique à la lutte contre l'épidémie? Cet engagement est-il exprimé ouvertement? Se reflète-t-il par la dotation adéquate d'un programme national, en termes de personnel ou autres?

augmenter l'efficacité des réactions gouvernementales au sida – ce qui peut en retour accroître l'engagement visible du gouvernement.

Comment améliorer la gouvernance?

Les mesures concrètes décrites ci-dessous sont soumises à la réflexion et à la discussion.

- Renforcer les droits civils et politiques pour permettre et stimuler la discussion communautaire et la promotion des intérêts. Dans les pays où les libertés d'expression et d'association sont restreintes, les dirigeants sont moins susceptibles de s'attaquer de manière efficace à des problématiques comme celle du sida. En l'absence d'un débat ouvert, les politiques gouvernementales sont plus susceptibles d'être inefficaces ou dangereuses. Les organisations intergouvernementales mondiales et régionales

peuvent avoir un impact considérable à ce chapitre, comme en font foi les amendements de lois et de pratiques dans des pays de l'Europe de l'Est qui s'appêtent à rejoindre les rangs de l'Union européenne.

- Accroître les compétences des communautés affectées et soutenir des liens avec des défenseurs plus aguerris. La mise en branle de projets d'amélioration des compétences communautaires en intervention, et de partenariat de groupes de lutte anti-sida avec des organismes juridiques ou de défense et de promotion de droits et intérêts, peut conduire à des réussites marquées. Le feuillet intitulé *Le VIH/sida, les droits de la personne et le développement* cite en exemple des programmes fondés sur les droits, dans divers pays et contextes (CISD, 2000).
- Rendre les organismes de défense et promotion des droits, en matière de sida, admissibles aux mesures de soutien technique et financier pour l'amélioration de la démocratie, de la gouvernance et de la participation. Les bailleurs de fonds soutiennent souvent le développement d'organismes de la société civile dans le contexte du progrès vers la démocratie. Les organismes à soutenir pourraient inclure des organismes de promotion d'intérêts dans le domaine du sida, ou des groupes de défense des droits des patients, qui pourraient faire pression sur leurs gouvernements pour obtenir des services efficaces en prévention et en soins. Au Kenya, AIDSCAP (USAID) a aidé le Kenya AIDS NGOs Consortium (KANCO) à organiser une série d'ateliers provinciaux et de district, en 1996 et 1997, pour solliciter les points de vue et expériences d'em-

ployés d'ONG, de leaders religieux, de fonctionnaires et de responsables de politiques. Ces ateliers, conçus pour bâtir un consensus parmi divers intervenants, ont permis aux gens impliqués dans la prévention et les soins pour le VIH/sida d'identifier des préoccupations communes et des problèmes récurrents, puis de développer des stratégies d'intervention pour faire progresser des éléments prioritaires (AIDSCAP, non daté).

- Inclure tous les paliers de gouvernement dans les efforts de défense et de promotion des droits. L'expérience de l'Afrique du Sud démontre que l'on doit cibler les gouvernements nationaux, provinciaux et locaux. Les efforts de promotion et de défense des droits et intérêts, à tous les niveaux, doivent s'accompagner d'un suivi constant pour assurer que les promesses gouvernementales d'action contre le sida ne s'évaporent pas (Harane et Kariem, 2000). Les bailleurs de fonds devraient reconnaître qu'il s'agit d'un rôle certes onéreux et fastidieux de la société civile, mais néanmoins essentiel.
- Favoriser la transparence et la reddition de comptes. Les données sur la réaction nationale devraient être accessibles; ceci nécessite une surveillance et évaluation adéquates ainsi qu'un plan de dissémination des données (ONUSIDA, 2000). On doit créer des structures intersectorielles assorties d'une représentation communautaire. On doit requérir l'énonciation en termes concrets des résultats escomptés, pour favoriser le suivi et l'évaluation. On doit fournir de la formation et des fonds à des groupes locaux afin qu'ils puissent surveiller les progrès.
- Mettre la priorité sur le soutien

financier et technique aux pays qui font preuve d'engagement. Le conseil du programme de l'ONUSIDA a donné son appui à une approche, en matière d'allocation de certaines ressources, qui reflète la probabilité d'une réponse nationale renforcée. Les questions applicables à l'obtention d'aide dans une situation de compétition incluront les suivantes. « Y a-t-il un engagement politique à la lutte contre l'épidémie? Cet engagement est-il exprimé ouvertement? Se reflète-t-il par la dotation adéquate d'un programme national, en termes de personnel ou autres? » [trad.] (ONUSIDA, 1999). En cas d'engagement gouvernemental insuffisant, des mesures de rechange devraient être envisagées, comme l'octroi du soutien directement aux intervenants communautaires de défense et de promotion des droits et intérêts, tel que susmentionné.

- Soutenir le bureau de l'ombudsman et les instances nationales en matière des droits de la personne. De telles instances doivent être indépendantes et garantir l'impunité à ceux qui déposent des plaintes (Jenkins, 2000). Le personnel du bureau doit en outre recevoir une formation et une sensibilisation aux problématiques liées au VIH/sida.

Les pressions politiques de la part de gouvernements, et en particulier des principaux bailleurs de fonds, devraient aussi se poursuivre. En mars 1999, le U.S. Department of State a entrepris une initiative diplomatique visant à accroître la visibilité de l'épidémie globale du VIH/sida et à stimuler l'engagement politique à l'étranger. Cette initiative incite les ambassadeurs et les représentants américains des hauts échelons, de même que les secteurs publics et

privés, à mobiliser davantage d'attention et de ressources pour la lutte contre l'épidémie de VIH/sida (Department of State, 1999). De telles initiatives d'intervention devraient continuer, en parallèle à des actions concrètes pour rehausser la gouvernance et, du même coup, à

Les appels à raffermir l'engagement politique devraient s'accompagner d'un soutien concret à l'amélioration de la gouvernance.

améliorer les réactions des gouvernements au sida.

Conclusion

En dépit d'apparences d'un vaste appui à l'idée qu'elle soit un facteur important d'une réaction fructueuse à l'épidémie du sida, la notion d'engagement politique demeure difficile à cerner. On ne sait pas clairement si l'unique insistance sur l'augmentation de l'engagement politique pourrait avoir un impact important sur l'évolution de la pandémie. Par ailleurs, ce serait ignorer les raisons complexes pour lesquelles des chefs de gouvernements agissent ou n'agissent pas, devant le sida.

En contrepartie, la recherche montre qu'un important lien causal existe entre une meilleure gouvernance et de meilleurs résultats au chapitre du développement. Il est raisonnable de conclure qu'une meilleure gouvernance conduit aussi à des programmes plus efficaces de lutte contre le sida.

L'objectif d'améliorer la gouvernance, dans le cadre du travail sur les politiques, offre un éventail de possibilités pour l'élaboration de program-

mes, selon l'expérience dans divers aspects du développement. Il est recommandé, en conséquence, que les appels à raffermir l'engagement politique s'accompagnent d'un soutien concret à l'amélioration de la gouvernance, puisque cet aspect est susceptible d'avoir un impact plus important sur l'évolution de la pandémie de sida.

- David Patterson

David Patterson est directeur des programmes internationaux et d'accroissement de la capacité, au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à <dpatterson@aidslaw.ca>. Pour plus d'information sur la CISD, visiter www.icad-cisd.com ou joindre son directeur général, à <info@icad-cisd.com>. David et la CISD sont reconnaissants aux personnes suivantes, pour leurs commentaires sur une version préliminaire de l'article : Dennis Altman, Joseph Decosas, Luann Hatane, Saadiq Kariem, Ken Morrison, Dédé Oetomo et Susan Paxton.

Sources

- AIDSCAP, *Making Prevention Work: Global Lessons Learned from the AIDS Control and Prevention (AIDSCAP) Project 1991-1997* (non daté). Voir le chapitre 4. Policy Development and HIV/AIDS Prevention: Creating a Supportive Environment for Behavior Change, <www.fhi.org/en/aids/aidschap/aidspubs/special/lessons/index.html>.
- Altman D., *Power and Community: Organization and Cultural Response to AIDS* (Londres, Taylor & Francis, 1994)
- Altman D., « Un cadre de travail pour conceptualiser la réaction internationale au VIH/sida », *Bulletin d'ICASO* (1999), 16, p. 1, <www.icaso.org>.
- Coalition interagence sida et développement, *Le VIH/sida, les droits de la personne et le développe-*

ment, (feuillet d'information), mars 2000, <www.icad-cisd.com/francais/fiches/f-droits.html>.

- Department of State (États-Unis), *Fact Sheet on U.S. HIV/AIDS Activities*, 30 novembre 1999 <www.usinfo.state.gov/regional/af/usafr/t9113004.htm>.
- Etieyibo E., « Kenya: UNICEF stops aid to Kenyan Government », *Africa Newswire Network*, 26 juillet 2000, <www.africanewswire.com/annews/categories/kenya/story3343.shtml>.
- Hatane L., Kariem S., « Political Commitment and Partnership with Government in Responding to the HIV/AIDS Epidemic », (document préparé pour la XIII^e Conférence internationale sur le sida, Durban), 2000.
- Human Rights Watch, *World Report 2000*, <www.hrw.org/wr2k/Africa-12.htm#TopOfPage>.
- Jenkins C., « HIV, development and unhealthy institutions », *Development Bulletin*, 2000, 52 : 12-13, <devnet.anu.edu.au>.
- Kaufmann D., Kraay A., Zoido-Lobaton P., *Governance Matters' Policy Research Working Paper No. 2196*, World Bank Institute, 1999, <www.worldbank.org/wbi/governance/wp.htm#governance>.
- Klitsch M., « The Bumpy Road from Cairo to Now - and Beyond », *International Family Planning Perspectives*, 1999, 25(4), <www.agi-usa.org/pubs/journals/2519699.html>.
- Lizin A.-M., *Les droits de l'homme et l'extrême pauvreté*, (rapport présenté par Mme A.-M. Lizin, expert indépendant, conformément à la résolution 1999/26 de la Commission des droits de l'homme des Nations Unies,

- (E/CN.4/2000/52), <www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/TestFrame/c67909cb6f3a7ed0802568c5004faa02?Opendocument>.
- Mann J., Tarantola D., Netter T., *AIDS in the World*, Cambridge, Harvard University Press, 1992, à la p. 286.
- ONUSIDA, *National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation*, 2000, <www.cpc.unc.edu/measurement/guide/guide.html>.
- ONUSIDA, *Prioritization of UNAIDS Secretariat Resources for Country Activities*, (UNAIDS/PCB(8)/99.6), (rapport préparé pour la Huitième réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA), 1999, <www.unaids.org>.
- ONUSIDA, *Réponses locales au VIH/sida – une approche stratégique vers une société compétente face au sida*, Note technique No 1, Genève, ONUSIDA, (non daté), <www.unaids.org>.
- ONUSIDA, *Study on the National and International Financing of the National Response to HIV/AIDS*, (UNAIDS/PCB/98.3), (rapport préparé pour la Sixième réunion du Conseil de coordination du programme de l'ONUSIDA), 1998, <www.unaids.org>.
- ONUSIDA et Haut commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Le VIH/sida et les droits de l'homme: directives internationales*, New York et Genève, 1998, <www.unaids.org>.
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), *Rapport mondial sur le développement humain 1991*, <www.undp.org/hdro/e91over.htm>.
- Satcher D., « The Global HIV/AIDS Epidemic », *Journal of the American Medical Association*, 1999, 281(16): 1479, <jama.ama-assn.org/issues/v281n16/toc.html>.
- Sittitrai W., *HIV Prevention Needs and Successes: A Tale of Three Countries*, Genève, ONUSIDA, 2000, <www.unaids.org>.
- Stiglitz J., *Towards a new paradigm for development: strategies, policies and processes*, Banque mondiale, 1998, <www.worldbank.org/html/extdr/extme/jssp101998.htm>.
- Stiglitz J., *On Liberty, The Right to Know, and Public Discourse: The Role of Transparency in Public Life*, Oxford Amnesty Lecture, Banque mondiale, 27 janvier 1999, <www.worldbank.org/html/extdr/extme/jssp012799.htm>.
- Stover J., Johnston A., *The Art of Policy Formulation: Experience from Africa in Developing National AIDS Policies*, The Policy Project, 1999, <www.policyproject.com>.
- Stover J., Rehnstrom J., Schwartlander B., *Measuring the level of effort in the national and international response to HIV/AIDS: The AIDS Program Effort Index (API)*, (rapport présenté à la XIII^e Conférence internationale sur le sida, Durban), 2000, <www.policyproject.com>.
- Watchirs H., « International HIV/AIDS guidelines: does Australia comply? », *HIV/AIDS Legal Link* [australien], 2000, 11(1), <www.afao.org.au>.
- Watchirs H., *A Rights Analysis Instrument to Measure Compliance with the International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights*, 2000, disponible auprès de l'Australian National Council on AIDS, Hepatitis C and Related Diseases, GPO Box 9848, Canberra, ACT 2601, AUSTRALIE (télécopieur : 61-2 6289-8098).

VIH : conduire nos dirigeants politiques à agir

Dans ce commentaire en réaction à l'article de David Patterson (« L'engagement politique, la gouvernance et le sida »), le juge Michael Kirby de la Haute Cour de l'Australie réfléchit sur la manière dont le VIH a mobilisé ses actions et celles d'autres individus en position de pouvoir. Il conclut que nous ne prenons pas part à une guerre, mais bien à une importante lutte civile, et que nous avons l'obligation morale de faire tout en notre possible, dans ce contexte.

Dans son article sur l'engagement politique à la lutte contre le VIH/sida, mon compatriote David Patterson aborde plusieurs dilemmes et obstacles pertinents.

Nous avons été chanceux, en Australie : lorsque le sida a émergé au début des années 1980, le ministre fédéral de la Santé et son vis-à-vis de l'opposition officielle ont démontré beaucoup de courage, de sagesse et de volonté d'écouter les ONG. Inévitablement, à ce moment, la plupart des ONG appartenaient à la communauté gaie. Le ministre, maintenant retraité, a récemment révélé qu'il entretenait une relation homosexuelle de longue date. Nous avons

eu beaucoup de chance qu'il soit au pouvoir à cette époque. Il appuyait des stratégies audacieuses. Il était articulé et persuasif. Sans lui, la réaction de l'Australie aurait été beaucoup plus lente. La plupart des pays n'ont pas une telle chance.

L'émergence de l'épidémie de VIH/sida a mobilisé plusieurs individus qui étaient silencieux. La perte d'amis, d'amants et de proches a suscité leur activisme. C'est ce qui m'est arrivé. Tout cela m'a conduit à l'implication publique – une sphère où les juges sont habituellement peu présents. J'ai pris la parole lors de conférences destinées aux gais et aux travailleurs du sexe ainsi qu'à des

La portée de l'attention et l'engagement réel des politiciens fluctuent trop souvent au fil des récentes pressions exercées sur eux.

réunions pour utilisateurs de drogue par injection. Je le fais encore. Éventuellement, ce dynamisme m'a conduit à révéler ma propre homosexualité. Devant le VIH/sida, la honte et le silence me semblaient absurdes.

Des choses semblables se produisent à travers le monde. Dans des pays en développement, le VIH n'est plus d'abord une maladie « de gais ». Il attaque les fils et filles, épouses et amis de dirigeants politiques, et parfois les dirigeants eux-mêmes. Malheureusement, plusieurs garderont le silence, par honte et par ignorance. Mais quelques-uns se feront entendre et prendront les devants. Leurs voix sont précieuses : elles doivent être identifiées, appuyées, encouragées et promues.

L'association de visages connus aux campagnes de sensibilisation au VIH est une composante que l'on doit encourager, dans les stratégies. C'est un peu comme le processus de sortie, pour les gais et lesbiennes. Quand quelques personnes le font, la tâche devient plus simple pour d'autres – l'épreuve est moins rude.

Cependant, comme l'article de David Patterson le démontre, la mobilisation politique est un enjeu complexe. La portée de l'attention et l'engagement réel des politiciens fluctuent trop souvent au fil des récentes pressions exercées sur eux. Dans la lutte contre le VIH, l'expérience de nombreux pays montre la nécessité de :

- réactions institutionnelles au sein de la bureaucratie;
- actions de la société civile pour diffuser les messages; et
- suivi et évaluation constants, pour assurer l'efficacité.

De 1993 à 1996, j'ai été Représentant spécial de l'ONU au Cambodge. À ce moment, d'après des examens de la réserve de sang, le VIH y était un problème de moindre importance. Je l'ai placé à la tête de mon ordre du jour, comme objectif prioritaire. J'ai obtenu l'appui du roi Sihanouk. À tous ceux qui voulaient m'entendre, j'ai expliqué de quelle façon le VIH était une question cruciale de droits de la personne. Les ONG m'appuyaient généralement, en particulier les regroupements de femmes. Mais tous les hommes politiques demeuraient indifférents ou souriaient, à m'entendre.

Puis, lorsqu'on afficha pour le grand public des mises en garde rudimentaires contre le sida, le conseil municipal les a enlevés en réponse aux pressions de citoyens. Plutôt que d'amorcer la distribution de condoms

dans un district près de Phnom Penh où se trouvaient des bordels, comme je l'avais recommandé, les bordels ont été pris d'assaut pas la police, puis fermés. Les travailleurs du sexe ont été dispersés vers des régions où le soutien et les messages de santé ne se rendaient pas. Les dirigeants ont hypocritement blâmé les « filles étrangères » pour la propagation du virus. Maintenant, le Cambodge présente des taux très élevés de VIH. Si seulement j'avais pu être plus efficace.

Qu'aurait-il fallu? Des changements radicaux à la structure et à l'organisation culturelle et économique de la société, pour informer et habiliter les gens à se protéger. Une communauté plus sensible aux groupes activistes qui ont peu de poids politique. De la vision, pour comprendre les priorités. Un changement des valeurs spirituelles et une fin à la xénophobie. Tous ces éléments représentaient un travail énorme – on n'avait pas le temps de s'en occuper. Il n'y avait pas d'équivalent à notre ministre de la Santé australien, ou à Mechai Viravaidya en Thaïlande, ou à l'incomparable Jonathan Mann de l'OMS. Maintenant, des dizaines de milliers de Cambodgiens vivent avec le VIH et plusieurs en mourront.

La morale de cette histoire est que des agents de changement efficaces et des stratégies réalisables sont nécessaires pour briser le cycle d'ignorance et d'impuissance qui alimente le silence. Les politiciens ont un rôle à jouer. Des bureaucrates importants, dans le domaine de la santé, peuvent être mobilisés. Des ONG militants peuvent tenter d'attirer l'attention de tout média qui veut bien les écouter. Les instances nationales et internationales doivent faire tout en leur pouvoir pour faire

connaître les leçons à retenir des pays qui sont déjà passés par là.

Ceci n'est pas une guerre. C'est une grande lutte civile. On n'est indifférent que si l'on n'a jamais été au chevet d'un être humain en souffrance. Nous, qui sommes sensibili-

sés, devons répandre la nouvelle et faire tout en notre possible. C'est de l'autoprotection. Et c'est aussi une obligation morale.

- Michael Kirby

Michael Kirby est juge à la Haute Cour de l'Australie; il a été membre de la Commission mondiale de l'OMS sur le sida et Représentant spécial de l'ONU pour les droits de la personne au Cambodge. Vos commentaires peuvent être adressés à l'éditeur, à ralfj@aidslaw.ca, qui les relaiera au juge Kirby.

BREVETS ET PRIX

Dans le dernier numéro de la *Revue*, nous expliquions que les Canadiens et tous ceux qui se préoccupent du respect des droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida devaient s'initier aux questions de commerce pour comprendre les implications des traités commerciaux internationaux sur l'accès à des soins, à des traitements et à du soutien adéquats à un prix abordable. Dans ce domaine, plus qu'en tout autre, il est essentiel que soit reconnu le lien entre les droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida au Canada (et de tous les Canadiens que touche l'accès aux soins de santé) et les droits des personnes qui vivent avec le VIH/sida dans d'autres parties du monde, particulièrement dans les pays en développement. Les traités internationaux sur le commerce – l'Accord de libre-échange nord-américain (ALENA), l'Accord international sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC) de l'OMC, l'Accord général sur le commerce des services (GATS) et l'Accord de libre-échange des Amériques (ALÉA), actuellement en négociation avec le soutien actif du gouvernement du Canada – représentent une des menaces les plus profondes et les plus durables, contre la santé et le bien-être des personnes qui vivent avec le VIH/sida depuis le début de l'épidémie. La présente chronique régulière de la *Revue* a pour but d'y sensibiliser les individus et les organismes de la société civile et de rehausser leur capacité à ce chapitre.

Le commerce international et la Loi canadienne sur les brevets

Le Canada modifie la loi pour respecter l'échéance de l'OMC

Dans une décision rendue à la fin de février 2001, un arbitre de l'Organisation mondiale du commerce (OMC) a statué que le Canada avait jusqu'au 12 août 2001 pour modifier ses lois

conformément à une décision antérieure de l'OMC.¹ En mai 2000, un groupe spécial de l'OMC a jugé que le Canada violait l'ADPIC par son défaut d'accorder une protection

d'une durée de 20 ans aux inventions assujetties à sa *Loi sur les brevets*.² Cette décision a été confirmée par l'organe d'appel de l'OMC en septembre 2000.³ Ces décisions ont été résumées dans des numéros antérieurs de la *Revue*.⁴

Le Rapport du Groupe spécial, confirmé par l'Organe d'appel, a été adopté par l'Organe de règlement des différends de l'OMC (ORD) le 12 octobre 2000. Le 23 octobre 2000, le Canada a informé l'ORD qu'il mettrait la décision en application, et il a demandé un « délai raisonnable » pour le faire, conformément au Mémorandum d'accord sur les règles et procédures régissant le règlement des différends (le Mémorandum sur le règlement des différends, ou MRD). Cependant, le Canada a été incapable de s'entendre avec les États-Unis (qui étaient à l'origine de la plainte) quant à la durée du délai « raisonnable » requis pour appliquer la décision; les É.-U. demandèrent que la question soit soumise à un arbitrage obligatoire selon le MRD.

Le Canada demandait un délai jusqu'au 14 décembre 2001, le dernier jour de session du Parlement avant le congé des fêtes, pour faire les changements nécessaires. Le Canada plaidait que l'application de la décision

nécessitait des modifications à sa *Loi sur les brevets* et que la nature « controversée » de la question dans le pays devait être prise en considération, de même que la « nécessité de prévoir une période de discussion adéquate avant de réaliser des choix

La modification requise de la *Loi sur les brevets* aura des conséquences sur le système de santé du Canada.

législatifs dans un système de gouvernement démocratique ». Une des options du gouvernement, proposée par l'Association canadienne des fabricants de produits pharmaceutiques (qui représente les sociétés qui fabriquent des médicaments génériques), serait de faire en sorte, si la durée des brevets est fixée à 20 ans du dépôt de la demande, que la modification s'applique à *tous* les brevets. Cela aurait pour effet d'étendre la durée de protection de certains brevets existants, mais d'en écarter d'autres. Cette proposition serait, bien sûr, contestée par les sociétés productrices de médicaments de marque, qui souhaitent une protection maximale de chacun de leurs brevets, même si cela implique une application inégale de la loi.

Un des principaux arguments formulés par le gouvernement du Canada était qu'il devrait « gérer avec soin le processus législatif » avant et pendant les débats au Parlement sur ces modifications. Il y a lieu de noter que le gouvernement canadien, qui détient la majorité au Parlement, n'a aucunement laissé entendre qu'il pourrait faire autre chose que de mettre en application les modifications « requises » par

l'OMC. Pourtant, le Canada avait plaidé devant l'arbitre de l'OMC que :

La modification requise de la *Loi sur les brevets* aura des conséquences sur le système de santé du Canada. Par conséquent, il est à prévoir que des débats de fond auront lieu sur les modifications que le gouvernement proposera. Les débats, qui seront vraisemblablement divisés, influenceront sur le temps requis par le Parlement pour faire adopter la législation proposée.

Cette reconnaissance par le gouvernement du Canada que l'application de la décision de l'OMC aura un effet sur le système de santé du Canada devrait être réitérée quand les ministres du gouvernement fédéral négocieront d'autres traités commerciaux susceptibles d'entraîner des effets certains et prévisibles, comme l'ALEA et d'autres prolongements du GATS.

En revanche, les É.-U. soutenaient qu'un délai de six mois était suffisant pour adopter des modifications législatives, et que si le Canada était autorisé à reporter l'application, « des milliers de brevets continueraient d'expirer prématurément », ce qui causerait un tort irréparable à des ressortissants américains titulaires de brevets. » (La position du Canada était qu'entre la date de l'audition et le mois de décembre 2001, seulement 12 des brevets sujets à l'expiration avaient une quelconque valeur commerciale.) Les É.-U. plaidaient que l'existence d'une éventuelle controverse domestique sur les modifications n'était pas pertinente, et que le Canada était tenu de se conformer « dans le plus court délai possible ». À l'appui de cette position, ils citèrent la décision d'un arbitre dans une

affaire antérieure contre le Canada concernant des brevets pharmaceutiques.⁵ Les É.-U. ont souligné que le Parti Libéral dispose de la majorité au Parlement et que les règlements sur la procédure législative n'exigent en moyenne qu'une journée de session pour chaque étape, c'est-à-dire la première lecture, la deuxième lecture, l'étude en comité, et la troisième lecture pour l'approbation définitive.

Le MRD prévoit, comme ligne directrice générale pour les arbitres, qu'un délai raisonnable pour l'application des « recommandations » d'un groupe spécial ou de l'organe d'appel devrait être d'au plus 15 mois de la date de l'adoption du rapport du groupe spécial ou de l'organe d'appel. Cependant, ce délai peut être plus long ou plus court, selon les circonstances. L'arbitre dans le cas présent a noté que des décisions arbitrales antérieures avaient établi que le délai raisonnable était « la plus courte période possible selon le système législatif » du pays, mais que le pays n'était pas tenu d'avoir recours à des procédures législatives « extraordinaires » dans tous les cas.

L'arbitre a jugé que la valeur commerciale des brevets sujets à l'expiration était sans importance dans la détermination du délai le plus court possible pour l'adoption, au sein du système législatif du Canada, de la modification requise de la *Loi sur les brevets*. Toutefois, il a également jugé qu'en exigeant une durée de protection minimale de 20 années de la date du dépôt de la demande, l'article 33 de l'ADPIC « ne laissait place à aucune discrétion législative, ni à aucun choix législatif ». La nature controversée de la question au Canada se situe « à l'extérieur des limites strictes » de l'application des

décisions et des recommandations de l'OMC.

De l'avis de l'arbitre, accorder un délai de six mois seulement aurait signifié que l'échéance tomberait au milieu de la session du printemps 2001 de la Chambre des communes, ce qui aurait été déraisonnablement court. Toutefois, reporter l'échéance à la mi-décembre 2001 entraînerait un délai déraisonnablement long, et n'aurait pas été conforme à l'obligation du Canada de faire preuve de diligence. L'arbitre conclut par conséquent qu'un délai de 10 mois, se terminant le 12 août 2001, était adéquat.

Le 20 février 2001, le gouvernement du Canada présentait au Parlement pour la première lecture le projet de loi S-17, *Loi modifiant la Loi sur les brevets*, qui contient les modifications à la *Loi [canadienne] sur les brevets* afin qu'elle devienne conforme à la décision de l'OMC. Le projet de loi a été présenté au Sénat, plutôt qu'à la Chambre des communes. Il a été adopté par les deux chambres et a été sanctionné le 14 juin 2001.⁶

Le Canada demeure dans la mire de PhRMA

En février 2001, la Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA), une association des É.-U. qui représente l'industrie pharmaceutique, a inscrit le Canada parmi les 13 pays de sa « liste de surveillance en prioritaire » annuelle. PhRMA demande au gouvernement américain de placer le Canada sur sa liste de surveillance prioritaire « Spécial 301 » pour 2001.⁷

Selon les dispositions de l'article « Spécial 301 » du *Trade Act of 1974*, le Bureau du représentant américain du commerce extérieur (US

Trade Representative, USTR) identifie au moins une fois par année les pays étrangers qui, selon lui, n'accordent pas une protection « adéquate et efficace » des droits de propriété intellectuelle, ou un accès « équitable » à leur marché aux sociétés américaines. La loi stipule expressément que, bien qu'il respecte les dispositions de l'ADPIC, un pays peut tout de même être considéré ne pas accorder pas une protection adéquate et efficace aux droits de propriété intellectuelle. Si un pays est désigné « pays étranger de priorité » par le USTR, le représentant peut faire « enquête ». L'enquête peut entraîner des mesures de rétorsion. Par exemple, en 1997, les É.-U. ont retiré l'avantage tarifaire à l'Argentine, à cause de son « retard dans l'adoption d'une législation adéquate sur les brevets, particulièrement pour les produits pharmaceutiques ».⁸ Le USTR a déclaré avoir utilisé des mesures similaires « pour stimuler une meilleure application des droits de propriété intellectuelle ou pour renforcer les protections juridiques » dans des pays comme le Honduras, le Panama, le Paraguay et la Turquie.⁹ Dans plusieurs autres cas, la simple menace d'application de ces mesures, comme l'inscription sur la « liste de surveillance » des Américains, a été un facteur essentiel dans la stratégie des É.-U. pour forcer d'autres pays à modifier leurs lois de manière à céder aux revendications de l'industrie américaine.

Il y a lieu de noter pourtant que l'un des principes de base de l'ADPIC, et d'ailleurs de tout le système de l'OMC, était présument de prévenir l'adoption de mesures de rétorsion unilatérales comme celles proposées par l'USTR, et d'établir plutôt un régime multilatéral de

règlement des différends entre pays, quant au respect des obligations de traités administrés par l'OMC. Cela n'a pas empêché l'industrie des médicaments de marque, qui était le principal lobbyiste pour l'ADPIC, de continuer de faire pression sur le gouvernement américain pour qu'il exerce ce type de menaces unilatérales, ni le gouvernement américain de céder aux exigences de l'industrie.

Bien que PhRMA note avec satisfaction que les arguments du Canada fondés sur ses dispositions en matière de stockage ont été rejetés par l'OMC, les griefs de PhRMA contre la loi canadienne sur les brevets vont beaucoup plus loin. PhRMA allègue que le Canada « se moque de l'OMC » et « continue de déroger à ses obligations en vertu de l'ADPIC » et à ses obligations selon l'ALENA. PhRMA presse les É.-U. « de prendre des mesures rigoureuses pour corriger ces violations, y compris le recours au processus de règlement des différends de l'OMC, si nécessaire. »

PhRMA conteste « le défaut des autorités réglementaires du Canada de protéger efficacement l'exclusivité des données ». Elle allègue que :

Bien que le Canada ait adopté des lois concernant la protection des données, des décisions judiciaires récentes ont rendu ces protections illusoire. Les autorités canadiennes permettent à des parties autres que le titulaire des droits d'obtenir une approbation de commercialisation en lien direct avec des données confidentielles protégées. Ceci contrevient à l'article 39.3 de l'ADPIC, qui a pour objet d'empêcher « l'utilisation commerciale induite » de données protégées.

PhRMA allègue également que le Canada n'offre pas de « mesures correctives rapides » pour empêcher les violations de brevets et prévenir des violations futures:

Les insuffisances systémiques des procédures administratives et judiciaires du Canada mettent en doute le respect par le Canada de ses obligations en vertu de l'ADPIC et de l'ALENA concernant les brevets pharmaceutiques. Ces insuffisances favorisent l'approbation par Santé Canada de versions génériques de médicaments brevetés, qui sont inscrits sur la liste d'utilisation des médecins et sont utilisés ou même obligatoirement remplacés par les pharmaciens, et qui entrent ou sont prêts à entrer sur le marché en quantités commerciales alors que des brevets valides sont toujours en vigueur. Cela peut se produire en vertu du *Règlement sur les médicaments brevetés (Avis de conformité)* administré par Santé Canada, et qui gouverne le traitement des plaintes pour violation de brevets devant les tribunaux canadiens.

PhRMA est mécontente du fait que, selon le *Règlement sur les médicaments brevetés*, les fabricants de médicaments génériques peuvent demander « en tout temps » une approbation de leurs médicaments génériques par Santé Canada: « La sécurité et l'efficacité de ces médicaments génériques sont évaluées à partir de données et d'essais cliniques relatifs à des médicaments brevetés déjà approuvés. Ces règlements confèrent d'importants avantages aux fabricants de médicaments génériques ».

Il est à noter que, selon le *Règlement sur les médicaments brevetés (Avis de conformité)* dont se

plaint la PhRMA, tout fabricant de médicaments génériques qui conteste une marque brevetée perd automatiquement la possibilité d'obtenir une approbation réglementaire pour une version générique tant qu'il n'a pas eu gain de cause dans sa contestation de la réglementation. Il s'agit là d'une mauvaise relation entre l'approbation réglementaire (dont l'objet est la sécurité et l'efficacité d'un médicament) et la question de la contrefaçon de brevet – une relation qui permet aux sociétés pharmaceutiques titulaires de brevets de faire obstacle à l'approbation d'un médicament générique, même s'il a été démontré que celui-ci était valable sur le plan pharmacologique, en alléguant la contrefaçon. Il est à noter que les fabricants de médicaments génériques ont tenté sans succès de faire valoir que ces règlements excédaient la compétence du gouvernement fédéral.¹⁰

Contrairement aux prétentions de PhRMA, en réalité ces règlements favorisent les sociétés pharmaceutiques titulaires de brevets. Un système qui isolerait le processus d'approbation réglementaire du système de brevets serait plus équitable et plus logique. Si un médicament générique est sûr et efficace, sa vente devrait être autorisée au Canada. La *Loi sur les brevets* interdit la vente (et même, en conséquence de la décision de l'OMC, le stockage) de ce médicament avant l'expiration de la licence du titulaire de brevet. Si la preuve de la contrefaçon du brevet existe, la société titulaire du brevet devrait pouvoir entreprendre des poursuites judiciaires pour l'empêcher (ainsi qu'obtenir une injonction dans les cas où il est démontré qu'un « tort irréparable » risquerait d'être causé si

la vente du médicament générique était poursuivie durant l'instance).

La plainte de PhRMA selon laquelle la sécurité et l'efficacité des médicaments génériques sont évaluées à l'aide de données soumises pour l'approbation de médicaments déjà brevetés indique clairement que PhRMA ne se préoccupe que de la maximisation des profits du monopole qui découle d'une solide protection du brevet, et qu'elle préfère ignorer la principale raison pour laquelle les brevets sont reconnus au départ, c'est-à-dire le partage d'informations innovatrices destiné à profiter à l'ensemble de la société. C'est pourquoi, en échange de l'obtention d'un brevet (c'est-à-dire d'un monopole) pour une invention, le titulaire du brevet doit divulguer au public l'information qui permettra à la société de profiter de l'innovation, y compris de la compétition de produits similaires basés sur ce savoir-faire.

Cet échange est expressément reconnu dans l'ADPIC: l'Article 29 prévoit que les pays membres de l'OMC exigent que le demandeur de brevet décrive l'invention de manière suffisamment claire et complète pour qu'une personne compétente dans le domaine puisse la reproduire; et les pays peuvent même exiger que l'inventeur indique la meilleure méthode qu'il connaisse pour réaliser l'invention. C'est cet échange que PhRMA tente d'éviter par son application sélective de l'ADPIC, dont elle ne veut tirer que les avantages sans s'acquitter des obligations correspondantes.

La plainte de PhRMA laisse entendre que le producteur subséquent du produit ne devrait pas être évalué à la lumière des données antérieurement connues sur les médica-

ments, et que chaque fois le producteur devrait être obligé de réaliser des essais cliniques complets pour produire la preuve à l'appui de ses prétentions relatives à la sécurité et à l'efficacité des médicaments. Non seulement cela impliquerait-il un dédoublement inutile de ressources, qui nuirait aux progrès scientifiques et retarderait le moment où les patients qui ont besoin de médicaments pourraient profiter de leurs bienfaits (surtout ceux qui n'ont pas les moyens de payer des médicaments coûteux), mais cela nuirait aussi à la capacité des autorités réglementaires de s'acquitter de leur obligation de protéger le public et les consommateurs, en limitant les preuves disponibles pour évaluer les nouveaux produits soumis à l'approbation.

Mais PhRMA ne se préoccupe pas du rôle du gouvernement en ce qui a trait à la protection de l'intérêt public. Cela est mis en relief par son opposition (non surprenante) à l'ingérence du gouvernement dans le marché « libre » de médicaments. La « liste de surveillance » de PhRMA pour 2001 continue sa campagne contre le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés (CEPMB), l'organisme quasi judiciaire établi au début des années 1990 par le gouvernement canadien selon le projet de loi C-91 dans un geste de compromis pour rassurer les Canadiens qui s'inquiétaient de l'abolition de tout système de licence obligatoire pour les médicaments. Le CEPMB a pour fonction de surveiller les prix des médicaments brevetés et il a le pouvoir d'ordonner à un titulaire de brevet de réduire ses prix si le Conseil les considère « excessifs », selon les critères et les lignes directrices qu'il a élaborés.

PhRMA s'inquiète du fait que de récents rapports du Comité fédéral/provincial/territorial des questions pharmaceutiques « évoquent la possibilité d'une collaboration accrue entre les différents niveaux de gouvernement dans l'optique d'interventions plus rigoureuses, non axées sur les forces du marché ». PhRMA conteste le pouvoir du CEPMB d'établir des prix plafonds basés sur des comparaisons de prix avec d'autres pays, même si les pays utilisés pour la comparaison sont tous des pays riches et industrialisés. PhRMA souhaite que les prix soient fixés en fonction des possibilités du marché. Elle affirme également que le contrôle des prix au Canada « empêche les inventeurs de récupérer leurs coûts », ce qui risque de « nuire à l'innovation biomédicale et peut compromettre la qualité des soins de santé pour les futurs patients ». Ce souci est mal placé : l'industrie pharmaceutique a été identifiée comme la plus profitable dans le monde, malgré ces interventions dans le marché.

La liste de surveillance de PhRMA et les pressions qu'elle exerce sur le gouvernement américain devraient inquiéter les Canadiens et devraient également leur indiquer le lien important entre les événements actuels dans les pays en développement et leurs implications pour le Canada. PhRMA ne cache pas pourquoi elle attaque le Canada à propos d'une protection soi-disant inadéquate des brevets pharmaceutiques :

Les préoccupations des titulaires de brevets pharmaceutiques sont sérieuses et ont des implications importantes qui excèdent les pertes économiques au Canada. Si un pays aussi développé que le Canada fait défaut et continue de

faire défaut de respecter l'esprit et la lettre de l'ADPIC, cela donnera un mauvais exemple aux pays en développement. Les pratiques canadiennes qui créent un dangereux précédent doivent être traitées avant qu'elles soient adoptées dans d'autres pays [...] PhRMA demande que le représentant du commerce extérieur des États-Unis remédie à cette situation en haute priorité.

PhRMA place le Brésil, la République Dominicaine et les Philippines sur la même « liste de surveillance » que le Canada et accorde une priorité encore plus grande à l'adoption de mesures dans des pays comme l'Argentine et l'Inde.

PhRMA et les développements dans d'autres pays

Brésil

Parmi les pays en développement, le Brésil a mérité beaucoup d'éloges pour son action énergique face à l'épidémie de VIH/sida, notamment pour sa détermination à fabriquer des médicaments génériques qu'il peut fournir à coût modique à la majorité des Brésiliens vivant avec le VIH/sida – ce qui a considérablement réduit le taux de mortalité et permis de réaliser des économies importantes dans le coût des soins de santé (y compris les hospitalisations). De fait, PhRMA mentionne expressément les médicaments contre le sida, dans sa contestation des mesures législatives adoptées au Brésil pour permettre l'octroi obligatoire de licences relatives aux médicaments dans des situations d'urgence nationale ou quand un titulaire de brevet fait défaut de produire un médicament breveté sur le territoire brésilien (« exploitation locale » du brevet).

Comme nous en avons déjà fait état, à la fin de mai 2000 les É.-U. ont porté plainte contre le Brésil, devant l'OMC, en alléguant que le Brésil violait ses obligations en vertu de l'ADPIC et l'Accord général sur le commerce des services (GATS) de 1994.¹¹ En réponse, le Brésil a lui aussi porté plainte contre les É.-U. Des dispositions du US Patents Code stipulent que « aucune petite entreprise commerciale ou organisation sans but lucratif » qui est titulaire d'un brevet sur une invention ne pourra donner à qui que ce soit le droit exclusif d'utiliser ou de vendre l'invention aux É.-U. à moins qu'elle y soit « substantiellement fabriquée ». La loi américaine prévoit également que toute personne titulaire d'une licence d'utilisation ou de vente d'une « invention de propriété fédérale » aux É.-U. doit accepter que tout produit qui donne forme à l'invention et tout produit qui découle de l'utilisation de l'invention seront « substantiellement fabriqués » aux É.-U.¹²

À la suite de nombreuses critiques envers les É.-U.,¹³ à l'occasion de la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/sida (à la fin de juin 2001), les É.-U. et le Brésil annoncèrent qu'ils avaient réglé leur différend.¹⁴ Les É.-U. convinrent de mettre fin à leur recours devant l'OMC, mais sans renoncer à leur interprétation de la disposition litigieuse de la loi du Brésil, en échange d'un engagement de la part du gouvernement du Brésil « de consulter d'abord » le gouvernement américain s'il jugeait nécessaire d'appliquer la disposition concernant l'octroi d'une licence obligatoire relativement à un brevet détenu par une société américaine. Les É.-U. ont également demandé au Brésil de ne

pas donner suite à sa plainte concernant les dispositions du US Patents Code.¹⁵

Le règlement fut le bienvenu. Mais il reste à voir comment il sera appliqué en pratique: si le Brésil décidait à un moment donné d'accorder une licence obligatoire parce qu'une société pharmaceutique titulaire d'un brevet fait défaut de fabriquer son produit localement, les É.-U. trouveront-ils un moyen d'empêcher ou de retarder considérablement l'octroi de la licence obligatoire et les réductions de prix des médicaments qu'elle entraînerait?

République dominicaine

PhRMA affirme que la République Dominicaine a adopté « la pire loi sur les brevets de l'Occident » et demande au gouvernement américain d'entreprendre des procédures contre elle auprès de l'OMC. Comme au Brésil, la loi exige une exploitation locale du brevet, sous forme de fabrication domestique. Elle permet également l'octroi de licences obligatoires dans les cas où le titulaire du brevet n'exploite pas le brevet ou abuse de celui-ci en s'adonnant à des pratiques non concurrentielles, ou si c'est dans l'intérêt public. La loi exige également la divulgation des données présentées par le titulaire de brevet pour obtenir l'approbation réglementaire de commercialisation d'un médicament et elle permet que ces données soient utilisées par d'autres, au besoin, pour l'obtention d'une approbation médicale de produits similaires avant qu'ils puissent être vendus. Ces dispositions sont semblables à celles du Canada à cet égard, que conteste également PhRMA, comme nous l'avons mentionné.

Philippines

PhRMA vise également les Philippines, qui ont procédé l'an dernier à des « importations parallèles » de produits pharmaceutiques de l'Inde. Selon l'ancien ministre de la Santé des Philippines, cette mesure a permis au gouvernement de réaliser des économies importantes dans l'accomplissement de son obligation constitutionnelle de « procurer les produits essentiels, les services de santé et autres services sociaux à tous les citoyens à un prix abordable » (art. 13.11). Les importations parallèles sont tout à fait permises par l'ADPIC. Cependant, PhRMA affirme que les importations parallèles supposent nécessairement une « dépendance inéquitable » envers des données d'essais confidentielles ou d'autres informations fournies par la société titulaire du brevet pour obtenir l'approbation de commercialisation de son propre médicament breveté.

Inde

PhRMA est encore plus exaspérée par l'Inde et l'Argentine, qu'elle a désignées au gouvernement américain comme « pays étrangers prioritaires ». PhRMA insiste pour que « des mesures énergiques ... soient prises contre l'Inde, qui représente le plus grand adversaire non contesté de la protection de la propriété intellectuelle des produits pharmaceutiques » et « demande instamment à l'USTR d'engager le processus de règlement des différends de l'OMC le plus tôt possible. »

L'Inde critique l'OMC et l'ADPIC, qu'elle considère comme des instruments destinés à entretenir le pouvoir des pays industrialisés (et de leurs industries) sur les pays en développement. Comme dans le cas du

Canada, PhRMA s'oppose au système indien de contrôle des prix des médicaments et cherche à imposer uniquement la « tarification en fonction du marché ». Et comme dans le cas du Canada, PhRMA s'inquiète de l'exemple que donne l'Inde. Selon PhRMA, « le régime indien est devenu un 'système modèle' pour les adversaires des systèmes rigoureux de protection de la propriété intellectuelle », et les sociétés indiennes de médicaments génériques « exportent agressivement leurs produits aux pays tiers où les lois concernant la propriété intellectuelle sont aussi laxistes ». Finalement, PhRMA a pris l'Inde pour cible à cause de sa proposition (faite à l'OMC au milieu de l'année 2000) de modifier l'ADPIC « pour qu'il serve de levier au transfert de technologie vers les pays en développement » – ce qui constitue d'ailleurs un des « objectifs » de l'Accord, dont l'Article 7 prévoit :

La protection et le respect des droits de propriété intellectuelle devraient contribuer à la promotion de l'innovation technologique et au transfert et à la diffusion de la technologie, à l'avantage mutuel de ceux qui génèrent et de ceux qui utilisent des connaissances techniques et d'une manière propice au bien-être social et économique, et à assurer un équilibre de droits et d'obligations.

Argentine

En ce qui concerne l'Argentine, PhRMA affirme qu'elle « demeure le pire exemple d'expropriation de la propriété intellectuelle dans le domaine de l'industrie de la recherche pharmaceutique dans l'Occident, et un des pires au monde ». Comme dans le cas du Canada, PhRMA proteste contre le fait que des données soumises à l'appui de demandes d'autorisation de

commercialisation puissent être utilisées par d'autres dans la conception de produits concurrents, ce que PhRMA appelle une « utilisation commerciale inéquitable », même si, comme nous l'avons expliqué, c'est l'une des obligations principales imposées en échange de monopoles commerciaux à long terme. Et comme dans le cas du Brésil, PhRMA s'inquiète particulièrement de l'adoption éventuelle d'une loi qui forcerait les sociétés à produire localement des produits brevetés pour pouvoir jouir

Le sort des pays en développement, devant l'OMC, a une relation directe avec la capacité du Canada d'appliquer des politiques qui tiennent compte de l'intérêt public, notamment du droit des citoyens de recevoir des soins de santé à prix abordable.

de tous les droits reliés aux brevets. Encore une fois, c'est un moyen d'assurer le transfert de technologie, un des objectifs présumés de l'ADPIC, mais auquel PhRMA s'oppose farouchement. Comme suite aux pressions exercées par PhRMA, les É.-U. ont formulé une plainte contre l'Argentine auprès de l'OMC.¹⁶

Conclusion

PhRMA continue d'exercer des pressions pour l'abolition « d'interventions gouvernementales qui ne soient pas fonction du marché », comme « le contrôle abusif des prix, la tarification de référence, les pratiques d'achats monopsonistiques, ... les restrictions déraisonnables sur les inscriptions de

préparations établies par le gouvernement ..., et d'autres pratiques ou mesures non fonctions du marché qui ont pour effet de fausser les échanges ». PhRMA ne reconnaît pas que les brevets eux-mêmes, qui confèrent des monopoles étendus, faussent le marché « libre », et que l'ADPIC, contrairement à d'autres traités sur le commerce, a principalement pour objet de restreindre le libre fonctionnement des forces du marché. Les situations monopsoniques – où il y a un seul acheteur de biens (comme le gouvernement), ou du moins un acheteur dominant – font contrepoids dans le marché au monopole de la société pharmaceutique titulaire de brevets. Les Canadiens devraient s'intéresser particulièrement aux attaques de PhRMA contre l'intervention du gouvernement dans le marché des soins de santé, parce que les mécanismes de contrôle des prix comme le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés et les politiques des gouvernements provinciaux favorisant seulement les versions au plus bas prix des médicaments, sont des aspects fondamentaux du système de santé publique du Canada que PhRMA cherche à abolir.

L'expérience qu'a connue jusqu'à maintenant le Canada, à l'OMC, donne un signal de danger aux pays en développement qui disposent d'encore moins de ressources pour se défendre contre les pressions des États-Unis/PhRMA et qui sont aux prises avec des épidémies de VIH/sida encore plus graves. Et le sort des pays en développement, devant l'OMC, a une relation directe avec la capacité du Canada d'appliquer des politiques qui tiennent compte de l'intérêt public, notamment du droit des citoyens de recevoir des soins de santé à prix abordable, et non seulement des

intérêts privés d'une industrie qui cherche à maximiser ses profits et qui s'oppose à toutes les tentatives destinées à faire en sorte que l'avancement des connaissances scientifiques profite effectivement à ceux dont la situation est la plus désespérée.

– Richard Elliott

Richard Elliott est directeur des politiques et de la recherche, au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à <relliott@aidslaw.ca>. Le texte de l'ADPIC et les décisions de l'OMC sont disponibles en ligne à <www.wto.org>. La soumission de PhRMA au représentant du commerce extérieur des États-Unis pour 2001 se trouve à <www.pharma.org/intnatl/news/2001-02-20.40.pdf> et tous les extraits en français en sont des traductions libres.

¹ Canada – *Durée de la protection d'un brevet*. Arbitrage selon l'Article 21.3(c) du Mémoire d'accord sur les règles et procédures régissant le règlement des différends, 28 février 2001: WT/DS170/10.

² Canada – *Durée de la protection d'un brevet*. Rapport du Groupe spécial, 5 mai 2000: WT/DS170/R.

³ Canada – *Durée de la protection d'un brevet*. Rapport de l'Organe d'appel. WT/DS170/AB/R, 18 septembre 2000.

⁴ Voir R. Elliott, « Le Canada perd en appel d'une décision d'un Groupe spécial de l'OMC sur la durée minimale des brevets d'invention », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 25-26.

⁵ Canada – *Protection conférée par un brevet pour les produits pharmaceutiques*, WT/DS114/13 : Sentence arbitrale selon l'Article 21.3(c) du Mémoire d'accord sur les règles et procédures régissant le règlement des différends, 18 août 2000, par. 60.

⁶ *Loi modifiant la Loi sur les brevets*, L.C. 2001, ch. 10 (disponible à <www.parl.gc.ca>).

⁷ Lettre datée de Shanon S.S. Herzfeld, premier vice-président (Affaires internationales), Pharmaceutical Research and Manufacturers Association of America, datée du 16 février 2001, à J. Papovich, représentant américain du commerce extérieur pour les Services, les Investissements et la Propriété intellectuelle; et *PhRMA Special 301 Submission*, 20 février 2001 (disponible à <www.pharma.org/intnatl/news/2001-02-20.40.pdf>).

⁸ US Trade Representative. *Monitoring and Enforcing Trade Laws and Agreements* [fact sheet], 1^{er} mai 2000, Office of the USTR, Washington DC (disponible à <www.ustr.gov>).

⁹ *Ibid.*

¹⁰ *Apotex c Canada (Attorney General)* (2000), 188 DLR (4th) 145; [2000] FCJ No 634 (CA) (QL), permission d'appeler refusée par la Cour suprême du Canada le 22 février 2001, [2000] SCCA No 379 (QL).

¹¹ Brésil – Certaines mesures concernant la protection des brevets, plainte des États-Unis. WT/DS1999, 8 juin 2000 (disponible à <www.wto.org>). Résumé dans R. Elliott, « Plainte des É.-U. à l'OMC contre le Brésil, quant à l'exigence de "l'exploitation locale" de brevets », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 28.

¹² États-Unis – US Patents Code : Demande de consultations par le Brésil. WT/DS224/1, 7 février 2001, disponible à <www.wto.org>.

¹³ Par exemple, voir Médecins Sans Frontières, (communiqué de presse), US Action at WTO Threatens Brazil's Successful AIDS Programme. 1^{er} février 2001, disponible à <www.accessmed-msf.org>.

¹⁴ United States Trade Representative, (communiqué de presse), United States and Brazil agree to use newly created Consultative Mechanism to promote cooperation on HIV/AIDS and address WTO patent dispute. 25 juin 2001, disponible à <www.ustr.gov>.

¹⁵ Brésil – Certaines mesures concernant la protection des brevets. Notification de Solution mutuellement convenue, WT/DS199/4, 19 juillet 2001, disponible à <www.wto.org>.

¹⁶ Voir le résumé antérieur de cette plainte à R. Elliott, « Plainte à l'OMC contre l'Argentine sur la protection des brevets et des résultats d'essais », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 29.

Un tribunal canadien maintient le brevet de Glaxo pour l'AZT

En octobre 2000, la Cour d'appel fédérale a rendu l'arrêt le plus récent dans le différend-fléuve sur la validité du brevet canadien de Glaxo pour l'AZT,¹ maintenant le brevet de Glaxo mais réduisant la portée des revendications qu'elle peut valablement faire. Cet arrêt est actuellement porté en appel à la Cour suprême du Canada.

L'arrêt avait pour objet des appels et des appels incidents d'un jugement rendu en mars 1998 par la Section de première instance de la Cour fédérale du Canada dans cette affaire.² Dans ce jugement, le juge Weston avait statué que le brevet de Glaxo pour l'AZT était valide; que certaines de ses revendications de brevet étaient valides alors que d'autres ne l'étaient pas; que les fabricants de médicaments génériques Apotex et Novopharm avaient contrefait des revendications

valides de Glaxo. En conséquence, le juge avait délivré des injonctions qui empêchaient ces compagnies d'importer, de fabriquer, d'utiliser, d'annoncer, de promouvoir, d'offrir en vente et de vendre l'AZT sous forme de posologie pharmaceutique et avait jugé qu'Apotex et Novopharm devaient payer des dommages-intérêts à Glaxo.

Apotex et Novopharm ont interjeté appel de ce jugement, plaidant que le brevet de Glaxo était invalide pour

plusieurs raisons et, à titre subsidiaire, que même si le brevet était généralement valide, certaines revendications de Glaxo étaient invalides. Glaxo a défendu la validité de son brevet généralement et a interjeté un appel incident des conclusions du juge de première instance qui réduisaient la portée de ses revendications de brevet. La Cour d'appel fédérale a rejeté la plupart des motifs d'appel et d'appel incident, affirmant généralement la validité du brevet de Glaxo mais réduisant la portée de ses revendications pour l'utilisation de l'AZT au delà de son utilisation comme traitement ou prophylaxie contre le VIH.

Historique

L'AZT été synthétisé en 1964 en tant que remède possible contre le cancer. À cette époque, Glaxo faisait également des recherches sur ce médicament pour son utilisation éventuelle

comme traitement antibactérien, mais avait décidé de ne pas poursuivre ces recherches au-delà de certaines analyses préliminaires. Aucune protection par brevet pour l'AZT n'avait été demandée à cette époque, pour quelque utilisation que ce soit.

Toutefois, à un certain moment avant novembre 1984, Glaxo a décidé de tester l'AZT, un analogue nucléosidique, contre des rétrovirus murins (de souris) similaires au VIH, comme traitement potentiel du VIH/sida. Les scientifiques de Glaxo ont découvert que l'AZT avait « éradiqu[é] entièrement » les rétrovirus murins testés, et le juge de première instance a conclu que le 19 novembre 1984, un scientifique de Glaxo s'est mis à penser que l'AZT pourrait servir dans le traitement du VIH. En décembre 1985, Glaxo a commencé à travailler à la mise au point de l'AZT pour des essais cliniques chez les humains et, en janvier 1985, Glaxo a commencé la préparation de sa demande de brevet.

Le 4 février 1985, Glaxo a envoyé ce qu'elle savait être de l'AZT à deux scientifiques aux National Institutes of Health (NIH) des États-Unis, pour être soumis à des essais contre le VIH dans une lignée cellulaire humaine qu'ils avaient mise au point, parce que Glaxo soupçonnait que l'AZT pouvait être efficace contre le VIH, mais ne possédait pas les installations nécessaires pour tester les composés sur le VIH lui-même. Aucun des deux scientifiques des NIH ne connaissait le nom ou la structure chimique de l'AZT à l'époque, et ils ne savaient pas qu'il s'agissait d'un analogue nucléosidique. Le 21 février 1985, les scientifiques des NIH ont informé Glaxo que le composé montrait une activité anti-VIH *in vitro*. Glaxo a alors pré-

senté sa demande de brevet définitive au bureau des brevets du Royaume-Uni avec une « date d'antériorité » du 16 mars 1985. (Glaxo a nié toute allégation selon laquelle elle avait attendu les résultats des NIH avant de demander son brevet. Son projet de demande de brevet avait été rédigé le 6 février 1985 et renfermait une description complète d'une nouvelle utilisation de l'ancien composé AZT, y compris des détails sur la posologie, et son projet était pratiquement identique à la demande définitive déposée au Royaume-Uni le 16 mars 1985). Glaxo a déposé sa demande de brevet canadien un peu moins d'un an plus tard, le 14 mars 1986, avec une date d'antériorité revendiquée du 16 mars 1985, s'appuyant sur sa demande de brevet au Royaume-Uni. Glaxo s'est vu délivrer le brevet canadien le 21 juin 1988.

Le litige aux États-Unis et au Canada a commencé quelques années plus tard. En mai 1991, la société qui s'appelait alors Burroughs Wellcome (qui, à la suite de fusions, est devenue GlaxoWellcome, puis GlaxoSmithKline) a intenté une poursuite aux États-Unis contre Barr Laboratories (une société affiliée d'Apotex) pour contrefaçon de ses brevets américains et a ensuite intenté des poursuites contre Novopharm et les National Institutes of Health des États-Unis. Ces actions américaines ont été consolidées en une seule, que Burroughs Wellcome (Glaxo) a fini par gagner.³ Au Canada, Apotex et Novopharm ont intenté une action en mai 1991, pour obtenir un jugement déclaratoire à l'effet que le brevet canadien de Glaxo était invalide et que les produits génériques proposés par Apotex et Novopharm ne contreferaient pas le brevet. En octo-

bre 1991, Glaxo a poursuivi Apotex pour contrefaçon de son brevet canadien. Deux ans plus tard, elle intentait une action semblable contre Novopharm. Ces trois actions ont été réunies et jugées ensemble, ce qui a finalement donné lieu au jugement du juge Weston rendu en mars 1998 en la Section de première instance de la Cour fédérale du Canada, jugement qui a été l'objet du plus récent appel à la Cour d'appel fédérale.

Les principales questions de fond soulevées par les fabricants de médicaments génériques et par Glaxo sont résumées ci-dessous. Nous omettons les questions d'ordre technique, dont le lecteur peut prendre connaissance en consultant les motifs de l'arrêt de la Cour.

Les questions en litige – allégations d'Apotex et de Novopharm

Les fabricants de médicaments génériques ont soulevé un certain nombre d'arguments dans leurs efforts pour faire déclarer invalide, en tout ou en partie, le brevet de Glaxo pour l'AZT. Tous ces arguments sauf un ont été rejetés.

Question 1 : la paternité de l'invention

Seuls les cinq scientifiques de Glaxo ont été nommés comme inventeurs de l'AZT comme traitement ou prophylaxie contre le VIH dans les brevets britannique et canadien. Les deux scientifiques des NIH des États-Unis n'ont pas été nommés comme co-inventeurs. Apotex et Novopharm ont soutenu que cette omission équivalait à une « assertion inexacte importante » qui avait pour effet d'invalider le brevet de Glaxo. Toutefois, la Cour d'appel fédérale n'a pas souscrit à cette thèse. Après avoir

examiné le droit, la Cour a conclu ce qui suit :

un inventeur est la (ou les) personne(s) dont l'idée ou la découverte donne naissance à l'invention qui fait l'objet de la demande de brevet. Ainsi, il devrait être également évident qu'une personne qui n'a pas eu l'idée ou n'a pas découvert la chose n'est pas un inventeur. La personne à laquelle on demande de procéder à un acte purement mécanique pour vérifier si une invention va fonctionner, dans un cas où « dans son ensemble, l'enchaînement des idées mises en branle [...] a été celui d'autres personnes », ne sera pas traitée comme étant un inventeur.⁴

La Cour a donc conclu que les deux scientifiques des NIH n'étaient pas des « inventeurs » au sens de la loi : ils n'ont pas pensé utiliser l'AZT pour traiter le VIH/sida, mais ont simplement exécuté des essais pour le compte des scientifiques de Glaxo qui en ont eu l'idée. La Cour a noté que ces scientifiques n'ont jamais prétendu être les co-inventeurs de l'utilisation de l'AZT contre le VIH/sida (bien qu'ils soient titulaires de brevets pour la suramine, le ddC et le ddI, pour le traitement du VIH).

La Cour a également conclu que même si les deux scientifiques des NIH étaient légalement les co-inventeurs de l'AZT comme traitement du VIH, l'omission de les mentionner dans la demande de brevet n'était pas une « allégation importante » qui invalidait le brevet au regard de la *Loi sur les brevets* du Canada (art. 53).

Question 2 : l'achèvement de l'invention

Apotex et Novopharm ont soutenu

qu'un composé pharmaceutique ne peut constituer une invention tant qu'il n'a pas été testé sur des êtres humains et qu'en l'absence de tels tests, il ne peut y avoir de « prédiction valable » de son utilité pharmacologique propre à établir une invention. Glaxo ne pouvait savoir, au 16 mars 1985, lorsqu'elle a déposé sa demande de brevet au Royaume-Uni, que l'AZT serait efficace dans le traitement ou la prophylaxie du VIH chez l'être humain. Par conséquent, parce que les essais montrant son utilité n'étaient pas complets, Glaxo n'avait pas, à cette époque, d'invention qui pouvait être l'objet d'un brevet valide.

La Cour a rejeté cet argument, citant un arrêt qu'elle avait déjà rendu dans l'affaire *CIBA-Geigy AG c. Commissaire aux brevets*⁵ pour statuer que

même si une invention constitue une spéculation à la date de priorité revendiquée dans le brevet, le brevet ne sera pas invalide si cette spéculation se révèle valide à l'époque de la contestation du brevet. En d'autres termes, tant qu'un inventeur peut démontrer l'utilité ou une prédiction valable à l'époque où le brevet est contesté, le brevet ne sera pas invalidé pour défaut d'utilité [...] [et] conclure ainsi exigerait d'un tribunal qu'il ferme les yeux sur les progrès scientifiques constants et priverait les brevetés du droit de se fier à des intuitions qui si souvent mènent à de grandes découvertes.⁶

La Cour a statué que la jurisprudence au soutien de la règle selon laquelle tous les produits pharmaceutiques doivent toujours être soumis à des essais sur des êtres humains vivants avant la date d'antériorité revendi-

quée à l'égard du brevet pour que le brevet soit valide ne s'appliquait pas, en l'espèce, parce qu'elle portait sur des affaires où quelques-uns des composés revendiqués avaient été testés, mais où bon nombre ne l'avaient pas été, même à l'époque où le brevet avait été contesté. Ce n'était pas le cas en l'espèce; en effet, à l'époque où Apotex et Novopharm ont attaqué le brevet de Glaxo, d'autres éléments de preuve postérieurs à la demande de brevet de Glaxo avaient permis d'établir que l'AZT était effectivement efficace dans le traitement du VIH.

Il convient de noter un autre facteur dont la Cour a tenu compte dans son arrêt. Bien qu'il n'était pas nécessaire de le faire pour rendre son jugement, la Cour a rejeté toute allégation selon laquelle les produits pharmaceutiques doivent répondre à une norme d'utilité plus élevée que d'autres types d'inventions, affirmant que des arrêts comme *CIBA-Geigy* n'étaient plus valides à cet égard puisqu'ils étaient antérieurs à l'Accord de libre-échange nord-américain (ALÉNA) et l'Accord de l'OMC sur les aspects des droits de la propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC). La Cour a statué que ces deux traités, qui ont été intégrés à notre droit interne, interdisent toute discrimination quant au domaine technologique et que par conséquent, la Cour ne peut pas exiger une norme d'utilité plus élevée pour les inventions de produits pharmaceutiques par rapport aux autres catégories d'inventions.⁷

Il s'agit là d'un point important qui devrait inquiéter les personnes vivant avec le VIH/sida et d'autres Canadiens. Il confirme que les accords commerciaux internationaux peuvent être invoqués pour limiter

l'habilité du gouvernement canadien de différencier entre divers types d'inventions. Il affaiblit l'habilité de refléter, en droit canadien, que des

Les accords commerciaux internationaux peuvent être invoqués pour limiter l'habilité du gouvernement canadien de différencier entre divers types d'inventions.

inventions peuvent être qualitativement différentes les unes des autres, de sorte que dans certains cas, d'autres considérations et intérêts doivent faire contrepoids aux droits de propriété intellectuelle. Cette proposition est particulièrement vraie dans le cas des médicaments, qui sont qualitativement différents d'inventions comme des automobiles ou des ouvre-boîte. De fait, cette différence, pendant des décennies avant l'entrée en vigueur de ces accords commerciaux, avait été reflétée en droit canadien et dans le droit de nombreux autres pays, en ce sens que la brevetabilité de médicaments était limitée, voire nulle. C'est précisément ce qu'ont voulu modifier les fabricants de médicaments d'origine par des accords commerciaux internationaux comme l'ALÉNA et l'ADPIC. Or, malgré les plaintes des membres cette industrie (dont il est fait mention dans d'autres articles de ce numéro), il semble que leurs efforts portent maintenant fruit devant les tribunaux canadiens également.

Question 3 : l'évidence et la nouveauté

Apotex et Novopharm ont soutenu que le brevet de Glaxo était invalide parce que l'utilisation de l'AZT pour

traiter le VIH était « évidente » et manquait de « nouveauté ». Toutefois, la Cour a rejeté ces deux arguments. Quant à l'évidence, la Cour a fait la mise en garde suivante, relativement à l'appréciation de la preuve : « Il faut prendre garde au danger inhérent de l'analyse *a posteriori* consistant à considérer rétrospectivement une invention comme évidente alors qu'elle ne l'était pas au moment où elle a été faite ». En outre, un tribunal d'appel ne doit infirmer une conclusion du juge des faits sur cette question que si cette conclusion est « manifestement erronée » eu égard à la preuve – ce qui n'était pas le cas, en l'espèce. En ce qui a trait à la nouveauté, la Cour suprême du Canada avait déjà statué, dans l'affaire *Shell Oil*⁸ qu'était brevetable l'usage nouveau de composés connus. En l'espèce, la Cour a statué que Glaxo pouvait valablement revendiquer, en vertu de son brevet, la nouvelle utilisation de l'AZT, un composé connu, comme traitement ou prophylaxie pour le VIH.

Question 4 : l'ambiguïté

Apotex et Novopharm ont soutenu que le terme utilisé pour décrire l'AZT dans le brevet ('3-azido-3'-désoxythymidine) était trop vaste ou ambigu, soit (i) parce qu'une personne versée dans l'art ne pouvait pas, à la lecture du dit mémoire dans son ensemble, découvrir la structure du composé ainsi décrit, soit (ii) parce qu'il pouvait s'appliquer à deux composés déterminés. La Cour a rejeté ces allégations, concluant que le juge de première instance, qui avait apprécié la preuve, n'avait commis aucune erreur manifeste et dominante lorsqu'il a conclu que le terme en cause ne s'appliquait qu'à un composé et qu'une personne versée dans l'art

serait en mesure de réaliser la synthèse de l'AZT en lisant les éléments révélés dans le brevet.

Question 5 : la divulgation insuffisante

Apotex et Novopharm ont soutenu que dans le brevet, Glaxo n'avait pas révélé suffisamment de renseignements pour qu'un médecin puisse traiter des patients à l'AZT et n'avait pas révélé suffisamment de renseignements sur le mécanisme d'action de l'AZT pour étayer la revendication d'un usage prophylactique. Encore une fois, la Cour a estimé que le juge de première instance avait conclu à bon droit que le brevet donnait effectivement des renseignements suffisants pour permettre à une personne versée dans l'art de confectionner, construire, composer ou utiliser l'objet de l'invention. Il a eu raison de conclure que pour prescrire un médicament, les médecins n'en consultent pas le brevet, mais se fient plutôt à la monographie du produit, à la littérature médicale et à leur expérience; le brevet n'avait donc pas à donner de renseignements détaillés quant à la prescription du médicament, pour être valide. Qui plus est, le brevet exposait de fait la méthode de réalisation de formulations pouvant être utilisées pour l'administration prophylactique de l'AZT, de sorte que le juge de première instance avait raison de conclure que le brevet était valide à cet égard.

Question 6 : le traitement médical

Apotex et Novopharm ont soutenu que le brevet était invalide parce qu'il portait sur un traitement médical et que celui-ci ne pouvait être breveté. La Cour a rejeté cet argument, faisant remarquer que dans l'affaire *Shell Oil*,

la Cour suprême avait signalé que la distinction entre ce qui est brevetable et ce qui ne l'est pas repose sur la question de savoir si la demande se rapporte à des compétences professionnelles ou bien au commerce ou à l'industrie. (On peut se demander si cette distinction est aussi claire que cela, particulièrement à « l'ère de l'information » et à l'ère des économies fondées sur l'information.) Selon la Cour, ce que Glaxo avait inventé était un nouvel usage pour une substance connue – un produit commercialisable « incontestablement lié au commerce et à l'industrie » – et non une méthode de traitement médical.

En se fondant sur toutes ces considérations, la Cour a rejeté les tentatives d'Apotex et de Novopharm de faire prononcer invalide le brevet entier de Glaxo. À titre subsidiaire, donc, les fabricants de médicaments

« Ce qui est nouveau, c'est l'usage particulier de l'AZT contre le VIH. C'est ce qui a été inventé en 1985, et c'est seulement cet usage de la formulation pharmaceutique qui est brevetable. »

génériques ont plaidé que certaines des revendications de brevet de Glaxo étaient invalides, pour deux motifs.

Question 7 : les revendications non liées à l'usage

Premièrement, Apotex et Novopharm ont soutenu que l'AZT n'était pas un nouveau composé, et que Glaxo ne pouvait pas valablement revendiquer un brevet pour une utilisation autre que celle contre le VIH, parce que les autres revendications ne constituent

pas une invention de Glaxo. Il s'agit là du seul argument d'Apotex que la Cour a accepté. La Cour a expliqué que, sur le plan juridique, « lorsqu'un nouveau composé est inventé, l'inventeur a droit à un brevet englobant tous les usages du composé. Lorsque le composé n'est pas nouveau, toutefois, le brevet ne portera que sur le nouvel usage découvert. »⁹ La Cour a conclu que le fait d'autoriser la revendication de brevet excessivement large de Glaxo pour « une formulation pharmaceutique comprenant comme principe actif [...] [l'AZT] ainsi qu'un excipient acceptable » reviendrait à accorder à Glaxo un brevet pour un composé qui n'était pas nouveau, puisque son utilisation pharmaceutique était connue depuis 1964 : « Ce qui est nouveau, c'est l'usage particulier de l'AZT contre le VIH. C'est ce qui a été inventé en 1985, et c'est seulement cet usage de la formulation pharmaceutique qui est brevetable. »¹⁰

Question 8 : les revendications relatives à la prophylaxie

Deuxièmement, Apotex et Novopharm ont également plaidé que les revendications de Glaxo pour l'utilisation de l'AZT comme prophylaxie étaient ambiguës et n'étaient pas décrites dans sa divulgation de brevet. Toutefois, la Cour a estimé qu'il n'y avait rien d'ambigu dans le mot « prophylaxie », qui signifie « [m]éthode visant à protéger contre une maladie, à prévenir une maladie » (en l'espèce, l'infection à VIH). En outre, tout désaccord entre experts sur l'efficacité de l'AZT dans la prévention de la transmission mère-enfant, ou l'infection à la suite d'une piqûre d'aiguille ou de relations sexuelles non protégées ne signifie pas que la revendication de brevet de Glaxo pour l'utilisation de l'AZT comme prophylaxie est ambi-

guë. Même si les scientifiques de Glaxo ne connaissaient pas l'utilisation de l'AZT comme prophylaxie lorsqu'ils ont déposé leur demande de brevet en 1985, à l'époque où le brevet a été contesté, il y avait des preuves de son utilité dans la prévention de la transmission mère-enfant et par piqûre d'aiguille, et ceci était donc suffisant.

Les questions en litige : les allégations de Glaxo

En plus de défendre la validité de son brevet en général, Glaxo a interjeté un appel incident de trois aspects du jugement de première instance.

Question 9 : la portée de la revendication de brevet

Premièrement, Glaxo a plaidé que ses revendications pour l'utilisation de l'AZT dans le traitement ou la prophylaxie de toute infection rétrovirale chez l'être humain étaient valides. Le juge de première instance avait jugé que cette revendication était trop large. Glaxo a soutenu que la conclusion du juge était erronée, puisqu'il y avait une preuve forte de son utilité contre toutes ces infections. Glaxo a invoqué un article rédigé par l'un des scientifiques des NIH qui avait essayé l'AZT sur des lignées cellulaires humaines pour Glaxo, dans lequel il affirmait que l'AZT avait potentiellement des propriétés antivirales efficaces contre des rétrovirus humains autres que le VIH. Toutefois, la Cour d'appel fédérale a rejeté cet argument, affirmant que le juge de première instance n'avait laissé de côté aucun des éléments de preuve et qu'il n'avait commis aucune erreur manifeste et dominante lorsqu'il a conclu que les rétrovirus humains autres que le VIH se prêtaient mal à un traitement à l'AZT.

Question 10 : l'ambiguïté des revendications liées au sida

Deuxièmement, le juge de première instance avait statué que les revendications de Glaxo pour le traitement ou la prophylaxie d'une « infection liée au sida » étaient invalides parce qu'elles étaient ambiguës. Glaxo a plaidé que cette conclusion était erronée. Toutefois, la Cour d'appel fédérale a entériné la conclusion du juge

Le résultat final est que la Cour a affirmé la validité du brevet de Glaxo pour l'utilisation de l'AZT comme traitement ou prophylaxie contre l'infection à VIH, mais seulement pour cette utilisation.

de première instance qu'il s'agissait d'une revendication ambiguë, parce que l'expression « infection liée au sida » pouvait désigner l'infection à VIH elle-même ou une infection opportuniste. La Cour d'appel fédérale a maintenu la conclusion du juge de première instance selon laquelle il n'y avait « rien dans la divulgation ni

dans les revendications qui porte à croire que le médicament aidera[it] à traiter les infections opportunistes associées à la maladie ».¹¹

Conclusion

En fin de compte, la Cour a rejeté l'ensemble des motifs d'appel incident et tous les motifs d'appel d'Apotex et Novopharm sauf un. Le résultat final est que la Cour a affirmé la validité du brevet de Glaxo pour l'utilisation de l'AZT comme traitement ou prophylaxie contre l'infection à VIH, mais seulement pour cette utilisation. La Cour a statué que Glaxo ne pouvait revendiquer un brevet plus large pour l'utilisation de l'AZT dans le traitement des infections opportunistes chez les personnes vivant avec le VIH/sida, et qu'elle ne pouvait revendiquer l'utilisation de l'AZT dans le traitement de rétrovirus humains autres que le VIH. La Cour a accordé à Glaxo des dommages-intérêts pour contrefaçon (qui seront évalués par le tribunal de première instance), de même que les intérêts avant et après jugement sur ces dommages-intérêts et ses frais judiciaires pour sa défense contre les appels d'Apotex et de Novopharm

(mais aucuns des frais pour ses propres appels incidents rejetés).

Le 15 mars 2001, la Cour suprême a accordé l'autorisation d'en appeler de cet arrêt.¹² S'il n'y a pas de prolongation, le brevet de Glaxo au Canada pour l'utilisation de l'AZT comme traitement ou prophylaxie du VIH expire en 2005.

— Richard Elliott

¹ *Apotex Inc c. Wellcome Foundation Ltd*, [2000] F.C.J. No 1170 (C.A.) (Q.L.) (ci-après *Apotex* (C.A.F.), en ligne à <www.fct-cf.gc.ca>.

² Voir R. Elliott « La Cour fédérale rend son jugement sur le différend concernant le brevet de l'AZT - L'appel est toujours pendant », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3), 11-12, résumant : *Apotex Inc c. Wellcome Foundation Ltd* (1998), 79 C.P.R. (3d) 193, 145 F.T.R. 161, [1998] F.C.J. No 382 (1^{ère} inst).

³ *Burroughs Wellcome c. Barr Laboratories Inc.*, 828 F.Supp 1208 (E.D.N.C. 1993), confirmé en appel en grande partie 40 F.3d 1233 (C.A.F.C. 1994).

⁴ *Apotex Inc c. Wellcome Foundation Ltd*, [2000] F.C. No 1170 (C.A.) (Q.L.) aux par. 32-33 (ci-après appelé *Apotex*, C.A.F.).

⁵ (1982), 65 C.P.R. (2d) 73 (C.A.F.).

⁶ *Apotex* (C.A.F.), *supra* aux par. 50-52.

⁷ *Apotex* (C.A.F.), *supra* au par. 54, citant l'article 1709(7) de l'ALÉNA et l'article 27 de l'ADPIC

⁸ *Shell Oil Co c. Commissaire aux brevets*, [1982] 2 R.C.S. 536.

⁹ *Apotex* (C.A.F.), *supra* au par. 81.

¹⁰ *Apotex* (C.A.F.), *supra* au par. 83.

¹¹ *Apotex* (C.A.F.), *supra* au par. 108.

¹² [2000] S.C.C.A. No 610 (Q.L.).

Le droit de poursuivre pour pratiques anti-concurrentielles est accordé à un fabricant de médicaments génériques

En décembre 2000, la Cour d'appel de l'Ontario a maintenu le droit du fabricant de médicaments génériques Apotex Inc. de poursuivre trois fabricants de médicaments d'origine pour des pratiques qu'Apotex allègue être anti-concurrentielles.¹ La demande d'Apotex avait été rejetée par un tribunal inférieur, mais le tribunal d'appel a infirmé ce jugement et a permis à la poursuite de suivre son cours : si les faits allégués par Apotex s'avéraient exacts, ils pourraient permettre au tribunal de

conclure que les agissements de fabricants de marque d'origine étaient, de fait, fautifs.

Apotex allègue que les pratiques de Hoffman-La Roche, Pharmacia & Upjohn et Glaxo Wellcome, de même que la société de commercialisation qu'elles ont créée («AltiMed») ont enfreint la *Loi sur la concurrence*, et équivalaient également aux délits civils (en common law) de conspiration et d'intervention illicite dans les relations économiques. L'allégation

d'Apotex porte principalement sur la commercialisation de « produits pharmaceutiques pseudo-génériques ».

Ces produits sont fabriqués sur les mêmes chaînes de fabrication et ont la même composition que les produits pharmaceutiques d'origine, sauf qu'ils sont étiquetés comme provenant de AltiMed. Ils sont vendus à des prix beaucoup plus bas. La demanderesse allègue que les fabricants de médicaments d'origine défendeurs font distribuer ces produits pharmaceutiques par AltiMed en vertu de contrats qui ne permettent de vendre le produit pseudo-générique qu'immédiatement avant qu'un produit générique concurrent ne soit sur le point d'être mis sur le marché, s'appropriant ainsi une part de marché critique et nuisant à la concurrence. [trad.]²

Apotex allègue que les fabricants de médicaments d'origine trompent les consommateurs ainsi :

- en commercialisant des produits pharmaceutiques à des prix considérablement plus élevés que ceux de produits identiques dans les mêmes pharmacies à travers le Canada;
- en ne fournissant pas aux médecins, aux pharmaciens et aux consommateurs de l'information importante sur la source de leurs produits, permettant ainsi que des indications trompeuses soient données sur leurs produits et les produits pseudo-génériques, de sorte que les consommateurs paient plus cher pour des produits d'origine, mais sans réellement recevoir d'avantage correspondant.

La *Loi sur la concurrence* fédérale prévoit que « nul ne peut, de quelque manière que ce soit, aux fins de pro-

mouvoir [...] soit la fourniture ou l'utilisation d'un produit, soit des intérêts commerciaux quelconques, donner au public, sciemment ou sans se soucier des conséquences, des indications fausses ou trompeuses sur un point important. »³ La Cour d'appel a conclu que si Apotex prouve

Apotex a allégué que « la plupart des consommateurs ignoraient l'existence des médicaments pseudo-génériques et que ces médicaments sont identiques aux produits d'origine, et qu'ils choisiraient la version la moins chère du médicament délivré sous ordonnance si on leur permettait de faire un choix éclairé entre deux marques identiques. »

que les fabricants de produits d'origine indiquent que les médicaments proviennent d'AltiMed, ou qu'ils permettent à AltiMed de donner cette indication, cela équivaldrait à une fausse indication.

En outre, la Cour a affirmé que dans l'hypothèse où les fabricants de médicaments d'origine donnaient effectivement de telles indications pour promouvoir la vente de leurs produits d'origine à des consommateurs non informés à des prix plus élevés, il s'agirait d'une indication donnée pour « promouvoir des intérêts commerciaux ». Enfin, la Cour a affirmé qu'il pourrait s'agir d'une indication « importante » si l'on prouvait qu'elle était « si pertinente, liée ou essentielle qu'elle aurait une incidence sur la décision d'achat. » [trad.] Apotex a allégué que « la plu-

part des consommateurs ignoraient l'existence des médicaments pseudo-génériques et que ces médicaments sont identiques aux produits d'origine, et qu'ils choisiraient la version la moins chère du médicament délivré sous ordonnance si on leur permettait de faire un choix éclairé entre deux marques identiques. »[trad.]

Apotex a également allégué que les fabricants de médicaments d'origine violaient la *Loi sur les aliments et drogues*, qui interdit d'étiqueter, d'emballer ou de vendre une drogue – ou d'en faire la publicité « [...] d'une manière fausse, trompeuse ou mensongère ou susceptible de créer une fausse impression quant à sa nature, sa valeur, sa quantité, sa composition, ses avantages ou sa sûreté ».⁴ Bien que la Cour ait exprimé des doutes sur la question de savoir si cette disposition interdisait le type de comportement dont se plaignait Apotex, il était possible qu'elle puisse s'appliquer à AltiMed. Par conséquent, puisqu'il n'était pas « clair et évident » que la demande d'Apotex devait être rejetée – le critère qui permet de savoir s'il y a lieu ou non de rejeter la demande d'emblée⁵ – il faut permettre à la demande de suivre son cours.

La Cour a conclu que ces manquements éventuels à la *Loi sur la concurrence* et à la *Loi sur les aliments et drogues* pouvaient également constituer la « fin illégitime » dont Apotex doit faire la preuve au soutien de ses allégations de délits civils (de common law) de *conspiration* et d'*intervention illicite dans les relations économiques*. La Cour a donc permis à ces demandes de suivre leur cours.

Apotex demande des dommages-intérêts pour perte de ventes à la suite de ces pratiques. L'avocat

d'Apotex promet de présenter une preuve au procès au soutien de cette allégation, faisant remarquer que les fabricants de marques d'origine « n'agiraient pas de la sorte s'ils n'y avait pas quelque chose à en tirer. » [trad.]⁶

– Richard Elliott

¹ *Apotex Inc c. Hoffman La-Roche Ltd*, [2000] O.J. No 4732 (C.A.) (Q.L.).

² *Ibid.*, au par. 3 (Q.L.).

³ L.R.C. (1985), ch. C-34, par. 52(1).

⁴ L.R.C. (1985), ch. F-27, par. 9(1).

⁵ *Abdool c. Anaheim Management Ltd* (1995), 21 O.R. (3d) 453 (C. div.).

⁶ C. Saxe, « Appeal court concludes 'pseudo-generic' drugs may be cause of action », *Lawyers' Weekly*, 12 janvier 2001, 20(33) : 1, 3 à la p. 3.

Un tribunal canadien rejette la tentative de Pfizer d'empêcher l'homologation de fluconazole générique

Le 10 janvier 2001, Pfizer a été déboutée, par la Cour d'appel fédérale, de son recours pour interdire au ministre fédéral de la Santé de délivrer des homologations pour deux versions génériques du médicament fluconazole.

Le fluconazole est un médicament antifongique utilisé pour traiter des infections aux levures comme le « muguet » (candidiose oropharyngée), de même que la méningite cryptococcace, une maladie fatale, auxquelles sont susceptibles les personnes dont le système immunitaire est atteint.

Pfizer est titulaire du brevet du médicament, qu'elle commercialise sous la marque Diflucan. En juin 1995, deux fabricants de médicaments génériques, Apotex Inc. et Nu-Pharm ont publié des avis en vertu du *Règlement sur les médicaments brevetés (avis de conformité)*¹ (le *Règlement sur l'ADC*), alléguant que leurs procédés de fabrication de ces médicaments génériques ne constitueraient pas une contrefaçon d'une revendication du brevet pertinent de Pfizer. Pfizer n'était pas d'accord et a intenté des procédures judiciaires pour obtenir une ordonnance interdisant à

Santé Canada de délivrer un « avis de conformité » à ces compagnies. Un « avis de conformité » (ADC) est nécessaire pour pouvoir légalement commercialiser un médicament au Canada.

Les demandes de Pfizer ont été rejetées en 1998 et le ministre de la Santé a délivré des avis de conformité à Apotex et à Nu-Pharm en octobre 1998. Pfizer a interjeté appel à la Cour d'appel fédérale du rejet de ses demandes, et a demandé une ordonnance accueillant sa demande initiale de prohibition et révoquant les ADC délivrés à Apotex et à Nu-Pharm et ce, jusqu'à l'expiration du brevet de Pfizer.

La Cour d'appel fédérale a souscrit à la thèse des fabricants de médicaments génériques selon laquelle l'appel était théorique, puisque une fois que le ministre délivre un ADC, toute demande pour en interdire la délivrance est irrecevable. Cette conclu-

sion était bien fondée en raison du caractère sommaire de ce type de procédure en vertu du *Règlement sur les ADC*.

La Cour a signalé que la procédure de prohibition en vertu du *Règlement* se distingue de la procédure en contrefaçon de brevet. Le *Règlement* donne aux compagnies titulaires de brevet une méthode spéciale pour protéger leurs brevets contre d'éventuelles contrefaçons. Il suffit à la compagnie titulaire du brevet de demander une ordonnance interdisant au ministre de délivrer un ADC à un concurrent au motif qu'il en résulterait une contrefaçon de son brevet – pour obtenir automatiquement ce qui revient essentiellement à une injonction temporaire empêchant la délivrance d'un ADC pendant au moins 30 mois. La norme appliquée dans ce cas est nettement différente des normes qu'un tribunal judiciaire appliquerait ordinairement pour statuer sur l'opportunité de délivrer une injonction, et le breveté obtient cet avantage par sa seule allégation selon laquelle le produit de son concurrent contrefera son brevet.

Selon la Cour, le corollaire de cet avantage exceptionnel conféré aux brevetés est que le législateur a voulu que cette procédure soit traitée de façon expéditive par voie de demande sommaire de contrôle judiciaire.² S'appuyant sur un de ses arrêts

antérieurs, la Cour a donc jugé qu'une fois que la Section de première instance de la Cour fédérale rejette une demande de prohibition, le ministre peut délivrer un ADC. En outre, une fois que le ministre a délivré l'ADC, tout appel de la décision de rejeter une demande est théorique. La Cour a souligné que Pfizer pouvait néanmoins poursuivre Apotex et

Nu-Pharm pour contrefaçon de brevet si elle le souhaitait.

Le 12 mars 2001, Pfizer a demandé à la Cour suprême du Canada l'autorisation d'en appeler de l'arrêt de la Cour d'appel fédérale.

— *Richard Elliott*

¹ DORS/93-133.

² *Ibid.*, au par. 19 (QL).

Un tribunal rejette la poursuite de Eli Lilly contre des fabricants de médicaments génériques

En décembre 2000, la Cour d'appel fédérale a statué que les fabricants de médicaments génériques Novopharm Ltd. et Apotex Inc. pouvaient commercialiser des versions génériques du Prozac (fluoxétine), un médicament antidépresseur breveté, sous forme de capsules dont la couleur, la taille et la forme sont similaires au médicament de marque.¹

L'affaire est importante pour les personnes vivant avec le VIH/sida, puisqu'elle abolit un des obstacles que les fabricants de médicaments de marque peuvent ériger contre la concurrence des médicaments génériques sur le marché (une concurrence qui réduit les prix des médicaments).

Eli Lilly & Company est titulaire du brevet canadien pour le Prozac. Cette compagnie avait poursuivi Novopharm et Apotex, alléguant qu'ils avaient fait passer leurs médicaments génériques pour le médicament de marque Prozac, de Eli Lilly, puisque ces médicaments avaient les mêmes taille, forme et couleur que les capsules de Prozac. Eli Lilly vendait ses produits sous forme de capsules de 20mg, dont la couleur était moitié verte, moitié crème, et de capsules de 10mg dont la couleur était moitié

verte, moitié gris pâle, portant les inscriptions « Prozac » et « Lilly ».

Lorsque son brevet pour la fluoxétine a expiré en mars 1996, Eli Lilly a commencé à commercialiser sa propre version générique du médicament en plus de continuer à vendre des capsules sous le nom de Prozac. La propre version générique de Lilly était de taille, de forme et de couleur identiques à sa version de marque; seules les inscriptions sur les comprimés étaient différentes. L'apparence d'un produit s'appelle également « présentation », en droit de la propriété intellectuelle.

Le jour qui a suivi l'expiration du brevet de Eli Lilly, cette dernière a obtenu des injonctions provisoires pour empêcher Apotex et Novopharm d'adopter, pour leurs produits, des présentations identiques ou similaires

à celle du Prozac. Pendant que ces injonctions étaient en vigueur, les fabricants de produits génériques vendaient leurs médicaments sous forme de capsules qui n'avaient pas le même aspect que celles de Eli Lilly.

Toutefois, en septembre 1996, l'injonction a été annulée par le tribunal et les fabricants de médicaments génériques ont commencé à commercialiser leurs produits sous une présentation similaire à celle du Prozac (à quelques différences mineures près). Quelques semaines plus tard, l'instruction de la poursuite de Eli Lilly a commencé.

Le tribunal de première instance a reçu 51 rapports d'experts et entendu 62 témoins, y compris des médecins, des pharmaciens et des utilisateurs de Prozac. Apotex et Novopharm ont affirmé, dans leurs témoignages, qu'elles avaient décidé de copier l'apparence de la capsule de Eli Lilly pour des motifs de mise en marché. Le juge de première instance a noté qu'au Canada, il s'agissait d'une pratique courante dans le secteur pharmaceuti-

que depuis des décennies.

Le juge de première instance a conclu que les consommateurs associaient l'apparence d'un médicament au produit médicinal qu'il renfermait et à son effet thérapeutique, et non à la compagnie qui le fabriquait. Eli Lilly n'avait pas fait la preuve que l'apparence de ses capsules avait acquis une « signification secondaire » (c'est-à-dire que les consommateurs associaient l'apparence des capsules de Prozac à Eli Lilly, ou à toute autre source en particulier). Le juge de première instance a également conclu qu'il n'y avait aucune preuve

selon laquelle l'utilisation, par les fabricants de médicaments génériques, de la même présentation que celle du Prozac avait suscité de la confusion réelle chez les patients, et que Eli Lilly n'avait pas prouvé qu'il y avait probabilité importante de confusion. Le juge a donc rejeté la demande.² Eli Lilly a interjeté appel.

La Cour d'appel fédérale a conclu que les conclusions de fait du juge de première instance ne comportaient aucune « erreur manifeste et dominante » et que celle-ci avait correctement appliqué la loi. La Cour d'appel a donc confirmé son jugement, affir-

mant que Eli Lilly ne pouvait revendiquer de « marque de commerce » à l'égard de la taille, de la forme et de la couleur de ses capsules Prozac. Le 21 juin 2001, la Cour suprême du Canada a rejeté, sans donner de motifs, la requête en autorisation d'appel de Eli Lilly.³

— Richard Elliott

¹ *Eli Lilly & Co c. Novopharm Ltd*, [2000] F.C.J. n° 2090 (C.A.) (Q.L.). Voir également R. Naiberg, « Trade dress not passing-off » [page en regard de l'éditorial], *Lawyers' Weekly*, 12 janvier 2001, 20(33) : 4, 8.

² (1997), 73 C.P.R. (3d) 371; [1997] F.C.J. n° 488 (C.F. 1^{ère} inst.).

³ [2001] S.C.C.A. n° 100 (Q.L.).

BioChem Pharma a gain de cause dans une affaire de brevet pour le 3TC

En décembre 2000 le U.S. Board of Patent Appeals and Interferences, une division du U.S. Patent and Trademark Office (USPTO), a accueilli la demande de BioChem Pharma en tant que titulaire du brevet pour le 3TC.

Le médicament lamivudine est commercialisé sous la marque de commerce Eпивir, et BioChem affirme qu'il s'agit du médicament le plus largement prescrit au monde dans le traitement du VIH/sida. L'université Emory à Atlanta avait allégué être titulaire elle aussi d'un brevet. S'appuyant sur cette allégation, elle

avait intenté une poursuite en contrefaçon de brevet dans une cour de district des États-Unis en Georgie contre BioChem et son licencié, Glaxo Wellcome. (En vertu d'un contrat de licence, BioChem reçoit des redevances de Glaxo Wellcome sur la vente de 3TC et Glaxo a le droit de développer, de fabriquer et de vendre le

médicament partout au monde, sauf au Canada où les deux entreprises ont une entente de commercialisation.) BioChem a obtenu un sursis de la poursuite de Emory jusqu'à ce que la commission d'appel des brevets statue sur la validité de la revendication de brevet de l'université Emory. Les bureaux de brevets de plusieurs pays ont déjà rejeté la revendication de l'université Emory. L'on ne sait pas si l'université Emory en appellera de cette décision.¹

¹ Communiqué de BioChem Pharma Inc., « Le bureau des brevets des États-Unis invalide le brevet de l'Université Emory pour le 3TC/Eпивir », 21 décembre 2000 (www.biochem-pharma.com); « BioChem wins patent battle », *The Gazette* (Montréal), 23 décembre 2000, C2.

LECTURES COMMENTÉES

HIV-Related Knowledge and Stigma – United States, 2000

Ce rapport¹ décrit les réponses à trois questions sur le VIH/sida, posées dans le cadre d'un sondage national d'opinion publique effectué auprès de ménages aux États-Unis par le biais d'Internet, entre août et septembre 2000.

L'une des trois questions servait à mesurer le stigmate associé au VIH. On considérait que les répondants « tout à fait d'accord » ou « en accord » avec l'affirmation selon laquelle « les personnes ayant contracté le sida [sic] par des rapports sexuels ou l'usage de drogue l'ont mérité » démontraient une attitude stigmatisante à l'endroit des personnes vivant avec le VIH/sida. Les deux autres questions évaluaient les connaissances des répondants sur la transmission du VIH. Les individus qui jugeaient « très peu probable » ou « improbable » de contracter le VIH en partageant un verre ou en se faisant tousser ou éternuer au visage étaient considérés « informés »; ceux qui jugeaient que cela était « très probable », « probable » ou « peu probable » étaient considérés « mal informés ».

Parmi l'échantillon (7 493 adultes de 18 ans et plus), un nombre de 5 641 (75,3%) ont répondu à la question sur le stigmate associé au VIH. De ceux-ci, 18,7% démontraient une attitude stigmatisante. Les réponses stigmatisantes étaient plus courantes chez les hommes (21,5%), les blancs (20,8%), les personnes de 55 ans et plus (30,0%), les personnes dont le niveau d'éducation n'était pas supé-

rieur au secondaire (22,1%), les personnes dont le revenu est inférieur à 30 000\$ (23,4%) et les personnes en moins bonne santé (23,6%). Environ 40% des répondants étaient mal renseignés sur l'absence de transmission du VIH par le partage d'un verre ou par l'éternuement au visage. Près de 25% des personnes mal informées présentaient aussi une attitude stigma-

Les attitudes et les connaissances associées au VIH/sida ne se sont améliorées que légèrement, aux États-Unis, au cours de la dernière décennie.

tisante, comparativement à environ 14% des personnes informées.

Les résultats démontrent que les attitudes et les connaissances associées au VIH/sida ne se sont améliorées que légèrement, aux États-Unis, au cours de la dernière décennie. En 1990-1991, un sondage auprès de 538 adultes avait révélé que 20,5% d'entre eux entretenaient une attitude stigmatisante (en étant d'accord avec l'affirmation selon laquelle « les personnes ayant contracté le sida par des rapports sexuels ou l'usage de drogue

l'ont mérité »); que 47,8% étaient mal renseignés sur l'absence de transmission du VIH par le partage d'un verre; et que 45,4% étaient mal renseignés pour ce qui est de se faire tousser ou éternuer au visage.² Le sondage de l'année 2000 révèle qu'une minorité considérable de la population continue de stigmatiser les personnes vivant avec le VIH/sida et qu'une grande proportion de la population est mal informée sur la transmission du VIH.

Les éditeurs du *Morbidity and Mortality Weekly Report* indiquent qu'une diminution du stigmate associé au VIH contribuerait à augmenter le recours au test du VIH et aux soins de santé, et favoriserait l'adoption de comportements préventifs.³ Tel que souligné par les éditeurs, bien qu'une compréhension plus approfondie de la transmission du VIH puisse atténuer les attitudes stigmatisantes, d'autres facteurs influencent aussi le stigmate associé au VIH : les attitudes envers les homosexuels et les utilisateurs de drogue par injection ont un impact significatif sur les attitudes à l'égard du VIH/sida et des personnes affectées.⁴

Au Canada, selon des estimés de 1996, entre 30% et 40% des personnes vivant avec le VIH (soit 15 000 personnes sur 40 000) n'étaient pas au courant de leur séropositivité.⁵ Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, on souhaite mettre au point des moyens d'améliorer les connaissances du public au sujet de la prévention du VIH et d'augmenter le recours au test du VIH.⁶ Pour favoriser le progrès vers l'atteinte de ces

objectifs, des enquêtes répétées auprès de la population générale, sur les connaissances relatives à la transmission du VIH et sur les attitudes envers les personnes vivant avec le VIH/sida et le test du VIH, seraient une mesure importante.⁷

– commentaire de Theodore de Bruyn

Theodore de Bruyn est l'auteur de *Discrimination et droits de la personne : un document de travail* (Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, 1998). On peut le joindre à tdebruyn@cyberus.ca.

¹ D.A. Lentine et coll., *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49(47) : 1062-1064.

² G.M. Herek, J.P. Capitanio, « Public reactions to AIDS in the United States: a second decade of stigma », *American Journal of Public Health*, 1993, 83(4) : 574-577, à la p. 575.

³ Note des éditeurs, dans D.A. Lentine et coll., « HIV-related knowledge and stigma – United States, 2000 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2000, 49(47) : 1062-1064 à la p. 1064.

⁴ G.M. Herek, J.P. Capitanio, « AIDS stigma and contact with persons with AIDS : effects of direct and vicarious contact », *Journal of Applied Social Psychology*, 1997, 26(1) : 1-36; G.M. Herek, J.P. Capitanio, « AIDS stigma and sexual prejudice », *American Behavioral Scientist*, 1999, 42(7) : 1130-1147; J.P. Capitanio, G.M. Herek, « AIDS-related stigma and attitudes toward injecting drug users among black and white Americans », *American Behavioral Scientist*, 1999, 42(7) : 1148-1161. Pour un commentaire sur ce numéro spécial de la revue *American Behavioral Scientist* sur le stigmate du sida aux États-Unis, voir T. de Bruyn, *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 5(1) : 56-58.

⁵ Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada, « Tests de dépistage de l'infection à VIH chez les Canadiens : 15 000 cas récents d'infection par le VIH ne sont pas diagnostiqués », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida*, Ottawa, avril 2000.

⁶ Stratégie canadienne sur le VIH/sida, *Rapport de la rencontre sur les orientations de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida* (29 octobre-1 novembre 2000), 7 décembre 2000.

⁷ L'Enquête nationale sur la santé de la population, un sondage biennal auprès du grand public canadien, n'offre que des données limitées. La version de 1994-1995 demandait par exemple aux répondants s'ils avaient déjà subi un test du VIH dans les deux années précédentes – une question qui a été éliminée dans la version de 1998-1999 de l'enquête.

AIDS Doctors: Voices from the Epidemic¹

Avec un romancier qui habite sur ma rue, je discutais l'été dernier de mes expériences personnelles et professionnelles en tant que « médecin du sida ». Il m'a fortement recommandé de publier avec d'autres médecins du sida un journal de nos expériences, sans quoi un pan de l'histoire de la médecine finirait par disparaître. Quelques jours plus tard, le *Journal de l'Association médicale canadienne* m'envoyait un exemplaire de gratitude de l'ouvrage *AIDS Doctors : Voices from the Epidemic*. L'idée de ce merveilleux bouquin était née au début des années 1990, pendant un souper où les directeurs de l'ouvrage avaient été introduits en quelque sorte aux souvenirs intimes de trois médecins du sida. Mon voisin romancier avait donc eu son idée une dizaine d'années trop tard.

AIDS Doctors est un récit basé sur les souvenirs de soixante-seize médecins de premier recours pour le sida aux États-Unis, y compris ceux qui ont été les premiers à détecter l'épidémie et à en faire état, en juin 1981.

Les « gens du sida » au Canada (comme on avait baptisé la première vague de médecins du sida aux États-

AIDS Doctors présente un compte-rendu, revers après revers, de l'ahurissement et du choc ressentis par ces premiers médecins à rencontrer un tueur inconnu qui s'en prenait aux jeunes gais.

Unis) se reconnaîtront dans ce bouquin, quelle que soit leur expérience.

Les directeurs de l'ouvrage soulignent la démographie peu typique qu'ils ont observée parmi les médecins interviewés : 40% étaient gais ou lesbiennes, près de 50% étaient juifs, 30% des femmes et 90% blancs. Une philosophie politique de gauche, une foi religieuse bien ancrée, un sens du devoir moral et l'excitation d'une nouvelle maladie ont motivé et soutenu les médecins du sida pendant les

quinze premières et terribles années de l'épidémie. Mais ce furent des médecins gais, qui allaient au chevet de leurs amants ou amis mourants, en nombre « hors de toute proportion » avec leur représentation au sein de la profession médicale. Plusieurs ont déclaré ouvertement leur homosexualité, presque comme un défi à l'épidémie de mort qui décimait leur communauté.

AIDS Doctors présente un compte-rendu, revers après revers, de l'ahurissement et du choc ressentis par ces médecins qui ont été les premiers à rencontrer un tueur inconnu qui s'en prenait aux jeunes hommes gais. Des médecins, à reculons dans certains cas, ont rapidement été mis en contact avec des communautés de personnes atteintes de l'infection à VIH et avec lesquelles ils n'avaient aucune expérience ou valeur en commun : des utilisateurs de drogue par injection, des pauvres et – en ce qui concerne les médecins hétérosexuels – la communauté gaie. C'était une lutte (qui est décrite dans des entrevues d'une franchise brute) pour surmonter les barrières entre des médecins surtout impliqués auprès de la classe moyenne, d'une part, et des patients

mourants et démunis. Et c'est leur impuissance, à voir aller leurs patients vers la mort, qui a poussé la majorité des médecins du sida à un retour aux plus nobles traditions de la médecine : la bonté, la compassion et la disponibilité. La mort et l'agonie ont aussi contraint ces médecins à céder du pouvoir, dans des relations où ils avaient l'habitude d'avoir le contrôle. Des patients séropositifs ont exigé d'être impliqués dans toutes les décisions, que ce soit en matière de soins ou de politiques publiques, faisant évoluer la situation vers une médecine plus « démocratique ».

L'épidémie a profondément affecté les vies des médecins du sida qui, comme l'un d'eux l'a déclaré, ont été en quelque sorte « assiégés ». La crainte de l'infection, parfois à un degré de quasi-paranoïa, a mis à l'épreuve un conflit éthique remontant à des siècles, entre les valeurs de l'intérêt propre et de l'oubli de soi. Les médecins américains du sida étaient régulièrement confrontés à des demandes d'aide au suicide, à des requêtes d'accès à des thérapies non approuvées et non conventionnelles, de même qu'à la nécessité d'inscrire les patients pauvres à des essais cliniques afin de leur assurer des soins médicaux. Le rejet des patients atteints du sida par d'autres médecins qui refusaient de s'occuper d'eux, conjugué à l'antagonisme institutionnel à l'égard des médecins et autres intervenants du sida, a donné naissance à des groupuscules et à des réseaux de médecins du sida qui comptaient les uns sur les autres pour un soutien mutuel.

La traditionnelle séparation entre les médecins et les patients s'est effondrée, notamment dans la communauté gaie, aux prises avec la mort. Pour des médecins hétéro-

sexuels, les liens de la vie familiale ont été mis à rude épreuve, alors qu'ils consacraient leurs énergies à tous les aspects de cette épidémie.

Un médecin très en vue a relaté une conversation où son jeune fils lui a dit : « Je ne veux pas voir un papaté, je veux avoir mon vrai père. »

Les révélations intimes qui sont publiées dans *AIDS Doctors* trouveront écho auprès de plusieurs médecins du sida : le « sentiment illicite d'excitation » à l'idée de s'embarquer contre une nouvelle maladie et sa pléiade de manifestations, la « prise de risques et le travail avec des données limitées », l'état chronique de fatigue et de tristesse, la déception et l'exaspération de la saga de la zidovudine (AZT).

L'assimilation du sida à la médecine ordinaire (la « normalisation » du sida) a été provoquée dans une certaine mesure par la spectaculaire réussite des nouveaux traitements et par l'ascension des premiers médecins du sida à des postes professionnels importants. Mais la bonne volonté et l'engagement des premières années ne suffisent plus. La complexité de la thérapie antirétrovirale hautement active (HAART) exige une expertise qu'assez peu de médecins ont développée. Les « liens et identités qui définissaient les vies des médecins du sida » ont éclaté et la solidarité s'est dissipée. Un pionnier de la lutte contre le sida a déclaré : « Je préférerais vraiment être encore sur la ligne de front, faire quelque chose qui soit réellement unique. »

AIDS Doctors reflète fidèlement aussi l'expérience subjective des médecins du sida au Canada, à quelques exceptions évidentes. Les médecins canadiens n'ont pas été impliqués dans la détection et la description initiale de l'épidémie du sida

en Amérique du Nord. Contrairement aux États-Unis, le système canadien de soins de santé assurait aux patients l'accès à des soins pour le VIH sans égard au statut socio-économique. L'existence d'un système bien développé de soins de premier recours faisait en sorte que les médecins de famille du Canada, en particulier ceux qui sont gais, se trouvaient sur la ligne de front de la lutte contre l'épidémie de sida au Canada.

AIDS Doctors permet aux lecteurs, médecins ou non, de jeter un regard intime sur les combats dramatiques d'un nombre relativement restreint de médecins qui ont été les premiers à confronter une épidémie de proportions catastrophiques. C'est un testament aux vies de ces médecins que l'épidémie du sida a pris d'assaut.

— *commentaire de Philip B. Berger*

Philip B Berger est directeur médical du Inner City Health Program, Core Services; et chef du département de Médecine familiale et communautaire, au St. Michael's Hospital, Toronto (Ontario). On peut le joindre à bergerp@smh.toronto.on.ca.

Reproduit avec l'autorisation du JAMC, 2000, 163(11) : 1486-7.

¹ Ronald Bayer et Gerald M. Oppenheimer, New York, Oxford University Press, 2000, 310 p. (27,50\$ US, reliure toile) ISBN 0-19-512681-5.

Principles for Model Sex Industry Legislation

Conçu comme un instrument de lobbying pour la réforme législative sur le commerce sexuel en Australie, *Principles for Model Sex Industry Legislation*¹ est une lecture incontournable pour quiconque s'intéresse au travail des organismes de droits des travailleuses et travailleurs sexuels, aux politiques sur le VIH/sida et à la réforme législative sur la prostitution et le travail sexuel. Les auteurs y établissent dix principes pour un modèle de législation sur le commerce sexuel; ils présentent un plan de perfectionnement des compétences à transiger avec la politique et les bureaucraties; et ils offrent une trousse conviviale d'intervention médiatique.

Les principes établis dans le document abordent plusieurs questions de politiques et de droits de la personne liés au VIH/sida dans le contexte du travail sexuel. Décriminalisation, légitimité du travail sexuel comme emploi, choix d'emploi dans le commerce sexuel, santé et sécurité au travail,² santé publique et test obligatoire, lois locales de planification et de zonage, attitudes de la communauté à l'égard du travail sexuel, discrimination et droits de la personne, esclavage sexuel et travailleurs sexuels migrants, mythes entourant la prévalence de l'usage de drogue, coercition par les pimps et présence de personnes mineures dans le commerce sexuel y sont abordés.

Le modèle de législation sur le commerce sexuel que l'on présente cherche à « permettre un équilibre entre les besoins des dépositaires d'enjeux » (p. 1). Par exemple, on met en relief la nécessité de respecter les droits humains des travailleurs et travailleuses du sexe dans tous les travaux d'élaboration de politiques. Le test obligatoire du VIH y est décrit comme une mesure « perpétuant le stéréotype de travailleurs sexuels porteurs de

maladie » (p. 20). On y explique que le fait de viser les personnes du commerce sexuel est une pratique discriminatoire qui « leur nuit, tant sur le plan professionnel que dans leur vie privée » (p. 32) et qui « va à l'encontre des conventions internationales en vertu desquelles l'individu a droit à la liberté de choisir son emploi »³ (p.34).

Afin d'aider le lecteur à développer une réaction équilibrée vis-à-vis des lois relatives au commerce sexuel, les auteurs expliquent le fonctionnement du système politique australien ainsi que diverses manières d'intervenir par le biais des médias. Selon la Scarlet Alliance et l'Australia Federation of AIDS Organisations, « l'implication et les relations avec les acteurs des pouvoirs politiques pertinents – notamment le Parlement, ses mécanismes de comités ainsi que la bureaucratie – sont essentiels pour influencer les politiques, les décisions et les modifications législatives de manière à ce qu'elles tiennent compte des besoins des travailleurs sexuels » (p. 44). Les modèles proposés pour la préparation de documents adressés au gouvernement, la présentation de pétitions, la rédaction de communiqués de

presse et de lettres à l'éditeur, de même que les conseils pour les émissions radiophoniques à ligne ouverte, pourront être utiles aux organismes de travailleuses et de travailleurs sexuels et aux gens qui les aident, dans leur implication pour influencer les décisions au Canada.

Pour obtenir le document : Australian Federation of AIDS Organisations (AFAO), PO Box 876, Darlinghurst NSW 1300, Australie (tél. : (61-2) 9281-1999; téléc. : (61-2) 9281-1044; courriel : <afao@rainbow.net.au>). L'ouvrage est disponible pour consultation au Centre de documentation du Réseau juridique – communiquez avec Thomas Haig à thaig@aidslaw.ca.

– commentaire de
Maria Nengeh Mensah

Maria Nengeh Mensah est chargée de cours au département de Sexologie de l'Université du Québec à Montréal et à l'Institut de recherches et d'études féministes. Son courriel est mmm99@total.net.

¹ L. Banach, S. Metzenrath, *Principles for Model Sex Industry Legislation*, Sydney, Scarlet Alliance et Australia Federation of AIDS Organisation, 2000.

² La Scarlet Alliance et l'Australia Federation of AIDS Organisations ont aussi publié récemment *A Guide to Best Practice. Occupational Health and Safety in the Australian Sex Industry* (2000). Cet ouvrage renferme un modèle détaillé pour la mise en œuvre de normes sur la sécurité et la santé au travail, pour aider les travailleurs du commerce sexuel ainsi que les législateurs à réduire ces risques et à favoriser l'avènement de la justice sociale.

³ On établit un parallèle avec d'autres secteurs de commerce où l'on n'observe pas de telles « mesures draconiennes ». Par exemple, « l'industrie alimentaire est responsable du décès et de l'intoxication de nombres importants de personnes, à chaque année, et pourtant les employés qui manipulent des aliments dans les restaurants ne sont pas soumis à des tests obligatoires pour diverses maladies contagieuses » (p. 21).

LE VIH/SIDA EN PRISON

Enquête sur la mort d'un détenu co-infecté par le VIH et le VHC – Combien d'autres encore?

Michael Joseph LeBlanc a probablement contracté le VIH et le virus de l'hépatite C (VHC) dans un pénitencier fédéral canadien. Il est décédé le 18 novembre 1999 à l'hôpital régional de l'Établissement de Kingston, de complications liées à l'hépatite C. M. LeBlanc est mort dans des conditions inhumaines et dans une extrême détresse physique, psychologique et émotive. Son décès a trait aux problèmes que sont la transmission du VIH et du VHC, les mesures de prévention, la libération pour des raisons humanitaires ainsi que les soins de santé et les soins palliatifs, dans les établissements correctionnels fédéraux du Canada. En vertu de la *Loi sur les coroners*,¹ une enquête s'est tenue à Kingston les 30 janvier et 1 février 2001. Les mêmes questions et problèmes avaient déjà été soulevés par une autre enquête du coroner, en octobre 1997, sur la mort de William Bell, détenu atteint du sida et qui est décédé pendant sa détention dans un autre établissement fédéral.²

Introduction

Michael Joseph LeBlanc a passé la majeure partie de sa vie adulte dans des prisons fédérales. Il est décédé à l'âge de 45 ans, pendant une peine d'emprisonnement de 10 ans. La cause de son décès a été « une bronchopneumonie aiguë et des dommages alvéolaires diffus, chez un patient atteint de cirrhose hépatique en phase terminale ». ³ M. LeBlanc vivait avec la co-infection à VIH et à VHC et il recevait une thérapie antirétrovirale contre le VIH, depuis quelques années. Sa libération dans la communauté était prévue en septembre 2000.

En Ontario, un coroner, praticien médical légalement qualifié, doit procéder à une enquête sur tout décès

d'un détenu dans un établissement.⁴ L'enquête est tenue devant un jury composé de cinq personnes sélectionnées dans la communauté de la même manière que l'on compose un jury pour un procès criminel.⁵ Un procureur de la couronne sert de conseiller juridique au coroner pendant toutes les démarches⁶ et il joue aussi le rôle de gardien de l'intérêt public (bien qu'il y ait contradiction entre le mandat habituel du bureau du procureur de la couronne et les intérêts des détenus qui doivent pourtant être représentés).⁷

Une enquête du coroner a deux buts. Premièrement, elle doit examiner les circonstances du décès et établir l'identité de l'individu ainsi que comment, quand, où et de quelle

manière il a trouvé la mort.⁸

Deuxièmement, le jury formule des recommandations visant à éviter un autre décès dans des circonstances similaires, ou à propos de tout autre fait mis en lumière par l'enquête.⁹ Les tribunaux ont qualifié ce second volet de fonction dominante, pour l'intérêt public, de l'enquête moderne.¹⁰

Dans le cadre de cette fonction liée à l'intérêt public, toute personne, avant ou pendant l'enquête, peut demander à être reconnue « personne qui a qualité pour agir à l'enquête »; le coroner lui accordera ce statut s'il considère qu'elle a un intérêt important et direct, dans l'enquête.¹¹ Cette personne peut alors désigner un avocat ou un représentant, appeler et interroger des témoins, assister aux arguments et aux plaidoiries, ainsi que procéder à des contre-interrogatoires des témoins pertinents sur des questions connexes à ses intérêts.¹²

À l'enquête sur le décès de M. LeBlanc, le HIV/AIDS Regional Services (HARS, un organisme de services en matière de VIH/sida, à Kingston) a été reconnu « personne qui a qualité pour agir à l'enquête », de même que le Service correctionnel du Canada (SCC). Pendant les mois ayant précédé son décès, le HARS avait rencontré M. LeBlanc et pris la défense de ses intérêts. Dans sa demande d'implication à l'enquête, le HARS a articulé la position que, bien que son décès de l'hépatite C et du sida était peut-être inévitable, il n'était pas nécessaire que M. LeBlanc décède dans une prison : il

était en effet admissible à une libération compassionnelle. Le HARS a de plus soutenu que l'inaction du SCC avait arbitrairement compromis la qualité de vie de M. LeBlanc immédiatement avant son décès et que s'il avait reçu des soins adéquats il aurait pu vivre plus longtemps puis mourir dans des circonstances plus humaines et dignes.¹³

Le SCC ne s'est peut-être pas acquitté de son mandat ou de ses responsabilités légales, dans la manière dont M. LeBlanc a été traité. La *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*¹⁴ régit les mesures correctionnelles dans les établissements et dans la communauté, la libération conditionnelle, la détention ainsi que la surveillance à long terme, pour le système correctionnel fédéral. Le but du système correctionnel fédéral est de contribuer au maintien d'une société juste, vivant en paix et en sécurité, en assurant l'exécution des peines imposées par les tribunaux, sous la garde sécuritaire et humaine des agents de détention et de supervision; et en aidant à la réadaptation des contrevenants au moyen de programmes appropriés dans les pénitenciers ou dans la collectivité.¹⁵ Les tâches du SCC incluent les soins et la bonne garde des détenus, leur préparation à la remise en liberté ainsi que les questions liées à la libération conditionnelle.¹⁶

Transmission et prévention du VIH et du VHC

Le Dr Peter Ford, directeur clinique de la Clinical Immunology Outpatient Clinic, au Kingston General Hospital, qui était aussi le médecin de premier recours de M. LeBlanc pour le VIH (depuis 1995), a témoigné à l'enquête, à l'effet que

son patient avait possiblement contracté le VIH, et probablement l'hépatite C aussi, en prison par le partage de matériel d'injection contaminé. Avant que M. LeBlanc reçoive un diagnostic positif d'hépatite C, le SCC savait qu'il s'injectait de la drogue; le SCC a d'ailleurs reconnu explicitement que l'homme consommait probablement des drogues illicites, ce qui causait d'autres dommages à sa santé et contribuait peut-être à la propagation de maladies transmissibles. Les dossiers médicaux révèlent par ailleurs que les médecins de la Clinical Immunology Outpatient Clinic avaient déjà recommandé en 1998 au médecin en charge à l'établissement de détention de Kingston que M. LeBlanc reçoive un traitement d'entretien à la méthadone pour traiter sa dépendance à l'héroïne et pour en réduire les méfaits. Le SCC n'a jamais procédé à l'évaluation du cas de M. LeBlanc en vue d'un traitement d'entretien à la méthadone.

Le jury a entendu des témoignages sur la crise que constituent le VIH et l'hépatite C dans les prisons (par le Dr Ford et par Ralf Jürgens, directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida). Les deux experts ont témoigné du fait que le SCC fait très peu pour prévenir la transmission du VIH et du VHC, même à la lumière de rapports comme celui déposé en 1994 par le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP)¹⁷ et de celui publié en 1996 à l'issue du projet sur les questions juridiques et éthiques soulevées par le VIH/sida en prison, *VIH/sida et prisons : rapport final*.¹⁸ Les deux rapports décrivent cette crise en détail et leurs auteurs ont formulé des recommandations d'action. Sur le plan budgétaire, la prévention du

VIH et du VHC ainsi que la promotion de la santé sont regrettamment sous-financés, notamment en comparaison avec le montant disproportionné de ressources que siphonne la soi-disant « guerre aux drogues » menée dans les prisons.¹⁹

M. Jürgens a déclaré que l'éthique requiert que le SCC consacre des sommes plus importantes à la prévention de la transmission du VIH et du VHC en prison; et que le SCC agit de manière immorale et négligente en n'adoptant pas des mesures adéquates d'action. Le Dr Ford a qualifié d'« inefficaces » les programmes antidrogue actuels et a déclaré que l'échec du SCC de fournir aux détenus les moyens de se protéger contre le VIH et le VHC dénote une « immoralité d'un degré rare ». Une avenue de rechange a été décrite par M. Jürgens – une approche de promotion de la santé et de réduction des méfaits, comprenant le test anonyme, la distribution d'eau de Javel, la distribution de seringues stériles et l'accès au traitement d'entretien à la méthadone. Tel que les a décrites le CESP dans *Le VIH/sida en milieu carcéral : rapport final*, entre autres,²⁰ les mesures de réduction des méfaits portent fruit dans plusieurs prisons de l'Europe occidentale, en réduisant le taux de transmission du VIH et du VHC et en créant des conditions de travail plus sécuritaires pour les employés correctionnels.

Le HARS a demandé au jury de recommander que le SCC adopte une stratégie de réduction des méfaits pour prévenir la transmission du VIH et du VHC, comme suit :

- par la mise en œuvre d'un programme de test anonyme du VIH assorti de counselling pré- et post-test, accessible à tous les détenus;

- par la mise en œuvre de programmes d'éducation par les pairs dans tous ses établissements;
- par l'amorce immédiate d'un programme pilote d'échange de seringues;
- par la fourniture d'un traitement d'entretien à la méthadone à tout détenu qui en fait la demande et pour lequel ce traitement est médicalement indiqué – ce qui inclut de fournir ce traitement même si le détenu qui le demande ne le recevait pas avant son incarcération;
- par l'accroissement du rôle d'agences externes auprès du système correctionnel, qui ont la capacité d'apporter en prison leur expertise et leurs services en matière de VIH/sida, d'hépatite et de réduction des méfaits.

Libération compassionnelle

Il n'était pas nécessaire que M. LeBlanc meure en prison. En vertu de la *Loi sur le système correctionnel et la mise en liberté sous condition*, la libération conditionnelle peut être accordée en tout temps à un détenu s'il est malade en phase terminale, si sa santé physique ou mentale risque d'être gravement compromise par la détention, ou si l'incarcération constitue désormais pour lui une contrainte excessive qui était difficilement prévisible au moment de sa condamnation.²¹ Le SCC doit aussi prendre en considération l'état de santé du détenu et les soins de santé dont il a besoin, dans toute décision qui affecte le détenu et qui a trait à sa préparation à la libération.²² La Commission nationale des libérations conditionnelles a l'autorité finale sur les questions de libération conditionnelle; la décision est guidée, entre autres, par le principe

selon lequel la protection de la société est le critère premier en tout cas et par la notion que le règlement des cas doit, compte tenu de la protection de la société, être le moins restrictif possible.²³

En 1994, le SCC a explicitement accepté la recommandation du CESP que les détenus atteints de maladies comme celles qui découlent de l'infection à VIH soient mis en liberté conditionnelle avant que leur état n'en soit arrivé à la phase terminale.²⁴ Les circonstances de la mort de M. LeBlanc montrent que le SCC n'a pas mis en œuvre de politique efficace en la matière. Le SCC n'a jamais abordé la question de libération conditionnelle avec lui. Le 9 novembre 1999, soit neuf jours avant son décès, le SCC a eu une réunion de gestion multidisciplinaire de cas, pour déterminer s'il y avait lieu d'appuyer une demande de libération compassionnelle. À ce stade, la santé de M. LeBlanc s'était détériorée au point qu'il n'était plus apte à comprendre l'information ou à prendre des décisions au sujet de la mise en liberté sous condition, ou pour des raisons humanitaires, ni sur la possibilité de placement hors prison.

Des recherches à propos de la libération compassionnelle de détenus, dans une autre juridiction, portent à croire que les principaux obstacles à l'efficacité de ces programmes sont des critères d'admissibilité trop rigides, l'encombrement du processus d'examen des demandes qui entraîne des délais prolongés, ainsi que la disponibilité d'un programme de placement en hospice carcéral qui offre aux employés correctionnels une alternative à la libération.²⁵ Mis à part ce dernier facteur, les témoignages et faits anecdotiques révélés par l'enquête LeBlanc indi-

quent l'influence des mêmes obstacles, dans les prisons fédérales canadiennes.

En réponse à la recommandation du CESP (1994), le SCC a affirmé qu'il fournirait de l'éducation et de la formation à ses employés, en matière de planification de la libération, afin d'assurer une continuité dans les soins et l'accès aux ressources après l'emprisonnement.²⁶ Patricia McGuirk, coordonnatrice du HARS au soutien en prison, qui a travaillé auprès de M. LeBlanc, a témoigné de l'échec du SCC d'assurer une planification pré-libération ou de « soins ultérieurs » pour M. LeBlanc. En date de la réunion de gestion multidisciplinaire de cas, le plan établi pour M. LeBlanc consistait à le libérer dans la communauté de Kingston, Ontario, en dépit de l'absence de soins d'hospice résidentiel adéquats dans cette communauté.

Le HARS a demandé au jury de recommander que le SCC mette en œuvre un plan de gestion de cas de libération compassionnelle. « Le SCC a la responsabilité, principalement par le biais de l'agent des libérations, de développer des plans de libération et de présenter les demandes de libération au nom des détenus. Lorsqu'un détenu est atteint d'une maladie incurable et mortelle, il doit avoir la possibilité de présenter une demande de libération compassionnelle dans un délai réaliste. Le SCC doit être proactif. Les détenus doivent être conseillés, quant à la possibilité de telle libération, dès que possible dans le cours de leur maladie. Les agents de libération doivent alors être préparés à placer la libération compassionnelle au cœur du plan de gestion de cas. »

Soins de santé et soins palliatifs

Le SCS a l'obligation légale de fournir à chaque détenu des soins de santé essentiels qui soient conformes aux normes professionnelles reconnues.²⁷ Dans la pratique, cette obligation est interprétée par le SCC comme signifiant que les détenus devraient avoir accès au même niveau de services de soins de santé que ce qui est accessible dans la communauté.²⁸

Le témoignage du Dr Ford relativement aux soins de santé fournis à M. LeBlanc a exposé les obstacles systémiques que rencontrent les médecins de premier recours pour le VIH qui sont mandatés par le SCC des soins aux détenus. Le Dr Ford a déclaré qu'à au moins trois reprises le SCC a interrompu les médicaments antirétroviraux que recevait M. LeBlanc, sans justification clinique et sans le consentement du patient.

Les interruptions du traitement ont peut-être été plus nombreuses, mais certaines parties du dossier d'administration des médicaments étaient incompréhensibles. L'interruption

Le Service correctionnel du Canada a interrompu au moins trois fois le traitement antirétroviral que suivait M. LeBlanc, sans justification clinique et sans son consentement.

d'un ou plusieurs médicaments antirétroviraux peut avoir des effets graves sur la santé d'une personne séropositive et celle des personnes qui ont avec elle des activités à ris-

que élevé. Une interruption de médicament peut entraîner une résistance à un (ou plusieurs) médicaments et les souches résistantes peuvent éventuellement être transmises à autrui. De plus, le personnel de santé du SCC n'a pas procédé périodiquement aux analyses sanguines (mesure de la charge virale et tests des lymphocytes) sur lesquelles le Dr Ford comptait pour surveiller le déroulement clinique de la maladie à VIH chez M. LeBlanc.

Le Dr Ford, dans son témoignage, a affirmé que sa capacité de contrôler l'infection à VIH chez un patient est réduite de moitié, dans le cas de détenus, en comparaison avec ses soins aux personnes séropositives dans la communauté. Cette disparité dans les résultats cliniques est due à plusieurs facteurs : un degré de fidélité moindre, chez les détenus, à l'égard du régime complexe des traitements antirétroviraux; un échec du personnel du SCC à assurer que les médicaments utilisés pour traiter l'infection à VIH soient disponibles et administrés; un échec du personnel du SCC à procéder en temps opportun aux tests des marqueurs sanguins de l'infection à VIH; et un échec du personnel du SCC à assurer que les détenus séropositifs reçoivent une provision suffisante de médicaments antirétroviraux, au moment de leur libération.

En dépit du fait que le Dr Ford soit une sommité en matière de traitement de la maladie à VIH, et malgré son expérience du traitement du VIH à des patients qui consomment de la drogue, il a affirmé dans son témoignage que son opinion professionnelle sur le cours du traitement de certains détenus est « souvent » contredite et écartée. Il a affirmé que c'est particulièrement le cas lorsqu'il

prescrit des médicaments d'ordonnance pour aider un détenu à gérer les symptômes de sevrage lorsqu'il cesse de consommer des drogues. À son avis, il ne peut pas traiter adéquatement l'infection à VIH sans s'occuper d'autres problèmes de santé dont souffrent ses patients. Le personnel de santé du SCC n'a pas évalué le cas de M. LeBlanc en vue d'un traitement d'entretien à la méthadone, malgré des requêtes du Dr Ford, du Dr Wobeser et d'un autre médecin, à cet effet, et malgré les forts soupçons d'employés d'après lesquels, jusqu'à peu de temps avant son décès, LeBlanc consommait de la drogue.

L'examen du dossier des soins de santé de M. LeBlanc a révélé qu'il

M. LeBlanc a été transféré aux soins palliatifs moins de 12 heures avant sa mort et sa douleur n'avait jamais été placée sous contrôle, indique son dossier de soins.

avait été transféré à l'unité de soins palliatifs moins de 12 heures avant de mourir et que sa douleur n'avait jamais été placée sous contrôle. Marilyn Duphney, infirmière spécialisée en soins palliatifs qui travaille à l'hôpital de Kingston, a examiné le dossier de M. LeBlanc et a établi qu'il avait souffert d'anxiété et d'attaques de panique pendant plusieurs mois, avant son décès, et que ces conditions n'avaient jamais été adéquatement traitées. Elle a affirmé dans son témoignage que les médicaments antidouleur ne lui avaient pas été administrés en dose suffisante, dans les heures précédant son décès;

elle a aussi constaté que, dans les derniers deux mois de sa vie, on avait eu recours une seule fois à un barème d'usage courant pour mesurer le degré de douleur. De plus, M. LeBlanc a eu des comportements d'anxiété, d'agitation et de panique, pendant ses dernières heures, et les membres de sa famille ont été troublés de le voir mourir dans de telles circonstances.

Mme Duphney a déposé des preuves testimoniales de ce en quoi un vrai programme de soins palliatif devrait consister, à partir des normes et consignes établies par l'Association canadienne de soins palliatifs (ACSP)²⁹ et elle a parlé de programmes de soins palliatifs qui existent dans certaines prisons ainsi que des ressources disponibles au Canada³⁰ et aux États-Unis.³¹

Le HARS a demandé au jury de recommander que le SCC développe un programme de soins palliatifs basé sur les principes normalisés de pratique formulés par l'ACSP et en mettant à profit les ressources disponibles dans la communauté. Le HARS a aussi recommandé que les Services de soins de santé du SCC soient accrédités par des instances indépendantes, comme les hôpitaux de la communauté, afin d'évaluer si le SCC fournit des soins conformes aux normes objectives et identifiables. En outre, le HARS a recommandé que le SCC accorde à des spécialistes médicaux de l'extérieur l'autorité de déterminer le cours à suivre pour les soins de leurs patients en prison.

Recommandations du jury

Le jury a formulé une recommandation pour aborder le « problème central » dans le décès de M. LeBlanc : « Que le Regional Hospital at Kingston Penitentiary voie à obtenir

une accréditation d'une agence indépendante comme le font les autres hôpitaux publics du Canada ». [trad.] Le jury a énuméré un certain nombre d'autres « problèmes qui ont préoccupé le jury et qui devraient être des objets de préoccupation constante pour le SCC, comme la prévalence du VIH et du VHC, qui met en relief la nécessité de méthodes de prévention et de réduction des méfaits, par le biais de stratégies proactives et de programmes pilotes; la nécessité d'un travail soutenu en matière de soins palliatifs au pénitencier de Kingston en conjonction avec des agences extérieures; et la nécessité que le SCC élabore des directives sur la libération compassionnelle et les fasse bien connaître ». [trad.]

Viendra sans doute un jour où le SCC sera confronté – devant une cour de justice – à la responsabilité morale et à la responsabilité légale de son inaction et des méfaits qui en découlent.

Conclusion

En 1996, un détenu nommé William Bell, atteint du sida, est décédé en toute solitude dans l'établissement de Millhaven, « comme un chien dans le fond d'un chenil ». ³² En 1997, le jury de l'enquête sur le décès de Bell avait formulé des recommandations détaillées et précises, quant à ce que le SCC devait faire pour prévenir une répétition des « circonstances regrettables ayant entouré le décès de M. Bell ». Ces recommandations allaient beaucoup plus loin et étaient beau-

coup plus concrètes que celles formulées par le jury dans l'enquête LeBlanc. Le SCC a ignoré les premières de la même manière qu'il a ignoré de nombreuses recommandations cruciales d'action qui avaient été formulées dans les deux rapports d'étude détaillés,³³ qu'il avait tous deux cofinancés. Le SCC échoue à adopter les mesures actives nécessaires à endiguer la transmission du VIH et du VHC; il échoue aussi à fournir aux détenus qui vivent avec le VIH des soins de santé et des soins palliatifs à la hauteur des normes professionnelles reconnues; et il manque à ses obligations (et à son engagement public) de faire de la libération compassionnelle une réelle avenue pour les détenus en phase terminale.

La *Loi sur les coroners* interdit expressément toute déclaration de responsabilité légale (civile ou criminelle) ou toute conclusion de droit sur les circonstances du décès.³⁴ Le SCC est informé en détail sur la crise que pose le VIH/sida et l'hépatite C dans ses institutions, depuis au moins la publication du rapport du CESP en 1994. L'enquête LeBlanc démontre une fois de plus que le SCC échoue constamment à s'attaquer aux problèmes liés au VIH/sida, à l'hépatite C et à l'injection de drogue dans les prisons fédérales canadiennes. Viendra sans doute un moment où le SCC sera confronté – devant une cour de justice – à la responsabilité morale et à la responsabilité légale de son inaction et des méfaits qui en découlent. L'échec de la Société canadienne de la Croix-Rouge et du Gouvernement du Canada d'adopter des mesures en temps opportun pour protéger les réserves de produits sanguins au Canada s'offre en précédent évident, pour une telle action.

– Jonathan Glenn Betteridge

Jonathan Glenn Betteridge est avocat au service de la HIV & AIDS Legal Clinic Ontario et il représentait le HARS à l'Enquête sur la mort de Michael Joseph LeBlanc. On peut le joindre à betterg@olap.org.

¹ L.R.O. 1990, ch. 37.

² Pour un compte-rendu de l'Enquête sur la mort de William Bell, voir : R. Lines, « Un décès met en lumière le traitement de détenus vivant avec le VIH/sida », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1998, 3(4)/4(1) : 31-33.

³ Verdict du jury du coroner, *Inquest into the Death of Michael Joseph LeBlanc* (1 février 2001). L'auteur a le texte en filière; le texte est disponible auprès de : Office of the Chief Coroner – Eastern Region, 51 Heakes Lane, Kingston, ON, K7M 9B1, (613) 531-5737.

⁴ *Supra*, note 1, art. 10(4).

⁵ *Ibid.*, art. 3(1), 33.

⁶ *Ibid.*, art. 30(1).

⁷ *People First of Ontario c. Porter* (1991), 5 OR (3d) 609 (Ont Ct Gen Div - Div Ct), p., p. 620.

⁸ *Supra*, note 1, art. 31(1).

⁹ *Ibid.*, art. 31(3).

¹⁰ Voir, p. ex., *Kingston Penitentiary (Range Representative) c. Regional Coroner* (1989), 33 OAC 241 (Ont Ct Gen Div - Div Ct) 249; *Faber c. The Queen*, [1976] 2 R.C.S. 9, 30.

¹¹ *Supra*, note 1, art. 41.

¹² *Ibid.*, art. 41(2).

¹³ Tous les documents de la demande du HARS à cet effet sont en filière au bureau de l'auteur.

¹⁴ L.C. 1992, ch. 20.

¹⁵ *Ibid.*, art. 3.

¹⁶ *Ibid.*, art. 5.

¹⁷ Comité d'experts sur le sida et les prisons, *Le VIH/sida en milieu correctionnel : rapport final du Comité d'experts sur le sida et les prisons*, Ottawa, Service correctionnel du Canada, 1994.

¹⁸ R. Jürgens, *VIH/sida et prisons : rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1996.

¹⁹ Voir *ibid.*, p. 23, où l'on rapporte qu'en 1995-1996, le SCS a dépensé 2,2 millions \$ pour le dépistage de drogue dans l'urine et pour d'autres volets de sa Stratégie antidrogue, mais seulement 175 000\$ pour des programmes de lutte contre le sida, à l'échelle nationale.

²⁰ On peut consulter plusieurs articles récents : C. Menoyo, D. Zulaica, F. Parras, « Programmes d'échange de seringues dans des prisons d'Espagne », *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 2000, 5(4) : 22-24; H. Stöver, « Évaluation positive de projets pilotes d'échange de seringues en prison », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 2000, 5(2/3) : 65-69; et une lecture commentée, A. Greig, « Lectures – Harm Reduction: A New Direction for Drug Policies and Programs », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(4) : 83-87; D. Zeegers Paget, « Distribution d'aiguilles dans les prisons suisse : une percée? », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 69-71, et plusieurs autres articles dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*.

²¹ *Supra*, note 14, section art. 121.

²² *Ibid.*, art. 87.

²³ *Ibid.*, art. 101 (1) (a) & (d).

²⁴ Document d'information – Réponse du SCC au Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP), Ottawa, Service correctionnel du Canada, Direction des services de santé, 24 mars 1994.

²⁵ J. Beck, « Compassionate release from New York State prisons: Why are so few getting out? », *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 1999, 27 : 216, aux p. 216 et 231.

²⁶ *Supra*, note 24.

²⁷ *Supra*, note 14, art. 86.

²⁸ Service correctionnel du Canada, *Directive 800 du Commissaire – Services de santé*, 22 décembre 1997.

²⁹ *Les soins palliatifs : Vers un consensus pour une normalisation de la pratique*, Ottawa, Association canadienne de soins palliatifs, 1995.

³⁰ Le personnel et les détenus de l'Établissement Mountain, un pénitencier fédéral en Colombie-Britannique, ont développé un programme de soins dont les détails sont expliqués à <http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/duoweb/229/care_f.shtml>.

³¹ Des renseignements sur les hospices carcéraux et les soins palliatifs en prison aux États-Unis sont accessibles auprès de la National Prison Hospice Association à <<http://www.npha.org>> et du Grace Project (Guiding Responsive Action in Corrections at End-of-Life) à <<http://www.graceprojects.org>>.

³² *Supra*, note 2.

³³ *Supra*, notes 17 et 18.

³⁴ *Supra*, note 14, art. 31(2).

Les agents de services correctionnels et les outils de prévention du VIH en prison

Le problème de la transmission du VIH dans les prisons du Québec interpelle de plus en plus les instances politiques fédérales et provinciales. À cet égard, parmi les acteurs clés dont on doit tenir compte dans l'élaboration des mesures de prévention, il y a les agents de services correctionnels.

L'article qui suit résume le rapport de recherche d'une étude menée dans les établissements de détention du Québec,¹ qui visait à identifier les facteurs d'influence sur l'intention des agents de services correctionnels d'accepter ou non de rendre accessibles les outils de prévention de la transmission du VIH (i.e., condoms, eau de Javel, instruments de tatouage et seringues) aux personnes incarcérées. Parmi les facteurs étudiés, on retrouve les perceptions et croyances des agents ainsi que leurs attitudes, normes sociales perçues, émotions ressenties, et barrières perçues concernant le fait de rendre accessibles les outils de prévention.

Échantillon

La population cible de cette étude était composée des agents permanents qui travaillaient dans l'ensemble des établissements de détention de la province de Québec au moment de la collecte de données. Les personnes sollicitées ont participé à cette étude dans une proportion de 42,8%. Ainsi, un total de 957 agents (23% de femmes et 77% d'hommes) provenant de 28 établissements de détention du Québec (48% provenant du fédéral et 53% du provincial) ont complété et retourné le questionnaire.

Principaux résultats

Les résultats indiquent que, dans l'ensemble, les agents des établissements

de détention du Québec ne sont pas favorables à l'implantation des mesures préventives impliquant la distribution de l'ensemble des outils de prévention de la transmission du VIH dans les prisons. Ainsi, seulement 21,4% des répondants se sont dit en accord au fait d'accepter de rendre accessibles tous les outils de prévention (condoms, eau de Javel, instruments de tatouage et seringues). La mesure des intentions en fonction de chaque outil a permis de mettre en lumière la prévalence d'un gradient dans les intentions, qui semble associé au degré de dangerosité perçue de l'outil. En somme, l'intention d'accepter la disponibilité des outils augmenterait lorsque ces derniers sont perçus comme moins dangereux.

L'intention des agents d'accepter de rendre accessibles l'ensemble des outils varie selon diverses variables individuelles et liées au milieu de travail. Ainsi, les femmes, les personnes célibataires et les personnes qui travaillent dans un établissement de juridiction fédérale ont des moyennes d'intention globale significativement plus élevées. Également, les gestionnaires et les gens qui travaillent auprès d'une clientèle féminine semblent plus favorables à l'idée d'accepter de rendre accessibles les outils de prévention. Cependant, les agents qui ont assisté à une formation sur un sujet se rapportant au sida et ceux qui rapportent avoir été personnellement exposés à un risque de transmission du VIH dans l'exercice de leurs fonctions manifestent une intention moins élevée d'accepter de rendre accessibles les outils de prévention.

Quatre facteurs ont été identifiés pour expliquer la réticence des agents.

1. Au plan des barrières, les agents perçoivent un certain nombre d'éléments qui influencent négativement leur décision :
 - le manque de formation sur le sujet;
 - la pensée qu'une seringue puisse servir d'arme;
 - la présence d'un règlement interdisant la consommation de drogues en prison;
 - le doute quant à l'efficacité de ces mesures;
 - la crainte de voir augmenter leur charge de travail.
2. Au plan de leur rôle, les agents ne se voient pas un rôle comme « agent de prévention du sida ». Rendre accessibles les outils de prévention du VIH aux personnes incarcérées n'est pas perçu comme une responsabilité qui leur incombe.
3. Au plan des pressions sociales perçues, les agents croient que les membres de leur réseau social (principalement les collègues de travail et les membres de leur famille) désapprouveraient qu'ils acceptent de rendre accessibles les outils de prévention aux personnes incarcérées.
4. Au plan émotif, les agents expriment des sentiments négatifs (peur, stress) à l'idée de rendre accessibles les outils de prévention aux personnes incarcérées.

Recommandations

Les données nous indiquent qu'il n'est pas réaliste, dans le contexte actuel, de penser implanter des programmes d'accès à l'ensemble des outils de prévention du sida dans les prisons du Québec. Cependant, selon les experts en planification de programmes en matière de prévention dans le domaine de la santé et suite à

l'identification dans la présente étude des facteurs qui influencent l'intention des agents, nous pensons que les trois éléments suivants devraient être considérés au regard des mesures de prévention du VIH en milieu carcéral.

1. Les instances gouvernementales responsables (Service correctionnel du Canada et Ministère de la sécurité publique) devraient fournir des directives claires quant à l'application des mesures préventives impliquant l'accès aux outils de prévention.
2. Un programme de formation adapté en fonction des quatre facteurs identifiés dans la section précédente devrait être développé et dispensé à l'ensemble du personnel des prisons. Les agents devraient être impliqués dans l'élaboration du contenu et des activités de cette formation.
3. L'élaboration des programmes d'accès et des stratégies d'implantation de ces programmes devrait se faire en collaboration avec les agents.

- Gaston Godin, Michel Alary,
Michel Morissette, Lina Noël

Pour rejoindre le chercheur principal, Gaston Godin, ou pour se procurer une copie du rapport, on peut s'adresser à <Gaston.Godin@fsi.ulaval.ca> ou à l'adresse postale : Faculté des sciences infirmières, Pavillon Comtois, Université Laval, Sainte-Foy, Québec G1K 7P4.

Gaston Godin (Ph.D.) est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Il coordonne les travaux de recherche d'une équipe financée par le Fonds pour la formation de chercheurs et de l'aide à la recherche (FCAR) en ce qui a trait à l'étude des processus d'adoption et de changement des comportements dans le domaine de la santé. Il est aussi le directeur scientifique du groupe de recherche sur la prévention des MTS/sida,

financé par le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Les auteurs remercient la coordonnatrice du projet, Hélène Gagnon, et la coordonnatrice de la saisie et du traitement informatique des

données, Sylvie Morel. Ce projet de recherche a été subventionné par le Programme national de recherche et de développement en matière de Santé (PNRDS).

¹ Godin G., Alary M., Morissette M., Noël L., L'intention des agents de services correctionnels d'accepter ou de ne pas accepter de rendre accessibles les outils de prévention de la transmission du VIH aux personnes incarcérées. Rapport de recherche, Québec, décembre 2000.

Les agents correctionnels d'Irlande demandent un meilleur accès à la méthadone pour les détenus

Dans plusieurs pays occidentaux – y compris le Canada – les taux de séroprévalence d'infections parmi les détenus sont maintenant d'envergure épidémique. L'Irlande¹ est elle aussi aux prises avec cette situation : comme au Canada, son service correctionnel n'a réagi que par bribes aux crises du VIH et du virus de l'hépatite C (VHC). Malgré le fait que les systèmes correctionnels du Canada et de l'Irlande aient tous deux un mandat d'assurer aux détenus des soins de santé équivalents à ceux du reste de la société, les systèmes des deux pays ont choisi une approche graduelle et loin d'être complète, pour leurs programmes et services liés au VIH.

Au Canada, des représentants des intérêts de la communauté ont été et demeurent à l'avant-plan des demandes de changements institutionnels qui permettraient de s'attaquer avec efficacité aux crises du VIH et du VHC en prison. Les syndicats qui représentent les employés correctionnels, par contre, sont parmi les plus fermes opposants à l'expansion de programmes qui sont essentiels à la santé des détenus.

En Irlande, les prisons et les détenus se heurtent à plusieurs problèmes identiques à ceux observés au Canada, mais de récentes actions du syndicat des agents correctionnels irlandais offrent une perspective d'espoir : elles montrent que les programmes de prévention du VIH et du VHC ne doivent pas nécessairement être considérés contradictoires aux besoins des employés. De fait, dans le cas du traitement d'entretien à la méthadone, le syndicat des agents irlandais a clairement affirmé que la perspective d'améliorer son accessibilité pour tous les détenus qui en ont besoin est une initiative nécessaire, considérant les besoins des agents en milieu de travail et le mandat correctionnel de l'Irlande.

VIH et VHC en prison : un aperçu

La plus récente enquête détaillée sur les infections à VIH et à VHC dans les prisons irlandaises a été effectuée en novembre 1998 par des chercheurs du Trinity College de Dublin.² Elle

examinait les taux de prévalence et les comportements à risque; plus de 1 200 détenus y avaient pris part.

Cette étude a révélé un taux de 37% d'infection à VHC et de 2% pour le VIH. Ces statistiques ressemblent de près aux chiffres actuellement disponibles sur les prisons du Canada.

Dans une étude menée en 1998 par le D^r Peter Ford, la prévalence du VHC était de 37% et celle du VIH était de 1,7% parmi les détenus de l'établissement de Joyceville, à Kingston, Ontario.³

L'étude du Trinity College, au terme d'une analyse tenant compte du sexe, a noté chez les détenues irlandaises des taux légèrement plus élevés que chez les hommes : 47% pour le

Près de la moitié des utilisateurs de drogue par injection ont déclaré s'y adonner en prison et 58% d'entre eux ont admis partager du matériel d'injection en prison.

VHC et 2% pour le VIH. Ces résultats ressemblent aussi à ceux de quelques études canadiennes qui ont décelé des taux de prévalence plus élevés parmi les femmes incarcérées.⁴

Comme dans les prisons du Canada, on a observé que l'injection de drogue est un important comportement à risque parmi les détenus d'Irlande. Les chercheurs du Trinity College ont calculé que plus de 43% des participants à leur recherche indiquaient s'être injecté de la drogue au moins une fois pendant leur vie, et que 20% de ce groupe affirmaient l'avoir fait en prison pour la première fois. Près de la moitié des utilisateurs de drogue par injection ont déclaré s'y adonner en prison et 58% d'entre eux

ont admis qu'ils partagent du matériel d'injection en prison.⁵

Dans les prisons du Canada, les taux élevés d'infection à VIH et à VHC, conjugués à l'injection de drogue, suscitent continuellement des exhortations à réformer les soins de santé en milieu carcéral. Des organismes comme le Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières atteints du sida (PASAN), le Réseau juridique canadien VIH/sida, la Société canadienne du sida, de même que le Comité d'experts sur le sida et les prisons (CESP), ont demandé que de vrais programmes de réduction des méfaits soient introduits, pour les détenus. L'une des principales mesures de réduction des méfaits réclamées par ces organismes est le *traitement d'entretien à la méthadone* (TEM).

Le TEM en prison

Le TEM est reconnu à travers le monde comme une thérapie efficace de substitution des opiacés et comme une importante avenue de réduction des méfaits pour les utilisateurs d'héroïne et de morphine par injection.⁶

Dans le système correctionnel fédéral du Canada et dans certains systèmes provinciaux de détention, le TEM est disponible, de manière limitée.⁷ Les intervenants communautaires déplorent généralement que des restrictions entourent l'accès au TEM, dans les prisons canadiennes, et ils ont incité les services correctionnels à en étendre l'accessibilité à tous les détenus qui le demandent et qui ont une dépendance aux opiacés.

En Irlande, récemment, les taux élevés (comme au Canada) de VIH, de VHC et d'injection de drogue ont incité le gouvernement à adopter et mettre en œuvre une nouvelle politique à l'effet de rendre le TEM disponible aux détenus dans certaines prisons.

Le changement de cap des politiques irlandaises a été amorcé par une recommandation formulée en juillet 2000 dans le rapport du Groupe d'orientation en matière de services de toxicomanie en prison, publié par le Service des prisons de l'Irlande (SPI). Le motif invoqué par le Service irlandais des prisons, pour accroître la disponibilité du TEM pour les détenus, est que :

Le SPI doit répliquer en prison, au maximum possible, le niveau de soutien médical et d'autres mesures disponibles dans la communauté extérieure.⁸

Le rapport du SPI proposait que la prison pour hommes de Mountjoy, à Dublin, soit le principal point d'accès au TEM, pour les détenus. Le nouveau rapport a aussi rendu la méthadone accessible dans trois établissements correctionnels de la région de Dublin.

Bien qu'on n'en trouve pas mention dans le rapport, il n'est pas étonnant que l'on ait choisi ces établissements en particulier. La ville de Dublin a le plus haut taux d'usage de drogue (principalement d'héroïne) par injection en Irlande. Depuis le milieu des années 1990, le gouvernement national a identifié que la région du Conseil de la santé de l'Est (la région de Dublin) constitue *la* région prioritaire où développer et mettre en œuvre des initiatives de réduction des méfaits comme l'échange de seringues et le TEM. Une grande partie de l'infrastructure locale et de l'expérience nécessaires à l'accroissement du TEM en prison est déjà disponible à Dublin, ce qui n'est pas le cas dans d'autres régions de l'Irlande où les programmes de TEM sont beaucoup plus restreints en taille (plusieurs dépendent d'ailleurs de l'expertise de Dublin).

La prison pour hommes de Mountjoy, dont la population est d'environ 500 détenus, est aussi la plus grande des treize prisons de l'Irlande. À l'heure actuelle, l'établissement abrite la majorité des détenus vivant avec le VIH/sida.⁹

La nouvelle politique correctionnelle irlandaise en matière de TEM est un grand pas en avant dans la réaction aux épidémies de VIH et de VHC en prison, mais elle est déficiente à plusieurs égards qui rappellent les lacunes des politiques des prisons fédérales et provinciales du Canada.

Premièrement, la méthadone ne sera accessible qu'aux détenus qui suivaient déjà ce traitement avant d'être incarcérés.¹⁰ Cette position est similaire à la politique actuelle de la plupart des systèmes correctionnels du Canada qui ont un programme de TEM – bien que le Service correctionnel du Canada se soit déjà doté d'une politique permettant que des détenus amorcent un TEM en prison dans des « circonstances exceptionnelles », et bien qu'on envisage à présent d'y élargir encore l'accès. (Dans la plupart des prisons, cependant, la majorité des détenus ne reçoivent pas, en réalité, l'autorisation de commencer ce traitement pendant leur détention.)

Deuxièmement, la politique irlandaise sur le TEM sera mise en œuvre seulement dans les prisons au sein de la région qui relève du Conseil de la santé de l'Est (la ville de Dublin et les environs). Ces quatre établissements – Mountjoy, Cloverhill (transitionnel), Dochas Centre (prison pour femmes de Mountjoy) et St. Patrick's (pour jeunes hommes de 16 à 21 ans) – n'hébergent que la moitié des 2 200 détenus de l'Irlande. Au Canada, les disparités entre établissements sont courantes, dans l'accessibilité des programmes de prévention du VIH, mal-

gré des politiques qui requièrent une norme uniforme de soins dans tout le système. Cette réalité est souvent le reflet de degrés d'enthousiasme variables à l'égard de ces programmes, parmi le personnel et l'administration des prisons. Dans la politique irlandaise, on a intégré à proprement parler les disparités d'accès des détenus aux programmes, selon l'établissement.

L'Association irlandaise des agents de prison réagit

D'un point de vue canadien, l'une des plus grandes surprises liées à la nouvelle politique irlandaise réside dans la réaction de la Prison Officers' Association (POA), le syndicat qui représente les agents correctionnels. Tandis que les syndicats

Tandis que les syndicats représentant les agents correctionnels du Canada sont farouchement opposés à des mesures de prévention du VIH et de réduction des méfaits, leurs homologues irlandais ont reproché à leur gouvernement *de ne pas aller assez loin* pour rendre le TEM accessible en prison : la POA demande l'expansion du programme de méthadone.

qui représentent les agents correctionnels du Canada sont farouchement opposés à des mesures de prévention du VIH et de réduction des méfaits, leurs homologues irlandais

ont reproché à leur gouvernement *de ne pas aller assez loin* pour rendre le TEM accessible en prison : la POA demande une expansion du programme de méthadone.

Dans une déposition devant la *National Drug Strategy Review* du gouvernement, la POA a affirmé :

Le Service irlandais des prisons aspire à offrir aux toxicomanes incarcérés des traitements médicaux semblables à ceux du reste de la communauté.

Malheureusement, cette aspiration n'a été, et ne demeure, qu'une aspiration.¹¹

La POA reproche aussi au Service des prisons de l'Irlande de créer un système « à deux vitesses » en refusant le TEM à un grand nombre de personnes qui pourraient en bénéficier. Dans une autre communication destinée au *National Drug Strategy Review Group*, la POA a affirmé :

Il est impératif que la politique nationale [en matière de TEM] soit révisée immédiatement et que les initiatives proposées dans le rapport du Groupe soient accessibles à tous les détenus, sans limite liée à leur emplacement ou au Conseil de santé dont relève la prison où ils sont incarcérés [...]

Tous les utilisateurs de drogue et toxicomanes envoyés en prison devraient voir leur cas évalués quant à la pertinence de programmes de traitement de la toxicomanie par l'entretien à la méthadone. La disponibilité de tels programmes ne devrait pas être conditionnée par le fait que ces personnes recevaient ou non ce traitement avant d'être en prison.¹²

Malgré la force de son langage, la critique formulée par la POA quant

aux limites de la politique actuelle du Service des prisons de l'Irlande en matière de TEM *n'est pas* guidée par une philosophie de réduction des méfaits. Les arguments de la POA découlent plutôt d'une perspective de « tolérance zéro », axée sur le traitement – où le but est de « réhabiliter » les détenus toxicomanes en les sevrant des drogues illégales, et non d'élargir leurs options de santé. La POA affirme que :

plusieurs individus qui sont maintenant envoyés en prison commettent des infractions dans la communauté à cause de leur habitude de consommer de la drogue. C'est de la négligence de notre part, si nous ne faisons pas au moins quelques efforts pour essayer de les réhabiliter et de les aider à se défaire de leur abus de drogue pendant qu'ils sont sous la garde et les soins de l'État.¹³

De tels points de vue fondés sur la « tolérance zéro » concorderaient avec ceux d'employés et de représentants des autorités correctionnelles du Canada.

Contrairement à plusieurs syndicats d'employés correctionnels canadiens, toutefois, la POA a fait une évaluation pragmatique de la situation actuelle et elle a conclu que l'option d'élargir l'accès au traitement à la méthadone est en réalité une politique souhaitable non seulement pour les détenus, mais aussi pour les membres du syndicat d'employés et l'ensemble de la communauté. Sa position sert ainsi d'importantes leçons aux systèmes correctionnels du Canada et à ceux qui sont impliqués dans la défense des intérêts des détenus et de la lutte contre le VIH/sida en Irlande.

La critique formulée par la POA irlandaise présente trois éléments qui contrastent avec la pensée prédominante des services correctionnels canadiens et des syndicats qui représentent leurs employés.

1. La POA place la problématique de l'usage de drogue en prison dans le cadre plus vaste de l'usage de drogue dans l'ensemble de la société.
2. La POA reconnaît que la fourniture du TEM en tant qu'option pour tous les détenus [qui ont une dépendance aux opiacés] contribue à diminuer le nombre de personnes qui s'injectent de la drogue en prison, ce qui *accroît la sécurité des employés correctionnels* (en réduisant leurs risques de blessures sur des aiguilles, la violence liée à la drogue de même que les conséquences néfastes du commerce de drogues illégales dans la sous-culture carcérale, etc.)
3. La POA considère que l'option de rendre le TEM accessible à tous les détenus qui en ont besoin et qui veulent le suivre est conforme à la mission du Service des prisons d'Irlande.

Dans sa dure critique de la nouvelle politique irlandaise en matière de TEM en prison, la POA fait la démonstration du fait que les besoins des employés correctionnels ne sont pas antithétiques à ceux des détenus. Il s'agit là d'une importante leçon pour les syndicats canadiens d'employés correctionnels.

Pour les militants de la communauté, les leçons sont tout aussi convaincantes. L'option proposée par la POA témoigne du fait que la prévention du VIH et du VHC, de même que les soins aux personnes qui en sont atteintes, peuvent accroître la sécurité en milieu de travail et concourir à l'atteinte du mandat correctionnel. Il s'agit d'éléments importants que l'on devrait continuer d'intégrer dans les efforts d'intervention liés aux problèmes de VIH et de VHC en prison.

Il est crucial que les efforts pour l'expansion des services liés au VIH et au VHC en prison soient fondés sur les droits fondamentaux des détenus aux soins et aux traitements; du point de vue stratégique, cependant, il est important que les effets positifs de tels programmes sur le personnel ne soient pas passés sous silence. Des exemples comme ce cas irlandais devraient être retenus, au Canada, lorsque vient le temps de répondre aux inquiétudes d'employés correctionnels devant la perspective d'expansion des programmes de lutte contre le VIH et le VHC en prison.

– Rick Lines

Rick Lines a travaillé de 1993 à 2000, notamment comme coordonnateur des programmes nationaux, au Réseau d'action et de soutien des prisonniers et prisonnières vivant avec le VIH/sida (PASAN), à Toronto. Il est présentement en congé d'une année, en Irlande, où il travaille aux dossiers des programmes et politiques en matière de drogue et d'alcool. On peut le joindre à ricklines@ireland.com.

¹ Dans le présent article, les mots « Irlande » et « irlandais » font référence aux vingt-six comtés de la République d'Irlande et n'incluent pas les six comtés de l'Irlande du Nord. Les statistiques rapportées n'incluent pas celles des prisons de l'Irlande du Nord.

² Department of Community Health and General Practice, Trinity College, Dublin, *Hepatitis B, Hepatitis C and HIV in Irish Prison : Prevalence and Risk*, rapport préparé pour le ministère de la Justice, de l'Équité et de la Réforme du droit. (1999).

³ P. Ford, « Séroprévalence du VIH, du VHC et de comportements à risque dans une prison fédérale », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 4(2/3) : 60-63.

⁴ Réseau juridique canadien VIH/sida, « VIH/sida et hépatite C en prison : les faits », *VIH/sida et prisons – Feuille d'information 1* (deuxième version, révisée), 2001.

⁵ Department of Community Health and General Practice, *supra*, note 2, p. 16-18.

⁵ Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, le Réseau, 1999, 97-103 (avec nombre de références).

⁶ Pour un aperçu, voir Réseau juridique canadien VIH/sida, « Prévention et traitement : la méthadone », *VIH/sida et prisons – Feuille d'information 7* (deuxième version, révisée), 2001.

⁷ Irish Prisons Service, *Report of the Steering Group on Prison Based Drug Treatment Services*, juillet 2000, p. 2-3.

⁸ Bien qu'on ait mis fin en janvier 1995 à la ségrégation officielle des détenus vivant avec le VIH/sida, la majorité des détenus connus comme séropositifs sont encore dans l'établissement de Mountjoy, qui s'est vu allouer des ressources pour fournir des soins spécialisés et d'une norme plus élevée.

⁹ Même si le rapport du Service irlandais reconnaît la nécessité de rendre la méthadone disponible aux utilisateurs d'opiacés qui sont admis et qui souhaitent amorcer un traitement de désintoxication, en vertu de la politique actuelle on n'autorise que le prolongement de l'ordonnance de méthadone à ceux qui avaient amorcé le traitement avant d'être incarcérés.

¹⁰ Prison Officers' Association, *Submission to Mr. Tony Bass, Secretary to the National Drug Strategy Review*, Department of Tourism, Sport and Recreation, 6 juin 2000.

¹¹ Larry Buggy, secrétaire général adjoint, Prison Officers' Association, lettre à M. Tony Bass, National Drug Strategy Review Group, Department of Tourism, Sport and Recreation (7 septembre 2000).

¹² Mémoire de la Prison Officers' Association.

NOUVELLES INTERNATIONALES

Les sociétés pharmaceutiques abandonnent leur poursuite contre l'Afrique du Sud – Victoire pour les personnes vivant avec le VIH/sida

Le 19 avril 2001, trente-neuf fabricants pharmaceutiques ont cédé aux pressions et au blâme venant du monde entier : ils ont complètement retiré leur poursuite contre le gouvernement de l'Afrique du Sud à propos de sa législation qui pourrait lui servir à fabriquer des médicaments essentiels à meilleur prix pour des millions de Sud-Africains.

Contexte

En 1997, le gouvernement sud-africain a adopté le *Medicines and Related Substance Control Amendment Act* [la Loi amendant le contrôle des médicaments et de substances connexes].¹ Le but de cette loi est de permettre au gouvernement de rendre les médicaments plus abordables, à la fois dans les systèmes de soins publics et privés, en Afrique du Sud. Ces mesures autorisent l'importation parallèle de médicaments brevetés; un contrôle sur le prix des médicaments (par un système transparent de détermination des prix, supervisé par un comité); la substitution obligatoire de médicaments de marque, dont le brevet est expiré, par des médicaments génériques; l'exclusion des employés de l'industrie pharmaceutique, au sein du Conseil sur le contrôle des médicaments; et l'émission d'appel d'offres internationaux pour des contrats d'achat de médicaments par l'État.

En février 1998, la Pharmaceutical Manufacturers Association of South Africa (PMA), qui est l'organisation-cadre sud-africaine pour l'industrie pharmaceutique de médicaments de marque, a tenté d'empêcher le gouvernement sud-africain de mettre en œuvre ces mesures.² Le gouvernement a accepté de ne pas avoir recours à sa loi avant que la question soit tranchée en cour. Les arguments invoqués par la PMA étaient que :

- la loi violait le droit de ses membres à l'égalité, en exerçant une discrimination injuste contre les entreprises novatrices, en faveur des fabricants génériques;
- la législation aurait permis que leur propriété (c.-à-d. leurs brevets) soient expropriée sans compensation;
- le droit constitutionnel des pharmaciens de pratiquer leur profession était violé;
- l'importation parallèle contrevenait à l'Accord international sur les

aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (ADPIC); et que

- les dispositions de la loi étaient vagues et donnaient à la ministre de la Santé des pouvoirs trop vastes.

La PMA a aussi argué que les dispositions envisagées ne conduiraient pas à des réductions de prix qui profiteraient à un nombre important d'individus, mais entraîneraient une invasion du marché pharmaceutique par des médicaments pirates, des imitations et des médicaments dangereux (une tentative évidente de la PMA pour associer « générique » et « pirate »).

L'intervention de la TAC

Au moyen de marches, de lettres, de pétitions, de rencontres avec la PMA, la Treatment Action Campaign (TAC) a fait pression sur la PMA pendant deux ans afin qu'elle abandonne la poursuite, mais la PMA avait ignoré cette demande. L'audience a été fixée au 5 mars 2001. Aucun avis n'a été envoyé à la TAC, qui a alors demandé la permission d'intervenir en tant qu'*amicus curiae* (amie de la cour). Les documents déposés devant le tribunal, à cette étape, ne traitaient que de propriété intellectuelle, sans mention de l'épidémie de VIH/sida ni d'accès à des traitements abordables pour réduire les conséquences de l'épidémie sur la société sud-africaine. En dépit de l'opposition de la PMA, la cour a accordé à la TAC le statut d'amie de la cour, en affirmant

qu'elle apportait à la cause une perspective vitale et absente des documents déposés par la PMA et le gouvernement.

La TAC a concentré son intervention sur trois aspects de la législation : l'article 15C relatif aux importations parallèles; l'article 22F sur la substitution par des produits génériques; et l'article 22G relatif à la détermination d'un prix unique et à la formation d'un comité sur les prix pour assurer la transparence du processus. Les principaux arguments présentés par la TAC se fondaient sur les dispositions du *Bill of Rights* [Charte des droits] de la Constitution sud-africaine, en ce qui a trait aux droits à l'égalité, à la dignité humaine, à la vie et à l'accès à des soins de santé, ainsi qu'aux droits des enfants.

La TAC a soutenu que les nouvelles lois ne violaient pas les droits des entreprises pharmaceutiques – mais que, si c'était le cas, il serait justifié de limiter le droit des entreprises de faire des profits (supplémentaires) devant l'ampleur de l'épidémie du VIH/sida. Tandis que la PMA a affirmé que la législation profiterait « seulement » à un petit nombre de patients (dans le secteur des soins privés), la TAC a déposé des preuves d'après lesquelles la loi profiterait à la fois au système public de soins et au système privé. De plus, la TAC a souligné que, même si l'allégation de la PMA était juste et que l'on se fiait à ses chiffres, la loi profiterait tout de même à quelque 500 000 Sud-africains vivant avec le VIH/sida.

La TAC a soutenu par ailleurs que les dispositions respectaient les obligations du gouvernement sud-africain en vertu de l'Accord sur les ADPIC – mais que, si la cour concluait qu'elles violaient ces dispositions, les obligations du

gouvernement en vertu de la Constitution sud-africaine l'emporteraient de toute façon sur celles liées aux ADPIC. De plus, l'Afrique du Sud est également signataire d'autres traités internationaux (notamment le Pacte relatif aux droits économiques, sociaux et culturels; la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination envers les femmes; et la Convention des droits de l'enfant) qui renferment tous des obligations positives à l'effet que le gouvernement adopte les mesures voulues pour promouvoir la santé des Sud-africains; ces obligations devraient avoir préséance sur les obligations liées à un traité comme celui sur les ADPIC.

Des ressources pour cette lutte judiciaire et socioéconomique se sont mobilisées, en Afrique du Sud et dans le monde. Des experts locaux et internationaux de divers secteurs (économie de la santé, système sud-

Des protestations et des reportages à l'échelle mondiale ont précipité la capitulation de l'une des industries les plus puissantes et lucratives au monde.

africain de soins de santé, économie médicale, prix des médicaments, droit international) se sont portés volontaires et ont rédigé des avis juridiques et des affidavits pour appuyer les positions de la TAC dans le procès; l'AIDS Law Project a travaillé avec des conseillers expérimentés, pour préparer le mémoire de la TAC et sa plaidoirie.³

Médecins sans frontières (MSF) a recueilli plus de 250 000 signatures par une pétition planétaire pour inci-

ter la PMA à abandonner ses poursuites. L'AIDS Consortium, un ralliement de quelque 300 organismes non gouvernementaux de lutte contre le sida ainsi que d'organismes au service des communautés sud-africaines, a tenu des séances de briefing hebdomadaires, à ses bureaux. La TAC a préparé un feuillet d'information qui a été distribué aux journalistes de tous les médias importants du pays. Résultat : des protestations et des reportages à l'échelle mondiale, qui ont précipité la capitulation de l'une des industries les plus puissantes et lucratives au monde. La PMA a retiré sa poursuite le 19 avril 2001 et accepté de défrayer le gouvernement sud-africain pour ses frais légaux.⁴

Situation actuelle

Si elle est appliquée correctement, la nouvelle loi permettra au gouvernement et au système de soins privés d'économiser des millions de rands, sur le coût des médicaments. Le prix actuel auquel les entreprises de médicaments de marque vendent une trithérapie antirétrovirale est d'environ 10 000R par an, en Afrique du Sud. Le 4 juin, le gouvernement a publié une version provisoire de règlements, pour l'application de la Loi, en invitant les commentaires du public avant septembre 2001.⁵

Malgré la victoire qu'il a remportée, le gouvernement sud-africain n'a pas agi de manière à rendre les thérapies antirétrovirales plus abordables. Lors d'une conférence de presse qui a suivi l'abandon de la poursuite, la ministre de la Santé a souligné que le gouvernement ne rendrait pas les thérapies antirétrovirales accessibles aux personnes vivant avec le VIH/sida, pour les motifs suivants : le coût élevé des médicaments, des problèmes d'infrastructure, le coût des

tests, du counselling et des diagnostics, ainsi que la toxicité des médicaments.

La TAC continuera de revendiquer que les personnes vivant avec le VIH/sida aient un accès à des traitements abordables. Dans sa bataille contre la PMA, la TAC s'est alliée au gouvernement sud-africain pour appuyer des mesures légales justes et nécessaires à la réalisation du droit des Sud-africains à la santé. La prochaine bataille verra la TAC s'opposer à la position du gouvernement.

– Anita Kleinsmidt

Anita Kleinsmidt est avocate à l'emploi du AIDS Law Project – South Africa. L'ALP a représenté la Treatment Action Campaign dans son intervention. Mme Kleinsmidt peut être jointe à <kleinsmidta@law.wits.ac.za>.

Pour plus d'information sur le problème de l'accès aux traitements dans les pays en développement, voir les ressources offertes par la Treatment Action Campaign à <www.tac.org.za>, l'AIDS Law Project, South Africa à <www.hri.ca/partners/alp> et le Réseau juridique canadien VIH/sida à <www.aidslaw.ca/francais/Contenu/themes/sointraitements/listeressources.htm>.

¹ Le texte de la loi est accessible sur le site Web du gouvernement sud-africain, <www.gov.za>.

² *Pharmaceutical Manufacturers' Association of South Africa and Others v The President of the Republic of South Africa, the Hon. Mr NR Mandela and Others*, dossier n° 4183/98, High Court of South Africa (Transvaal Provincial Division). Plusieurs des documents déposés en cour sont accessibles sur le site Web de la TAC, à <www.tac.org.za>.

³ L'affidavit principal de la TAC, qui répond aux arguments de la PMA, de même que la majorité des affidavits à son appui, le mémoire juridique de la TAC et sa déclaration à propos de cette affaire sont accessibles à <www.tac.org.za>.

⁴ Le texte de l'entente intervenue entre la PMA et le gouvernement sud-africain est accessible [en anglais] à <www.aidslaw.ca/Maincontent/issues/cts/agreementSA.htm>.

⁵ La version préliminaire des règlements peut être téléchargée du site Web gouvernemental, <www.gov.za>, où l'on clique « Documents, reports & forms », puis le répertoire « consultative documents » ou « reports and other documents ».

Nigeria – Une juge interdit à une femme séropositive l'accès à la salle d'audience

En février 2001, une juge de la Haute Cour d'Ikeja, au Nigeria, a empêché une femme séropositive d'entrer dans sa salle d'audience, par peur de la transmission du VIH.

La juge de cour de district Caroline Olufawa présidait un procès intenté par Georgina Ahamefule, une femme vivant avec le VIH qui accusait son ancien employeur, un hôpital, de discrimination inconstitutionnelle envers elle et de son congédiement illégal en 2000. Ahamefule avait engagé sa poursuite avec l'aide du Social and Economic Rights Action Centre (SERAC), un organisme nigérian de défense des droits de la personne.

À l'audience de la cause, le 22 janvier 2001, la juge Olufawa exprima sa répugnance à l'égard de la présence physique de Ahamefule dans sa salle d'audience, en disant à son avocat : « Je vous en prie, n'amenez pas votre cliente ici. Qu'elle reste chez elle. » À l'audition suivante, le 5 février 2001, elle statua qu'avant de permettre à

Ahamefule de se présenter dans sa salle d'audience elle exigerait une preuve d'expert qui la convaincrat que ni elle, ni les autres personnes présentes dans la salle, ne seraient infectées par le VIH en conséquence. La juge refusa de tenir compte des arguments oraux qui lui furent présentés à l'effet que le VIH n'était pas transmissible par contact non intime et que le fait d'interdire à Ahamefule de se présenter au procès qu'elle avait engagé constituait de la discrimination inconstitutionnelle et portait atteinte à son droit constitutionnel à une audition équitable.

Le 16 février 2001, le SERAC présenta un appel de la décision de la juge Olufawa devant la Cour d'appel pour le motif que celle-ci avait erré en droit, dans sa décision, et avait com-

mis une violation flagrante de la Constitution nigérienne et de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples. Mme Ahamefule veut faire déclarer qu'elle est une personne au sens de la Constitution et qu'elle peut jouir des droits humains fondamentaux sans égard à sa séropositivité. Elle veut également faire déclarer que le fait de lui interdire l'accès à la salle d'audience à cause de sa séropositivité est inconstitutionnel, que l'ordonnance du juge est nulle, et qu'elle n'a pas à produire une preuve d'expert concernant les voies de transmission du VIH avant d'avoir la possibilité d'assister aux séances du tribunal. Elle souhaite également que sa cause soit assignée à un autre juge.¹ La date de son appel a été fixée au mois d'octobre 2001.

Comme suite à l'ampleur des dénonciations de sa décision de refuser à Mme Ahamefule l'accès à la salle d'audience, la juge Olyfawo a sommé deux journalistes de comparaître en cour, à la fin de mars 2001, pour lui démontrer pourquoi ils ne devraient pas être punis d'emprisonnement pour outrage au tribunal pour avoir publié son jugement. L'un des

journalistes a publié une rétraction, mais l'autre a contesté le pouvoir juridictionnel de la cour de le faire comparaître. La juge Olufawo a par ailleurs menacé de déposer des accusations contre le directeur général du SERAC, qui était l'avocat de Mme Ahamefule, sans cependant préciser leur teneur.

Dans un revirement inattendu, avant même que la contestation judiciaire du journaliste soit entendue, la cour a écarté les accusations d'outrage au tribunal. Mais la cour a également radié l'ensemble de la poursuite de Mme Ahamefule en déclarant que l'affaire avait été « indûment publicisée » – sans égard au fait qu'une demande d'appel valide avait été déposée afin de faire invalider les ordres précédemment donnés par la cour. La juge Olufawo a aussi tenté d'empêcher Mme Ahamefule d'avoir accès aux dossiers officiels de la cour et aux copies certifiées des ordres de la cour; elle a

d'ailleurs accepté de laisser la demanderesse les consulter seulement après que le SERAC ait présenté une demande au juge en chef de l'État de Lagos, pour obtenir une ordonnance lui donnant accès à cette information.

Ce premier cas a été porté à l'attention du SERAC dans le cadre d'une recherche nationale qu'il effectuait pour déterminer la nature et l'ampleur des violations des droits de la personne rencontrées par les personnes vivant avec le VIH/sida, ainsi que pour connaître les attitudes du grand public. La décision de Mme Ahamefule de chercher recours en justice contre son ex-employeur fait foi d'un courage et d'un altruisme énormes, dans un environnement qui regorge d'idées fausses et de préjugés à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida.

Cette affaire a mobilisé l'attention à travers le monde, en raison de ses importantes ramifications pour l'inté-

rêt public. Le fait qu'une juge d'un haut tribunal puisse être assez ignorante de la nature du VIH/sida pour avoir recours aux pouvoirs coercitifs de l'État, afin de prouver la « vérité » de ses informations ou hypothèses élémentaires erronées, met en relief le gigantesque travail à accomplir, au Nigeria, pour surmonter la menace de la pandémie du VIH et pour assurer la protection des droits humains élémentaires des personnes vivant avec le VIH/sida.

– Felix Morka

Felix Morka est le directeur général du SERAC et l'avocat de Georgina Ahamefule. On peut le joindre à <Seracnig@aol.com>, ou par la poste a/s SERAC, 16 Awori Crescent (off Coker Rd./Obokun St.), Ilupeju-Lagos, Nigeria.

¹ *Ahamefule c. Imperial Medical Centre & Molokwu* (Dossier ID #1627/2000), Avis d'appel, Court of Appeal (Lagos), 16 février 2001 (dépôt).

É.-U. – Un tribunal refuse de rendre une ordonnance de divulgation de sérodiagnostic à la police

En février 2001, le plus haut tribunal du Massachusetts a jugé qu'un homme dont le sang avait éclaboussé des agents de police lors de son arrestation n'a pas l'obligation en vertu des lois de l'État de révéler son état sérologique.

Alors qu'ils répondaient à un appel concernant une querelle de ménage, des policiers ont tiré sur Luis Ortiz et, dans la bagarre qui s'est ensuivie, huit policiers ont été en contact avec son sang. Initialement, un juge de la cour de district a ordonné à Ortiz de divulguer son état sérologique à la police,

mais celui-ci a présenté un appel d'urgence pour faire reporter l'ordonnance. L'organisme Gay & Lesbian Advocates & Defenders (GLAD), un organisme juridique d'intérêt public, a présenté une requête pour intervenir en son nom et au nom du AIDS Action Committee of Massachusetts

en vue de s'opposer à toute ordonnance judiciaire ayant pour objet de forcer cette divulgation obligatoire de l'état sérologique.

Le 15 février 2001, la juge Martha Sosman, de la Supreme Judicial Court, siégeant seule, a cassé l'ordonnance de la cour de district. Elle a observé dans sa décision que « la loi de l'État interdit la divulgation de l'état sérologique de qui que ce soit sans sa permission », et que la législature de l'État s'est opposée à plusieurs reprises aux propositions destinées à permettre à la police ou à des fonctionnaires de la sécurité publique de faire exception à cette loi, considérant que la confidentialité absolue à l'égard du sérodiagnostic est le meilleur moyen de protéger la santé publique.

La juge Sosman a souligné que, dans les cas où une personne craint d'avoir été exposée au VIH, la connaissance du sérodiagnostic de la présumée personne source n'a à peu

près aucune utilité sur le plan médical; la personne exposée devrait plutôt suivre les protocoles médicaux établis pour les tests et le counselling relatifs au VIH.¹

¹ *Massachusetts c. Luis Ortiz*, 15 février 2001, Supreme Judicial Court of Massachusetts (juge Sosman); Gay & Lesbian Advocates & Defenders (GLAD), communiqué de presse, « Supreme Judicial Court Affirms HIV Privacy Rights », 15 février 2001 (consulté à www.glad.org le 27 juillet 2001).

Chine – La ville de Chengdu adopte une loi discriminatoire à l'égard des personnes vivant avec le VIH/sida

En février 2001, la ville chinoise de Chengdu, capitale de la province du Sichuan, a adopté une loi interdisant aux personnes séropositives de se marier ou de travailler comme chirurgiennes ou comme éducatrices en garderie. La loi prévoit également que la

police impose des tests sérologiques obligatoires aux travailleurs du sexe, aux utilisateurs de drogue et aux personnes d'autres soi-disant groupes à « risque élevé » dans les cinq jours de leur arrestation. Elle ordonne également la ségrégation des détenus séro-

positifs, dans les prisons, et elle oblige tout résident qui a séjourné à l'extérieur du pays pendant plus d'un an à subir un test de dépistage. L'ONUSIDA, le programme conjoint de sept organisations affiliées à l'ONU, a condamné la loi qui à son avis va à l'encontre du but recherché et viole les droits de la personne. Le Chengdu Workers Daily a également réprouvé la loi.¹

¹ R. Wockner, « Chinese city bans marriage for HIV-positives », *International News* #354, 5 février 2001.

LE VIH/SIDA ET LE DROIT

Nous poursuivons cette section spéciale sur le VIH/sida et le droit, dans laquelle ont paru jusqu'à maintenant des articles faisant état de développements dans cinq pays, à savoir l'Australie, la Suisse, l'Angleterre et le Pays de Galles, l'Inde et les États-Unis.¹

VIH/sida et développements juridiques en Allemagne

La jurisprudence a aidé à définir le cadre juridique dans lequel vivent les personnes infectées et touchées par le VIH/sida en Allemagne. Dans le présent article, nous faisons état de la jurisprudence dans trois domaines susceptibles d'intéresser les lecteurs canadiens : le droit pénal, la confidentialité et l'usage de drogues illégales pour maîtriser la douleur. Nous décrivons également la situation des réfugiés vivant avec le VIH/sida.

Le droit pénal

Dans le domaine du droit pénal, plusieurs jugements de tribunaux supé-

rieurs ont porté sur des cas de personnes séropositives au VIH qui ont eu des relations sexuelles non protégées

sans divulguer leur état sérologique; et sur le recours à la défense du consentement valable.

Les relations sexuelles non protégées sans avoir divulgué sa séropositivité au VIH

En 1988, dans une affaire qui rappelle à certains égards l'affaire *Cuerrier* au Canada,² la Cour suprême fédérale

(*Bundesgerichtshof*) a maintenu la condamnation d'un soldat américain séropositif accusé de tentative de voies de fait graves pour s'être livré à des actes sexuels sans avoir pris de précautions adéquates et sans avoir informé ses partenaires de sa séropositivité au VIH.³

Le prévenu avait reçu en 1986 un résultat positif au test du VIH et son médecin l'a conseillé à deux reprises sur les précautions qu'il devait prendre à l'avenir, y compris l'usage de condoms lorsqu'il avait des relations sexuelles vaginales, anales ou orales, même si ces actes ne comportaient pas d'éjaculation. Néanmoins, le prévenu a eu par la suite plusieurs relations sexuelles anales et orales non protégées avec des hommes sans les informer de sa séropositivité. Il est ressorti de la preuve que le prévenu mettait toujours un condom juste avant d'éjaculer, mais pas plus tôt. Il n'était pas possible de confirmer s'il y avait eu transmission du VIH pendant l'un des actes sexuels en cause. Certains partenaires ont reçu des résultats de tests confirmant qu'ils n'avaient pas contracté le VIH, mais d'autres n'étaient pas disponibles pour subir de test. En vertu du droit allemand, pour être reconnu coupable de tentative d'agression sexuelle grave, il n'est pas nécessaire de prouver que la vie des partenaires sexuels a réellement été mise en danger.⁴

Le tribunal a conclu que le prévenu avait intentionnellement mis en danger ses partenaires pour satisfaire ses pulsions sexuelles.⁵ Le tribunal a affirmé que le prévenu avait agi avec une intention limitée (*bedingter Vorsatz*), c'est-à-dire que même s'il ne voulait pas réellement faire du tort à ses partenaires, il avait sciemment fait abstraction de faits dont il avait connaissance.⁶

Le tribunal a affirmé qu'il aurait peut-être traité le prévenu plus sévèrement n'eût été du fait que celui-ci avait tenté de minimiser le risque pour ses partenaires en interrompant l'acte sexuel avant d'éjaculer, pour mettre un condom. En outre, le tribunal a signalé que la plupart des actes reprochés étaient des relations sexuelles orales qui, si elles ont lieu sans éjaculation, sont objectivement moins dangereuses que des relations sexuelles anales non protégées qui ne sont pas suivies d'éjaculation.⁷

Dans ses commentaires sur la question du consentement valable des partenaires sexuels du prévenu, le tribunal a fait mention de notions juridiques comme « agir à ses risques » et « prendre intentionnellement un risque ».⁸ Toutefois, le tribunal a conclu que ces notions juridiques ne s'appliquaient pas en l'espèce en raison de la « connaissance supérieure » du prévenu.⁹ Le tribunal a affirmé que personne ne peut consentir à prendre un risque sans avoir connaissance de tous les faits qui constituent le risque en cause, en particulier (comme ce fut le cas en l'espèce) le fait que le prévenu avait reçu un résultat positif au test du VIH. Le tribunal a également affirmé que le fait que les partenaires sexuels appartenaient à ce qui est communément appelé un « groupe à risque élevé » (les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes) ne réduisait pas le fardeau du prévenu de minimiser le risque d'infecter d'autres personnes.¹⁰

Dans une autre affaire jugée en 1989, la Cour suprême fédérale a maintenu la condamnation d'un homme accusé de voies de fait graves, mais a rejeté une accusation de tentative de voies de fait graves sur la même victime.¹¹ Il est ressorti de

la preuve que le prévenu (P) avait reçu en 1985 un résultat positif au test du VIH. En 1987, il a rencontré C, avec qui il a eu des relations sexuelles. Avant ces rapports, C a dit à P qu'il était « propre » (sous-entendant que P pouvait avoir des relations sexuelles avec lui sans mettre sa santé en danger). Puisque P n'a pas répondu, C a présumé que P était « propre » lui aussi. Ces derniers ont eu à deux occasions des relations sexuelles anales non protégées au cours desquelles C était le partenaire « réceptif ». Le tribunal a conclu qu'à une de ces occasions, P avait transmis le VIH à C. Il était impossible de savoir la date exacte de l'infection. Le tribunal a affirmé que P avait commis une tentative de voies de fait graves (le crime le moins grave) pendant l'un des actes, et des voies de fait graves (le crime le plus grave) pendant l'autre. Toutefois, le tribunal a affirmé que le crime le moins grave avait été englobé par le crime le plus grave, de sorte que le prévenu ne s'est pas vu imposer de peine supplémentaire.¹²

La défense du consentement valable

En 1989, la Cour d'appel supérieure de Bavière (*Bayerisches Oberstes Landesgericht*) a maintenu l'acquittement, prononcé par un tribunal d'instance inférieure, d'un homme accusé de tentative de voies de fait graves, pour le motif que le partenaire sexuel du prévenu avait consenti aux actes en cause.¹³

Il est ressorti de la preuve que le prévenu (P) avait reçu un résultat positif au test du VIH. Plus tard, P a rencontré une femme de seize ans (H). H avait appris d'un tiers l'infection de P. À plusieurs occasions, P a parlé à H de la maladie, de l'issue

éventuellement fatale de l'infection à VIH, et des risques liés aux relations sexuelles non protégées. Néanmoins, H a insisté pour avoir des relations sexuelles vaginales non protégées avec lui. P avait d'abord refusé, mais a fini par accepter. Le couple a eu des relations sexuelles non protégées à plusieurs occasions. H a reçu un diagnostic négatif au VIH après qu'ils eurent mis fin à leurs rapports.

Le tribunal a jugé que H s'était adonné aux actes à ses risques¹⁴ et que les actes du prévenu n'étaient pas illégaux, puisque H avait donné son consentement valable.¹⁵ Le tribunal a affirmé que trois éléments sont nécessaires pour établir ce raisonnement juridique : a) le prévenu n'est pas le seul qui a une emprise sur ce qui se passe; b) le partenaire sexuel est bien informé des risques liés à l'activité; c) le partenaire sexuel a la maturité voulue pour évaluer adéquatement les risques en cause.¹⁶ Le tribunal a affirmé que ces trois conditions étaient remplies en l'espèce.¹⁷

La confidentialité

Un jugement plus récent pourrait aider à clarifier un peu ce que les médecins doivent faire s'ils sont aux prises avec un conflit entre la nécessité de protéger la confidentialité d'un patient et l'obligation d'avertir une tierce personne qui est son partenaire.

La situation juridique des médecins en Allemagne est plutôt incommode. Le Code relatif aux maladies transmissibles sexuellement (MTS) oblige les médecins à déclarer anonymement aux autorités sanitaires toute MTS qu'ils diagnostiquent chez leurs patients.¹⁸ Toutefois, parce qu'ils ont prêté serment de protéger la confidentialité de leurs patients, le Code pénal allemand (CPA) interdit aux médecins d'aviser un partenaire de patient. Le

médecin ne pourrait donc pas être poursuivi s'il choisissait de se conformer au serment professionnel dans une situation où son patient insistait pour qu'il ne parle de l'infection à personne.¹⁹

Toutefois, en 1999, dans une affaire portée devant la Cour d'appel de Francfort,²⁰ le tribunal a statué que, dans certains cas, un médecin devait rompre son serment professionnel et informer le partenaire conjugal d'une personne vivant avec le VIH/sida *si cette dernière était manifestement insensible aux besoins de son partenaire et interdisait expressément au médecin d'informer le partenaire.*²¹ Le tribunal a également affirmé que si les deux partenaires étaient des patients du même médecin, il incombe clairement à ce dernier d'informer le partenaire; selon le tribunal, agir autrement mettrait gravement en danger la vie humaine.²²

Les faits de cette affaire étaient les suivants : une jeune femme a poursuivi le médecin de son compagnon décédé (ce médecin était également son médecin) pour le préjudice subi du fait que le médecin ne l'avait pas informée de l'infection à VIH de son compagnon. Jusqu'à sa mort, elle croyait qu'il s'agissait d'un cancer. En conséquence, elle a eu des relations sexuelles non protégées avec lui, ce qui a fait en sorte qu'elle a contracté le VIH. La plaignante a soutenu qu'elle n'aurait pas continué à avoir des relations sexuelles avec son partenaire si elle avait su qu'il était séropositif au VIH.

Dans son arrêt, le tribunal a cité le paragraphe 34 du CPA (*Rechtfertigender Notstand*, c'est-à-dire, la justification par nécessité), qui régit les situations dans lesquelles une personne doit choisir entre deux obligations juridiquement valides.²³ Tout

conflit entre des intérêts protégés doit être résolu en s'appesantissant sur les intérêts protégés respectifs. En l'espèce, le tribunal a jugé que la santé et la vie de la jeune femme l'emportaient sur la protection des renseignements personnels.²⁴

Le tribunal a affirmé que dans d'autres affaires, les faits pourraient donner lieu à des conclusions différentes. Le médecin n'aurait peut-être pas l'obligation d'avertir le partenaire si les deux conditions suivantes étaient remplies : a) le partenaire n'était pas lui aussi un patient du même médecin; b) le médecin a de bonnes raisons de croire que le patient informera ses partenaires sexuels de l'infection.²⁵

En l'espèce, la jeune femme n'a pas obtenu les dommages-intérêts qu'elle demandait, puisqu'il était impossible de prouver si elle était devenue VIH séropositive avant ou après que le médecin eut appris la séropositivité de son compagnon.

La Cour suprême fédérale a refusé d'entendre l'appel de la femme.

L'usage de drogues illégales pour maîtriser la douleur

Une autre affaire intéressait un homme vivant avec le VIH et qui consommait de la marijuana et du hachisch à des fins médicales. La possession de ces drogues est illégale en Allemagne. L'homme (P) avait passé la drogue en contrebande des Pays-Bas pour son usage personnel. Les quantités en cause étaient 142 grammes de marijuana et 19 grammes de hachisch, qui renfermaient ensemble 7,7 grammes de tétrahydrocannabinol (THC). P, séropositif depuis 1984 et atteint du sida depuis 1990, utilisait les drogues pour atténuer la douleur causée par des complications liées au sida. Le THC donnait de bons

résultats dans son cas.

Un tribunal inférieur a déclaré P coupable de possession et l'a condamné à six mois de probation. En 1999, les avocats de P ont interjeté appel à la Cour d'appel de Cologne (*Oberlandesgericht Koeln*)²⁶ pour le motif que le tribunal avait omis de tenir compte du fait que l'acte était justifié en vertu du paragraphe 34 du CPA (la justification par nécessité). Le paragraphe 34 prévoit qu'un acte n'est pas réputé illégal s'il est commis pour parer à un danger immédiat (par exemple, un danger pour la santé). Le danger ne doit pas être évitable de quelque autre façon et il faut sopeser les deux intérêts respectifs en cause. L'intérêt protégé doit l'emporter considérablement sur l'intérêt auquel il est porté atteinte.²⁷

En l'espèce, il fallait donc que la douleur physique de P ne soit évitable d'aucune autre façon et que le bien-être de P l'emporte considérablement sur l'intérêt du pays de maintenir un milieu sans drogue pour protéger la santé publique.²⁸ La première condition soulève certains doutes, puisque le THC artificiel est disponible en Allemagne et avait déjà été prescrit à P par son médecin.

Parce qu'il lui manquait certains renseignements factuels, la Cour d'appel a renvoyé l'affaire au tribunal inférieur pour qu'il l'examine de nouveau²⁹ et a demandé à ce tribunal d'entendre les arguments présentés par la défense.³⁰ La Cour d'appel a également affirmé que même si le tribunal inférieur rejetait le recours au paragraphe 34 en l'espèce, il devait envisager comme défense éventuelle le fait que les actes de P pourraient avoir constitué une « erreur juridiquement valable ».³¹

Le traitement des réfugiés vivant avec le VIH/sida³²

Les citoyens de pays membres de l'Union européenne (UE) ont le droit de vivre et de travailler librement en Allemagne aussi longtemps qu'ils le veulent. Relativement aux immigrants et aux réfugiés venant de pays à l'extérieur de l'UE, l'Allemagne avait jadis une politique plutôt libérale en comparaison avec celles d'autres pays occidentaux. Toutefois, en 1993, en grande partie à cause des problèmes liés à la réunification de l'Allemagne de l'Est et de l'Allemagne de l'Ouest, le gouvernement conservateur de l'époque, avec un certain appui des libéraux et des sociaux-démocrates, a adopté une politique plus restrictive et l'a enchâssée dans la Constitution.

Actuellement, le droit à l'asile politique est limité à un certain nombre d'exceptions, la plus importante étant communément appelée la « règle de l'État tiers ». En vertu de cette règle, si une personne qui cherche le refuge politique arrive en Allemagne d'un pays que l'Allemagne considère « sûr » quant à la manière dont il traite les réfugiés politiques, la personne est renvoyée vers ce pays. Ces pays sûrs sont énumérés dans une loi approuvée par le parlement allemand. Il peut s'ensuivre des situations comme celle-ci : si un Kurde irakien cherche refuge en Allemagne et doit s'y rendre en avion en passant par un aéroport turc, les autorités le renverront vers la Turquie parce que ce pays est considéré comme sûr.

Chaque affaire est un cas d'espèce et les réfugiés ont droit d'en appeler des décisions des autorités. Toutefois, très peu de ces appels sont accueillis. Malgré ces restrictions, il reste que l'Allemagne autorise plus de person-

nes à demeurer au pays que plusieurs autres pays européens.

Une proportion importante de personnes vivant avec le sida en Allemagne vient d'autres pays (22%, en hausse par rapport à 13% en 1994, selon l'institut Robert Koch). Ces gens se trouvent dans une situation difficile et incertaine.

En Allemagne, il appartient aux *Länder* (l'équivalent des provinces canadiennes ou des États américains) de fournir le logement aux personnes qui demandent l'asile. La plupart des *Länder* n'imposent pas de test obligatoire aux réfugiés. En 1988, la conférence des ministres et des sénateurs de la Santé de tous les *Länder* ont conclu que le dépistage obligatoire n'améliorerait d'aucune façon la situation épidémiologique ou hygiénique du logement des réfugiés.³³

Néanmoins, la Bavière, le plus grand et le plus riche Land allemand, avec une population d'environ neuf millions d'habitants et un gouvernement ultraconservateur au pouvoir de longue date, fait subir aux réfugiés éventuels un test du VIH. En outre, les tests sont administrés sans consentement éclairé adéquat et avec peu de soutien ou de counselling aux personnes qui reçoivent un diagnostic positif (*Narimani*, 1999). En l'absence de soutien psychologique adéquat de l'État, une bonne part du travail de suivi est effectuée par des organismes et bénévoles locaux de lutte contre le VIH/sida. Ces organismes et bénévoles ont identifié un certain nombre de problèmes que connaissent les réfugiés vivant avec le VIH/sida, y compris la peur d'être expulsé du pays, la honte et la discrimination dans la collectivité, le manque de connaissances sur les médicaments qu'ils prennent, et les

crainces (injustifiées) de transmettre le VIH à leurs enfants (*Narimani*, 1999).

En raison de leur statut de résidence inférieur, les demandeurs d'asile vivant avec le VIH/sida n'ont qu'un accès limité aux services sociaux ou médicaux. Seuls les traitements médicaux absolument fondamentaux sont fournis; un tel traitement ne répond pas aux besoins nombreux et complexes d'ordre physique et psychologique des personnes vivant avec le VIH/sida. Les demandeurs d'asile n'ont pas le droit de circuler librement sur l'ensemble du territoire allemand et leur droit de travailler est fort limité. Il n'est pas rare de voir des gens ayant une formation de médecin ou de professeur travailler comme domestiques ou préposés à l'entretien ménager (*Seidler*, 1999).

Le fait d'être séropositif au VIH ne permet pas automatiquement à un réfugié éventuel de demeurer en Allemagne. Le droit allemand et les instruments européens des droits de l'homme protègent les gens contre l'expulsion s'ils font face à la peine de mort, à la torture ou au traitement inhumain dans leur pays d'origine.³⁴ Par ailleurs, il a été affirmé dans des jugements récents que des réfugiés éventuels ayant des maladies graves ne peuvent cependant être expulsés si leur maladie ne peut être adéquatement traitée dans leur pays d'origine.³⁶ Toutefois, chaque affaire est un cas d'espèce, de sorte que l'expulsion des réfugiés séropositifs

demeure possible. Un des facteurs importants est l'endroit où l'infection a été contractée : l'État allemand assume une plus grande responsabilité si l'infection s'est produite sur son territoire.³⁷

Même si le réfugié éventuel se voit accorder le droit d'asile, celui-ci peut être retiré dans certaines situations, jusqu'à ce qu'il soit devenu citoyen allemand. L'incertitude constante à laquelle sont confrontés les réfugiés est l'une de leurs plus grandes difficultés.

— *Olav Kratz*

Olav Kratz est étudiant en droit; il prépare actuellement ses examens finals à l'École de droit de l'Université de Munich. Il écrit pour plusieurs publications. Après ses études, il compte poursuivre une carrière en journalisme. En 1999, il a été stagiaire au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre à <olavkratz@hotmail.de>.

¹ Voir, *Bulletin canadien VIH/sida et droit* 2000; 5(2/3) : 1, 76 et seq.; et 2000; 5(4) : 41-45.

² *R. c. Guerrier*, [1998] 2 R.C.S. 371.

³ BGHSt (i. e. Entscheidungen des Bundesgerichtshofs in Strafsachen, jugements de la section de droit pénal de la Cour suprême fédérale) vol. 36, p. 1 et seq.

⁴ BGHSt vol. 36, p. 9

⁵ BGHSt vol. 36 p. 2-3

⁶ BGHSt vol. 36, p. 11

⁷ BGHSt vol. 36, p. 19

⁸ BGHSt vol. 36, p. 16

⁹ BGHSt vol. 36 p. 17

¹⁰ BGHSt vol. 36 p. 18

¹¹ BGHSt vol. 36 p. 262 et seq.

¹² BGHSt vol. 36 p. 268-269

¹³ BayObLG (c.-à-d. Bayerisches Oberstes Landesgericht, Cour d'appel supérieure de Bavière), dans NJW 1990, p. 131 et seq.

¹⁴ BayObLG dans NJW 1990, p. 132

¹⁵ BayObLG dans NJW 1990, p. 132

¹⁶ BGH dans NJW 1989, p. 785

¹⁷ BayObLG dans NJW 1990, p. 132

¹⁸ *Troendle* dans *Troendle/Fischer*, « Kommentar zum Strafgesetzbuch und Nebengesetzen », 49^{ème} édition, Munich, 1999 (ci-après appelé « Commentaire de Troendle sur le code pénal »).

¹⁹ *Laufs*, Prof. Dr. iur. Dr. h. c. *Adolf et Reiling*, Assessor *Emil* dans « Rechtsfragen zu HIV – Infektion und AIDS – Erkrankung », p. 12, Francfort, 1995.

²⁰ OLG Frankfurt (Cour d'appel à Francfort), ordonnance judiciaire du 8 juillet 1999 ordonnance judiciaire du 8 juillet 1999, indicatif de fichier 8 U 67/99

²¹ OLG Frankfurt, ordonnance judiciaire du 8 juillet 1999, indicatif de fichier 8 U 67/99, p. 6

²² OLG Frankfurt, ordonnance judiciaire du 8 juillet 1999, indicatif de fichier 8 U 67/99, p. 7

²³ OLG Frankfurt, ordonnance judiciaire du 8 juillet 1999, indicatif de fichier 8 U 67/99, p. 7

²⁴ OLG Frankfurt, ordonnance judiciaire du 8 juillet 1999, indicatif de fichier 8 U 67/99, p. 7

²⁵ OLG Frankfurt, ordonnance judiciaire du 8 juillet 1999, indicatif de fichier 8 U 67/99, p. 8

²⁶ OLG Koeln, ordonnance judiciaire du 8 juillet 1999 – indicatif de fichier Ss 51/99 – 23, dans *StaFo* 1999 p. 314 et seq.

²⁷ Voir *Commentaire de Troendle sur le code pénal*, 48^e édition, paragraphe 34 article 5; et *BGHSt* vol. 39 p. 137

²⁸ OLG Koeln dans *StrFo* 1999 p. 315

²⁹ OLG Koeln dans *StrFo* 1999 p. 315

³⁰ OLG Koeln dans *StrFo* 1999, p. 315

³¹ OLG Koeln dans *StrFo* 1999, p. 315

³² Voir également *Narimani P.*, « PatientInnen und KlientInnen zweiter Klasse darf es nicht geben », *Quilt* 1999, 5 : 4; *Höiczl M.*, « Die Gründe für Flucht und Migration liegen in den Industrieländern », entrevue avec *Gisela Seidler*, avocate, *Quilt*, 1999, 5 : 5 – 6; *Gütschow B.*, « Who is who », *Quilt*, 1999, 5 : 6.

³³ « Entschliessung der 59. Konferenz der fuer das Gesundheitswesen zustandigen Minister und Senatoren der Laender am 17./18. November in Berlin »

³⁴ *BverwG* 9, Décision du Sénat du 27 avril, indicatif de fichier 9 C 13/97.

³⁵ Paragraphe 43 article 4 *Auslaendergesetz* en rapport avec Art. 3 CEDH, la Convention européenne des droits de l'homme.

³⁶ *BverwG*, décision du 15 avril 1997; *BverwG* 9, Sénat, décision du 27 avril 1998, indicatif de fichier 9 C 13/97.

³⁷ Voir paragraphe 53 article 206.2 dans *Gemeinschaftskommentar zum Auslaenderrecht*, *Luchterhand*, vol. 3.

POLITIQUES SUR LES DROGUES

« Natural Helpers » : une approche communautaire en réduction des méfaits

Cet article de Jennifer Taylor et Theresa Jaspersen porte sur la fructueuse initiative de réduction des méfaits développée par Streetworks – un programme d'échange de seringues d'Edmonton, Alberta. L'initiative « Natural Helpers » fournit et rehausse les compétences, les connaissances, les ressources et le soutien dont les utilisateurs de drogue par injection ont besoin pour prendre soin d'autres membres de leur communauté. Les auteurs décrivent l'évolution du projet, de sa création à aujourd'hui.

Introduction

L'injection de drogue est une préoccupation constante et croissante, au Canada. Les taux d'infection à VIH et d'hépatite C sont très élevés chez les utilisateurs de drogue par injection (UDI) – une population qui est par ailleurs touchée depuis longtemps par le phénomène de surdose et les infections opportunistes.

Il n'a jamais été facile de travailler auprès de personnes qui s'injectent de la drogue. Elles sont souvent perçues comme étant difficiles et peu conciliantes. Le projet « Natural Helpers », une initiative de développement communautaire fondée sur le principe de la réduction des méfaits, crée des opportunités de collaboration entre la communauté des UDI et les fournisseurs de services. Le projet permet à ces professionnels d'acquérir des connaissances, mais il donne également aux UDI l'occasion d'exprimer leurs besoins et de contribuer au déve-

loppement d'une communauté plus sécuritaire et plus saine.

Historique

La Boyle Street Community Services Co-operative est un organisme qui tente de pallier à plusieurs lacunes, dans les services offerts aux personnes défavorisées des quartiers urbains d'Edmonton. Elle offre notamment un projet d'intervention auprès des adultes, un programme d'alphabétisation des adultes, une école et un centre sans rendez-vous.

Trente ans d'expérience lui ont permis de remarquer que des personnes ont une tendance naturelle à aider leurs amis et familles, dans la communauté. Certaines sont des leaders au palier local; mais le travail de plusieurs autres n'a rarement ou jamais été reconnu. Pour souligner le rôle important de ces individus dans la communauté, on les a surnommés

« aidants naturels » [« Natural Helpers »].

Le programme d'échange de seringues d'Edmonton, Streetworks (dont l'un des sites se trouve à la Boyle Street Co-op), fonctionne depuis plus de 10 ans. Ses services s'inspirent du modèle de réduction des méfaits et mettent l'accent sur une approche relationnelle. On y définit la réduction des méfaits comme la provision des compétences, des connaissances, des ressources et du soutien dont les personnes ont besoin pour vivre dans un milieu plus sécuritaire et en meilleure santé. Le programme mise sur le développement communautaire et le renforcement des capacités de ses clients. Le concept d'aidants naturels lui convenait donc parfaitement.

Le personnel du programme a commencé à identifier, dans la communauté des UDI, des personnes qui ressentaient le besoin d'aider leurs amis et familles. Le but du projet était de travailler avec ces aidants naturels pour rehausser leurs compétences et leurs connaissances, et pour leur offrir les ressources et le soutien pour les aider à mieux accomplir leur « tâche ». Du financement fut reçu de Santé Canada.

On a embauché une infirmière afin qu'elle rassemble des aidants naturels et explore les éléments qui seraient les plus utiles à leur travail. Après avoir réuni ces personnes et saisi leurs idées, on a décidé de recueillir les connaissances et les expériences par-

tagées par le groupe, puis d'en faire un livret sur les pratiques sécuritaires d'injection. Six mois plus tard, on publiait le *Vein Care Handbook*.

Le caractère novateur du projet, qui regroupait des UDI suffisamment stables et disposés à prendre la parole, a rapidement attiré l'attention. Divers individus ont demandé à rencontrer le groupe pour être en contact avec des gens « du milieu » plutôt qu'avec des professionnels qui œuvrent auprès d'eux. Les aidants naturels ont choisi eux-mêmes les individus et groupes qu'ils allaient rencontrer. Ces intervenants ont été incités par Streetworks à considérer le paiement de frais de consultation aux aidants naturels.

Le succès du projet initial a ouvert les portes à un financement supplémentaire, octroyé par l'Edmonton Community Lottery Board. Les aidants naturels ont continué de se réunir et de nouveaux membres se sont joints à eux, au besoin. Ils ont produit un nouveau livret, *Street First Aid: 'Cause You Just Never Know* [Les premiers soins sur la rue – Parce qu'on ne sait jamais], qui va au delà des questions liées à l'injection de drogue, pour expliquer la meilleure façon d'offrir les premiers soins dans la rue. Récemment, le groupe a finalisé un « manuel sur les germes » qui aborde la prévention des maladies infectieuses.

La création du groupe

Streetworks a embauché une infirmière et choisi un autre employé pour s'occuper du projet d'aidants naturels. Ces animateurs ont observé attentivement les UDI qui avaient recours au service d'échange de seringues, puis ils ont identifié des individus qui prenaient soin des autres, dans la communauté. Ils leur

ont posé des questions telles : Pour combien de personnes faites-vous l'échange de seringues? Pourquoi les faites-vous pour d'autres? De quelle façon prenez-vous soin des autres? De quoi auriez-vous besoin pour mieux accomplir votre tâche? Un UDI qui avait déjà établi une solide relation avec le personnel de Streetworks s'est joint au groupe. Une fois les aidants identifiés, on les a invités à se rendre à un même endroit, à un moment précis. La taille du groupe était d'abord limitée à 10 membres, mais elle fut ensuite augmentée à 14. En termes de sexe, d'origine ethnique, de type d'usage de drogue et d'âge, le groupe était représentatif de la clientèle de Streetworks. Les aidants naturels recevaient un salaire horaire de 10\$, pour trois raisons : les animateurs du projet étaient salariés; les aidants naturels étaient considérés comme des consultants légitimes; et on reconnaissait que la pauvreté était un problème social qui touchait leur vie.

La structure du groupe

Des réunions avaient lieu une ou deux fois par mois. Le lieu de rencontre était un endroit où les membres de la communauté se sentaient en sécurité et à l'aise. Les réunions duraient deux heures, avec deux pauses de quinze minutes. La plupart des aidants étant peu familiers avec les protocoles de réunion; on s'est efforcé d'adopter un style plus détendu et informel. Les animateurs prenaient note des discussions, pendant lesquelles on encourageait les membres à partager leurs idées et à parler des problèmes qui les touchent. On offrait des collations pour favoriser leur concentration. Éventuellement, le groupe a développé sa propre dynamique.

La démarche du groupe

Les pratiques sécuritaires d'injection, les compétences de premiers soins, les maladies infectieuses et le deuil dans la rue sont quelques-uns des thèmes qui ont émergé des discussions. Après la publication du *Vein Care Handbook*, les fonds reçus ont permis une vision à plus long terme et la planification de projets futurs. Les membres et les animateurs du groupe ont décidé d'élaborer un manuel de premiers soins dans la rue, décrivant des situations qui requièrent une telle intervention. Par exemple, « Buddy est tombé ivre mort en plein soleil, après avoir bu toute la journée. Il s'expose à un risque d'insolation ». Étape par étape, les aidants ont choisi des personnages et des scénarios qui reflètent la vie de rue. Les animateurs apportaient des connaissances et des compétences de premiers soins et les aidants contribuaient par leur expérience de la rue. Le groupe d'aidants s'est impliqué à toutes les étapes du projet. Chaque paragraphe était lu et commenté par eux. On a pris soin d'utiliser un langage adapté au public cible. Des professionnels des premiers soins ont révisé les ébauches du manuel. La version finale a reçu l'approbation des aidants.

Effets positifs du projet

Accentuer des forces

Les animateurs ont reconnu la force et les compétences d'UDI qui, après plus de 20 ans de dépendance à la drogue, étaient parvenus à demeurer en relativement bonne santé et à prendre soin des autres dans leur communauté. Le projet Natural Helpers offrait ces compétences et du perfectionnement. Les membres du groupe se sont vus respectés pour

Les animateurs ont reconnu la force et les compétences d'UDI qui, après plus de 20 ans de dépendance à la drogue, étaient parvenus à demeurer en relativement bonne santé et à prendre soin des autres dans leur communauté.

leur expertise et ils sont devenus plus confiants. Cette confiance s'est manifestée dans l'échange d'idées lors de l'élaboration du manuel de premiers soins.

Échanger de l'information

Par leur travail étroit avec les aidants naturels, les animateurs ont acquis des connaissances précieuses à propos de la vie des personnes qui s'injectent de la drogue. Dans un climat de confiance croissante, les membres du groupe ont commencé à se révéler davantage. Par la même occasion, ils ont acquis des compétences de premiers soins et les ont rapportées dans leur communauté.

Promouvoir les intérêts des UDI

Les aidants naturels ont fait valoir les intérêts de leur communauté par des moyens directs et indirects. Ils ont parlé au nom des UDI devant des groupes de professionnels, tels des consultants en milieu hospitalier et des étudiants de médecine qui souhaitaient joindre cette population. Ils ont animé une présentation par affiche lors d'une conférence provinciale sur la réduction des méfaits et ils ont

répondu à des questions. L'un des aidants a fait des démarches auprès de six pharmacies, afin qu'on y installe un présentoir pour le manuel. Les animateurs participaient à divers comités, dans le cadre de leur travail à Streetworks; en étant plus familiers avec les réalités des UDI, ils étaient en mesure de mieux promouvoir leurs intérêts devant ces comités.

Impliquer la communauté dans la réduction des méfaits

Les aidants naturels ont perfectionné leurs compétences et adopté de nouvelles stratégies de réduction des méfaits. Un membre s'est procuré une trousse de premiers soins pour aider les UDI dans le besoin, en parcourant le centre-ville à vélo. Il faisait aussi la collecte des seringues usagées, dans ces quartiers.

Joindre une population à l'écart

Bien que le programme Streetworks soit accepté par une grande partie de la population d'UDI d'Edmonton, on sait que les UDI de la ville n'y ont pas tous recours; Streetworks peut toutefois les joindre de diverses manières. Par exemple, un aidant naturel a amorcé un service informel d'échange de seringues dans la maison de chambre où il habite. Il recueillait les seringues usagées et les échangeait pour des neuves à Streetworks. Ainsi, les gens qui n'avaient pas accès au programme pouvaient quand même obtenir des seringues neuves et d'autre matériel.

Possibilité d'améliorer la santé de la communauté entière

Grâce à une meilleure compréhension des UDI, les animateurs ont pu adapter leurs pratiques pour mieux répondre aux besoins de cette population. Les animateurs ont également

présenté des exposés sur le projet devant plusieurs agences, organismes et établissements d'enseignement, dans l'espoir de les sensibiliser aux besoins des personnes qui s'injectent de la drogue.

Rôle du personnel

Au départ, les animateurs jouaient un rôle de premier plan. Ils ont créé un climat de confiance et encouragé le dialogue sur l'injection de drogue et les problèmes qui y sont liés. Les procès-verbaux étaient examinés régulièrement pour mesurer les progrès. Lorsque les animateurs ont noté que le groupe prenait le projet en charge, ils ont réduit leur intervention. Au fil des progrès du groupe, on a compris que des règles devaient être établies. Par exemple, au départ, on n'avait pas spécifié l'état dans lequel les membres devaient se présenter aux réunions. Certains s'y rendaient mais perdaient le fil, privant ainsi les autres de leur participation. Le groupe a donc décidé que les membres devaient être productifs s'ils assistaient aux réunions.

Évaluation

Les animateurs évaluaient continuellement le projet. – Gardons-nous notre point de mire? Respectons-nous les échéanciers? Le groupe progresse-t-il? Avons-nous besoin de membres supplémentaires? Les membres du groupe prennent-ils le projet en charge? Sentent-ils qu'on les écoute?

Ils ont également mesuré les résultats du projet au moyen de questions. – Le groupe a-t-il complété le projet? Quels résultats non escomptés sont survenus? Le groupe a-t-il répondu aux attentes? Le groupe a-t-il répondu à ses propres attentes? Qu'aurait-on pu faire autrement?

Résultats non escomptés

Des membres de la communauté qui sont impliqués auprès des aidants naturels de Streetworks ont constaté des changements positifs dans leur vie. Quatre ont fait face à leur dépendance et initié des démarches pour s'en défaire. Trois autres ont participé à des programmes d'éducation. Un membre de la communauté s'est trouvé un emploi comme préposé de stationnement. L'implication d'une autre femme dans le projet Natural Helpers lui a apporté le soutien et la stabilité dont elle avait besoin pour aller de l'avant, notamment au plan familial. Elle a cessé de consommer de la drogue et elle a travaillé fort pour reprendre la garde de ses enfants, que lui avait retirée les autorités. On lui a accordé la visite de ses enfants durant le week-end. Elle est sobre depuis presque deux ans. Au fil du temps, des liens se sont tissés entre les membres du groupe, qui se sont fourni un soutien mutuel hors des réunions. Ils commençaient leurs

réunions en demandant à chacun comment les choses allaient. Les gens ont découvert leurs compétences et leur expertise, ce qui leur a permis de prendre en mains leur vie et leur santé, en plus d'initier des changements personnels positifs.

Possibilités futures

Le projet Natural Helpers portait principalement sur le développement des ressources, notamment parce que le groupe avait besoin d'un objectif concret sur lequel se fonder et justifier les demandes de financement. Au fil de son travail, on a envisagé diverses possibilités pour le futur, y compris le soutien mutuel, la consultation avec la communauté élargie et la création d'une voix politique pour un segment de population rarement écouté. Toutes ces options sont réalisables et pourraient donner des résultats significatifs. Streetworks a reconnu la valeur du projet Natural Helpers et l'a intégré à ses activités opérationnelles.

L'expérience positive des aidants naturels et des organismes impliqués dans leur projet pourrait être facilement répliquée au sein d'autres populations marginalisées de la société. Les besoins et les connaissances de groupes culturels déjà identifiés sont uniques et devraient être explorés – pensons entre autres aux jeunes qui s'injectent de la drogue, aux travailleurs du sexe, aux transsexuels qui vivent dans la rue et aux femmes dont le partenaire s'injecte de la drogue. Les bienfaits potentiels sur la santé sont considérables, à la fois pour les individus et les communautés.

– Jennifer Taylor, Theresa Jasperson

Pour plus d'information sur le projet Natural Helpers ou pour obtenir copie du matériel cité, veuillez contacter Jennifer Taylor RN, BScN, infirmière éducatrice, ou Theresa Jasperson RN, BScN, infirmière éducatrice, à Streetworks, 10116 – 105 Avenue, Edmonton, AB T5H 0K2. Tél. : 780 424-4106 (poste 210); téléc. : 780 425-2205; courriel : <jtaylor@boylestco-op.org> ou <tjasperson@boylestco-op.org>.

Santé Canada s'engage à rehausser les efforts liés à l'injection de drogue et au VIH/sida

Le 31 août 2001, plus de 20 mois après le dépôt du rapport du Réseau juridique canadien VIH/sida sur *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*,¹ Santé Canada y a répondu en s'engageant « à renforcer et à augmenter ses efforts en ce qui a trait à l'usage de drogues par injection. »²

La réponse de Santé Canada

Dans sa réponse au rapport du Réseau, Santé Canada reconnaît que « [l']usage de drogues par injection

est d'abord et avant tout une question de santé » et qu'il « faudra apporter des changements fondamentaux aux cadres législatif et stratégique actuels pour que l'usage de drogues par injec-

tion soit traité d'abord et avant tout comme un problème de santé ».

Santé Canada y formule d'importants engagements. Notamment :

- « travailler de concert avec ses partenaires pour affronter le problème de l'usage de drogues par injection dans son ensemble, efficacement et avec compassion » (p. i);
- entreprendre un dialogue avec d'autres ministères fédéraux sur l'incidence des lois actuelles en matière de drogues sur les consommateurs de drogues par injection » (p. 6);
- collabore[r] avec des partenaires clés en vue d'améliorer la mise en œuvre, l'accessibilité et l'efficacité

des programmes d'échange de seringues et de réduire les barrières d'accès à ces programmes au Canada (p. 7); et

- renforcer et augmenter ses efforts en ce qui a trait à l'usage de drogues par injection (p. 14).

De plus, dans sa réponse, Santé Canada reconnaît ouvertement que :

- les problèmes liés à l'injection de drogue ont atteint au Canada une ampleur critique et nécessitent une attention immédiate (p. 1 et 15);
- l'usage de drogue par injection est un problème qui concerne tous les Canadiens (p. 1);
- le Canada ne parviendra pas à renverser la situation à moins d'une action plus déterminée (p. 2);
- les personnes qui s'injectent des drogues doivent être traitées avec respect, en tant que « membres à part entière de la société, qui requièrent et méritent appui, aide et inclusion, et non comme des criminels qui devraient être isolés des autres (p. 2);
- d'autres mesures novatrices de réduction des méfaits doivent être élaborées, mises à l'essai, évaluées puis, au constat de leur efficacité, mises en œuvre au Canada comme elles l'ont déjà été dans d'autres pays (p. 2);
- l'implication des personnes qui font usage de drogue, de même que leurs réseaux, dans la tâche de réduire les méfaits associés à l'injection de drogue, est cruciale (p. 10, 12, 15);
- la prestation de services à un individu ne devrait pas être conditionnelle à ce qu'il amorce un traitement contre la dépendance à une drogue (p. 10);
- il est important de soutenir un pro-

gramme intensifié et intégré, pour la recherche en ce qui concerne l'usage de drogue par injection, les drogues illégales et le VIH/sida (p. 12);

- il est nécessaire d'étendre et de rendre plus efficaces les services de réduction des méfaits et les services de traitement, partout au pays (p. 13); et
- il est nécessaire d'intensifier la collaboration avec le Service correctionnel du Canada afin d'améliorer les interventions pour réduire les méfaits qui s'associent à l'injection de drogue en prison (p. 13).

La réaction du Réseau juridique

Le Réseau juridique a procédé à une analyse approfondie de la réplique de Santé Canada à son rapport.

L'analyse du Réseau est intitulée *L'injection de drogue et le VIH/sida – Le Réseau juridique canadien VIH/sida réagit à la réplique de Santé Canada au rapport déposé par lui en 1999 au sujet de l'injection de drogue et du VIH/sida*.³ Cette analyse, rendue publique le jour de l'annonce de Santé Canada, félicite le ministère de s'engager aux objectifs susmentionnés et de reconnaître que l'usage de drogue par injection est avant tout une question de santé. Cependant, le Réseau s'est montré critique à l'égard d'autres aspects du propos de Santé Canada.

L'échec de s'attaquer à l'impact des lois et politiques en matière de drogue

En particulier, le Réseau fait remarquer que la réponse de Santé Canada reconnaît qu'il faut modifier les cadres légaux et les politiques en vigueur, relativement à la drogue – tant à l'échelle nationale qu'interna-

tionale – afin de pouvoir s'attaquer à l'usage de drogue en tant que problème de santé, mais que, au-delà de ce constat, le ministère esquive complètement la question et la manière de procéder. (Le Comité fédéral-provincial-territorial sur l'usage de drogues par injection a fait de même dans son document intitulé *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*.⁴)

À l'instar du Comité FPT, Santé Canada admet ouvertement la nécessité d'entreprendre un examen approfondi des lois, politiques et règlements du Canada, en lien avec l'injection de drogue et avec l'usage de drogue en général, tout en soulignant qu'un grand nombre de rapports ont identifié « certains aspects des lois canadiennes sur les drogues causant les méfaits associés à l'usage de drogues par injection de même que la nécessité de modifier les politiques en matière de drogue au Canada ». Mais les deux échouent à s'attaquer de front à ce problème fondamental et, plutôt que de l'aborder d'une manière significative, ils le contournent sur la pointe des pieds.

De l'avis du Réseau juridique, il peut être justifié de placer le point de mire sur des initiatives qui peuvent être entreprises immédiatement, au sein du cadre légal en vigueur; mais il est injustifiable de se refuser à aborder le problème de l'impact que les lois et politiques actuelles entraînent sur le plan de la prévention et de notre capacité de fournir des mesures adéquates de soins, de traitement et de soutien aux personnes qui utilisent des drogues. D'ailleurs, pendant la préparation du rapport de consultation sur *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection*,⁵ des individus offrant des services à

ces personnes ont affirmé : « [N]ous savons ce qu'il faut faire, mais nous ne sommes pas capables de le faire, pour plusieurs raisons » – principalement en raison des obstacles liés au statut juridique de la drogue et de l'usage de drogue. Par conséquent, on a défendu avec ardeur l'argument à l'effet que « le fait de ne pas considérer sérieusement des alternatives à des lois et politiques en matière de drogue [...] constitue une grave entrave à l'éthique ». ⁶

Non-réponse à certaines des recommandations

Le Réseau a déploré que Santé Canada n'offre pas de réponse à plusieurs recommandations d'action que lui adressait le Réseau dans son rapport; le ministère a choisi de faire des déclarations générales sur des questions plus larges, plutôt que de s'engager ou d'agir pour donner suite à des recommandations spécifiques. D'ailleurs, le Réseau fait remarquer que certains des engagements exprimés sont bien vagues, trop flous pour être significatifs et pour générer quelque imputabilité que ce soit. Cela est déplorable, d'autant plus que le ministère a mis plus de 18 mois à préparer sa réplique.

Le Réseau considère que la réplique de Santé Canada à son rapport doit se lire de pair avec les recommandations contenues dans le document du Comité FPT sur l'usage de drogues par injection. Santé Canada affirme que les deux documents « reflètent l'avis du gouvernement selon lequel la lutte contre les problèmes liés à l'usage de drogues par injection au Canada exige à la fois l'amélioration des interventions et la promotion d'un environnement favorable et non discriminatoire pour offrir ces interventions ». ⁷

Néanmoins, bien que le Comité FPT propose des actions plus précises que Santé Canada, plusieurs des actions recommandées laissent aussi trop de place à l'interprétation ou s'arrêtent à mi-chemin. ⁸

Le besoin urgent : des actions au lieu de paroles

Santé Canada admet que les nombreux problèmes entourant l'injection de drogue et le VIH/sida ainsi que les hépatites « exige[nt] une attention urgente » (p. 15), que « le Canada doit répondre à ce grave problème de santé en améliorant la qualité des interventions auprès des utilisateurs de drogues par injection et en apportant des changements fondamentaux à l'environnement dans lequel ces interventions sont entreprises » (p. i) et que « il faut en faire plus » (p. 2). Le Réseau fait cependant remarquer que les engagements annoncés ne sont pas à la hauteur de l'urgent besoin d'action exprimé dans le rapport de 1999 du Réseau ainsi que dans plusieurs autres rapports de divers intervenants. La tragédie du VIH/sida et de l'hépatite C parmi les utilisateurs de drogue par injection se poursuit depuis plusieurs années et au moins une partie aurait pu être prévenue si les gouvernements étaient allés au delà de l'étape des réunions et consultations supplémentaires, au profit d'une réelle action pour faire face aux problèmes immédiats. À certains égards, la situation rappelle celle de la tragédie du sang contaminé, dans les années 80, alors que les décideurs ont fait précisément ce qui se fait à l'heure actuelle dans le dossier injection de drogue : des réunions, des consultations, puis des actions trop tardives. Comme l'a fait remarquer Jan Skirrow, ancien Sous-ministre responsable de la santé

communautaire et de l'hygiène au travail en Alberta :

Un groupe marginalisé – les utilisateurs de drogue par injection – est frappé par une vague de décès et de maladies résultant non pas des substances consommées, mais bien des méthodes inefficaces et inadaptées que nous employons pour lutter contre l'usage de drogue illicite et la toxicomanie. On observe dans ce domaine la même réticence à analyser correctement le problème ou à mettre de côté les méthodes conventionnelles et les vieilles idées. On observe une lutte de pouvoir entre les forces de l'ordre et les autorités de la santé publique sur la façon d'aborder le problème. On observe chez les décideurs et chez bon nombre de professionnels de la santé une profonde méconnaissance du groupe et des individus à risque.

[...] Les comités se réunissent, les médias rapportent les belles paroles de politiciens et les désaccords des experts; ainsi, toute solution pratique reste en suspens alors que nous débattons de questions qui relèvent essentiellement de luttes de pouvoir. Pendant ce temps, des gens meurent en nombre effarant et personne ne semble s'en apercevoir ou trop s'en inquiéter. ⁹

Le Réseau conclut, en somme, que les engagements exprimés dans la réplique de Santé Canada sont bien venus, mais que l'on ne peut plus remettre à plus tard une action qui se fait attendre depuis trop longtemps.

Un pas sur la bonne voie, mais...

Malgré nombreuses lacunes, la réplique de Santé Canada au rapport du

Réseau, de pair avec le document du Comité FPT sur l'usage de drogues par injection, est un pas important et significatif, dans la bonne voie. Les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux admettent d'importantes réalités et expriment des engagements importants. Il reste à espérer que les paroles feront place à l'action. Comme l'a déjà dit le Réseau, l'inaction observée jusqu'à présent

est renversante, notamment lorsqu'on se rappelle que ceux qui en sont responsables – en particulier le gouvernement fédéral, les gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi que les responsables de la santé publique, d'un bout à l'autre de ce pays – avaient pourtant quelques leçons à tirer de la Commission d'enquête sur l'approvisionnement en sang au Canada (l'enquête Krever). Mais les leçons de cette enquête – dont plusieurs sont directement applicables à l'épidémie du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogue par injection au Canada, comme l'indiquait Skirrow avec éloquence dans le numéro précédent du *Bulletin* – semblent avoir été oubliées, ou ne sont appliquées que lorsque ça nous arrange, sans quoi on les néglige. En quelques années, des milliers d'utilisateurs de drogue par injection ont contracté le VIH et le virus de l'hépatite C, dans plusieurs cas en raison directe de l'inaction. Ces cas d'infection auraient pu être prévenus. À moins d'une action immédiate, de nombreuses autres infections surviendront au cours des années à venir.¹⁰

Le 26 septembre 2001, les ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé ont procédé conjointement

« Pour s'attaquer au problème, nous devons dépasser l'impression négative que nous laissent ceux qui s'injectent des drogues et accepter qu'une personne aux prises avec la toxicomanie n'a pas moins droit à des soins convenables. Cela demande de se rappeler que derrière chaque individu statistique se trouve une personne, un fils, une fille, une sœur ou un frère. »

- Allan Rock,
ministre de la Santé, 2001

au lancement officiel du rapport susmentionné du Comité FPT sur l'injection de drogue, lors de leur rencontre à St-John's.¹¹ Ils ont accordé leur soutien à la poursuite du travail pour établir les conditions en vertu desquelles un projet de recherche médicale multisite au sujet de lieux d'injection supervisés pourrait être entrepris, au Canada, y compris le développement d'un cadre légal et réglementaire; ils ont poursuivi leurs consultations thématiques avec des intervenants ainsi que l'identification de l'ampleur potentielle de ce projet; et ils ont accordé leur appui à un travail de collaboration soutenue avec des responsables fédéraux, provinciaux et territoriaux pour développer un cadre de déclaration régulière et de surveillance de l'évolution, pour s'attaquer à la problématique de l'injection de drogue » [trad.].¹²

Encore de bien belles paroles dénuées de tout engagement concret?

- Ralf Jürgens

Ralf Jürgens est directeur général du Réseau juridique canadien VIH/sida. Il a préparé la réponse du Réseau à la réplique de Santé Canada au rapport de 1999 du Réseau, ainsi que les commentaires du Réseau sur le rapport du Comité FPT sur l'injection de drogue. On peut le joindre à <ralfj@aidslaw.ca>.

¹ Réseau juridique canadien VIH/sida, *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques*, Montréal, le Réseau, 1999. Ce rapport est accompagné d'une collection de feuillets d'information et d'un recueil de documents de fond. Tous les éléments sont accessibles à <www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/loisdrogues.htm> et auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida (courriel : <aids/sida@cpha.ca>).

² Santé Canada, *L'usage de drogues par injection et le VIH/sida – Réplique de Santé Canada au rapport du Réseau juridique canadien VIH/sida*, Ottawa, Santé Canada, 2001, accessible à <www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/loisdrogues.htm>. Toutes les citations suivantes de Santé Canada sont tirées de ce rapport, à moins d'indication à l'effet du contraire.

³ Réseau juridique canadien VIH/sida, Montréal, 2001. Disponible à <www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/loisdrogues.htm>.

⁴ Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada : document de travail pour consultation, mars 2001. Disponible à <www.aidslaw.ca/francais/contenu/themes/loisdrogues.htm>, de pair avec un commentaire détaillé qu'a soumis le Réseau juridique au Comité FPT.

⁵ D. McAmmond, *Les soins, les traitements et le soutien à donner aux utilisateurs de drogues par injection*, Ottawa, Santé Canada, mars 1997.

⁶ D. Roy, *L'injection de drogue et le VIH/sida : commentaire éthique sur des questions prioritaires*, dans *L'injection de drogue et le VIH/sida : questions juridiques et éthiques – documents de fond*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida, 1999.

⁷ Réplique de Santé Canada, *supra*, note 2, dans la partie « Message du ministre de la Santé ».

⁸ Voir les commentaires du Réseau à propos du rapport du Comité FPT, *supra*, note 4.

⁹ J. Skirrow, « Leçons de la Commission Krever – un point de vue personnel », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1999, 4(2/3) : 39-47, à la p. 46.

¹⁰ « Assez. » (éditorial), *Revue canadienne VIH/sida et droit*, 1999, 4(4) : 3-4.

¹¹ Santé Canada, « Les ministres de la Santé vont de l'avant dans l'amélioration des soins de santé au Canada », communiqué de presse no 2001-103 daté du 26 septembre 2001 et accessible à <www.hc-sc.gc.ca/francais/fpc2001/index.html>

¹² Correspondance reçue de Michael Smith, Santé Canada, le 4 octobre 2001. En dossier.

Commentaire sur A Framework for Action : A Four Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver¹

Jan Skirrow, auteur du présent commentaire, est aux prises avec un sentiment profondément mitigé à l'égard de *A Framework for Action : A Four Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver*. Il y voit un document utile, mais il déplore le fait qu'on y escamote les questions difficiles en endossant l'idée que la drogue est *bel et bien* le problème, puis que l'on poursuive en présentant sous un nouvel emballage les mêmes approches de programmes qui ont échoué jusqu'ici. Skirrow affirme que ce n'est pas la faute des participants à la planification qui a conduit au document, mais plutôt la conséquence du manque de courage des responsables des politiques, dans la société.

Vancouver est un grand port maritime conditionné par les cycles en dents-de-scie de l'économie de ressources de la Colombie-Britannique. Depuis un siècle, ou plus, le quartier pauvre a été le havre des utilisateurs d'opium, alcooliques et utilisateurs d'héroïne. Pendant les années 60 et 70, Vancouver est devenu une destination privilégiée pour des jeunes de partout au Canada, mobiles et souvent utilisateurs de drogue.

Les récents problèmes économiques, à l'échelle de la province, ont amené de nombreuses personnes qui ont peu d'années d'éducation et qui sont en quelque sorte marginales à aller s'installer dans le secteur défavorisé du centre-ville de Vancouver, à la recherche d'opportunités. Les problèmes sociaux inévitables sont exacerbés par le redéveloppement et l'embourgeoisement du centre-ville, la diminution du nombre de logements abordables et le renvoi à la rue de personnes souvent aux prises avec de graves problèmes mentaux.

La Colombie-Britannique a innové tôt, dans la réaction à la vague d'usage de drogue qui a commencé parmi les jeunes, dans les années 60.

L'entretien à la méthadone et les traitements de la dépendance à la drogue ont été établis à cette époque. On avait songé au traitement obligatoire, mais on a fini par y renoncer. L'application coordonnée de la loi a gagné en popularité, au fil des ans.

Néanmoins, la majeure partie de ces efforts est largement considérée comme un échec. Dans l'arène politique de la C.-B., les mesures pour limiter l'usage de drogue ont été caractérisées par des remaniements de priorités, des arrangements organisationnels ad hoc, des conflits complexes entre les instances concernées et de fréquentes modifications à la structure et à l'orientation des programmes.

Les principaux facteurs derrière l'élan vers une approche plus déterminée devant la drogue sont notamment le taux extrême de décès liés à des surdoses, récemment, et le sida, avec le risque de transmission de l'infection par le partage d'aiguilles. Les méthodes antérieures de contrôle de la drogue, qui mettaient l'accent sur un traitement axé sur l'abstinence et sur des sanctions pénales, sont considérées par plusieurs comme un cul-de-

sac, puisqu'elles sont fondées sur des préceptes erronés quant à la réalité de ce que sont les utilisateurs de drogue et cet usage.

Les pressions pour l'abandon des images stéréotypées que l'on associe aux utilisateurs de drogue ont récemment conduit la C.-B. à mettre en œuvre des initiatives de réduction des méfaits, comme l'échange de seringues, qui auraient été inconcevables auparavant. Bien qu'elle en vaille la peine, cette approche qui est plutôt une solution diachylon semble limitée à simplement rendre moins graves les pires conséquences de certains types d'usage de drogue. Des ressources gouvernementales et privées ont été investies en proportions considérables dans les communautés de Vancouver qui semblent les plus durement affectées; mais les résultats ont été jusqu'ici décevants.

A Framework for Action : A Four Pillar Approach to Drug Problems in Vancouver (ci-après : « le Plan ») fait état du plus récent effort d'assaut coordonné contre le problème de drogue de Vancouver. Il rassemble un vaste réseau d'individus et d'organismes gouvernementaux et civils préoccupés par les problèmes des résidents du secteur défavorisé, en général, et des utilisateurs de drogue, en particulier.

Le Plan résume les données disponibles sur l'étendue des problèmes de drogue à Vancouver, qu'il place dans un contexte provincial, national et mondial. Il comprend un programme d'action détaillé qui semble fondé sur des éléments de programmes fructueux, observés ici et ailleurs dans le monde, et il propose une répartition des responsabilités pour la suite de la planification et du développement.

La proposition de réaction coordonnée repose sur quatre domaines

d'activité (les *Quatre piliers* du titre) – prévention, traitement, application de la loi et réduction des méfaits. Chacun de ces domaines est abordé du point de vue de ses concepts élémentaires, de ses principes et approches, des barrières à une action efficace ainsi que de ses bienfaits potentiels. En vue de réduire le conflit inter-agence qui a nui aux efforts antérieurs, on propose un mécanisme de coordination, de suivi et d'évaluation – mais un peu comme une pensée après coup.

Mon sentiment est profondément mitigé devant le Plan. Il s'agit d'une solide proposition de passer à une action concertée contre un grave problème social et de santé, quitte à s'attirer de vives critiques pour son appui à des types de programmes encore vus comme radicaux, au Canada : des sites sûrs pour l'injection, l'entretien à l'héroïne, etc. L'effort pour atteindre le degré de consensus dont fait foi le Plan a dû être énorme. Néanmoins, le document a des lacunes, qui sont probablement dues au processus qui y a conduit.

Le consensus semble considéré comme un préalable incontestable de toute solution aux problèmes modernes. Pourtant, divers individus et organismes ont des perspectives diamétralement opposées quant aux problématiques centrales – souvent en raison de grandes orientations de politiques institutionnelles ou publiques qui sont établies ailleurs. Ces contraintes, quoique artificielles, finissent par paralyser et par rendre impossible l'atteinte du consensus véritable.

Cependant, avec assez d'effort, un genre de consensus peut être forcé, pour peu que les bases ne soient jamais examinées de manière criti-

Dans le document, on marche sur la pointe des pieds pour contourner des questions comme celle de savoir quelle part des conséquences de l'usage de drogue découle de notre réaction légale à l'égard de la drogue; ou à savoir si la consommation de drogues potentiellement néfastes est une réalité à laquelle presque tout le monde s'adonne à quelque moment; ou à savoir que l'usage de drogue n'est pas la même chose que la dépendance à la drogue.

que. Ainsi, dans le document, on marche sur la pointe des pieds pour contourner des questions comme celle de savoir quelle part des conséquences de l'usage de drogue découle de notre réaction légale à l'égard de la drogue; ou à savoir si la consommation de drogues potentiellement néfastes est une réalité à laquelle presque tout le monde s'adonne à quelque moment; ou à savoir que l'usage de drogue n'est pas la même chose que la dépendance à la drogue; ou à savoir que les personnes qui développent un grave problème de drogue présentent souvent un dysfonctionnement à facettes multiples qui existait chez elles avant qu'elles ne commencent à consommer de la drogue. Il est plus sûr, bien plus facile, de passer par-dessus les questions difficiles, de s'entendre pour dire que la drogue est *le* problème, puis de continuer le travail en

donnant un nouvel emballage à des méthodes et programmes qui ont déjà échoué. La faute ne revient pas à ceux qui ont participé à cette planification : c'est la conséquence d'un manque de courage de la part des responsables des politiques dans notre société.

Combinée à ce problème inhérent de la démarche : notre conceptualisation de la question centrale. Nous avons décidé de placer la drogue au centre (plutôt que les questions de chances économiques, d'éducation, de dysfonctionnement familial ou les comportements à risque, par exemple, ou tout autre déterminant du fait qu'un individu consomme ou non de la drogue et qu'un problème important en résulte ou non). C'est d'ailleurs l'une des raisons qui rendent si attrayantes les idées de la réduction des méfaits : elles offrent des réactions humaines et nécessaires aux personnes désœuvrées, sans que l'on doive examiner pourquoi elles en sont rendues là.

Je soupçonne que les personnes les plus impliquées dans l'effort pour publier le Plan rouleront des yeux, à ces remarques, et diront : « Bien sûr, nous savons cela. Mais d'abord il faut s'occuper des dégâts, puis nous aurons le temps voulu pour faire du travail plus fondamental. » Au cours de mes trente années de travail dans le domaine de la toxicomanie, j'ai maintes fois entendu ce refrain, mais au bout du compte on finit toujours par voir à autre chose car la prévention est vraiment très difficile. En fait, la vraie prévention a rarement lieu; et le fait que les ressources (individus talentueux, argent alloué) soient généralement monopolisées par les « traitants » et les représentants de la loi n'est pas un facteur négligeable de ce constat.

On ne devrait laisser ni l'évidente nécessité d'agir, ni le caractère controversé de certains éléments proposés dans le Plan, nous faire perdre de vue les larges racines du « problème de la drogue ». Pour nous sortir de ce gâchis, la prévention doit s'ouvrir aux nombreux facteurs qui amènent des personnes à s'engager dans cette voie (peu de ces facteurs ont un lien avec la drogue comme tel). Une vraie prévention devra mettre l'accent sur les meilleurs moyens de préparer tous les jeunes aux défis que pose notre société complexe, dangereuse et souvent sans merci. La vraie prévention devra développer de bien meilleures manières de s'occuper des personnes atteintes de maladie mentale et de réagir aux problèmes uniques avec lesquels les peuples autochtones sont aux prises sur les plans économique et social. À n'en pas douter, il est plus logique de s'attaquer à ces points en remontant le courant, en commençant dans les rues de Vancouver.

En bout de ligne, notre réussite devant n'importe quel problème, et certainement devant la drogue, dépend de la clarté de notre compréhension et de notre dose de courage. Si l'on prend le noyau du problème et que l'on y appose les intérêts et prérogatives des nombreux partis

impliqués, qu'on l'enrobe des barrières d'acier qu'impose notre souci de voir l'usage de drogue comme un problème de justice criminelle, puis que l'on cherche à faire en sorte que tout le monde « fasse partie de 'la solution' », il est peu probable qu'on parvienne à quoi que ce soit. L'écueil d'une planification financée par le gouvernement réside dans son emphase sur l'avènement d'un consensus entre intervenants de points de vue opposés. Une telle optique fait en sorte que toute idée qui ne cadre pas dans le carcan des perceptions et des politiques bien établies (quoique dysfonctionnelles) ne sera tout simplement pas retenue. Ce qui émergera plutôt, c'est le plus bas dénominateur commun.

Le Plan est un document utile. Ceux et celles qui l'ont préparé ont bien fait leur travail. Mais tout en proposant quelques initiatives courageuses, on y ferme les yeux sur l'approche insensée qui sous-tend la réaction de notre société à l'usage de drogue. Tant et aussi longtemps que nos dirigeants exigeront un consensus, même de la part de ceux dont la responsabilité est d'avoir un regard différent sur le problème fondamental, peu de choses changeront. Nos dirigeants et les responsables des politiques n'assument pas leurs res-

ponsabilités et ils s'attendent à ce que les intervenants sur le terrain parviennent en quelque sorte à faire fonctionner le tout. L'emphase sur la recherche d'un consensus empêche d'aborder les questions de fond et les divergences de position – et bien sûr de les résoudre. On ne peut qu'espérer mieux, mais cela nécessitera un type de leadership qui se fait de plus en plus rare.

Le contenu spécifique du Plan n'a peut-être que peu de pertinence hors de la région de Vancouver. Néanmoins, c'est une lecture valable pour plusieurs raisons, notamment parce qu'elle en dit long (peut-être par inadvertance) sur les raisons qui font de la drogue un problème apparemment insoluble.

- commentaire de Jan Skirrow

Jan Skirrow a œuvré dans la fonction publique pendant 25 ans. Il a été nommé à divers postes de l'administration provinciale et fédérale, notamment celui de sous-ministre responsable de la santé communautaire et de l'hygiène au travail, en Alberta. Il est maintenant consultant pour Diane McAmmond & Associates, à Duncan (C.-B.). On peut le joindre à <jan@skirrow.org>.

¹ Draft Discussion Paper, rédigé par Donald MacPherson, coordonnateur des politiques sur la drogue de la Ville de Vancouver, City of Vancouver, 21 novembre 2000. Téléchargeable à <www.city.vancouver.bc.ca/commsvcs/planning/dtes/VanAgree/frameworkforaction.pdf>.

La prescription médicale d'héroïne – Tour d'horizon

de la page 1

d'héroïne illicite et de cocaïne, une diminution de la criminalité ainsi qu'une amélioration des indices de santé physique et mentale. Toutefois, plusieurs scientifiques ont émis des

réserves quant à la validité des résultats, en raison du devis de recherche utilisé.

En 1998, les Pays-Bas ont entrepris une étude clinique randomisée

dont les résultats seront connus en 2002. Les observations préliminaires indiquent qu'il n'y a aucun problème à date, quant à la sécurité et à l'ordre public – observation déjà notée en Suisse. Plusieurs pays attendent l'approbation de protocoles de recherche visant à évaluer l'efficacité de la prescription d'héroïne comme alternative de traitement pour la population dépendante de l'héroïne.

En Amérique du Nord, des chercheurs ont élaboré un protocole (North American Opiate Medications Initiative) pour évaluer l'efficacité d'un traitement de prescription d'héroïne pour l'attraction et la rétention de personnes résistantes aux traitements conventionnels. Cette étude clinique randomisée comprendra un groupe contrôle recevant de la méthadone par voie orale, alors que le groupe expérimental recevra un opiacé injectable (héroïne vs hydromorphone) avec ou sans méthadone orale en complément. Les deux groupes se verront offrir des services psychosociaux étendus tels la thérapie de groupe ou individuelle et l'aide à l'emploi, aux études ou à l'hébergement. La durée de l'étude sera de deux ans; la durée du traitement expérimental sera d'un an. Ce protocole est en attente d'approbation.

Introduction

La consommation d'opiacés et en particulier d'héroïne demeure un problème de santé important en Amérique du Nord. Il est estimé qu'environ 60 000 à 90 000 personnes sont dépendantes des opiacés au Canada,⁽¹¹⁾ dont 15 000 à Vancouver,⁽²³⁾ 14 000 à Toronto⁽¹²⁾ et environ 5 000 à Montréal.

Les problèmes associés à cette consommation sont multiples et atteignent tant les individus qui sont dépendants des opiacés que la société en général. Il est bien connu que les usagers de drogues ont des taux de morbidité et de mortalité plus élevés que la population générale du même âge.⁽⁵⁾ En 1998, en Colombie-Britannique, on a rapporté un décès par jour relié à la surdose par injection de drogue.⁽²³⁾ Des méta-analyses d'études récentes indiquent un taux annuel de mortalité de 1% à 2,5%

dans la population des usagers de drogue par injection non traités.^(27,36)

L'injection de drogue est aussi un facteur de risque important pour la transmission de maladies infectieuses, en particulier le VIH et les hépatites, de même que pour l'acquisition d'endocardites, d'abcès et de tuberculose. La prévalence accrue de ces infections dans cette population résulte du partage de matériel d'injection, de conditions de vie insalubres et de contacts avec des personnes infectées.^(19,3) Au Canada, la prévalence du VIH dans la population des utilisateurs de drogue par

La méthadone est le traitement de substitution le plus utilisé en Amérique du Nord. Introduit dans les années 60, il a démontré son efficacité sur plusieurs plans.

injection est estimée à 20 à 25 % ou plus dans des villes comme Vancouver et Montréal.^(31,14,28) En ce qui concerne la prévalence de l'hépatite C au Canada, elle varie de 55% à 88%; celle de l'hépatite B y varie de 25% à 35%.^(23,31,12) Finalement, les usagers de drogue par injection présentent aussi de multiples problèmes de santé mentale.⁽¹⁷⁾ Ils ont tendance à peu consulter le réseau de la santé pour leurs problèmes et à être moins traités, mais paradoxalement, ils visitent plus souvent les urgences que la population générale.⁽¹²⁾

Les problèmes reliés à la consommation de drogues ne se limitent pas aux usagers. Les dysfonctions familiales, la violence, la criminalité sont toutes des complications associées à l'usage de drogues illicites.⁽¹⁰⁾ Les

coûts sociaux reliés à cet usage sont estimés à 0,2% du produit national brut;⁽³⁰⁾ au moyen des indicateurs habituels (tels la perte de productivité, les coûts de santé et les coûts judiciaires), une étude récente estime à \$49 000 par an les coûts sociétaux pour une personne dépendante des opiacés non traitée.⁽³⁷⁾

Traitements

Il existe plusieurs types de traitement pour les personnes dépendantes d'opiacés. Ces traitements vont de ceux qui sont orientés vers l'abstinence à ceux visant à réduire la consommation et les complications connexes au moyen d'une médication de substitution. La méthadone est la forme la plus utilisée de ces traitements de substitution en Amérique du Nord. Introduit dans les années 60, ce médicament a démontré son efficacité à plusieurs niveaux : réduction de la consommation d'opiacés illicites et d'autres drogues, réduction de la criminalité associée à l'usage de drogue, stabilisation ou amélioration de la santé physique et mentale, diminution de l'injection de drogue, réduction secondaire de transmission de maladies infectieuses, et amélioration du fonctionnement familial et social.^(22,24,26,25,8,7,29) Plusieurs caractéristiques des programmes d'entretien à la méthadone sont associées à ces résultats, tels un dosage adéquat de méthadone, l'accès à des services psychosociaux de qualité, la durée du traitement et l'acceptabilité des règlements du programme pour le patient.^(20,1,6) Les coûts relevant d'un traitement d'entretien à la méthadone sont estimés à entre 3 000\$ et 5 000\$ par an par personne et sont donc nettement inférieurs à ceux de 49 000\$ mentionnés précédemment.⁽³⁷⁾

Malgré son efficacité, le traitement d'entretien à la méthadone demeure limité par plusieurs facteurs, le premier étant l'accessibilité au traitement. Au Canada, il est estimé qu'environ seulement 15% à 20% des personnes dépendantes des opiacés le reçoivent.⁽¹³⁾ Au Québec, avant 1999, environ 700 personnes

L'idée de prescrire des opiacés à des personnes réfractaires aux traitements standard n'est pas nouvelle.

avaient accès à un traitement d'entretien à la méthadone. Depuis, suite à une décision du gouvernement provincial, le nombre de places disponibles dans les programmes d'entretien à la méthadone s'est considérablement accru, atteignant près de 2 000 personnes. Ce nombre devrait atteindre les 2 500 à 3 000 d'ici 2002.

Toutefois, même lorsque largement et rapidement disponible, ce traitement n'atteindrait que 50% de la population dépendante des opiacés, tel qu'indiqué par les conclusions de la Commission Le Dain.⁽¹⁶⁾ Ce ratio est confirmé par des données européennes, notamment de la Suisse et des Pays-Bas.^(4,32) Les personnes dépendantes des opiacés expriment plusieurs réticences envers les programmes d'entretien à la méthadone, qui vont de réserves à l'égard des propriétés pharmacologiques de la substance elle-même jusqu'aux difficultés de se plier aux exigences et aux règlements des programmes. Des séries d'études ont aussi démontré que ces programmes perdent environ le tiers de leurs participants dans les douze premiers mois

et un autre tiers dans les 24 mois subséquents. En moyenne, la rétention à long terme de ces traitements se situe entre 30% et 60%.^(25,18,1)

Le concept de la prescription médicale d'héroïne

L'idée de prescrire des opiacés à des personnes réfractaires aux traitements standard n'est pas nouvelle. Dès le début des années 70, le Vera Institute of Justice de New York en faisait une proposition, de même que la Commission Le Dain au Canada.^(34, 16) En Angleterre, la prescription d'héroïne injectable se pratique depuis plusieurs années, sans toutefois qu'il n'y ait eu d'évaluation systématique.^(21,2,15) C'est en 1994 que l'Office fédéral suisse de la Santé publique entreprenait une vaste étude sur l'efficacité de l'héroïne prescrite dans le traitement des personnes dépendantes de l'héroïne n'ayant pas répondu aux traitements traditionnels. À ce moment, la prévalence des problèmes de dépendance à l'héroïne était évaluée à 4 000/million d'habitants et le traitement d'entretien à la méthadone était facile d'accès (environ 50% des héroïnomanes le recevant).

L'expérience Suisse

L'étude suisse est en fait composée de plusieurs études, certaines randomisées ou à double insu, mais la plupart consistant en une évaluation de cohortes de patients avant et après l'administration d'un traitement (la prescription d'un opiacé dans le cadre d'un programme complet comprenant des services médicaux, psychiatriques et psychosociaux). Dans la majorité des cas, l'opiacé était de l'héroïne pharmaceutique, mais certaines études ont aussi évalué l'effi-

cacité de morphine injectée et de méthadone injectée. L'étude a été réalisée dans 12 villes, pour un total de 18 sites dont un en milieu carcéral. L'étude a observé 1 151 participants (avec des données d'admission complètes pour 1 035 d'entre eux).⁽³³⁾

Pour pouvoir y participer, les personnes devaient être âgées d'au moins 20 ans, être dépendantes à l'héroïne depuis plus de deux ans et avoir échoué dans les traitements conventionnels. En moyenne, les participants se présentaient trois fois par jour à la clinique pour s'injecter de l'héroïne sous la supervision de personnel infirmier. Si elles le désiraient, de la méthadone par voie orale pouvait être ajoutée à leur traitement.

Les résultats (tableau 1) démontrent que les personnes dépendantes de l'héroïne qui avaient échoué dans des traitements traditionnels et qui avaient un statut précaire en termes de santé et d'intégration sociale ont été mieux rejointes par les programmes de prescription d'héroïne que par les traitements standard. Au niveau de la consommation de drogues, il y a eu une diminution rapide de la consommation d'héroïne illicite et de cocaïne, ainsi qu'une diminution, quoique plus lente, de la consommation de benzodiazépines. Aucun changement notable n'a été observé quant à la consommation d'alcool et de cannabis. Il y a eu une amélioration au niveau de l'emploi et de la santé mentale, et diminution des activités criminelles. En ce qui concerne les participants ayant abandonné l'étude, 63% se sont dirigés vers d'autres formes de traitement, dont 83 sujets dans des traitements orientés vers l'abstinence.

L'étude suisse comporte plusieurs forces; notamment le grand nombre de sujets recrutés sur plusieurs sites et le fait que les bénéfices aient été mesurés en fonction de plusieurs variables. Elle a aussi démontré la faisabilité de tels programmes, en particulier en matière de sécurité et d'ordre public. De plus, aucun décès par surdose reliée à l'étude n'a été noté. Elle a aussi bénéficié d'une supervision nationale et internationale (Organisation mondiale de la santé).

Tableau 1. Résultats de la cohorte de départ de l'étude suisse*

	Début	18 mois
Héroïne **	81%	6%
Cocaïne **	29%	5%
Benzos **	19%	9%
Emploi	14%	32%
Contacts ***	40%	18%
Revenus illégaux	70%	14%
Activités criminelles	69%	10%
Maladie mentale	48%	18%

* tiré de Uchtenhagen et coll. 1999

** consommée presque chaque jour

*** avec le milieu de la drogue

Par contre, elle présente des limites scientifiques importantes qui restreignent la portée des conclusions. L'absence de randomisation ne permet pas d'attribuer à l'héroïne elle-même les bénéfices observés. Il se pourrait qu'ils soient tout aussi attribuables au fait d'être enrôlé dans un programme de traitement qui inclut des interventions psychosociales et des contacts thérapeutiques fréquents.⁽⁹⁾ Le devis de recherche était différent selon les sites, résultant en cohortes hétérogènes de sujets et rendant difficile l'interprétation des résultats. Finalement, la consommation d'héroïne illicite était évaluée sur la base des informations données par les sujets; en effet, des tests urinaires ne permettent pas de distinguer entre l'héroïne pharmaceutique et l'héroïne illicite.

Tableau 2. Devis de l'étude néerlandaise^{(35)*}

Groupe	Phase I	Phase IIa	Phase IIb	Phase III
	4-8 sem.	6 mois	6 mois	6 mois
A	Méthadone	Méthadone	Méthadone	Méthadone + héroïne
B	Méthadone	Méthadone + héroïne	Méthadone + héroïne	Traitement le plus approprié
C	Méthadone	Méthadone	Méthadone + héroïne	Traitement le plus approprié

*deux devis identiques, l'un pour l'héroïne injectée, l'autre pour l'héroïne fumée

Pays-Bas

On compte environ 24 000 personnes dépendantes de l'héroïne, aux Pays-Bas. De ce total, 17 000 sont en traitement, dont 12 500 en entretien à la méthadone. Fait particulier, l'héroïne serait fumée plutôt qu'injectée, dans ce pays.⁽³⁵⁾ En 1998, suite à une décision gouvernementale, un protocole de recherche débutait et ses résultats devraient être publiés en 2002. Les objectifs de cette étude randomisée sont d'évaluer l'efficacité d'un traitement d'héroïne combiné à de la méthadone, en comparaison avec un traitement de méthadone seule. La population visée est celle des personnes dépendantes de l'héroïne, résistantes aux traitements habituels et dont l'état de santé et d'intégration sociale est précaire. Le devis utilisé est illustré au tableau 2. Les sujets devront être âgés d'au moins 25 ans et avoir été en traitement d'entretien à la méthadone dans les 12 mois précédant l'entrée dans l'étude. L'héroïne sera offerte par injection aux personnes utilisant déjà cette voie d'administration, et par inhalation à celles qui ont l'habitude de la fumer.⁽³⁵⁾

L'étude sera réalisée en deux volets : le premier a débuté en juillet 1998, dans deux villes (185 sujets); le second a débuté en novembre 1999, six unités (440 sujets) ayant été ajoutées.

À date, il n'y a eu aucun problème dans le recrutement de sujets, dans le processus de randomisation, dans la collecte de données, ni au niveau de l'ordre public, et il n'y a eu aucun effet secondaire grave attribuable au traitement expérimental (« adverse medical event »).

L'étude néerlandaise présente l'avantage, sur le plan scientifique, d'être une étude randomisée avec un seul devis qui sera appliqué sur plu-

sieurs sites. Les résultats seront aussi évalués selon plusieurs variables (consommation de drogues, état de santé, intégration sociale, etc.) et elle bénéficiera d'une supervision nationale et internationale.

Par contre, le devis utilisé (entrée retardée dans le traitement d'héroïne) pourrait augmenter artificiellement la rétention durant la phase I, où les sujets ne reçoivent que de la méthadone. Le traitement d'héroïne est de courte durée (6 mois en moyenne). Comme dans l'étude suisse, les mesures seront prises sur la base des informations données par les sujets, ce qui constitue une faiblesse, en particulier en ce qui concerne l'héroïne illicite. Toutefois, tel qu'expliqué précédemment, ce problème est difficilement évitable dans ce champ de recherche.

Divers protocoles ont été élaborés dans d'autres pays. Un projet d'étude randomisée a été approuvé par le gouvernement allemand et devrait débuter en 2002. Deux projets sont en attente d'approbation en Espagne, un autre en Belgique et une étude non randomisée a été approuvée au Royaume-Uni.

NAOMI (North American Opiate Medications Initiative)

Depuis 1998, des chercheurs nord-américains de divers champs d'expertise (épidémiologie, traitement, pharmacologie, sociologie, usagers, etc.) se sont réunis afin d'élaborer un protocole rigoureux sur les plans scientifique et éthique.

L'objectif principal est d'évaluer si le pourcentage de personnes dépendantes de l'héroïne injectée qui sera attiré et retenu dans un traitement d'héroïne prescrite (avec ou sans méthadone orale complémentaire) sera supérieur à celui qui sera

attiré et retenu dans un traitement de méthadone orale seule. L'objectif secondaire est de vérifier si l'efficacité des ces deux traitements sera comparable, étant donné que des services psychosociaux seront offerts de façon équivalente aux deux groupes de sujets.

Population à l'étude

La population ciblée est celle des personnes correspondant aux critères de dépendance aux opiacés (DSM-IV). Les sujets devront être âgés d'au moins 25 ans, être dépendants aux opiacés depuis au moins cinq ans, s'injecter depuis au moins un an et avoir déjà suivi un traitement d'entretien à la méthadone à au moins deux reprises. Ne pourront participer à l'étude les personnes présentant des conditions médicales ou psychiatriques sévères et auxquelles l'administration d'opiacé serait contre-indiquée, ni les femmes enceintes et les personnes ne pouvant signer un consentement éclairé de participation à un protocole de recherche.

Devis expérimental et déroulement de l'étude

Après une période de trois semaines qui servira à vérifier les critères d'inclusion (dossiers médicaux, de centres de traitement, judiciaires, etc.), les personnes ayant accepté de participer seront réparties au hasard (par randomisation) entre deux groupes expérimentaux : celui devant recevoir un opiacé injectable avec ou sans méthadone et celui devant recevoir de la méthadone seule. Des 470 sujets nécessaires à l'étude, 260 sujets seront attribués par le hasard au groupe « opiacé injectable » et 210 au groupe « méthadone seule ». Des 260 sujets devant recevoir un opiacé injectable, 50 recevront de

l'hydromorphone (Dilaudid™) et 210 recevront de l'héroïne. Ni les sujets, ni les chercheurs et cliniciens ne sauront lequel de ces deux opiacés est administré (double insu).

Contrairement à l'héroïne pharmaceutique, l'hydromorphone peut être distingué de l'héroïne illicite par des tests urinaires. Il sera donc possible de vérifier si les informations données par ce sous-groupe de sujets, quant à la consommation d'héroïne illicite, sont fiables.

L'hydromorphone possède des caractéristiques pharmacologiques semblables à celles de l'héroïne et serait acceptable pour les sujets. Tous les sujets ne pouvant participer ou le refusant se verront offrir une référence vers le centre de traitement le plus approprié.

À l'entrée dans l'étude, tous les sujets bénéficieront d'un examen médical et psychiatrique, d'un bilan sanguin et de dépistages urinaires. Ils seront aussi évalués à l'aide de questionnaires tels l'Indice de gravité de la toxicomanie et des questionnaires de qualité de vie. Ils seront revus régulièrement par les cliniciens, et aux trois mois par l'équipe de recherche qui poursuivra la collecte de données pendant toute la durée de l'étude. Cette équipe sera distincte de l'équipe clinique, tant sur le plan des personnes que sur le plan de la localisation, afin d'éviter tout biais potentiel et de protéger la confidentialité des informations. La durée du traitement sera de 12 mois et la collecte de données se poursuivra ensuite pendant 12 mois (après la fin du traitement). L'étude aura lieu dans trois villes : Vancouver, Toronto et Montréal.

Services offerts

Outre le traitement pharmacologique et médical, tous les sujets auront

accès, à leur demande, à des services psychosociaux qui seront spécifiques à chaque site mais équivalents entre les deux groupes sur un même site (thérapie de groupe ou individuelle, aide à la recherche d'emploi ou au retour aux études, hébergement, etc.). L'équipe clinique assurera le traitement des comorbidités (par exemple, VIH, hépatites, etc.) et offrira une référence au besoin. Afin de dépister précocement une grossesse et d'éviter toute conséquence néfaste pour le fœtus, les femmes participant à l'étude auront des tests de grossesse régulièrement et celles qui seront enceintes se verront offrir les soins appropriés et seront transférées dans un traitement d'entretien à la méthadone (le seul traitement recommandé à l'heure actuelle, dans ce cas).

Mesures

Les variables suivantes (« outcome ») seront mesurées à 12 mois : rétention dans l'étude, usage de drogues, activités illégales/criminelles. D'autres variables seront mesurées à 12 et 24 mois : fonctionnement social (emploi, famille, éducation et logement), état de santé physique et mentale. Des mesures des coûts et bénéfiques seront aussi effectuées.

Limites de l'étude

Étant donnée la population visée, celle des héroïnomanes résistant aux traitements conventionnels, il se peut que les résultats ne puissent être généralisés à la population d'ensemble des héroïnomanes. Il existera une certaine variabilité entre les trois sites et une grande rigueur devra être appliquée afin de standardiser le plus possible les traitements, en particulier au niveau psychosocial. Comme

la population recrutée sera par définition résistante au traitement d'entretien à la méthadone, les sujets assignés au groupe ne devant recevoir que de la méthadone risquent d'abandonner l'étude en plus grand nombre et les conclusions devront tenir compte de ce fait, le cas échéant.

Impact sur la santé publique

Si les résultats de l'étude s'avéraient concluants, il pourrait être possible d'accroître les choix de traitement pour les personnes dépendantes d'opiacés, en particulier pour celles qui ne répondent pas aux traitements habituels. Le fait d'attirer ces personnes en traitement et de réussir à les y retenir devrait réduire le fardeau sur les services de santé (maladies infectieuses, visites à l'urgence, etc.), réduire les comportements criminels et l'utilisation du système judiciaire, tout en augmentant les chances de réinsertion sociale.

Aspects éthiques

De nombreux problèmes éthiques sont soulevés par de telles études et une attention particulière y a été apportée. Par exemple, les problèmes liés à la confidentialité, aux risques pour la communauté et les problèmes de responsabilité légale ont été évalués et toutes les mesures possibles seront appliquées. Au palier local, des comités consultatifs communautaires seront créés afin de conseiller les chercheurs quant à la mise en place du protocole et quant aux aspects d'ordre public et éthiques. Un problème demeure tout de même : qu'arrivera-t-il, à la fin de l'étude, aux sujets qui ont reçu le traitement d'héroïne injectable et qui

auront démontré une amélioration notable aux niveaux des paramètres mesurés? Tous les sujets seront informés que le traitement d'héroïne ne peut être offert que pour une période de 12 mois et que rien ne nous permet à l'heure actuelle de garantir que ce type de traitement sera mis en place après l'étude. Ce problème ne peut être résolu par l'équipe de recherche seule, puisqu'il implique des décisions d'ordre sociétal. Il est cependant de la responsabilité des chercheurs de tenter de convaincre les décideurs politiques de poursuivre ce type de traitement, s'il s'avère efficace.

Le protocole NAOMI a été soumis aux comités scientifiques et d'éthique de plusieurs institutions et est accepté à l'heure actuelle au Johns Hopkins School of Public Health, au New York Academy of Medicine et à l'Université de la Colombie-Britannique. Il a été révisé par un comité d'experts internationaux et a reçu son approbation. Des recherches de financement sont en cours; advenant une réponse favorable, le projet pourrait débuter dans les mois suivants.

– Suzanne Brissette

La Dre Suzanne Brissette est médecin chef du service de toxicomanie du Pavillon Saint-Luc du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal. Elle est professeur adjoint de clinique au département de Médecine familiale de l'Université de Montréal et membre de l'exécutif de la Société médicale canadienne sur l'addiction. On peut la joindre à <brissette.suzanne@sympatico.ca>. Elle remercie tous les membres du groupe NAOMI, pour leur contribution. Cet article est tiré de présentations et textes de D. Vlahov, M. Schechter, B. Fischer, D. Marsh et I. Kuo.

Références bibliographiques

- ¹ J. Ball, A. Ross, *The Effectiveness of Methadone Maintenance Treatment : Patients, Programs, Services and Outcomes*, New York, Springer-Verlag, 1991.
- ² M. Battersby, M. Farrell, M. Gossop, P. Robson, J. Strang, « “Horse-trading” : prescribing injectable opiates to opiate addicts. A descriptive study », *Drug and Alcohol Review*, 1992, 11 : 35-42.
- ³ W.T. Caiaffa, N.M.H. Graham, D. Vlahov, « Bacterial pneumonia in populations with HIV infection », *American Journal of Epidemiology*, 1993, 13 : 909-922.
- ⁴ Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (CCBH), *Investigating the Medical Prescription of Heroin*, Utrecht, 1997.
- ⁵ C.E. Cherubin, J.D. Sapira, « The medical complications of drug addiction and the medical assessment of the intravenous drug user : 25 years later », *Annals of Internal Medicine*, 1993, 119(10) : 1017-1028.
- ⁶ J.R. Cooper, F. Altman, B. Brown, D. Czehowicz (éds), *Research on the Treatment of Narcotic Addiction. State of the Art*, NIDA Treatment Research Monograph Series, DHHS Publ. n° (ADM)83-1281, Rockville, 1983.
- ⁷ D.C. des Jarlais, « The first and second decades of AIDS among injection drug users », *British Journal of Addiction*, 1992, 87 : 347-353.
- ⁸ M. Farrell, J. Ward, R. Mattick, W. Hall, G.V. Stimson, D. des Jarlais, M. Gossop, J. Strang, « Fortnightly review : methadone maintenance treatment in opiate dependence : a review », *British Medical Journal*, 1994, 309(6960) : 997-1001.
- ⁹ M. Farrell, W. Hall, « The Swiss heroin trials : testing alternative approaches : Prescribed heroin is likely to have a limited role », *British Medical Journal*, 1998, 316(7132) : 639.
- ¹⁰ B. Fischer, P. Kendall, J. Rehm, R. Room, « Charting WHO goals for licit and illicit drugs for the year 2000 : Are we on track ? », *Public Health*, 1997, 111(5) : 271-277.
- ¹¹ B. Fischer, J. Rehm, « The case for a heroin substitution treatment trial in Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 1997, 88(6) : 367-370.
- ¹² B. Fischer, W. Medved, L. Gliksman, J. Rehm, « Illicit opiates in Toronto : A profile of current users », *Addiction Research*, 1999, 7(5) : 377-415.
- ¹³ B. Fischer, « Prohibition, prescriptions and politics. The turbulent history of methadone maintenance in Canada », (soumis pour publication au *Journal of Public Health Policy*).
- ¹⁴ Groupe de travail sur le VIH/sida et l'injection de drogue (C. Hankins, K. Barlow, S. Black, V. Cartledge, C. Dineen, D. Elliott, K. Higgins, B. Kearns, P. Kendall, P. Matusko, M. O'Shaughnessy), *Le VIH, le sida et l'usage de drogues par injection – Un plan d'action national*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, Association canadienne de santé publique, 1997.
- ¹⁵ R.L. Hartnoll, M.C. Mitcheson, A. Battersby, G. Brown, M. Ellis, P. Fleming, N. Hedley, « Evaluation of heroin maintenance in controlled trial », *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37 : 877-884.
- ¹⁶ Commission d'enquête sur l'usage des drogues à des fins non médicales (Commission Le Dain), Ottawa, Information Canada, 1973.
- ¹⁷ Institute of Medicine, *Federal Regulation of Methadone Treatment*, National Academy Press, Washington, D.C., 1995.
- ¹⁸ M.J. Kreek, « Rationale for maintenance pharmacotherapy of opiate dependence », dans C.P. O'Brien, J.H. Jaffe (éds), *Addictive States*, New York, Raven Press Ltd, 1992, 205-230.
- ¹⁹ S.B. Manoff, D. Vlahov, A. Herskowitz, L. Solomon, A. Munoz, S. Cohn, S.B. Willoughby, K.E. Nelson, « Human immunodeficiency virus infection and infective endocarditis among injection drug users », *Epidemiology*, 1996, 7(6) : 566-570.
- ²⁰ A.T. McMellan, I.O. Arndy, A.L. Alterman, G.E. Woody, D. Metzger, « Psychosocial services in substance abuse treatment ? A dose-ranging study of psychosocial services », *Journal of the American Medical Association*, 1993, 269(15) : 1953-1959
- ²¹ N. Metrebian, W. Shanahan, B. Wells, et coll, « Feasibility of prescribing injectable heroin and methadone to opiate-dependent drug users : associated health gains and harm reductions », *Medical Journal of Australia*, 1998, 168(12) : 596-600.

- ²² D.S. Metzger, H. Navaline, G.E. Woody, « Drug abuse treatment as AIDS prevention », *Public Health Reports*, 1998, 113(suppl.1) : 97-106.
- ²³ J.S. Millar, HIV, hepatitis, and injection drug use in British Columbia, Victoria, Office of Provincial Health Officer, 1998
- ²⁴ National Institutes of Health/National Consensus Development on Panel Effective Medical Treatment of Opiate Addiction, « Effective medical treatment of opiate Addiction », *Journal of the American Medical Association*, 1998, 289 : 1936-1943.
- ²⁵ National Institute on Drug Abuse, *Methadone Maintenance Treatment : Translating Research into Policy*, NIDA Research Monograph, Washington, D.C., 1995.
- ²⁶ G.E. Ralston, P. Wilson, « Methadone programmes. The cost and benefits to society and the individual », *Pharmacoeconomics*, 1996, 10(4) : 321-326.
- ²⁷ J. Rehm, « Modes de consommation et répartition des drogues en Suisse », dans H. Fahrenkrug, J. Rehm, R. Müller, H. Klingemann, R. Linder (éds), *Drogues illégales en Suisse 1990-1993. La situation dans les cantons et en Suisse*, Zürich, Seismo, 1995, 13-34.
- ²⁸ R.S. Remis, M. Millson, C. Major, *The HIV Epidemic among Injection Drug Users in Ontario : The situation in 1997*, rapport préparé pour le Ministère de la Santé de l'Ontario, 1997.
- ²⁹ E.D. Senay, A. Uchtenhagen, « Methadone in the treatment of opioid dependence : A review of world literature », dans A. Arif, J. Westermeyer (éds), *Methadone Maintenance in the Management of Opioid Dependence*, New York, Prager, 1990.
- ³⁰ E. Single, L. Robson, X. Xie, J. Rehm, *Le coût de l'abus des substances au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et la toxicomanie, 1996.
- ³¹ S.A. Strahdee, D. Patrick, S. Currie, P. Cornelisse, M. Rekart, J. Montaner, M. Schechter, M. O'Shaughnessy, « Needle exchange is not enough : Lessons from the Vancouver injecting drug study », *AIDS*, 1997, 11 : F59-F65.
- ³² A. Uchtenhagen, J. Rehm, B. Fischer, *Swiss Methadone Report : Narcotic Substitution in the Treatment of Heroin Addicts in Switzerland*, Berne/Toronto, Office fédéral suisse de la Santé publique/Addiction Research Foundation, 1996.
- ³³ A. Uchtenhagen, F. Gutzwiller, A. Dobler-Mikola, T. Steffen, M. Rihs-Middel (éds), *Prescription of Narcotics for Heroin Addicts : Main Results of the Swiss National Cohort Study*, Basel, Karger, 1999.
- ³⁴ Vera Institute of Justice, *Proposal for the Use of Diacetylmorphine (Heroin) in the Treatment of Heroin Dependent Individuals*, New York, 1972.
- ³⁵ W. van den Brink, V.M. Hendriks, J.M. van Ree, « Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands », *Journal of Drug Issues*, 1999, 29(3) : 587-609.
- ³⁶ H. Waal, « Overstating the case : Methodological comments on "The Effects of Harm Reduction in Amsterdam" by Buning and van Brussel », *European Addiction Research*, 1997, 3 : 199-204.
- ³⁷ R. Wall, J. Rehm, B. Fischer, B. Brands, L. Gliksman, J. Stewart, W. Medved, J. Blake, « The social cost of untreated opiate use », *Journal of Urban Health*, 2001, 77(4) : 688-722.

La pandémie du VIH/sida et son impact selon le genre

de la page 1

genre. Plusieurs années, on s'est demandé où étaient les femmes, dans les programmes de développement. Mais une analyse sensible aux questions de genre doit aussi chercher à

connaître la place des hommes : pour mettre en œuvre les changements nécessaires à réduire la propagation et l'impact du VIH/sida, des réponses qui ne tiendraient compte que de la

vulnérabilité des femmes seraient vouées à l'échec en omettant les obstacles que rencontrent les hommes.

Les guerres et autres conflits accroissent la vulnérabilité des femmes et des filles au VIH/sida, notamment par les viols systématiques et les crimes de guerre. Les filles sont particulièrement vulnérables aux abus, en tant que civiles et enfants soldats. En

situation post-conflit, femmes et filles sont exposées à un risque élevé lorsqu'elles font l'échange ou le commerce du sexe avec des occupants ou des membres des forces du maintien de la paix, pour survivre. (En janvier 2001, le Conseil de sécurité de l'ONU a abordé cette question de nouveau, pour la quatrième fois en un an.)

Six experts de l'Amérique du Nord, de l'Europe, de l'Afrique et de l'Asie ont participé à la consultation, ainsi que plus de trente observateurs d'ONG locaux et internationaux, du Secrétariat du Commonwealth et d'instances du système des Nations Unies. Nous ne mentionnerons brièvement

Pour mettre en œuvre les changements nécessaires réduire la propagation et l'impact du VIH/sida, des réponses qui ne tiendraient compte que de la vulnérabilité des femmes seraient vouées à l'échec en omettant les obstacles que rencontrent les hommes.

que quatre documents d'experts, puisqu'on peut les consulter tous sur le Web, à <http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/hivaids/index.html>.

L'analyse de Sam Page, du point de vue du genre dans les communautés rurales pauvres du Zimbabwe, identifie l'impact différentiel du VIH/sida et met en relief des solutions de rechange possibles aux médicaments coûteux qui favorisent l'espérance de vie des mères séropositives. Page note que l'épandage de pesticides très toxiques, dans les

régions rurales de plusieurs pays d'Afrique, est effectué par des femmes et des enfants – et, bien que les hommes fermiers bénéficient d'une certaine protection, grâce à leur salopette et à leurs bottes de caoutchouc, ce n'est habituellement pas le cas des femmes et des enfants : les enfants sont trop petits pour porter des vêtements de protection et les femmes ne portent pas de salopettes pour des raisons culturelles. Page démontre que des pratiques agricoles sans pesticide, de même que l'accès à des suppléments alimentaires à faible coût (pour combler les carences des sols cultivés) peuvent aider à préserver plus longtemps la santé de parents séropositifs. Ils peuvent ainsi continuer à prendre soin de leurs enfants jusqu'à ce que ces derniers soient en mesure de cultiver la terre.

Cathi Albertyn apporte la perspective du genre à l'analyse des droits de la personne et du VIH/sida; elle souligne que le seul énoncé international compréhensif – les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne – fait reposer une trop grande responsabilité sur les gouvernements, ignore les autres centres de pouvoir, dépend à l'excès des cadres juridiques et légaux et place les droits individuels à avant les droits sociaux. L'auteure énumère aussi les préalables à approches efficaces en matière de droits de la personne et de VIH/sida.

Peter Aggleton observe que même si les femmes n'ont pas accès aux ressources économiques, politiques, éducatives et autres, nécessaires au développement de leur potentiel, il ne serait pas approprié d'adopter une approche qui attribuerait uniquement aux hommes la cause de leurs désavantages. Des facteurs comme la pauvreté, l'âge, la classe sociale, la

caste, la race et la sexualité influencent aussi la vulnérabilité des femmes et des hommes. Aggleton soutient que les femmes participent à la création et à la perpétuation de leur désavantage, notamment par le biais de leur influence sur la manière dont on éduque les garçons et les filles.

Geeta Rao Gupta note que certaines campagnes de prévention du VIH/sida renforcent des stéréotypes nuisibles d'ordre sexuel et de genre, qui favorisent une image prédatrice, violente et irresponsable de la sexualité masculine, alors que les femmes sont décrites comme des victimes innocentes ou des sources d'infection. L'auteure exhorte à des approches qui habilite la femme dans six domaines : information et éducation; compétences; accès aux services et technologies; accès aux ressources économiques; capital social; opportunité de se faire entendre dans les décisions à tous les paliers.

Ces contributions et celles d'autres experts et observateurs ont donné lieu à une semaine riche en discussions et en réflexion. Toutefois, on a remarqué que peu de participants connaissaient les *Directives internationales* sur le VIH/sida et les droits de la personne – sans doute un document de base pour toute discussion sur ce thème (voir Patterson, D., « Les Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne - 3 ans plus tard », *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, vol. 5, no 1, 1999). Par conséquent, on a perdu du temps à discuter de notions de base (p.ex., la nécessité d'une approche multisectorielle) plutôt qu'à approfondir notre compréhension des interactions entre le genre, les droits et la sécurité. Pour le moment, nous ne pouvons que spéculer sur les

facteurs qui font que ce sont souvent de jeunes femmes séropositives, comme la jeune conseillère de Walvis Bay, qui sont les premières à briser le silence dans des communautés durement touchées.

- *David Patterson*

David Patterson est directeur des programmes internationaux et d'accroissement de la capacité, au Réseau juridique canadien VIH/sida. On peut le joindre David à <dpatterson@aidslaw.ca>.

Références

The HIV/AIDS Pandemic and its Gender Implications : Documentation of Expert Group Meeting, <<http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/hivaids/index.html>>.

Directives internationales sur le VIH/sida et les droits de la personne <<http://www.unaids.org/publications/documents/human/index.html#ethics>> (pour télécharger le fichier en français, repérer le titre anglais *HIV/AIDS and*

Human Rights International Guidelines, sept. 1999).

Woroniuk, B., « Women's Empowerment in the Context of Human Security: A Discussion Paper », préparé pour le Joint Workshop of the United Nations Inter-Agency Committee on Women and Gender Equality et l'OECD/DAC Working Party on Gender Equality on *Women's Empowerment in the Context of Human Security*, tenu à Bangkok, Thaïlande, les 7-8 décembre 1999.